



Universidade Católica Portuguesa

# **Impacto de um programa de Reminiscência nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo**

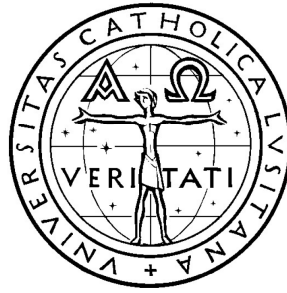
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção  
do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem  
Avançada

Por

Isabel Maria de Assunção Gil

Instituto de Ciências da Saúde  
Porto, setembro, 2019





Universidade Católica Portuguesa

# **Impacto de um programa de Reminiscência nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem  
na especialidade de Enfermagem Avançada

Por  
Isabel Maria de Assunção Gil

Sob a orientação do  
Professor Doutor João Luís Alves Apóstolo

Instituto de Ciências da Saúde  
Porto, setembro, 2019



*«A memória, então, não é nem sensação nem julgamento,  
mas é um estado ou qualidade de um deles,  
quando o tempo já passou...  
Toda a memória, então, implica a passagem do tempo.  
Portanto, só as criaturas vivas que são conscientes do tempo  
é que podem lembrar, e fazem-no com  
aquela parte que é consciente do tempo»*

Aristóteles



*Ao Rui Danilo.  
À Ana Raquel.  
Ao Rui.*

***À memória dos  
meus pais***



## AGRADECIMENTOS

---

*A concretização deste trabalho contou com o contributo de muitas pessoas a quem devo um sincero agradecimento.*

*Ao Professor Doutor João Apóstolo, pela orientação, disponibilidade, pelos preciosos contributos que trouxe na construção deste percurso e pelo trabalho em equipa que permitiu desenvolver. Um agradecimento pela pessoa que é e por me ter sempre motivado e encorajado. Todos os momentos de discussão foram excelentes ocasiões de aprendizagem.*

*A toda a equipa do ECOG, em particular à Rosa Silva pelo percurso que fizemos juntas e pela linda amizade que daí nasceu. À Elzbieta e ao Paulo Costa pelo enorme profissionalismo e pela colaboração constante, a ambos agradeço toda a cooperação ao longo do processo de investigação.*

*À Milú, por ter estado sempre presente, aquela presença sentida, sensata e encorajadora. Como eu agradeço todo o seu apoio.*

*À Daniela Cardoso e à Liliana Sousa, pelos contributos resultantes dos seus distintos saberes e, ainda, pela disponibilidade e profissionalismo.*

*Aos participantes que colaboraram nas várias etapas deste processo de investigação, os profissionais e estudantes de enfermagem que implementaram o programa, as pessoas mais velhas a quem ele se dirigiu.*

*Aos colegas que facilitaram todo o processo, concretamente, Suzana Duarte, Paula Cordeiro, Alberto Barata, Adriana Coelho, Vítor Parola, Hugo Neves, João Tavares e Eduardo Santos.*

*Às minhas amigas muito especiais Verónica Coutinho e Cristina Santos, por existirem na minha vida!*

*À minha irmã e à minha sobrinha pela partilha dos seus distintos conhecimentos. A Dalila percorreu comigo a última etapa deste processo com enorme dedicação e a ela dirijo o meu franco reconhecimento.*

*Por fim, e porque um trabalho desta natureza não se faz sem um suporte consistente da família que muitas vezes se viu privada da minha presença, é a eles que eu dedico este trabalho com o meu mais profundo afeto.*



## RESUMO

---

**Introdução:** Perante as alterações demográficas que têm vindo a ocorrer nas últimas décadas e os aspetos da vulnerabilidade associados ao envelhecimento, torna-se, cada vez mais importante equacionar os fatores que podem influenciar positivamente a qualidade de vida na velhice e que partem da adoção de princípios de cuidados centrados na pessoa e destinados à promoção da dignidade humana. São de considerar, neste âmbito, as estratégias terapêuticas que concorrem para a melhoria da cognição e do humor e que podem proporcionar uma melhor qualidade de vida. Este estudo centra-se num programa de Terapia de Reminiscência (TR) em grupo, como uma intervenção a ser desenvolvida em estruturas institucionais.

**Objetivo:** Construir um programa de TR e avaliar o seu impacto na cognição, nos sintomas depressivos e na qualidade de vida de pessoas mais velhas com declínio cognitivo que frequentam estruturas institucionais.

**Metodologia:** O estudo foi desenvolvido em seis fases: (i) revisão sistemática da literatura (RSL); (ii) construção e validação de um programa estruturado de TR em grupo (iii) construção e validação da versão abreviada de 8 itens da escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD, a partir da versão original WHOQOL-OLD-28, validada para Portugal por Vilar et al. (2014); (iv) análise da eficácia do programa de TR na função cognitiva, sintomatologia depressiva e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo em estruturas comunitárias; (v) análise da eficácia do programa de TR na função cognitiva, sintomatologia depressiva e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo em estruturas residenciais; (vi) análise das perceções dos intervenientes no programa estruturado de TR.

**Resultados:** Foi construído um programa de TR constituído por uma vertente principal e uma vertente de manutenção. A sua implementação em estruturas comunitárias contribuiu para a melhoria da cognição e da qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo o que corroborou os resultados da RSL. Nas estruturas residenciais, a TR mostrou potencial terapêutico na manutenção da função cognitiva, contudo, ao contrário dos resultados da RSL, não contribuiu para melhorar significativamente os sintomas depressivos. O programa gerou satisfação e aceitação nos intervenientes que realçaram a sua importância na comunicação e na promoção da identidade das pessoas mais velhas.

**Conclusões:** O programa de TR apresenta-se como um primeiro programa estruturado, construído e validado em Portugal, para as pessoas mais velhas com declínio cognitivo,

com potencial para ser implementado em estruturas institucionais, atendendo à sua abordagem centrada na pessoa que promove um ambiente de confiança, num clima percebido como positivo e terapêutico.

Palavras-chave: Declínio Cognitivo; Pessoas mais velhas; Terapia de Reminiscência; cognição; Sintomas depressivos; Qualidade de vida.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** In the demographic changes that have been occurring over the last few decades and the vulnerability aspects associated with aging, it is becoming increasingly important to consider the factors that may positively influence quality of life in old age and that are based on the adoption of person-centered care principles designed to promote human dignity. From this perspective, therapeutic strategies that contribute to the improvement of cognition and mood and provide a better quality of life should be considered. This study focuses on a Reminiscence Therapy (RT) group program as an intervention to be developed in institutional structures.

**Objectives:** To develop a RT program and evaluate its impact on cognition, depression symptoms and the quality of life of older people suffering from cognitive decline, who attend institutional structures.

**Methodology:** The study underwent six stages: (i) systematic literature review; (ii) development and validation of a structured RT group program (iii) development and validation of the abbreviated 8 items version of the WHOQOL-OLD quality of life scale, from the original WHOQOL-OLD-28 version, validated for Portugal by Vilar et al. (2014); (iv) analysis of the effectiveness of the RT program on cognitive function, depression symptoms and quality of life of older people suffering from cognitive decline in community structures; (v) analysis of the effectiveness of the RT program on cognitive function, depression symptomatology and quality of life of older people suffering from cognitive decline in residential structures; (vi) analysis of perceptions from the parties involved in the structured RT program.

**Results:** A RT program consisting of a main component and a maintenance component was designed. Its implementation in community structures contributed to the improvement of cognition and quality of life of older people suffering from cognitive decline, corroborating the results of the systematic literature review. In residential structures, the RT program showed therapeutic potential in maintaining cognitive function; however, unlike the systematic literature review results, it did not contribute to a significant improvement of the depression symptoms. The program promoted satisfaction and acceptance among the persons involved who highlighted its importance in communicating and promoting the identity of older people.

**Conclusions:** The RT program is presented as the first structured program, developed and validated in Portugal for older people suffering from cognitive decline, with potential

to be implemented in institutional structures, given its person-centered approach promoting trust, in a positive and therapeutic environment.

Keywords: Cognitive Decline; Older people; Reminiscence therapy; Cognition; Depression symptoms; Quality of life.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

**6CIT** - *Six-Item Cognitive Impairment Test* (Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens)

**ADAS-Cog** - *Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Subscale*

**APA** - *American Psychological Association*

**AIVD** - Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVD** - Atividades de Vida Diária

**CSDD** - *Cornell Scale for Depression in Dementia*

**DA** - *Doença de Alzheimer*

**DIF** - *Funcionamento diferencial dos itens*

**DP** - Desvio Padrão

**DV** - Demência vascular

**DSM** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais)

**EC** - Estimulação Cognitiva

**ECOG** - Estimulação cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado

**GDS** - *Geriatric Depression Scale*

**HTA** - Hipertensão arterial

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**JBI** - *Joanna Briggs Institute*

**MMSE** - *Mini Mental State Examination*

**MCI** - *Mild Cognitive Impairment*

**MoCA** - *Montreal Cognitive Assessment*

**MOSES** - *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects*

**NIC** - Classificação das intervenções de Enfermagem

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Europeu

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PBE** – Prática Baseada na Evidência

**PNC** - Perturbação neurocognitiva

**QV** - Qualidade de vida

**RCTs** - *Randomized controlled trials*

**RSL** - Revisões Sistemáticas da Literatura

**SCPD** - Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência

**TR** – Terapia de Reminiscência

**UE** - União Europeia

**WHO** - *World Health Organization*

# ÍNDICE GERAL

---

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>vii</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xi</b>
<b>SIGLAS E ABREVIATURAS</b> .....	<b>xiii</b>
<b>ÍNDICE GERAL</b> .....	<b>xv</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>xix</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>xxi</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO E AS SUAS DIMENSÕES NA PESSOA HUMANA</b> .....	<b>31</b>
<b>1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: PASSADO, PRESENTE E PERSPETIVAS FUTURAS</b> .....	<b>31</b>
1.1.1. ENVELHECIMENTO COGNITIVO .....	34
<b>1.1.1.1. Fragilidade cognitiva</b> .....	<b>43</b>
<b>1.1.1.2. Perturbações neurocognitivas</b> .....	<b>47</b>
1.1.2. ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO.....	53
1.1.3. ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA .....	57
<b>1.2. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS COM IMPACTO NAS PESSOAS MAIS VELHAS COM DECLÍNIO COGNITIVO</b> .....	<b>61</b>
1.2.1. TERAPIA DE REMINISCÊNCIA .....	64
<b>1.2.1.1. Teorias e modelos que sustentam a reminiscência como intervenção de enfermagem</b> .....	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO 2 – REMINISCÊNCIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DIRIGIDA A PESSOAS MAIS VELHAS COM DECLÍNIO COGNITIVO: SÍNTESE DA EVIDÊNCIA</b> 89	
<b>RESUMO</b> .....	<b>90</b>
<b>2.1. NOTA INTRODUTÓRIA</b> .....	<b>91</b>
<b>2.2. EFICÁCIA DA REMINISCÊNCIA EM GRUPO NA COGNIÇÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS QUE FREQUENTAM ESTRUTURAS DE APOIO COMUNITÁRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b> .....	<b>93</b>
2.2.1. INTRODUÇÃO.....	93
2.2.2. MÉTODO.....	94
2.2.3. RESULTADOS.....	97

2.2.4. DISCUSSÃO .....	103
2.2.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	105
<b>2.3. EFICÁCIA DA REMINISCÊNCIA EM GRUPO NA COGNIÇÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS MAIS VELHAS EM CONTEXTO DE ESTRUTURA RESIDENCIAL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....</b>	<b>106</b>
2.3.1. INTRODUÇÃO.....	106
2.3.2. MÉTODO.....	108
2.3.3. RESULTADOS.....	110
2.3.4. DISCUSSÃO .....	117
2.3.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	119
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>121</b>
<b>CAPÍTULO 3 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA PARA INTERVENÇÃO GRUPAL .....</b>	<b>127</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>128</b>
<b>3.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>129</b>
<b>3.2. MÉTODO .....</b>	<b>130</b>
<b>3.3. RESULTADOS .....</b>	<b>133</b>
<b>3.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>140</b>
<b>3.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>142</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>143</b>
<b>CAPÍTULO 4 – DESENVOLVIMENTO DE UMA VERSÃO REDUZIDA DO WHOQOL-OLD EM PORTUGUÊS EUROPEU PARA PESSOAS MAIS VELHAS EM ESTRUTURAS INSTITUCIONAIS: VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA COM RECURSO AO MODELO RASCH.....</b>	<b>145</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>146</b>
<b>4.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>147</b>
<b>4.2. MÉTODO .....</b>	<b>149</b>
<b>4.3. RESULTADOS .....</b>	<b>154</b>
<b>4.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>161</b>
<b>4.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM .....</b>	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>165</b>
<b>CAPÍTULO 5 – EFICÁCIA DA TERAPIA DE REMINISCÊNCIA VERSUS ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NA COGNIÇÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS QUE FREQUENTAM</b>	

<b>ESTRUTURAS DE APOIO COMUNITÁRIO - UM ESTUDO PILOTO COM DESENHO QUASE-EXPERIMENTAL .....</b>	<b>171</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>171</b>
<b>5.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>172</b>
<b>5.2. MÉTODO .....</b>	<b>174</b>
<b>5.3. RESULTADOS .....</b>	<b>179</b>
<b>5.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>186</b>
<b>5.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>189</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>190</b>
<b>CAPÍTULO 6 – EFICÁCIA DA TERAPIA DE REMINISCÊNCIA NA COGNIÇÃO, NOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS MAIS VELHAS EM CONTEXTO DE ESTRUTURAS RESIDENCIAIS - UM ESTUDO PILOTO COM DESENHO QUASE-EXPERIMENTAL .....</b>	<b>197</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>197</b>
<b>6.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>198</b>
<b>6.2. MÉTODO .....</b>	<b>200</b>
<b>6.3. RESULTADOS .....</b>	<b>204</b>
<b>6.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>210</b>
<b>6.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>214</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>215</b>
<b>CAPÍTULO 7 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA: PERSPETIVAS DOS INTERVENIENTES.....</b>	<b>219</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>219</b>
<b>7.1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>220</b>
<b>7.2. MÉTODO .....</b>	<b>221</b>
<b>7.3. RESULTADOS .....</b>	<b>224</b>
<b>7.4. DISCUSSÃO .....</b>	<b>240</b>
<b>7.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>244</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>244</b>
<b>DISCUSSÃO INTEGRATIVA E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>249</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>257</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 – Estratégias de pesquisa aplicadas por base de dados .....	96
Tabela 2 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos randomizados controlados incluídos.....	99
Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase-experimentais incluídos.....	100
Tabela 4 – Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos. ....	101
Tabela 5 – Estratégias de pesquisa aplicados por base de dados.....	109
Tabela 6 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos randomizados controlados incluídos.....	112
Tabela 7 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase-experimentais incluídos.....	113
Tabela 8 – Sessões do programa de TR (primeira versão). ....	134
Tabela 9 – Avaliação do protocolo realizada por peritos na Fase II (Modelagem). ....	136
Tabela 10 – Avaliação do protocolo realizada por enfermeiros na Fase III (teste de campo).....	138
Tabela 11 – Avaliação do protocolo realizada pelas pessoas mais velhas na Fase III (teste de campo). ....	139
Tabela 12 – Itens selecionados, da dimensão geral e de cada faceta, da versão portuguesa do WHOQOL-OLD.....	149
Tabela 13 – Estatísticas de cada item e, de cada item considerando o total dos 18 itens do WHOQOL-OLD. ....	155
Tabela 14 – Estatísticas de cada item e, de cada item considerando o total dos 8 itens do WHOQOL-OLD. ....	156
Tabela 15 - Estatística descritiva da amostra recrutada na segunda fase do estudo (N=125).....	157
Tabela 16 – WHOQOL-OLD de 8 itens: Análise das categorias de resposta.....	158
Tabela 17 – A versão do WHOQOL-OLD de 8 itens: Estatística para o item e para as pessoas.....	159
Tabela 18 – WHOQOL-OLD de 8 itens: Funcionamento diferencial dos itens (DIF) para o contexto.....	160
Tabela 19 – Análise das diferenças entre grupos na pontuação no WHOQOL-OLD de 8 itens. ....	160
Tabela 20 – Perdas/exclusão dos participantes entre a avaliação de rastreio e a alocação.....	180
Tabela 21 – Caracterização dos participantes que integraram a avaliação inicial nos grupos de Reminiscência e de Estimulação Cognitiva (n=109). ....	181
Tabela 22 – Efeito do Programa de TR e EC nos indicadores de interesse (outcomes). ....	183
Tabela 23 – Nº de pessoas que melhoraram, pioraram e mantiveram a condição clínica após a intervenção terapêutica.....	184
Tabela 24 – Satisfação com Programa Aplicado (max = 20) e Assiduidade (max = 14). ....	186

<i>Tabela 25 – Caraterização dos participantes que concluíram os programas de Terapia de Reminiscência versus dos que abandonaram o estudo e/ou não participaram no número mínimo de sessões do programa.</i> .....	206
<i>Tabela 26 – Efeito do Programa de TR nos indicadores de interesse (outcomes).</i> .....	208
<i>Tabela 27 – N° de pessoas que melhoraram, pioraram e mantiveram a condição clínica após a intervenção terapêutica na vertente principal e de manutenção.</i> .....	209

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1 – <i>Domínios neurocognitivos (NC)</i> .....	38
Figura 2 – <i>Fluxograma do processo de pesquisa e seleção de estudos</i> .....	98
Figura 3 – <i>Fluxograma do processo de pesquisa e seleção de estudos</i> .....	111
Figura 4 – <i>Fases da Validação do Protocolo de Reminiscência</i> .....	142
Figura 5 – <i>Fluxograma da progressão dos participantes durante o estudo</i> .....	182
Figura 6 – <i>Fluxograma de progressão dos participantes durante o estudo</i> .....	205
Figura 7 – <i>Percepções dos dinamizadores que conduziram as sessões</i> .....	225
Figura 8 – <i>Percepções das pessoas mais velhas que participaram no programa de TR</i> .....	226



## INTRODUÇÃO

---

O envelhecimento populacional tornou-se um acontecimento incontornável com o qual as sociedades atuais se debatem e, ainda que seja reconhecido que este fenómeno se assume como uma admirável conquista da humanidade, associada ao sucesso das políticas de saúde e de desenvolvimento social, não são desvalorizáveis os desafios que despontam associados a esta realidade.

O declínio em várias áreas do funcionamento constitui-se, pois, como uma consequência do processo de envelhecimento, todavia, torna-se fundamental atender à natureza heterogénea da população mais velha e compreender os processos normais e patológicos do envelhecimento para intervir com maior eficácia (Pinquart & Sörensen, 2011).

A nível cognitivo, o declínio em termos mnésicos, atencionais, espaciais e executivos surgem como uma consequência inevitável da idade avançada (Anderson, 2008) e, mesmo perante um processo de envelhecimento normativo, isto é, não patológico, podem comprometer as capacidades funcionais. Deste modo, o declínio cognitivo pode impor-se como um preditor da dependência funcional, independentemente de outras variáveis (Millán-Calenti et al., 2012).

Assim, o envelhecimento constitui um dos mais importantes desafios do século XXI, intimamente articulado com questões existenciais, políticas, económicas e sociais que culminam na finalidade *major* de promover a qualidade de vida das pessoas em idade avançada (Lima, 2013).

Sendo reconhecidas as vulnerabilidades e, ainda, as perdas significativas ligadas ao envelhecimento, é assumido que este período do desenvolvimento humano pode ser sustentado e otimizado por um certo potencial, concretamente em termos cognitivos, emocionais e de aprendizagem ao longo da vida. Desta forma, a experiência adquirida promove uma sabedoria cumulativa que pode ser usada na resolução destes desafios do envelhecimento humano, assumindo mesmo um papel amortecedor do sofrimento inerente a estes percursos marcados profundamente por perdas significativas (Park & Unützer, 2011).

A depressão é consensualmente aceite como a patologia psiquiátrica mais frequente entre a população com idades mais avançadas (Firmino, Nogueira, Neves & Lagarto, 2014), sendo de valorizar que o declínio cognitivo está presente num elevado número de pessoas com quadros depressivos e, embora possa ocorrer uma regressão com a

resolução do episódio depressivo, afigura-se como um fator de risco para o desenvolvimento de futuros quadros demenciais. Uma recente revisão sistemática da literatura vem precisamente confirmar esta associação entre as perturbações afetivas e o risco aumentado de demência no final de vida (John, Patel, Rusted & Richards, 2019).

Neste sentido, a depressão nos adultos mais velhos apresenta-se como um grave problema de saúde na medida em que compromete o bem-estar, mas, também, porque pode representar uma ameaça à própria vida (Kabátová, Uríčková & Botíková, 2014), tornando-se prioritária a definição e implementação de respostas eficazes dirigidas a este grupo populacional.

Proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas mais velhas é, efetivamente, um dos desafios a que as sociedades atuais devem dar resposta e, perante esta finalidade, reveste-se de capital importância a identificação e o controlo de fatores de risco modificáveis que atuam como determinantes da qualidade de vida. Serão, pois, necessárias intervenções a vários níveis e que, de forma concertada, possam contribuir para reduzir os efeitos negativos resultantes das ameaças acumuladas ao longo da vida, assegurando o bem-estar.

As diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para reduzir o risco de declínio cognitivo e de demência fornecem recomendações baseadas em evidência sobre comportamentos, estilos de vida e intervenções que se devem constituir como ferramentas fundamentais para os responsáveis pelos serviços de saúde, governos, políticos e outras partes interessadas, com o intuito de oferecer uma resposta adequada ao desafio da longevidade com qualidade de vida. Dentro destas orientações, são destacadas as intervenções para a capacitação cognitiva (World Health Organization, 2019).

As estratégias psicoterapêuticas englobam as técnicas de estimulação cognitiva, motora, sensorial e psicoafectiva e admitem formatos de intervenção individual ou grupal. Em Portugal, já foram conduzidas várias investigações sobre a eficácia de programas de estimulação cognitiva em contextos grupais, podendo-se destacar, por exemplo, o estudo de Apóstolo, Cardoso, Paúl, Rodrigues e Macedo (2016) e, mais recentemente, de Parola et al. (2019), porém, não existe evidência sobre a eficácia da TR em grupo dirigida a pessoas mais velhas, o que justifica a escolha temática desta tese.

As intervenções não farmacológicas são cada vez mais referenciadas pelo seu papel privilegiado ao nível dos modelos multidimensionais que integram a dimensão cognitiva, funcional, comportamental e afetiva, ostentando um potencial terapêutico com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas com declínio cognitivo (Cotelli, Manenti &

Zanetti, 2012). Neste contexto, e atendendo ao percurso complexo que engloba o declínio das capacidades cognitivas em pessoas mais velhas, é expectável que os enfermeiros, inseridos no âmbito de uma equipa interdisciplinar, integrem no planeamento dos cuidados de enfermagem intervenções terapêuticas facilitadoras da promoção dos processos de readaptação e satisfação das necessidades humanas fundamentais que facilitem a manutenção de um funcionamento pessoal satisfatório. Integrada nestas intervenções terapêuticas, surge a TR.

Enquanto estratégia terapêutica, a recuperação estruturada de factos de vida passados foi proposta por Robert Butler, em 1963, e, desde então, a reminiscência tem vindo a ser utilizada como uma valiosa estratégia de intervenção para a promoção da autoaceitação e bem-estar nas pessoas mais velhas (Pinquart e Forstemeir, 2012).

Recordar as situações vividas promove a análise e compreensão das mudanças; a adaptação a transições; a aquisição de conhecimentos; a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem (Puyenbroeck & Maes, 2005), conferindo um sentido de integridade e propósito ao contexto atual de vida do indivíduo.

O artigo de Butler de 1963 foi impulsionador de investigações na área da reminiscência, partindo da ideia central de que para compreender completamente o processo do envelhecimento humano é fundamental ouvir as histórias que as pessoas mais velhas têm para contar. A reminiscência valoriza verdadeiramente a dimensão humana da pessoa, a sua trajetória de vida e a valorização e reestruturação da sua história que contribui para o sentido de continuidade intrapsíquica (Peix, 2009).

Este relatório de investigação, no contexto do Doutoramento em Enfermagem, teve como objetivo geral produzir evidência sobre o impacto de um programa de Terapia de Reminiscência (TR), construído e validado para ser implementado em estruturas institucionais, concretamente, estruturas de apoio comunitário e estruturas residenciais, pela sua representatividade no nosso país, e para que se possa constituir como uma prática nos cuidados de enfermagem.

Esta investigação encontra-se inserida no âmbito do projeto financiado “Estimulação cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade e promoção do autocuidado” (ECOG/2015) inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) liderado pelo Investigador responsável (IR) – Doutor João Apóstolo, orientador desta tese.

O presente relatório de investigação encontra-se dividido em oito secções principais (capítulos 1 a 7 e discussão integrativa/considerações finais).

A primeira secção refere-se a um enquadramento conceptual com abordagem sobre as dimensões do envelhecimento na pessoa humana, com destaque para o envelhecimento cognitivo, as alterações psicossociais e as suas repercussões na qualidade de vida em idade avançada, bem como a relevância da implementação de intervenções não-farmacológicas, concretamente, da reminiscência.

Neste capítulo são, então, apresentados os argumentos que sustentam e justificam o desenvolvimento da investigação desenvolvida nesta tese de forma a contextualizar os capítulos seguintes em que serão apresentados os estudos nela desenvolvidos.

O primeiro estudo (capítulo 2) refere-se à síntese da melhor evidência sobre a eficácia da TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto institucional. Esta revisão sistemática da literatura seguiu a metodologia preconizada pelo *Joanna Briggs Institute* (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell, & Hopp, 2017). Foram considerados para a inclusão os estudos que incluíam participantes com idade  $\geq 65$  anos, que frequentavam estruturas comunitárias ou estruturas residenciais, a quem foi diagnosticado declínio cognitivo (documentado por teste neurológico standardizado ou por avaliação clínica quantitativa).

Na condução desta Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e tendo em conta as diferenças inerentes a cada um dos contextos institucionais mencionados, entendeu-se que se deveria seguir essas duas linhas de orientação separadamente.

O estudo 2, integrado no capítulo 3, reporta-se ao processo de construção e validação de um programa de TR para intervenção grupal, dirigido a pessoas mais velhas com declínio cognitivo, a ser implementado em contextos institucionais, que engloba, então, as estruturas de apoio comunitário e as estruturas residenciais. Dada a natureza do objeto em análise, desenvolveu-se um estudo descritivo, baseado nas formulações do *Medical Research Council* (Craig et al., 2008).

O capítulo 4, integra um estudo que pretendeu desenvolver e validar uma versão reduzida do WHOQOL-OLD de 28 itens, em português europeu, para adultos mais velhos que recorrem a estruturas institucionais, tendo sido concebida uma versão reduzida de 8 itens. O estudo foi realizado em duas fases. Na primeira fase, foi desenvolvida a versão reduzida da versão em português europeu do WHOQOL-OLD. Na segunda fase, foram analisadas as suas propriedades psicométricas com recurso ao modelo *Rasch*.

Os capítulos 5 e 6 incluem os dois estudos quantitativos que pretenderam avaliar a eficácia do programa de TR construído, na cognição, nos sintomas depressivos e na qualidade de vida, respetivamente, nas pessoas que recorrem a estruturas comunitárias

e a estruturas residenciais. Trata-se de dois estudos piloto com desenho quase-experimental.

O último estudo, qualitativo (capítulo 7), reporta-se à análise das percepções dos intervenientes no programa estruturado de TR, nomeadamente, os sentimentos, experiências e expectativas das pessoas mais velhas que participaram no programa e dos dinamizadores que conduziram as sessões, para tal, foram realizadas entrevistas individuais a cinco profissionais de saúde que conduziram as sessões de reminiscência e entrevistas em grupos focais a oito pessoas mais velhas que participaram no programa.

Por fim, na discussão integrativa e considerações finais, é feita uma articulação reflexiva entre os argumentos que justificaram o desenvolvimento desta investigação e cada uma das fases que integraram o percurso investigacional que deu origem a esta tese, com foco no contributo do conhecimento gerado para a disciplina de enfermagem e como ele pode sustentar a prática de enfermagem. Foram igualmente mencionadas as potencialidades e limitações do programa de TR construído e dos estudos realizados e, ainda, apontadas linhas investigacionais futuras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, M. L. (2008). *Multiple Inference and Gender Differences in the Effects of Early Intervention: A Reevaluation of the Abecedarian, Perry Preschool, and Early Training Projects*. *Journal of the American Statistical Association*, 103(484), 1481–1495. doi: 10.1198/016214508000000841
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Paúl, C., Rodrigues, M. A., & Macedo, M. S. (2016). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. *Enfermagem Clínica*, 26(2), 111-120 doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.008
- Butler, R. N. (1963). The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 26(1), 65–76. doi: 10.1080/00332747.1963.11023339
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203–205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. doi: 10.1136/bmj. a1655.

- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S., & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In M.T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: Saber e praticar* (pp. 143-157). Lisboa, Portugal: Lidel.
- John, A., Patel, U., Rusted, J., Richards, M., & Gaysina, D. (2019). Affective problems and decline in cognitive state in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 49*(3), 353-365. doi: 10.1017/S0033291718001137
- Kabátová, O., Uričková, A., & Botíková, A. (2014). Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 5*(3), 105-111. doi: 10.15452/cejnm.2014.05.0004
- Lima, M. (2013). *Intervenção em grupo com adultos em idade avançada*. Sumário da lição, no âmbito do título académico de Agregado em Psicologia, na especialidade em Psicologia da Universidade de Coimbra.
- Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*(1), 197–201. doi: 10.1016/j.archger.2011.02.010
- Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America, 34*(2), 469–487. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.009
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., & Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência, (20)*, 47-56. doi: 10.12707/RIV18043
- Peix, R. O. (2009). Réminiscence : une philosophie du soin. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 9*(51), 163–165. doi: 10.1016/j.npg.2008.12.007
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 16*(5), 541–558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging, 26*(1), 1–14. doi: 10.1037/a0021863
- Puyenbroeck, J. V., & Maes, B. (2005). Reminiscence in Ageing People with Intellectual Disabilities: An Exploratory Study. *The British Journal of Development Disabilities, 51*(100), 3–16. doi: 10.1179/096979505799103821

Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., Hopp, L. (2017). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Recuperado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+3%3A+Systematic+reviews+of+effectiveness>

World Health Organization. (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>



# **CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO E AS SUAS DIMENSÕES NA PESSOA HUMANA**

---

## **1.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: PASSADO, PRESENTE E PERSPETIVAS FUTURAS**

O envelhecimento da população mundial é uma realidade que, nas últimas décadas, tem sofrido um aumento exponencial, sendo considerado uma das mais significativas tendências do século XXI.

Se, sem dúvida, o envelhecimento é uma conquista da humanidade, intimamente relacionado com a melhoria das condições de vida das populações, também é consensual que apresenta implicações importantes para todos os domínios da sociedade.

Quem viveu antes do século XXI não teve preocupações com a questão do prolongamento da vida pois esta realidade pertence exclusivamente a este século (Ingram, 2016). Estamos, efetivamente, a viver vidas mais longas do que no passado, em que a longevidade humana parecia um sonho impossível para a generalidade das populações.

De facto, ao longo dos tempos, e independentemente da forma como a dinâmica do envelhecimento ia sendo percebida, a vida humana foi-se tornando mais longa e considerou-se extraordinário o fundamento de que os seres humanos se tornaram capazes de alterar a sua longevidade, ainda que a consciência de uma vida modificável e potencialmente crescente possa ter outros efeitos nas decisões do ciclo de vida (Strulik & Vollmer, 2013).

Os indicadores de saúde, doença e mortalidade ao longo dos anos refletem os efeitos visíveis das prioridades que nos diferentes momentos históricos caracterizaram a atuação dos responsáveis políticos. Deste modo, o Relatório *Envelhecimento no Século XXI* (2012) realça que o importante progresso que tem sido alcançado em diversos países, no que concerne à longevidade, se deve à adoção de novas políticas estratégicas que têm em vista a promoção do envelhecimento saudável. Nestes países são notórias as melhorias em termos nutricionais, condições sanitárias, avanços na área da saúde, ensino e bem-estar económico (Fundo de População das Nações Unidas, 2012).

Assim, as abordagens que se apoiam num forte compromisso político parecem garantir uma efetiva integração das pessoas mais velhas na sociedade, desfrutando da vida

mediante a plena efetivação dos direitos e liberdades fundamentais, numa conjuntura que assegura a dignidade e a segurança daqueles que envelhecem.

A Organização Mundial de Saúde, no Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde de 2015, considera que o aumento do número de pessoas mais velhas constitui uma oportunidade que deve resultar num sério investimento social, nesse sentido, incentiva ao debate, na procura de respostas de saúde pública mais apropriadas face a esta realidade. A ideia predominante que ressalta deste relatório é que as oportunidades que emergem do aumento da longevidade dependem de um fator fundamental: a saúde (World Health Organization, 2015).

A maioria dos problemas de saúde enfrentados pelos adultos mais velhos estão relacionados com as doenças crónicas e muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas mediante a adoção de comportamentos saudáveis. Nesta sequência, este relatório considera que os gastos com os sistemas de saúde, cuidados a longo prazo e ambientes promotores de saúde não constituem custos sociais, mas sim um investimento na capacitação e promoção de bem-estar da população que está a envelhecer. Se, efetivamente, o aumento da esperança média de vida com saúde e independência constitui um dos maiores desafios do nosso século, torna-se imperativo um sério investimento de todos, em particular dos poderes decisores, no potencial humano para o bem-estar físico e mental que acompanhe todo o percurso de vida (World Health Organization, 2015).

Nesta perspetiva, envelhecer significa prolongar a existência e isso, por sua vez, implica uma mudança global de mentalidades para a conquista de uma melhor qualidade de vida, o que apela à participação ativa na saúde, numa perspetiva multifatorial que visa a prevenção como prioridade. Portanto, os sistemas de saúde deverão assumir-se como sistemas gerais, preventivos, de promoção da funcionalidade física, mental e social e, ainda, de reabilitação, numa atitude de respeito pela complexidade da pessoa humana que encontrará, deste modo, resposta para as suas reais necessidades.

O relatório bienal da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Europeu (OCDE), *Health at Glance 2018*, numa ótica de fortalecer os estados-membros na melhoria da saúde dos seus cidadãos e no desempenho dos seus sistemas de saúde, pretende marcar o início de um novo ciclo no que respeita ao estado de saúde na União Europeia (UE) (OCDE, 2018).

Deste relatório sobressaem algumas orientações gerais, das quais se destacam:

- A necessidade de promover o acesso a cuidados de saúde: cobertura universal de saúde e acesso oportuno a cuidados acessíveis, preventivos e curativos deve constituir um dos princípios do Pilar Europeu dos Direitos Sociais;
- Os sistemas devem tornar-se mais eficazes e centrados nas pessoas, promovendo intervenções verdadeiramente dirigidas às reais necessidades detetadas;
- A necessidade de uma maior aposta na proteção da saúde e prevenção de doenças, incluindo a promoção da saúde mental.

No Relatório *Perspetivas da População Mundial: Revisão de 2019* salienta-se que, até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos. Em 2018, pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas com 65 ou mais anos ultrapassaram o número de crianças menores de cinco anos (United Nations, 2019).

Nos Estados-Membros da UE, em 2017, as percentagens mais elevadas de pessoas com 65 anos ou mais (Eurostat, 2018) verificou-se na Itália (22,3%), Grécia (21,5%), Alemanha (21,2%) e Portugal (21,1). O envelhecimento confirma-se como uma tendência a longo prazo e traduz-se numa percentagem crescente de pessoas com mais de 65 anos em contraste com uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população geral. De salientar, ainda, a diminuição da percentagem da população com idade inferior a 15 anos.

Um outro aspeto relevante do envelhecimento demográfico na UE é o envelhecimento progressivo da própria população mais velha, prevendo-se que a percentagem de pessoas com 80 anos de idade ou mais, mais do que duplique entre 2017 e 2080. A acompanhar esta tendência, as projeções apontam para que a taxa total de dependência associada à idade aumente de 53,9% em 2017 para 79,7% em 2080.

Portugal tem seguido esta tendência e, nos últimos anos, a composição etária da população tornou-se reveladora de um significativo envelhecimento demográfico. Em 2017, a população com menos de 15 anos diminuiu para 1 423 896 (-18 520) e a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2 213 274 pessoas (+36 634), representando respetivamente, 13,8% e 21,5% da população total; por seu lado, a população com idade igual ou superior a 85 anos foi estimada em 297 538 (+11 922). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (2017), no futuro, mantém-se a tendência para o agravamento do envelhecimento demográfico, o número de jovens diminuirá de 1,4 para 0,9 milhões e o número de pessoas com mais de 65 anos passará de 2,2 para 2,8 milhões. Viver 100 anos, e mais, parecia uma meta difícil de alcançar e está a tornar-se um acontecimento cada vez mais frequente nos nossos dias.

As políticas públicas de saúde no nosso país são relativamente recentes, aliás, o Ministério da Saúde só foi criado em 1958, sendo de salientar que o percurso das políticas de saúde em Portugal, só no século XX, sofreu a influência de várias condicionantes, que passaram a determinar a forma como a promoção dos serviços de saúde era encarada. O Estado tem desempenhado um papel crucial, influenciando de forma decisiva a articulação dos gestores e prestadores de cuidados, a abrangência e a qualidade dos serviços prestados e, no início do século XXI, a dinâmica da população portuguesa passou a caracterizar-se, em termos globais, por ciclos de vida longos e estáveis (Moreira & Henriques, 2016).

Atualmente, o envelhecimento demográfico afigura-se como um dos maiores desafios da sociedade portuguesa, com consequências a nível económico e social na medida em que o agravamento do envelhecimento da população portuguesa, sem ser compensado pelo aumento da natalidade é, ainda, agravado pela alta emigração dos jovens. Segundo dados da OCDE (2017) e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, o crescimento da esperança de vida em Portugal superou a média da UE. A média de vida dos portugueses foi de 81,3 anos, em 2015, quando, em 2000, era de 76,8 anos, um aumento que se verifica quer nos homens quer nas mulheres, sendo que a melhoria das condições gerais de vida, a oferta de serviços de saúde de qualidade, associados a uma diminuição da prevalência de algumas doenças têm sido apontadas como as razões que têm concorrido para prolongar a vida dos portugueses.

Em síntese, e apesar de existirem algumas diferenças entre os vários países, tem-se verificado um envelhecimento progressivo global em resultado do declínio da taxa de natalidade, processos migratórios e aumento da esperança de vida, com as projeções a indicarem que este fenómeno tende a acentuar-se. Perante esse cenário, uma questão importante se coloca: é possível fazer acompanhar o aumento da longevidade por um adiamento concomitante de limitações funcionais e incapacidade? E, consequentemente, como se pode proporcionar uma boa qualidade de vida às pessoas que envelhecem, tendo em conta que o processo de envelhecimento se associa, frequentemente, a um padrão de declínio em varias áreas do funcionamento humano, nomeadamente, a nível cognitivo?

#### 1.1.1. ENVELHECIMENTO COGNITIVO

Também designadas por funções nervosas superiores, as capacidades cognitivas constituem o conjunto de funções que se encontram interligadas e que nos permitem representar mentalmente o mundo e aprender. Possibilitam, pois, o processamento, retenção e comunicação da informação ao longo da nossa vida (Martins, 2013).

A mesma autora destaca que, embora outras espécies possuam algumas capacidades, como a memória, é no ser humano que o sistema nervoso se diferencia pela sua enorme complexidade. São, efetivamente, as funções cognitivas que nos concedem a capacidade de termos consciência de nós próprios e, ainda, de planejar, de tomar decisões e de controlar o nosso comportamento de acordo com os princípios morais e sociais que nos regem (Martins, 2013).

Neste seguimento, torna-se crucial compreender as mudanças cognitivas que ocorrem com o envelhecimento, especificamente, as alterações estruturais e funcionais associadas a essas mudanças cognitivas tendo em conta o progressivo envelhecimento demográfico e a importância da cognição na manutenção da independência funcional (Murman, 2015).

A terminologia mais comum para descrever as capacidades cognitivas e o seu potencial de alteração com o avançar da idade distingue, como salienta o autor mencionado anteriormente, as capacidades cristalizadas e as capacidades fluídas. As capacidades cristalizadas resultam do processo cognitivo cumulativo ao longo da vida, são baseadas na experiência da pessoa, tipicamente na forma de conhecimento adquirido e, normalmente, não são afetadas pela idade uma vez que se baseiam nos conhecimentos consolidados ao longo do tempo, proporcionados pela educação, experiência cultural e ocupacional e pelas atividades intelectuais.

As capacidades fluídas, por outro lado, envolvem questões mais práticas, resolução de problemas que implicam recurso à memória de trabalho. São influenciadas por processos biológicos e genéticos.

Estes dois tipos de capacidades cognitivas apresentam trajetórias distintas. Múltiplos estudos mencionados por Murman (2015) mostraram uma melhoria nas capacidades cristalizadas até aos 60 anos, seguido de uma estabilização até aos 80 anos de idade. As capacidades fluídas evoluem de forma diferente, sendo o declínio especialmente observado na velocidade de processamento.

Pode-se então concluir que o perfil típico do envelhecimento normal se caracteriza por uma redução das capacidades fluídas, associado à resolução de problemas e desempenho de novas tarefas, enquanto que as capacidades cristalizadas, relacionadas com conhecimentos muito consolidados e familiares, são menos vulneráveis aos efeitos da idade.

Petersen (2004) salienta que o envelhecimento dito “normal” é aquele que ocorre num contexto de comorbilidades clínicas, como a hipertensão arterial (HTA), problemas cardiovasculares e os défices sensoriais associados à idade. Neste contexto, as pessoas

tendem a esquecer nomes ou o local onde colocaram alguns objetos sem que estas alterações tenham propriamente uma influência significativa nas suas atividades diárias.

O percurso do envelhecimento depende, então, da interação entre múltiplas variáveis, das quais se destacam o impacto do tempo, o património genético e o efeito de diversas situações como a hipertensão arterial, o stress, os processos de oxidação, acontecimentos traumáticos ou tóxicos.

No que respeita à HTA, um estudo efetivado por Streit, Poortvliet, den Elzen, Blom e Gussekloo (2019) alerta para a necessidade de controlar a tensão arterial em indivíduos submetidos a tratamento anti-hipertensivo tendo em vista a manutenção do desempenho cognitivo, sobretudo em adultos mais velhos com problemas de saúde complexos. Os resultados deste estudo advertem, contudo, que devido à vulnerabilidade nesta faixa etária, é necessária cautela em relação à redução da tensão arterial sistólica em demasia, isto é, abaixo dos 130 mmHg, que está associada a um risco adicional de declínio cognitivo.

A evidência tem confirmado que as alterações inflamatórias e oxidativas acumuladas pelas células com grande longevidade incitam o surgimento de perturbações no ADN, nos organelos, nas células e nos tecidos (Best, 2009). Os radicais livres gerados pela mitocôndria são a principal fonte de alterações oxidativas nas células. A ocorrência de processos de peroxidação lipídica e de glicolização proteicas são, por sua vez, responsáveis pelas alterações da homeostase celular (Richards & Deary, 2005) que, conseqüentemente, promovem alterações a nível dos neurotransmissores e a nível funcional.

Pode-se considerar que a diminuição do volume do cérebro e do metabolismo cerebral vai conduzindo à progressiva redução da capacidade cognitiva característica do processo de envelhecimento e, neste trilho, a evidência científica confirma a ocorrência de alterações cognitivas associadas ao envelhecimento (Harada, Love, & Triebel, 2013; Salthouse, 2010; Salthouse, 2012).

O envelhecimento cerebral é, na perspetiva de Richards e Deary (2005), mais complexo e delicado em virtude da sua especificidade e das funções dos neurónios. O cérebro é, efetivamente, um órgão muito vulnerável. Os neurónios são grandes consumidores de oxigénio. O cérebro, apesar de representar cerca de 2% do peso corporal total, consome 20% do oxigénio que é inalado pelos pulmões. Assim, percebendo que em pessoas saudáveis, o consumo de oxigénio pelo cérebro reduz 6% em cada década de vida, compreende-se que com o aumento da idade se verifique uma redução do metabolismo cerebral.

Também a capacidade neuroplástica vai diminuindo progressivamente pelo que a aprendizagem se vai tornando mais difícil e, ainda que não se saiba de forma plena quais são as alterações responsáveis pela perda cognitiva própria do envelhecimento, são apontados vários mecanismos como: a diminuição das redes sinápticas e da libertação de neurotransmissores, a alteração ou inflamação glial, a degeneração de algumas proteínas constituintes dos neurónios e, ainda, uma menor resposta dos recetores perante os neurotransmissores (Acarín & Malagelada, 2018).

As mudanças estruturais e funcionais associadas ao avanço da idade compreendem, então, como foi salientado, alterações na estrutura neuronal, perda de sinapses e disfunção das redes neuronais, sendo que as primeiras modificações a nível cortical, surgem no córtex pré-frontal e hipocampo. O impacto destas modificações reflete-se, sobretudo, na consolidação das memórias (Castro-Caldas, 2016).

É ainda de considerar que a ocorrência de doenças associadas à idade acelera a taxa de disfunção cerebral e a própria perda neuronal, sendo que o declínio cognitivo pode comprometer o desempenho das atividades de vida diária (AVD).

Resumidamente, no decorrer do processo de envelhecimento normal, um número considerável de neurónios apresenta alterações na sua estrutura que incluem a diminuição do número e comprimento das dendrites, a perda das espinhas dendríticas, a diminuição do número de axónios, o aumento da desmielinização segmentar dos axónios e uma perda significativa de sinapses e não exatamente a morte neuronal (Pannese, 2011). Deste modo, pode-se concluir que a perda do volume cerebral associada ao envelhecimento não resulta propriamente da morte neuronal, mas da perda das sinapses (Ingram, 2016), que constitui um dos principais marcadores estruturais do envelhecimento cerebral.

Como foi referenciado, os padrões de atividade cerebral mudam ao longo da vida e, nesta perspetiva, as capacidades cognitivas podem ser avaliadas de acordo com os vários domínios cognitivos. Assim, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth edition* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), os domínios cognitivos são: atenção, aprendizagem e memória, função executiva, linguagem, perceptoromotor e cognição social, sendo que cada um destes domínios pode sofrer declínios mensuráveis associados ao processo de envelhecimento. Na figura 1 encontram-se esquematizados os diferentes domínios neurocognitivos considerados no DSM-5.

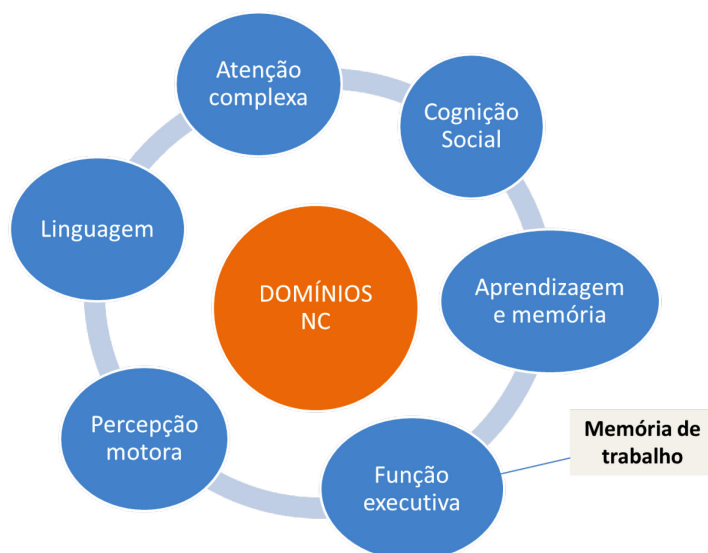


Figura 1 – *Domínios neurocognitivos (NC)*.

Fonte: Adaptado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, TX: Author

Existe um claro declínio na velocidade de processamento na idade avançada comparativamente com o desempenho dos adultos jovens (Murman, 2015). Ao mesmo tempo que o cérebro processa a informação com menos agilidade, acresce muitas vezes, a deterioração sensorial, especialmente a visão e a audição, e as dificuldades locomotoras, associadas a dor e instabilidade na marcha e, ainda, os problemas cardiovasculares que obrigam o cérebro a um esforço suplementar, já que se confronta com a perda da capacidade de aprendizagem e, concomitantemente, se debate com a necessidade de compensar e controlar as dificuldades orgânicas que vão surgindo. Consequentemente, também se verifica uma menor disponibilidade energética para a memória (Acarín & Malagelada, 2018).

A memória é uma função extremamente complexa que se desenvolve num longo processo interposto entre um determinado acontecimento até que este se transforme numa memória de longo prazo. Durante esse período, as memórias são frágeis e facilmente efémeras. A sua consolidação depende do hipocampo, que é uma estrutura densamente interconectada com todo o neocórtex. Os padrões neuronais registados no córtex são enviados para o hipocampo e, como este está ligado a tantas áreas do córtex, consegue recriar uma representação global dos acontecimentos. Assim, os acontecimentos são revividos várias vezes no hipocampo (Opitz, 2014).

As memórias não são, portanto, estáticas, podem ser revivenciadas e, deste modo, modificáveis, sendo que é durante o sono que ocorre a maior parte da consolidação das memórias.

É importante reforçar que a memória constitui a base da aprendizagem que ocorre na sequência da capacidade de plasticidade do cérebro. Como salientam Acarín e Malagelada (2018), a aprendizagem constitui o conjunto das alterações permanentes na conduta humana através de modificações estruturais do sistema nervoso resultantes da experiência e da memória. Isto é, a consolidação da memória é consumada graças à plasticidade neuronal, na medida em que a chegada da informação ao cérebro estimula a formação de novas sinapses que, por sua vez, são responsáveis por redes neuronais mais extensas e complexas.

Sabendo que toda a informação chega ao cérebro através dos órgãos dos sentidos (memória sensorial), existe uma estrutura que se torna imprescindível no processo de recuperação da informação, o sistema límbico, que se encontra situado no lóbulo temporal do cérebro. Dentro do sistema límbico, a região mais relevante para a memória é o hipocampo. É a associação do hipocampo com a amígdala cerebral que regula a capacidade emocional e que, como tal, determina a intensidade com que as memórias ficam gravadas no nosso cérebro, sendo posteriormente recordadas como experiências carregadas de uma grande carga emocional, seja ela positiva ou negativa (Desmedt, Marighetto, Richter-Levin, & Calandreau, 2015).

Alguns aspetos da memória são estáveis com o envelhecimento normal, contudo, é provável que vá surgindo algum declínio na recuperação de informação recentemente aprendida. No que se refere à retenção da informação a longo prazo, temos a memória implícita (procedimental) que se caracteriza por ser um processo de memorização não intencional, logo, sem esforço consciente para a sua realização, que diz respeito a sequências motoras muito automatizadas que realizamos de forma quase inconsciente, isto é, memórias sensoriomotoras que usamos para nadar, andar de bicicleta, tricotar e que, uma vez aprendidas, são resistentes ao esquecimento. Este sistema depende essencialmente de estruturas subcorticais e é frequente que indivíduos amnésicos consigam aceder a este tipo de memórias (Martins, 2013).

Ainda no sistema de retenção a longo prazo, temos a memória declarativa ou explícita, à qual temos acesso de forma consciente. Dentro da memória declarativa consideram-se dois subtipos: a memória episódica e a semântica. As memórias autobiográficas (memória episódica), associadas a acontecimentos pessoais em que as informações foram organizadas num contexto temporal e espacial, são relativamente estáveis com o avançar da idade, contudo, a precisão da memória de origem e o nível de detalhe dos episódios recordados tendem a diminuir (Ingram, 2016; Murman, 2015). No que respeita à memória semântica, que funciona como uma enciclopédia que acumula os conhecimentos adquiridos ao longo da vida, independentemente dos seus referenciais temporo-

espaciais, que tem a particularidade de ser uma informação geral não ligada a um episódio específico da vida, é muito frequente o esquecimento de nomes (Castro-Caldas, 2016).

Num estudo realizado por Schneider et al. (2019), com o objetivo de avaliar a associação entre o declínio nos domínios da memória, linguagem e função executiva com o volume de substância cinzenta, confirmou-se que o declínio da memória na velhice estava interligado com a diminuição do volume cerebral no córtex temporal e no hipocampo.

Os mesmos autores acrescentam, ainda, que a nova aprendizagem, avaliada mediante a evocação diferida, também diminui com a idade e essa fica ainda mais comprometida se for solicitada a manipulação mental da informação aprendida (memória de trabalho). A memória de trabalho requer sempre a manipulação da informação aprendida e constitui uma das áreas frequentemente comprometidas com o envelhecimento.

As funções executivas referem-se ao conjunto das capacidades que se encontram no topo da hierarquia das funções cognitivas e que são responsáveis pelo planeamento, coordenação e monitorização das nossas ações. Participam nos nossos comportamentos sociais, nas relações interpessoais e na atividade cognitiva mais complexa que implica conceitos morais, regras sociais, princípios de justiça, entre outros, como acontece na tomada de decisões mais difíceis, na análise de novas situações, entre outros (Martins, 2013).

A função executiva envolve, pois, além da memória de trabalho, a tomada de decisão, resolução de problemas e todo o sequenciamento de respostas que tem como desígnio a realização de várias tarefas do dia-a-dia. Todas estas capacidades estão intimamente relacionadas com o desempenho do córtex pré-frontal, precisamente a área cerebral onde é mais patente a atrofia associada ao envelhecimento. Também a capacidade de abstração e flexibilidade mental diminuem com a idade, especialmente, a partir dos 70 anos (Murman, 2015).

Se por um lado, são visíveis alterações na função executiva e, concretamente, na memória de trabalho, por outro, o conhecimento cumulativo e as habilidades experienciais são normalmente mantidas em idades avançadas, como referido anteriormente.

Relativamente à atenção, as mudanças mais significativas associadas à idade observam-se, de acordo com Murman (2015), na atenção seletiva e na atenção dividida. A atenção dividida diz respeito à capacidade de a pessoa executar duas tarefas em simultâneo e alternar entre ambas. Por sua vez, a atenção seletiva consiste em manter a atenção independentemente de distrações.

No que concerne à linguagem, alguns estudos sugerem que a fluência verbal, a recuperação verbal e algumas tarefas de nomeação sofrem algum declínio com a idade. De acordo com Wong, Ettliger, Sheppard, Gunasekera e Dhar (2010), em adultos mais velhos, a diminuição do volume a nível do córtex pré-frontal durante o envelhecimento pode constituir um fator determinante na diminuição da recuperação verbal num ambiente naturalista.

Tendo como ponto de partida que na origem do declínio funcional do cérebro parece estar a perda progressiva do volume cerebral, a capacidade de quantificar esta atrofia beneficiou diretamente com os avanços conquistados ao nível da imagiologia. Desta forma, foi possível compreender que a atrofia cerebral não é uniforme, algumas áreas apresentam uma maior propensão a perder volume, nomeadamente a perda da substância cinzenta é mais evidente no córtex pré-frontal (Ingram, 2016). Os lobos temporais, concretamente, o lobo temporal médio, que inclui o hipocampo, também revela um declínio moderado com o processo de envelhecimento. O estudo de Madden et al. (2009) confirmou também a diminuição da substância branca.

Mesmo tendo em conta todas as alterações descritas, uma grande parte dos adultos mais velhos consegue manter as suas capacidades através de mecanismos de compensação devido à plasticidade cerebral. Tal como a generalidade das células do organismo humano se renovam, isto é, umas morrem e nascem outras, também no cérebro se assiste à geração de novas células nervosas mediante um processo que se designa por neurogênese. Portanto, a formação de novas células nervosas, bem como a ramificação das extensões neuronais, as dendrites, e as suas espinhas dendríticas, vão contribuir para o aumento da interconexão entre os neurónios aumentando a rede neuronal (Acarín & Malagelada, 2018).

São estes fenómenos que conferem ao cérebro a sua plasticidade - neuroplasticidade, ou seja, a capacidade de se ir adaptando às mudanças e de aprender. O cérebro é, efetivamente, um órgão que tem uma grande plasticidade, demonstrando capacidade de se adaptar às mudanças do ambiente.

Decorrente do envelhecimento assiste-se a uma dinâmica entre os fatores que levam à neurodegeneração e ao declínio cognitivo e os fatores que conduzem à neuroplasticidade e, conseqüentemente, à potencialização das funções cognitivas. Se por um lado, os estudos confirmam que existe uma variedade de fatores que contribuem para a diminuição do volume do hipocampo, como a diabetes mellitus, hipertensão, obesidade, lesão cerebral hipóxica, apneia obstrutiva do sono, depressão, perturbação afetiva bipolar, alcoolismo e traumatismo craniano, é importante destacar que o hipocampo possui também uma grande capacidade de neuroplasticidade e, daí a pertinência das

intervenções com potencial para retardar a sua atrofia, ou mesmo inverter essa atrofia, quando associada a causas degenerativas, cerebrovasculares, metabólicas ou traumáticas (Fotuhi, Do, & Jack, 2012).

Um ambiente estimulante do ponto de vista físico e intelectual possibilita que a pessoa possa criar uma importante reserva cognitiva, a partir de uma rede neuronal mais eficaz que permitirá compensar durante um período de tempo mais prolongado a deterioração causada pelo envelhecimento (Acarín & Malagelada, 2018).

Esta constatação é analogamente mencionada por Sobral e Paúl (2015), ao destacarem que a reserva cognitiva não é fixa, mas sim capaz de evoluir ao longo da vida. Numa revisão realizada por estas autoras ficou comprovado que em muitos estudos se identificaram benefícios para a reserva cognitiva, concretamente, associados ao nível de escolaridade, de ocupação profissional ao longo da vida e de participação em atividades de lazer durante a vida adulta. Estes achados da investigação sustentam a implementação de mudanças no estilo de vida que sejam capazes de contribuir para o aumento da reserva cognitiva em todas as idades, designadamente, através da estimulação cognitiva e da manutenção de uma vida física e intelectualmente ativa.

O estudo das freiras (*Nun Study*), confirma a importância da estimulação cognitiva ao longo da vida como medida de prevenção do declínio cognitivo. O estudo integra a história detalhada da atividade e das capacidades cognitivas das freiras durante a sua vida no convento, tendo sido estudadas prospectivamente 678 freiras católicas que, no início do estudo, em 1991, tinham idades compreendidas entre 75 e 102 anos. Foram colhidos dados dos arquivos dos conventos sobre diversas variáveis demográficas e culturais, sobre possíveis fatores de risco para a Doença de Alzheimer ou de outras doenças. Foram também realizadas avaliações cognitivas e físicas anuais e foi feito o estudo neuropatológico dos cérebros das participantes que faleceram e os doaram para a investigação. A escolha desta amostra populacional teve em conta as condições de vida estáveis e relativamente semelhantes em que viviam as freiras (Snowdon, 2003).

Um dos aspetos importantes a salientar é que algumas freiras tinham continuado ativas no ensino até aos 80 anos, conservando um bom rendimento cognitivo, sendo que as conclusões deste estudo revelam que as freiras que não apresentavam declínio cognitivo tinham ativado a capacidade neuroplástica em sequência da estimulação cognitiva, de tal forma que contribuiu para que os neurónios tivessem estabelecido um maior número de sinapses e, deste modo, tornaram-se capazes de compensar a degeneração de outros neurónios.

Através da leitura das autobiografias redigidas pelas freiras foi possível concluir que as suas vidas tinham sido marcadas por uma atitude cordial, animada e repleta de emoções positivas e que isso estava associado à sua longevidade (Danner, Snowdon & Friesen, 2001).

O *Nun Study* contribuiu para demonstrar que os fatores que influenciam o risco de desenvolver um quadro demencial podem, frequentemente, ser modificados pelos comportamentos e atitudes mantidas ao longo da vida e que abarcam, entre outras, as escolhas alimentares saudáveis, a prática regular de exercício físico e as atividades que mantêm o cérebro ativo. De facto, a neurogênese, como processo altamente regulado pela atividade da rede neuronal existente, tem sido diretamente associada ao estilo de vida (Poulose, Miller, Scott, & Shukitt-Hale, 2017).

O declínio cognitivo é diversificado nas suas manifestações, de acordo com a variabilidade individual, e fortemente influenciado por condições como a educação, a inteligência e a estimulação do cérebro durante o percurso de vida sendo que estes fatores são capazes de influenciar a reserva cognitiva. Por sua vez, a neuroplasticidade apresenta-se, como uma potencialidade adaptativa e crucial do cérebro humano, capaz de reorganizar circuitos neuronais a nível cortical e subcortical que vão atuar como facilitadores da memória e da aprendizagem (Walley, Staff, Fox & Murray, 2016).

Ao nível imagiológico, as características estruturais e funcionais no cérebro humano que espelham a neuroplasticidade são o aumento do volume da substância cinzenta, uma maior integridade ao nível da substância branca e aumento da perfusão vascular cerebral, bem como do metabolismo da glicose (Phillips, 2017).

Na abrangência do declínio cognitivo relacionado com o envelhecimento, um dos atuais interesses da investigação incide na fragilidade cognitiva que, de seguida, será alvo de um desenvolvimento mais aprofundado.

#### **1.1.1.1. Fragilidade cognitiva**

O curso normal do processo de envelhecimento está associado a um declínio gradual das capacidades funcionais, pelo que, as pessoas mais velhas que estão em alto risco de declínio são consideradas frágeis (Corapi, McGee, & Barker, 2006).

Tendo como referência alguns estudos que se centram na prevalência da fragilidade contata-se que esta síndrome está manifestamente mais presente à medida que a idade avança (Fried et al., 2001; Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, & Anderson, 2004).

A fragilidade pode ser descrita como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial que se caracteriza por um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante da diminuição das reservas de energia e pela redução da resistência aos *stressores*, com conseqüente declínio dos sistemas fisiológicos (Morley et al., 2013).

Fried et al. (2001) propuseram um “fenótipo de fragilidade” composto por um conjunto de cinco critérios: perda de peso não intencional, exaustão avaliada a partir do autorrelato de fadiga; baixo nível de atividade; lentidão medida pela velocidade da marcha; fraqueza medida pela força da mão. As pessoas mais velhas que apresentam três ou mais das condições mencionadas são consideradas frágeis, com um ou dois destes indicadores consideram-se pré-frágeis e os que não apresentam nenhum dos critérios mencionados são considerados “robustos”, ou seja, não-frágeis.

Uma segunda operacionalização de fragilidade que surge na literatura é a da acumulação de défices que, atendendo à flexibilidade dos contextos, reconhece que a fragilidade é multifatorial e dinâmica, sublinha a necessidade de integrar os domínios médicos e sociais para uma melhor compreensão da fragilidade. Portanto, para além da fraqueza física integra as morbilidades acumuladas (Rockwood & Mitnitski, 2007).

Numa perspetiva mais inclusiva da fragilidade, constata-se que alguns sintomas, conseqüências e fatores de risco estão associadas ao humor depressivo. Assim, numa meta-análise realizada por Soysal et al. (2017), a prevalência geral de depressão em 8023 pessoas com fragilidade foi de 38,60%. No sentido inverso, a prevalência de fragilidade em 2167 pessoas com depressão foi de 40,40%. Esta meta-análise aponta para uma interação recíproca entre depressão e fragilidade em pessoas mais velhas, especificamente, cada condição está associada a um aumento da prevalência e incidência da outra e pode constituir um fator de risco para o desenvolvimento da outra.

Assim, a condição de pessoa frágil parece, pois, incluir vários domínios interrelacionados com a saúde mental, designadamente, sintomatologia depressiva e declínio cognitivo que ocorrem com frequência em pessoas mais velhas. Neste contexto, a fragilidade deve ser entendida como um processo dinâmico e as suas interações com a cognição e a sintomatologia depressiva devem ser tidas em conta.

Além da capacidade física reduzida, a fragilidade pode, pois, afetar também componentes seletivos da cognição e, conseqüentemente, da qualidade de vida. Num estudo realizado por Langlois et al. (2012), os participantes frágeis apresentaram alterações nas funções executivas e um declínio na velocidade de processamento que, na perspetiva dos autores não podem ser explicadas apenas por uma condição médica específica, como as doenças cardiovasculares.

O declínio cognitivo associado ao envelhecimento, varia de pessoa para pessoa e encontra-se fortemente associado a condições do domínio físico, especificamente com a funcionalidade, na medida em que o declínio cognitivo pode condicionar o funcionamento diário sem, contudo, estar relacionado com um quadro demencial (Comijs, Dik, Aartsen, Deeg, & Jonker, 2005).

O comprometimento físico é frequentemente responsável pelo aumento do comportamento sedentário e isolamento social das pessoas mais velhas e estes dois fatores contribuem não só para um ciclo vicioso e prejudicial no domínio físico, mas também podem explicar um declínio cognitivo justificado por causas independentes de uma condição neurodegenerativa e que, como tal, devem ser tratadas de maneira distinta (Kelaiditi et al., 2013).

Um Painel de Consenso Internacional formado por investigadores da *International Academy on Nutrition and Aging* (IANA) e *The International Association of Gerontology and Geriatrics* (IAGG) que reuniu em Toulouse em abril de 2013, com o objetivo de coadjuvar o desenho de futuras intervenções preventivas personalizadas em pessoas mais velhas e discutir o foco das intervenções em múltiplos domínios, nomeadamente, físico, nutricional, cognitivo e psicológico para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida daqueles que envelhecem, propôs a identificação da chamada "fragilidade cognitiva" como uma manifestação clínica do processo de redução da reserva cognitiva que é causada por fatores heterogéneos, diferentes dos processos associados ao envelhecimento fisiológico do sistema neuronal central, e que se caracteriza pela presença simultânea de fragilidade física e comprometimento cognitivo, com exclusão de demência concomitante. Salientou-se que a fragilidade cognitiva pode representar um precursor dos processos neurodegenerativos, contudo, é de considerar o seu potencial de reversibilidade (Kelaiditi et al., 2013), por isso, deve ser instituída uma intervenção atempada e adequada (Feng et al., 2017), na medida em que, em comparação com pessoas mais velhas cognitivamente intactas, os que apresentam fragilidade e pré-fragilidade, exibem uma maior propensão para a redução da sua capacidade funcional, autonomia e, conseqüentemente, do bem-estar e qualidade de vida.

Desta forma, a fragilidade cognitiva pode-se apresentar como um conceito emergente a ser considerado no cenário heterogéneo e complexo da fragilidade nas pessoas mais velhas, sendo que o Painel de Consenso se destaca pelo importante contributo neste constructo, preenchendo uma lacuna existente. Os autores sustentam que embora a redução da reserva cognitiva seja uma característica importante da fragilidade cognitiva, ela coexiste com a fragilidade física, compartilhando mecanismos fisiopatológicos e fatores de risco comuns (Woods, Cohen & Pahor, 2013), designadamente, tanto a

fragilidade física como o declínio cognitivo envolvem mecanismos inflamatórios e de desregulação endócrina (Aubertin-Leheudre, Woods, Anton, Cohen & Pahor, 2015).

Para identificar a fragilidade cognitiva o referido painel sugeriu que todos os sujeitos frágeis realizassem uma avaliação cognitiva abrangente que incluía a avaliação da memória e de outras funções cognitivas, em concreto, as funções executivas. Com este intuito, sugere diversos testes e instrumentos como, teste de velocidade de processamento, o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), o *Mini Mental State Examination* (MMSE) e a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer – Subescala cognitiva (ADAS-Cog).

Posteriormente deve ser realizada uma avaliação física completa que permita identificar as condições associadas ao comprometimento físico. As ferramentas da avaliação física devem incluir a velocidade de marcha, força de preensão palmar e a confirmação da perda de peso (Abellan Van Kan et al., 2009).

A possibilidade de considerar a fragilidade física e o declínio cognitivo num único fenótipo complexo foi considerada crucial na prevenção de desfechos adversos relacionados com a cognição, incluindo o *delirium* e quadros demenciais tardios (Robertson, Savva, & Kenny, 2013; Panza et al., 2015).

Na lista de intervenções terapêuticas preventivas, Kelaiditi et al. (2013) recomendaram a promoção da atividade física e estimulação cognitiva, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, destacando-se a este nível, a dieta mediterrânea, a cessação do tabagismo, a promoção de estilos de vida ativos e socialmente integrados, com um correto padrão de sono diário, manutenção do peso corporal ideal e um controlo metabólico que permita uma vigilância eficaz da dislipidemia, diabetes e tensão arterial. No âmbito das intervenções farmacológicas recomenda-se o controlo efetivo do uso de todos os fármacos.

A intervenção deve, nesta linha de orientação, incidir em múltiplos domínios, focados na dimensão física, nutricional, cognitiva e psicológica com o desígnio de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos adultos mais velhos e, conseqüentemente, deverão ser reforçadas as medidas de promoção do exercício físico, correção de deficiências nutricionais e potencial suplementação de nutrientes e, ainda, a implementação de intervenções no âmbito da estimulação cognitiva e orientadas para as emoções de molde a melhorar de forma mais abrangente o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. De acordo com Kelaiditi et al. (2013), a eficácia destas estratégias apresenta um melhor potencial de sucesso se implementadas numa configuração articulada, e não

em componentes isoladas, a fim de responder integralmente à complexidade da fragilidade.

Dentro das perturbações cuja característica nuclear é cognitiva temos também as perturbações neurocognitivas (PNC) (American Psychiatric Association [APA], 2013). O seu impacto nas sociedades atuais levou a que fossem consideradas uma prioridade de saúde pública pelo que se torna crucial implementar abordagens terapêuticas com a finalidade de maximizar o funcionamento cognitivo e funcional da pessoa com PNC, auxiliando-a no seu processo de adaptação aos défices, estimulando as suas capacidades e, conseqüentemente, promover a dignidade.

### **1.1.1.2. Perturbações neurocognitivas**

Desde a década de 90 do século XX que Petersen e colaboradores descreveram uma entidade de transição entre o envelhecimento normal e a demência, tendo definido critérios para o seu diagnóstico (Petersen et al., 1999): queixas mnésicas, especialmente se confirmadas por outra pessoa e documentadas por testes normalizados; função cognitiva geral maioritariamente intacta; atividades de vida diária predominantemente preservadas e, ainda, ausência de demência. Surge, então, o conceito de *Mild Cognitive Impairment* (MCI) sendo, contudo, de referir que o termo já havia sido utilizado pela primeira vez em 1988 (Reisberg et al., 1988).

Mais recentemente, o MCI foi classificado em dois subtipos: amnésico e não-amnésico (Petersen, 2004). No MCI amnésico, verifica-se um ligeiro declínio na memória, clinicamente significativo, mas que não preenche os critérios para ser diagnosticado como demência. Neste caso, tanto os doentes como os familiares relatam um esquecimento progressivo, contudo, outros domínios cognitivos mantêm-se predominantemente preservados. Num outro sentido, o MCI não-amnésico, é caracterizado por um declínio subtil na atenção, linguagem ou habilidades visuoespaciais não se verificando alterações na memória. Com esta classificação, o MCI deixa de considerar o declínio na memória como condição necessária para o diagnóstico e passa a ser considerada a possibilidade de se verificar um declínio ligeiro em outros domínios cognitivos, concretamente, atenção complexa, aprendizagem e memória, funções executivas, linguagem, domínio perceptivomotor ou cognição social (Knopman & Petersen, 2014).

O MCI tem merecido um foco especial de atenção, sobretudo no contexto da doença de Alzheimer (DA), por se tratar, em muitos indivíduos, de uma forma prodrómica da doença (Lopez, 2013), destacando-se a importância dos biomarcadores para precisar, de forma mais fidedigna, quais os casos que vão evoluir para a DA. Em ensaios clínicos que

envolveram pessoas com MCI do tipo amnésico, a evolução para Doença de Alzheimer confirmada foi de 16% ao ano e o genótipo da apolipoproteína E - ApoE4 revelou-se como um importante preditor desta progressão (Petersen et al, 2005). Apesar do MCI, no seu subtipo amnésico, ser considerado uma fase prodrómica da DA nem todas as pessoas nesta condição clínica desenvolverão um quadro demencial.

Por outro lado, o tipo não-amnésico parece ser precursor de outros tipos de demência (Petersen, 2004), designadamente, demência frontotemporal, demência vascular ou demência com corpos de Lewy (Molano et al, 2010). Desta forma, persiste a dúvida se o MCI é, de facto, uma entidade em si ou se se trata de uma manifestação precoce de uma eventual demência (Apóstolo et al., 2016).

Apesar de estar em curso uma série de ensaios clínicos com potenciais fármacos modificadores da doença, nomeadamente da DA, até ao momento não existem fármacos aprovados para o tratamento do MCI ainda que esta fase constitua o alvo preferencial da sua atuação (Fink et al., 2017). Relativamente às intervenções não farmacológicas, estas podem estar associadas a pequenos benefícios cognitivos e, nesta medida, o seu papel pode ser considerado como promissor (Apóstolo et al., 2016).

Esta entidade foi reconhecida e integrada no DSM-5 (APA, 2013), que a denomina de Perturbação Neurocognitiva ligeira (*Mild Neurocognitive Disorder*). O DSM-5 surge com algumas alterações relativamente a critérios de diagnóstico e classificação das perturbações mentais. Uma das alterações reside precisamente no termo 'demência', que ficou englobado numa entidade denominada Perturbação Neurocognitiva *major*, ainda que o primeiro termo se mantenha, sobretudo nos contextos clínicos em que os intervenientes se familiarizaram com essa denominação. Ainda assim, é reforçado que esta designação se refere às demências degenerativas.

As Perturbações neurocognitivas, caracterizam-se pela existência de um défice na cognição que não esteve presente desde o nascimento, mas que representa um declínio em relação a um nível anterior de funcionamento.

Relativamente à classificação, considera-se a divisão das PNC em ligeira ou *major*. Na PNC ligeira verifica-se um declínio modesto em relação a um nível anterior de desempenho num ou mais domínios cognitivos, relatados pelo indivíduo, um informador conhecedor ou um profissional, que deve ser confirmado por testes neuropsicológicos estandardizados ou por avaliação clínica quantitativa. Este declínio não interfere na realização das AVD, tais como a gestão da medicação e o pagamento de contas, mas poderão exigir um maior esforço, com recurso a estratégias compensatórias ou de

ajustamento. Na PNC *major*, o declínio cognitivo é significativo em relação a um nível anterior de desempenho e interfere na realização das AVD.

São reconhecidos subgrupos etiológicos específicos para as PNC *major* e ligeira, sendo os mais prevalentes: PNC devido a Doença de Alzheimer, PNC vascular; PNC com corpos de Lewy e PNC frontotemporal que compartilham mecanismos comuns, tais como, hipoxia, stress oxidativo, neuroinflamação e neurodegeneração (Raz, Knoefel & Bhaskar, 2015).

A DA é o subtipo mais comum, correspondendo a 70% de todos os casos de demência, e a idade avançada constitui o seu principal fator de risco. Caracteriza-se por um processo neurodegenerativo que se inicia por défices mnésicos, mas que progressivamente vai afetar outros domínios cognitivos. A progressão dos défices cognitivos está intimamente associada ao progresso das lesões cerebrais subjacentes responsáveis pelo défice na atividade colinérgica a nível do hipocampo e neocórtex. Em termos neuropatológicos a DA caracteriza-se por (Hyman et al., 2012):

- Tranças neurofibrilares intraneuronais, constituídas por agregados de neurofilamentos formados por proteína tau hiperfosforilada e anormalmente agregada;
- Placas senis, que são estruturas constituídas por um núcleo central de amiloide e perifericamente por axónios e sinapses degeneradas;
- Perda neuronal seletiva;
- Angiopatia amiloide (deposição de amiloide perivascular);
- Perda precoce de sinapses, chegando a diminuir 70% nas regiões pré-frontais.

Na fase mais avançada, a pessoa torna-se totalmente dependente o que culmina, frequentemente, na necessidade de institucionalização.

A demência vascular (DV) é a segunda causa mais frequente de demência e resulta de lesões vasculares cerebrais causadas por isquemia, hipoxia ou hemorragia. A DV caracteriza-se por um quadro clínico muito heterogéneo, uma vez que cada tipo de lesão cerebral vai determinar as características clínicas. Atendendo a que, maioritariamente, os fatores de risco podem ser modificáveis, as medidas preventivas passam pela identificação e correção da HTA, diabetes, fibrilhação auricular e outras arritmias, doença coronária, dislipidemia, apneia do sono, tabagismo e alcoolismo. Assim, ao contrário das demências neurodegenerativas, em que apenas existe tratamento sintomático, neste caso, o foco incide nas estratégias preventivas (Raz, Knoefel, & Bhaskar, 2015).

A demência com corpos de Lewy apresenta-se ligeiramente mais prevalente no sexo masculino, onde apresenta pior prognóstico. O seu aparecimento é insidioso e

caracteriza-se por défices cognitivos com carácter flutuante, particularmente, défices não-amnésicos, sintomas de parkinsonismo e alucinações visuais complexas. Verificam-se, ainda, variações na atenção, no estado de consciência e nas capacidades visuoespaciais, num quadro semelhante a um *delirium* recorrente. A memória encontra-se preservada no início da doença, mas tende a alterar com a progressão do quadro demencial, sendo que, mesmo nas fases mais avançadas, as alterações predominantes são as alterações visuoespaciais e da atenção. O perfil neurocognitivo caracteriza-se, pois, por uma combinação de alterações neuropsicológicas corticais - memória, linguagem, funções executivas e funções visuoespaciais e, subcorticais - atenção, velocidade de processamento cognitivo, e funções visuoespaciais. Um conjunto de outras características ajudam a corroborar o diagnóstico, nomeadamente, a sensibilidade aumentada aos antipsicóticos, os episódios sincopais, as quedas associadas ao parkinsonismo e as alterações transitórias do estado de consciência (Hansen, Ling, Lashley, Holton, & Warner, 2019).

A demência frontotemporal é considerada uma perturbação neurocognitiva heterogénea de início precoce, por volta dos 50-60 anos e, frequentemente, existe história familiar, confirmando o risco genético desta perturbação degenerativa. Das diversas variantes deste quadro demencial, a mais frequente é a frontal, em que aparecem mais salientes e precoces as alterações da personalidade e do comportamento, podendo apresentar apatia ou desinibição e impulsividade e, alterações da linguagem (Onyike & Diehl-Schmid, 2013).

Os quadros demenciais, na sua grande complexidade, para além das alterações cognitivas evidentes, afetam outros domínios que englobam o humor, a afetividade, o comportamento e a personalidade e, similarmente, as funções biológicas, como o sono e o apetite. Todo este conjunto de sintomas assume a designação de sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), são muito frequentes, ocorrendo em cerca de 90% dos casos de demência, e podem surgir muito antes da instalação do défice cognitivo, sendo que um exemplo típico desta condição é a depressão que, em alguns casos, constitui um indicador precoce do declínio cognitivo (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012).

Os mesmos autores salientam que o impacto destes sintomas é devastador para os doentes já que contribuem para a diminuição da autonomia, aceleração do declínio cognitivo e aumento das taxas de morbilidade e mortalidade, mas, também para os familiares, na medida em que se associam, inevitavelmente, a um aumento da sobrecarga do cuidador, aumentando a taxa de depressão e ansiedade. Desta forma, os SCPD constituem a primeira causa de institucionalização precoce dos indivíduos com demência.

Em termos de intervenção terapêutica, a literatura aponta para o impacto positivo da utilização combinada de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas dirigida às necessidades das pessoas com demência, porém, para que isso seja possível torna-se crucial a formação/treino dos profissionais de saúde para a implementação de terapias psicossociais fundamentadas em boas práticas e baseadas em evidências científicas (World Health Organization, 2013).

Neste âmbito, e englobadas nas intervenções não farmacológicas, destacam-se as intervenções cognitivas / orientadas para as emoções (terapia de reminiscência, terapia de validação); intervenções de estimulação sensorial (aromaterapia, fototerapia, massagem/tato, musicoterapia, estimulação multissensorial de Snoezelen, estimulação nervosa elétrica transcutânea); técnicas de gestão de comportamento; e outras intervenções psicossociais, como terapia assistida por animais (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012).

Relativamente aos casos de demência, o relatório da OCDE (2017) coloca Portugal no quarto lugar, apenas atrás da Alemanha, Itália e Japão e prevê que em 2037 o país possa subir para a terceira posição do grupo. O número de pessoas com demência nos países da OCDE aproximou-se dos 19 milhões de pessoas em 2017 e, apesar do crescimento ser generalizado, o envelhecimento da população e a ausência de programas de deteção da doença mencionados no relatório, poderão justificar as projeções feitas para Portugal, Uma outra conclusão deste relatório é que, a nível global, os dados sobre a incidência ainda são escassos e que mais de metade dos casos estarão por diagnosticar. Por outro lado, os custos financeiros da demência são imensos e à medida que as populações continuam a envelhecer, espera-se que a prevalência aumente para 41 milhões até 2050 nos países da OCDE e, globalmente, para 152 milhões.

Com o aumento da população com mais de 80 anos de idade, a OCDE estima, diferentemente, que as demências afetem 20% das pessoas entre os 85 e 89 anos, mas, a partir dos 90 anos, a incidência aumenta para 41%.

Na ausência de cura para a demência, as pressões sobre a saúde e a melhoria dos cuidados deverá ser uma prioridade. Assim, torna-se imperativo melhorar a vida das pessoas com demência através de um diagnóstico atempado e a implementação de intervenções dirigidas às necessidades não apenas como uma meta importante em si mesma, mas como uma exigência que permita reduzir custos futuros.

Deste modo, é possível compreender que a demência constitui um dos maiores desafios de saúde para o século XXI e, apesar de muitos países já terem começado a investir na qualidade dos cuidados dirigidos às pessoas com esta perturbação neurocognitiva ainda

permanecem lacunas significativas ao nível do acesso e também da qualidade dos serviços que possibilitem que estas pessoas possam viver na comunidade durante o máximo tempo possível, sem estigma e com acesso a cuidados adequados. Para que isto se torne exequível, é preciso dar prioridade aos cuidados na comunidade de forma coordenada com os serviços especializados para atender às necessidades das pessoas com demência e dos seus cuidadores (World Health Organization, 2013).

Os esforços na investigação para descobrir a cura para a demência e, em particular, para a DA têm sido muitos ao longo dos últimos anos, mas com poucos resultados. Estão em curso vários ensaios clínicos, contudo, os tratamentos disponíveis até ao momento, apenas atrasam a progressão dos sintomas, a evolução para a incapacidade total é inevitável (Cummings, Ritter, & Zhong, 2018).

Concretamente no âmbito da DA, muitas investigações têm-se concentrado na diminuição e no atraso da evolução das placas amiloides e nos emaranhados neurofibrilares, todavia, e porque os resultados têm sido pouco satisfatórios, a primazia atual consiste essencialmente na aposta na prevenção, por mais genérica que seja: ter um estilo de vida saudável, que inclui comer bem, ter um sono restaurador, não fumar e praticar exercício físico (OCDE, *Glance* 2017).

É fundamental a intervenção precoce no controlo das doenças crónicas e do declínio cognitivo, mas, também, o apoio durante e após o diagnóstico (OCDE, 2018). Não menos importante é o controlo dos SCPD para preservar durante o maior tempo possível, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa com demência, garantindo a sua individualidade e dignidade (Cerejeira, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012).

De facto, no panorama de uma população cada vez mais envelhecida, torna-se essencial identificar as situações de declínio cognitivo patológico e a sua diferenciação com o envelhecimento fisiológico atendendo a que a intervenção precoce nas situações iniciais do declínio cognitivo pode influenciar fortemente o seu prognóstico. É de ressaltar que, em Portugal, a Direção Geral de Saúde propôs, em 2011, um plano estratégico para o declínio cognitivo com a publicação da Norma 053/2011: Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas, com o intuito de harmonizar os procedimentos de diagnóstico e intervenção e contribuir de forma concertada para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus familiares (Santana & Duro, 2014), pois como reforçam Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho (2015) o reconhecimento da importância da demência no panorama epidemiológico atual é um ponto de partida obrigatório para a definição das estratégias institucionais de apoio e tratamento dos doentes com demência em Portugal.

Um outro aspeto que não pode ser desvalorizado perante uma sociedade que se torna a cada dia mais envelhecida é o aumento significativo de alterações psicossociais.

### 1.1.2. ALTERAÇÕES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento psicológico deve ser entendido numa perspetiva dinâmica e complexa intimamente ligada a fatores individuais e culturais. É uma fase profundamente marcada por perdas consideráveis que incluem familiares próximos e amigos, alterações a nível dos papéis sociais e estatuto, alterações da imagem corporal, agravamento das doenças crónicas com diminuição da funcionalidade e possível perda da autonomia e dependência de terceiros. Muitas vezes associam-se também as situações de fragmentação das relações interpessoais.

O impacto causado por estas adversidades depende do funcionamento cognitivo e interpessoal prévio sendo de considerar que, em oposição às perdas, surgem nesta fase da vida, mudanças positivas, associadas a diversos ganhos que incluem o aumento do sentido estratégico na utilização de capacidades e recursos existentes e, além disso, o aumento do distanciamento afetivo nos julgamentos e decisões. Neste sentido, a experiência adquirida ao longo da vida promove uma sabedoria cumulativa que pode ser usada na resolução destes desafios do desenvolvimento humano, assumindo mesmo um papel amortecedor do sofrimento inerente a estes percursos marcados profundamente por perdas significativas (Park & Unützer, 2011).

Levasseur e Couture (2014) reforçam que as estratégias mais adaptativas para lidar com situações de sofrimento na velhice são, efetivamente, as de carácter cognitivo e englobam o reajustamento de objetivos, a atribuição da situação a fatores externos e o foco em objetivos ainda possíveis de atingir.

Não se pode desvalorizar que, na velhice, os sintomas depressivos podem ocorrer em diversas situações psiquiátricas como luto patológico, reações de ajustamento, perturbação bipolar, perturbação distímica, entre outras. A depressão é considerada a patologia psiquiátrica mais frequente entre a população com idades mais avançadas, ainda que os dados epidemiológicos em Portugal sejam escassos (Firmino, Nogueira, Neves, & Lagarto, 2014).

A depressão define-se como uma síndrome complexa e de etiologia multifatorial, contudo, nos adultos mais velhos, ela assume uma relevância própria atendendo às mudanças referidas em termos de enquadramento social, conjuntamente com as alterações neuroendócrinas e à multiplicidade de patologias médicas com que algumas pessoas se

debatem nesta fase da vida. Na literatura, são referidos diversos fatores que tendem a contribuir para a dificuldade diagnóstica da depressão geriátrica entre as quais se destaca a falsa crença generalizada de que a tristeza e a depressão são parte natural do processo de envelhecimento, que são frequentes no próprio doente e família, mas, também se estende aos profissionais de saúde (Park & Unützer, 2011).

As queixas somáticas predominantes, acompanhadas de uma maior relutância em verbalizar os sentimentos de tristeza, fazem parte do quadro sintomático atípico exibido pelos adultos mais velhos, aos quais se associam as alterações neurovegetativas, como as alterações do apetite, perturbações do sono, dificuldades na concentração e lentificação psicomotora. A tudo isto pode juntar-se uma maior agitação e ideias sobrevalorizadas ou mesmo delirantes de natureza hipocondríaca (Hegeman, 2012) e, ainda, a anedonia e sinais da diminuição da autoeficácia, motivação e capacidades para o autocuidado frequentemente mencionadas em expressões do tipo “Eu não consigo fazer isso” ou “Eu não consigo fazer nada”. A perda de autoestima e sentimentos de solidão podem ser verbalizados com revelações como “Eu não sou necessário” ou “Eu sou um peso para os outros” (Park & Unützer, 2011).

As pessoas com sintomas depressivos apresentam uma maior tendência para recordar os acontecimentos negativos do que os positivos, o que se deve, como foi demonstrado por Hamilton e Gotlib (2008), através da imagiologia funcional, ao facto de existir uma maior ativação da amígdala direita e maior conectividade funcional com o hipocampo.

Há ainda a considerar, a presença frequente de défices cognitivos em diversos domínios como a memória episódica, memória de reconhecimento, capacidade visuoespacial, fluência verbal. Estes prejuízos, principalmente os de memória, foram atribuídos à disfunção de estruturas subcorticais relacionadas à regulação do humor, como o hipocampo (Hickie et al., 2005). Nesta complexa interação entre a depressão e a memória destaca-se a evidência experimental e clínica crescente da existência de prejuízo funcional e morfológico dos sistemas da memória causados pela depressão.

O declínio cognitivo está presente num elevado número de pessoas com quadros depressivos e, embora possa regredir com a resolução do episódio depressivo, constitui um fator de risco para o desenvolvimento de DA. Um outro aspeto importante que é destacado por Morimoto e Alexopoulos (2013) é que nos casos de depressão acompanhados de declínio cognitivo, a resposta à terapia antidepressiva é menor e a taxa de recidivas e risco de suicídio mais elevados.

Tanto a depressão como o declínio cognitivo são comuns entre os adultos mais velhos e vários estudos documentam a relação entre as duas entidades sem que, contudo, se verifique uma total convergência entre os autores.

Alguns estudos que analisaram a relação da presença do genótipo da apolipoproteína E epsilon4 (ApoE4), um reconhecido fator de risco para a doença de Alzheimer, em conjunto com a depressão, mostraram a existência de um efeito sinérgico no risco de vir a desenvolver doença de Alzheimer. Irie et al. (2008) seguiram 1932 homens com idades entre os 71 e os 90 anos, durante aproximadamente 6 anos e verificaram que a presença de sintomas depressivos por si só levava a um risco acrescido de 1.6, mas quando associados à presença do alelo ApoE  $\epsilon$ 4, o risco aumentava para 7.1.

Saczynski et al. (2010) seguiram 949 participantes, com idade média de 79 anos, tendo verificado que os participantes com depressão apresentavam quase o dobro do risco de desenvolver demência.

Li et al. (2011), num estudo de coorte de 15 anos, com 3410 participantes com mais de 65 anos, verificaram um aumento no risco de progressão para demência entre os participantes com depressão de início tardio, não tendo comprovado o mesmo com a depressão de início precoce, o que os levou a sugerir que mais do que um fator de risco, a depressão poderá constituir-se como uma fase inicial da demência.

Num outro estudo de coorte que seguiu 6376 mulheres com idades entre os 65 e os 79 anos, sem défices cognitivos, concluiu-se que a presença de sintomas depressivos clinicamente significativos, se apresentava como um fator independente e responsável por um risco acrescido de vir a desenvolver demência ou défices cognitivos moderados (Goveas et al., 2012).

Numa meta-análise de 12 estudos, realizada por Gao et al. (2013) com indivíduos sem défices cognitivos iniciais, os indivíduos com sintomas depressivos apresentaram um maior risco de desenvolver doença de Alzheimer, demência vascular ou qualquer outra demência, do que os que não apresentavam esses sintomas.

Os estudos indicam, pois, que os sintomas depressivos, em particular os que se apresentam com início tardio, estão associados a um maior risco de surgimento de demência. Contudo, levanta-se a questão se são entidades diferentes ou se a sintomatologia depressiva é na realidade um sinal precoce de défice cognitivo e consequente demência, por alterações funcionais e estruturais no cérebro. O facto de a maioria dos estudos terem mostrado a ausência de relação entre a demência e a depressão de início precoce sugere que a depressão poderá ser uma fase prodrómica.

No estudo realizado por Bennett e Thomas (2014), os autores advertem para o facto de ambas as condições compartilharem alterações neurobiológicas semelhantes, particularmente ao nível da substância branca, o que aponta para fatores de risco compartilhados ou um padrão compartilhado de dano neuronal. De facto, em ambas as situações se verificaram alterações a nível da libertação de neurotransmissores e processos oxidativos e neuroinflamatórios que contribuem para a atrofia neuronal.

Numa recente revisão sistemática da literatura com meta-análise, que confirma a associação entre as perturbações afetivas e o risco aumentado de demência no final de vida, a indicação terapêutica orienta para a monitorização da função cognitiva nestes casos específicos (John, Patel, Rusted, Richards, & Gaysina, 2019).

Um outro aspeto que parece importante salientar na interação destas entidades clínicas é que a depressão pode surgir com frequência nas fases iniciais da demência quando as pessoas se apercebem dos défices cognitivos e do seu impacto no dia-a-dia (Lagarto & Firmino, 2016).

Como se pode constatar, existem várias explicações para a relação entre a depressão nas pessoas mais velhas e o declínio cognitivo. A depressão tardia pode-se assumir como um sintoma precoce na progressão para a demência, pode apresentar-se como uma reação ao comprometimento cognitivo e, como foi referido, ambas as condições compartilham alterações neurobiológicas semelhantes.

De acordo com Firmino et al. (2014), a depressão em idade avançada pode ser concebida de diferentes modos, cada um dos quais com importância na abordagem terapêutica, sendo de ressaltar que a sintomatologia depressiva se desenvolve de acordo com um continuum de gravidade pelo que se adverte, nesse sentido, para a importância de recorrer a instrumentos de avaliação psicométrica, como a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), sendo aqui de mencionar, a versão portuguesa de Apóstolo et al., (2014).

A depressão nos adultos mais velhos constitui um grave problema de saúde na medida em que compromete o bem-estar, mas, também, porque pode representar uma ameaça à própria vida (Kabátová, Uríčková, & Botíková, 2014), tomando-se prioritária a oferta de respostas eficazes dirigidas a este grupo populacional com a vista à promoção da qualidade de vida.

### 1.1.3. ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

O conceito de qualidade de vida, inicialmente concebido numa ótica direcionada para aspetos biomédicos, claramente objetivo, tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo dos tempos e, na atualidade, são reconhecidos componentes objetivos e subjetivos, num conceito multidimensional, com diferentes domínios e componentes que interagem entre si, contudo, é de salientar que durante este processo de clarificação do conceito de qualidade de vida se assistiu a uma proliferação de distintas definições emergentes das várias áreas de estudos, nomeadamente, das ciências sociais, filosofia, política, entre outras (Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011).

Assim, perante as dificuldades em clarificar este conceito numa perspetiva universalmente aceite, um painel de peritos internacionais, grupo WHOQOL, nomeado pela OMS, dedicou-se afincadamente ao debate desta questão e definiu qualidade de vida como *a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Nos últimos anos a qualidade de vida tornou-se num conceito de crucial importância em resposta aos desafios impostos pela longevidade, isto é, espera-se que as pessoas envelheçam de forma saudável e que isso tenha impacto na qualidade de vida. Nesta linha de pensamento, o envelhecimento saudável tem sido definido como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, assim como o desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite assegurar o bem-estar na velhice, considerando a capacidade funcional como o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (World Health Organization, 2015).

O aspeto dominante que sobressai deste conceito de envelhecimento ativo e saudável é, sem dúvida, a qualidade de vida.

Na população mais envelhecida, a saúde geral pode ser influenciada por múltiplos fatores, incluindo os domínios físicos, psicológicos, comportamentais e sociais (Kwan, Ali, & Deuri, 2015), sendo de enfatizar que o local onde se vive, as pessoas com quem se vive, o nível de dependência de terceiros e o acesso à saúde constituem aspetos muito significativos na qualidade de vida dos indivíduos nesta faixa etária.

A qualidade de vida tem sido associada a uma diferenciação etária, com referência a um decréscimo com o avançar da idade sendo que alguns estudos apontam a idade como preditora da diminuição da qualidade de vida, provavelmente em consequência do efeito

das condições crónicas como as osteoarticulares, a depressão e as doenças neurológicas, de que frequentemente padecem as pessoas mais velhas (Hunger et al., 2011; Parker, Moran, Roberts, Calvert, & McCahon, 2014; Sun et al., 2017).

A dor crónica ou desconforto, comum em pessoas com doenças crónicas, bem como a frequente necessidade de internamentos estão intimamente associadas à redução da qualidade de vida (Agborsangaya, Lau, Lahtinen, Cooke, & Johnson, 2013).

Similarmente, as alterações sensoriais associadas à idade, concretamente, os graves problemas de visão à distância associadas, principalmente, à degeneração macular relacionada com a idade podem, também, apresentar um forte impacto negativo na qualidade de vida, o que remete para a necessidade de reforçar a importância das estratégias preventivas e de reabilitação precoce com o intuito de controlar a perda progressiva da visão (Finger et al., 2011).

Os níveis educacionais mais baixos também têm sido comumente associados a uma menor qualidade de vida, em comparação com níveis educacionais superiores (Jivraj & Nazroo, 2014; Luthy, Cedraschi, Allaz, Herrmann, & Ludwig, 2014; Raggi et al., 2016). Num estudo que envolveu 5639 pessoas da Finlândia, Polónia e Espanha realizado por Raggi et al. (2016), as pessoas com condições socioeconómicas mais baixas enfrentaram problemas de saúde aumentados e, em consequência disso, um declínio na sua qualidade de vida. Este estudo evidenciou que os níveis mais baixos de escolaridade e os problemas de saúde, especificamente associados a estados álgicos e a dificuldades emocionais, determinaram uma menor qualidade de vida. Especificamente, a dor mais intensa e em múltiplos locais foi identificada como comprometedora da qualidade de vida.

Allen et al. (2013), por sua vez, verificaram que o comprometimento físico na velhice foi consistentemente associado ao aumento da idade, ao sexo masculino, a menor escolaridade, aos solteiros, aos aposentados e pessoas com história de acidente vascular cerebral, patologia cardíaca, depressão, ansiedade, diabetes, HTA, obesidade e baixo apoio social, sendo que estas condições comprometiam a qualidade de vida.

É de ressaltar que a dor crónica é frequentemente relatada em associação com problemas de saúde mental, onde sobressaem os quadros depressivos (Ohayon & Schatzberg, 2010; Wang et al., 2016).

Numa revisão sistemática da literatura que analisou 51 estudos, o apoio social foi relacionado de forma positiva com a saúde mental e ficou realçado o efeito protetor que o apoio emocional e instrumental percebido exercem na sintomatologia depressiva (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015).

A rede social e o apoio social têm uma importância inquestionável para a vida social das pessoas mais velhas e, neste seguimento, a comunicação afigura-se como um agente de enorme relevância na qualidade de vida na medida em que confere satisfação com a vida que, por sua vez, constitui uma componente importante do bem-estar geral. Num estudo realizado por Adams et al. (2016), o apoio social mostrou-se capaz de amortecer o impacto adverso dos sintomas depressivos na satisfação com a vida. Também Sun et al. (2017) confirmam a correlação entre menores sintomas depressivos e maior apoio social com uma melhor qualidade de vida.

Numa outra investigação, o apoio social e o funcionamento cognitivo intacto configuraram-se como recursos úteis, capazes de suavizar o impacto negativo da dor crónica e dos sintomas depressivos. Partindo desta constatação, Lee, Kahana e Kahana (2016) consideram que os maiores níveis de apoio social contribuem para que os indivíduos adotem uma atitude mais proactiva perante as dificuldades o que converge numa maior independência e, conseqüentemente, numa qualidade de vida mais satisfatória.

Tendo como prioridade a qualidade de vida associada à longevidade, reveste-se de capital importância a identificação e controlo de fatores de risco modificáveis que atuam como determinantes dessa mesma qualidade de vida. Neste sentido, devem ser promovidas ações concretas no âmbito da saúde pública que visam aumentar a literacia em saúde, mas, também, a promoção de hábitos de vida saudáveis que incluem o aumento do nível de atividade física, adoção de hábitos alimentares corretos, horas de sono adequadas. O tratamento da dor crónica, a melhoria dos laços emocionais e da rede social bem como os ambientes residenciais com boas infraestruturas também podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos adultos mais velhos (Raggi et al., 2016).

Serão, pois, necessárias intervenções a vários níveis e que, de forma concertada, possam contribuir para minimizar os efeitos negativos resultantes das ameaças que surgem ao longo da vida e assegurar o bem-estar e satisfação ao longo de todo o percurso de vida. Estas intervenções são mais eficazes quando acompanhadas de comportamentos ativos, que aumentam a saúde dos indivíduos, pela redução das restrições socioculturais enfrentadas pelos adultos mais velhos, bem como pela viabilização de ambientes favoráveis ao envelhecimento saudável. Zaidi (2014) salienta que o impacto a longo prazo das transições vivenciadas (como o início da incapacidade ou a morte do cônjuge) e as experiências do curso da vida (como a aposentação) assenta em três componentes-chave da qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas: bem-estar financeiro, saúde e apoio social.

O declínio cognitivo e as demências podem, de forma muito direta, comprometer a qualidade de vida na medida em que contribuem para a incapacidade e dependência.

Sabendo que a idade constitui o principal fator de risco para o declínio cognitivo, a demência não é uma consequência natural e inevitável do envelhecimento. A literatura tem indicado uma relação importante entre o declínio cognitivo e a demência e fatores de risco intimamente vinculados a estilos de vida como a inatividade física, consumo de tabaco, erros alimentares e consumos abusivos de álcool. Também os problemas de saúde como a hipertensão, diabetes, obesidade e depressão e, ainda, o isolamento social e a inatividade cognitiva podem convergir para o surgimento de declínio cognitivo.

Atendendo a que muitos destes fatores são potencialmente modificáveis isso significa que as estratégias de saúde pública devem incluir a implementação de intervenções que retardem o declínio cognitivo e possam contribuir para a manutenção da qualidade de vida no processo de envelhecimento. Neste sentido, entre as recentes orientações emanadas pela OMS está a prática de exercício físico e a alimentação saudável como a dieta mediterrânea que privilegia produtos frescos e naturais como fruta, legumes e azeite (World Health Organization, 2019).

As orientações integram, ainda, outras indicações como, intervenções de cessação tabágica e dirigidas ao consumo nocivo de álcool; intervenções de natureza cognitiva com vista à capacitação dos adultos mais velhos com cognição normal ou declínio cognitivo leve, de modo a reduzir o risco de diminuição da capacidade cognitiva ou o desenvolvimento de demência; atividades de participação e apoio social que estão intimamente ligadas ao bem-estar e sentimento de inclusão social que deve ser assegurada ao longo do percurso de vida; controlo da obesidade e tratamento da hipertensão, diabetes *mellitus* e dislipidemia; tratamento da depressão mediante intervenções farmacológicas e psicossociais e, ainda, o tratamento dos défices auditivos.

Basicamente, as diretrizes da OMS para reduzir o risco de declínio cognitivo e de demência fornecem recomendações baseadas em evidência sobre comportamentos e intervenções de estilo de vida e que devem constituir uma ferramenta fundamental para os responsáveis pelos serviços de saúde, assim como governos, políticos e outras partes interessadas, na oferta de respostas adequadas ao desafio da longevidade com qualidade de vida e, concretamente, da prevenção das perturbações neurocognitivas (World Health Organization, 2019).

## **1.2. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS COM IMPACTO NAS PESSOAS MAIS VELHAS COM DECLÍNIO COGNITIVO**

O declínio cognitivo associado ao envelhecimento afeta um importante segmento da população a nível mundial e representa o principal fator de risco para o aparecimento de perturbações neurodegenerativas, pelo que, nos últimos anos, se tem dado especial destaque à importância das intervenções não farmacológicas integradas nas escolhas terapêuticas dirigidas às pessoas com declínio cognitivo.

O respeito pela dignidade da pessoa humana surge como imperativo à procura de intervenções que possam contribuir para a manutenção da função cognitiva e, sempre que o declínio cognitivo possua potencial de reversibilidade, atuar favoravelmente nesse sentido. Devem ainda, contribuir para retardar a progressão do declínio das funções cognitivas e promover o controlo dos sintomas comportamentais e psicológicos que, como foi mencionado anteriormente, ocorrem com frequência.

As intervenções não farmacológicas têm, desta forma, atraído a atenção nos contextos de prestação de cuidados por se apresentarem como alternativas seguras e de baixo custo e cujos efeitos terapêuticos estão confirmados ao nível da cognição e sintomas neuropsiquiátricos (Liang, Xu, Lin, Jia, Zhang, & Hang, 2018).

Em Portugal, a Norma 053/2011 da Direção Geral da Saúde, reforça que não existe evidência de que qualquer medicamento seja eficaz na prevenção primária da demência. Acrescenta, igualmente, que o declínio cognitivo e, em particular, as demências, constituem situações de complexa expressão clínica, com vertentes sintomáticas a nível cognitivo, funcional e neuropsiquiátrico, com grande impacto a nível pessoal, mas também dos familiares e cuidadores. Desta forma, as intervenções deverão ter um carácter multidimensional e multidisciplinar e envolver, para além das instituições e profissionais ligados à saúde que são responsáveis pela sua implementação, todos os vetores da sociedade que possam ter um papel determinante na qualidade de vida destas pessoas e dos seus cuidadores.

No mesmo sentido, Vasse et al. (2012) consideram determinante que os profissionais de saúde, mas também os decisores políticos garantam que as linhas de orientação de alta qualidade sejam permanentemente atualizadas de molde a tornar acessíveis a toda a Europa as melhores recomendações para as intervenções psicossociais que devem ser alvo de investigação que permita a avaliação do seu efeito mas também o desenvolvimento de estratégias para a sua implementação de forma eficaz na prática clínica.

No que concerne às intervenções para minimizar, reverter ou prevenir a progressão da fragilidade nas pessoas mais velhas, Gwyther et al. (2018), consideram que o contexto grupal se tem revelado interessante na adesão dos participantes, estimulando o prazer e a interação social. Salientam que as evidências apontam para a eficácia das intervenções baseadas em exercício físico no contexto grupal ou assentes em múltiplas vertentes (exercício físico, cognição, nutrição,...), efeitos estes corroborados por Apóstolo et al. (2018).

O impacto negativo da condição de fragilidade pode, efetivamente, ser reduzido com recurso a um tratamento atempado que se foque fundamentalmente num domínio específico do funcionamento individual ou que, de forma mais abrangente se dirija a um conjunto de necessidades emergentes que maioritariamente envolve a opção por uma intervenção não farmacológica.

O esclarecimento sobre a potencial reversibilidade da fragilidade constitui um aspeto crucial em termos de orientações de saúde pública e intervenções políticas com vista ao planeamento adequado de estratégias prioritárias e definição de linhas de ação que integrem estratégias adequadas e eficazes para intervir tão precocemente quanto possível, ainda assim, como salientam Gwyther et al. (2018), torna-se necessário desenvolver mais estudos neste âmbito que permitam examinar os benefícios das diferentes intervenções de acordo com a gravidade da fragilidade.

Relativamente à pertinência das intervenções não-farmacológicas dirigidas às pessoas com MCI, numa meta-análise realizada por Sherman, Mauser, Nuno e Sherzai (2017) concluiu-se que os aspetos relacionados com a estrutura dos programas não são os mais relevantes para a eficácia dos mesmos, o conteúdo revelou-se como o fator primordial a esse nível sendo que os que incidem em múltiplos domínios cognitivos ou que se conjugam com outras formas de intervenção, como o exercício físico, permitem a obtenção de resultados mais positivos nos testes neuropsicológicos. Portanto, estas intervenções combinadas e que incidem em multidomínios, especialmente quando integram a estimulação da memória, são mais indicadas pela possibilidade de fortalecer os mecanismos primários existentes e, conseqüentemente, potenciar o recrutamento de circuitos neuronais compensatórios, contribuindo para a reorganização neuroplástica.

Na investigação conduzida por Maffei et al. (2017) confirma-se que uma intervenção não farmacológica, baseada em intervenções de estimulação física e cognitiva, melhora o desempenho cognitivo e os indicadores de saúde cerebral em indivíduos com MCI.

Assim, a vantagem da combinação de várias modalidades de intervenção, particularmente com o envolvimento em atividades sociais e mudanças no estilo de vida,

tem vindo a ser sustentada pelo seu potencial para influenciar positivamente a cognição já que a sua associação parece contribuir para a neuroplasticidade.

Outras investigações que assentam na avaliação de intervenções em multidomínios têm demonstrado o seu benefício, nomeadamente, em estudos que visam prevenir e/ou retardar o declínio cognitivo relacionado com a idade em pessoas saudáveis (Ballesteros et al., 2015; Bamidis et al., 2014), destacando a importância da promoção do envolvimento social, tendo em conta o seu impacto positivo na cognição (James, Wilson, Barnes, & Bennett., 2011), partindo de atividades significativamente estimulantes, e que assentam no desempenho de papéis ativos.

Também o estudo de Marmeleira, Galhardas e Raimundo (2017) mostrou que um programa de exercício multimodal de oito semanas, focado na estimulação física e cognitiva, resultou na melhoria de várias habilidades cognitivas e componentes de condicionamento físico das pessoas mais velhas de uma estrutura residencial em Portugal.

Nas perturbações neurocognitivas *major*, ainda vulgarmente designadas por demências, as intervenções não-farmacológicas visam, essencialmente, maximizar o funcionamento cognitivo, o bem-estar e ajudar a pessoa no processo de adaptação aos défices. As atividades desenvolvidas têm como fim a estimulação das capacidades da pessoa, preservando, pelo maior período de tempo, a sua autonomia, conforto e dignidade.

Em termos farmacológicos, ainda que os atuais tratamentos não se configuram com potencial curativo, há evidências de que os doentes submetidos ao tratamento farmacológico experienciam uma evolução menos célere dos sintomas, comparativamente com os não-tratados.

Apesar dos esforços investigacionais que colocaram vários fármacos em fase de ensaio clínico e que ostentam uma esperança para o tratamento da demência, adivinha-se ainda um longo caminho a percorrer. Logo, e partindo dos limites conhecidos na eficácia nas terapias farmacológicas emerge a necessidade de disponibilizar estratégias terapêuticas não farmacológicas e treinar os profissionais de saúde para a sua implementação.

De acordo com a norma 052/2011, referida anteriormente, apenas se deve recorrer a fármacos para o controlo das alterações comportamentais e psicológicas da demência quando a supressão de possíveis fatores causais ou as intervenções psicossociais não forem eficazes, salvaguardado situações de urgência, como episódios de agressividade grave em que a intervenção farmacológica assumirá um caráter prioritário.

As intervenções não-farmacológicas podem ser realizadas em formato individual ou grupal sendo habitual que se combinem diferentes modalidades na procura de melhores

desfechos. Em Portugal, como foi referido anteriormente, já foram conduzidas várias investigações sobre a eficácia de programas de estimulação cognitiva em contextos grupais, todavia, não existem estudos sobre a eficácia da TR em grupo dirigida a pessoas mais velhas o que justifica a escolha por esta temática que tem suscitado grande interesse a nível internacional.

### 1.2.1. TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

Platão, filósofo grego – 428- 438 ac., na sua obra *Ménon* afirma que a alma, sendo imortal e renascendo infinitamente, tem conhecimento de ideias, conceitos e definições que já contemplara no Hades, antes do encarceramento no corpo e vivência na Terra. Nesta ótica, é capaz de recordar objetos que viu previamente e de aspetos como a própria virtude humana e com ela relacionados, mostrando que tudo conhece (Platão, 2001).

Platão associa à reminiscência, também denominada de anamnese, o ato de recordar os conhecimentos que a alma já contemplara antes da sua encarnação, defendendo que, só pela meditação, a alma poderá readquirir o que é seu. Deste modo, o conceito de reminiscência em Platão assenta numa concepção inatista do conhecimento que consistirá em libertar a alma do seu encarceramento no corpo/sensível. Nestes moldes, os indivíduos são conduzidos a recordar e a trazer as ideias à mente (Maiêutica).

Podemos concluir que para este filósofo, a reminiscência simboliza o poder de conhecer a verdade. Significa a recordação de um estado antigo (mundo inteligível), da vivência com os deuses, em que se possuía uma visão direta e imediata das ideias que, quando retomada pela consciência, se torna a base de toda a sabedoria ou do verdadeiro conhecimento humano, isto é, da verdade.

Entre os críticos de Platão, salientamos Aristóteles, que tendo sido discípulo do primeiro, se vai afastando gradativamente das suas ideias, assumindo uma posição mais realista e naturalista em relação à alma e ao mundo. O intelecto, em Aristóteles, surge da relação entre a alma e o corpo, que não são entidades separadas, como em Platão, mas unidas, sendo a alma o princípio que anima o corpo (Rodriguez & Gonzalez, 2018).

Neste sentido, torna-se evidente que Aristóteles vai questionar a teoria da reminiscência de Platão, já que esta o impediria de explicar a tarefa inovadora do conhecimento - para haver conhecimento são necessários dois fatores: os sentidos e a capacidade intelectual do sujeito. Sendo assim, para este filósofo grego, só se chega ao conhecimento a partir da experiência dos sentidos, isto é, há um intelecto em abertura à experiência. Não é

possível pensar uma coisa sem lhe atribuir qualidade, quantidade, uma posição no espaço e no tempo.

Na sua obra “*Parva Naturalia*”, memória e reminiscência surgem como dois conceitos distintos (Rodriguez & Gonzalez, 2018). Em contraste com Platão, para Aristóteles, a memória não é apenas a capacidade de recordar, mas tem a ver com o intelecto humano e as suas circunstâncias. Assim, se a lembrança constitui o que nos vem à mente, na recordação existe um esforço, um envolvimento pessoal que se traduz numa passagem consciente do tempo que o define como o verdadeiro fundamento da ação humana.

Atualmente, a reminiscência é considerada uma técnica de estimulação cognitiva que recorre à recordação sistemática de momentos significativos da vida. Deste modo, constitui um processo normativo que favorece a integração do passado e do presente num sentido de continuidade, reforçando a identidade da pessoa, aumentando a sua autoestima, mediante a atribuição de um sentido e significado para a vida (Afonso, Bueno & Serrano, 2019). Mais do que propriamente a localização no tempo, a reminiscência tem como propósito que a pessoa se centre nas suas lembranças pessoais num ambiente de estimulação, comunicação e socialização.

Desta forma, podemos compreender que a reminiscência abre caminho para as pessoas acederem ao conteúdo das memórias autobiográficas que constituem um tipo de memória com muitos detalhes sensoriais, que permite ‘navegar’ no passado (Martins, 2013).

A TR fundamenta-se no pressuposto de que se pode promover a melhoria da saúde mental mediante a estimulação das memórias autobiográficas positivas e pelo esmorecimento das memórias autobiográficas negativas tendo em conta que as memórias de significado emocional positivo se associam a alegria e orgulho enquanto que as negativas são suscetíveis de despoletar sensações de *stress* (Levine, Lench, & Safer, 2009).

Vários estudos indicam que as memórias autobiográficas de valência emocional positiva são mais frequentes do que as memórias autobiográficas negativas (Rubin & Berntsen, 2009). Os adultos mais velhos consistentemente evocam mais memórias autobiográficas positivas. O tempo de evocação dos eventos de valência positiva tende também a ser mais curto quando comparado com eventos negativos, o que sugere que são mais acessíveis. Este efeito pode ser atribuído ao envelhecimento diferencial entre estruturas do hipocampo e da amígdala (Berntsen, Rubin, & Siegler, 2011).

A memória autobiográfica integra um tipo de memória de acontecimentos e factos da própria vida, distingue-se, portanto, de outras memórias por incluir memórias de acontecimentos que têm sentido para a própria pessoa. Pode-se então inferir que as

memórias autobiográficas constituem construções mentais de caráter dinâmico e transitório, geradas a partir do conhecimento de base que as pessoas têm de si próprias sendo o acesso às mesmas modulado pelas metas pessoais predominantes no momento. Conway e Pleydell-Pearce (2000) referem que o conhecimento autobiográfico está construído em três níveis hierárquicos que variam entre as memórias que são ricas em detalhes, incluindo o tempo e o local do acontecimento, que posteriormente são acumuladas e categorizadas em experiências repetidas, isto é, eventos gerais, configurando-se por último, em períodos de vida.

A memória autobiográfica apresenta-se, portanto, como uma forma particular de memória episódica que inclui o conjunto de memórias com significado e que, como tal, formam a história de vida de uma pessoa, partindo da possibilidade de armazenar as memórias de eventos pessoais singulares, integrados num contexto espacial e temporal particular, tais como o primeiro dia de escola, o dia do casamento ou do nascimento dos filhos (Lalanne, Gallarda, & Piolino, 2014).

O registo do nosso passado pessoal encontra-se agrupado em dois tipos de configuração mnésica, um primeiro ligado às experiências pessoais que marcaram o percurso de vida, o outro, integra o conhecimento geral que temos de nós próprios e que fomos adquirindo ao longo da nossa existência ainda que se torne complexo especificar em que contexto concreto nos fomos apropriando dele. Toda esta informação é complementada reciprocamente e compõe a nossa história de vida (Conway & Pleydell-Pearce, 2000), permitindo criar uma representação estável e duradoura que contribui para a construção da identidade (Prebble, Addis, & Tippett, 2013).

Estando as memórias das vivências pessoais (autobiográficas) organizadas hierarquicamente de acordo com as suas características temporais e temáticas, o processo de recuperação vai depender, como salientam Conway e Pleydell-Pearce, (2000), da sua apreciação, implícita ou explícita, mediante o sistema de controlo executivo, e pressupondo um processo de natureza construtiva, marcado pela hierarquia das metas pessoais em curso, pelo estado do humor ou pelo grau de ativação de algumas memórias que pode ser maior do que de outras. Portanto, todo o sistema que gere as memórias autobiográficas está inserido num processo de construção e reconstrução permanente que decorre, também, da escolha das atividades necessárias para o seu alcance, sendo de destacar que um dos fatores que mais influencia as metas pessoais e a escolha dos recursos para a sua concretização é, precisamente, a atribuição do significado que a pessoa atribui ao que foi vivido.

A recuperação de forma estruturada de acontecimentos pessoais e significativos vividos no passado, enquanto estratégia de intervenção terapêutica, foi proposta por Robert

Butler, em 1963, que a designou como um processo mental, universal e natural de recuperação de memórias de vivências passadas com diversos intentos terapêuticos, com particular destaque para a resolução de conflitos do passado, já que, com a proximidade da morte, tendencialmente a pessoa faz uma retrospectiva da sua própria existência, resolve os conflitos do passado, perdendo aos outros e a si próprio, relembra as perdas e mudanças que vivenciou, celebrando os êxitos e, finalmente, sente que a sua vida está completa (Afonso, Duarte Pereira, & Esgalhado, 2010).

Torna-se importante clarificar que Butler foi o primeiro autor a elucidar sobre os efeitos terapêuticos da reminiscência contrapondo os efeitos nocivos que lhe eram atribuídos, nomeadamente como causa de deterioração cognitiva o que fazia com que esta intervenção fosse frequentemente desencorajada pelos próprios profissionais de saúde.

Na opinião de Westerhof e Bohlmeijer (2014), Butler inspirou os últimos anos de investigação na área da reminiscência, destacando a sua relevância na adaptação ao processo de envelhecimento, constituindo uma intervenção terapêutica que contribui para que a pessoa possa reafirmar a sua confiança e segurança no confronto com as mudanças relacionadas com o envelhecimento, ainda que também se possa assumir como uma ferramenta importante para a melhoria de diversos quadros psicológicos e psiquiátricos

Para Conway e Pleydell-Pearce (2000), recordar constitui um meio para um fim e não um fim em si mesmo. Neste enquadramento, a TR utiliza a evocação guiada com diferentes propósitos que vão desde medidas preventivas, antecipando consequências negativas associadas ao envelhecimento, até ao formato interventivo dirigido a padrões de desempenho patológicos já instalados.

Numa perspetiva preventiva, a TR visa fomentar a adaptação a transições de vida, promover a autoestima e a auto percepção de saúde, elevar o nível de qualidade de vida, fortalecer sentimentos de mestria, melhorar o funcionamento quotidiano e prevenir sintomas depressivos. Já numa dimensão interventiva, a TR pode ser usada como estratégia de estimulação da função cognitiva em pessoas com declínio, reduzir a sintomatologia depressiva, amenizar o isolamento social, contribuir para atenuar o processo de luto (Gonçalves, Albuquerque, & Martin, 2008).

Concretamente em pessoas com declínio cognitivo e demência leve, os principais objetivos da implementação da TR apontados por Afonso et al. (2019) são a estimulação dos processos mnésicos, o fortalecimento das relações sociais e da comunicação, a possibilidade de evocar os acontecimentos pessoais significativos numa perspetiva de reconstrução das suas memórias autobiográficas, reforçando a autoestima

e a identidade. Um outro aspecto de crucial importância mencionado por estes autores é o potencial desta estratégia terapêutica em preservar as relações interpessoais com a família e com os cuidadores. Especificamente na relação com os cuidadores, é salientado que a interação baseada num conhecimento profundo da história de vida da pessoa permite uma individualização dos cuidados, logo, pode contribuir para o estabelecimento de novos padrões de relacionamento com os cuidadores.

Atualmente, a literatura destaca que a recuperação das memórias autobiográficas constitui a base neuropsicológica que sustenta as intervenções psicogerontológicas, o que justifica a preferência por este tipo de intervenções não farmacológicas dirigidas às pessoas com declínio cognitivo, já que, mesmo em fases avançadas dos quadros demenciais as memórias autobiográficas permanecem relativamente preservadas e a capacidade de as evocar pode contribuir de forma positiva para minorar a sensação de incapacidade que é vulgarmente sentida pelas pessoas com declínio cognitivo (Thorgrimsen, Schitzer, & Orrel, 2002). Nesta dimensão, a reminiscência tornou-se uma terapia bastante apreciada por se centrar nas competências que as pessoas mantêm preservadas ao invés de se focar nas suas limitações (Cotelli et al., 2012).

Nesta sequência, Webster, Bohlmeijer e Westerhof (2010), ressaltam que a troca de memórias autobiográficas através da reminiscência, mesmo nas fases finais dos quadros de demência, pode produzir ganhos consideráveis e mensuráveis que se refletem na diminuição da desorientação, aumento dos níveis de bem-estar, diminuição da depressão e melhoria da função cognitiva, nomeadamente, no aumento da fluência verbal.

Nestas últimas cinco décadas, o desenvolvimento de intervenções baseadas na reminiscência dirigidas a pessoas mais velhas tem-se vindo a difundir podendo ser implementada em diferentes formatos, mais ou menos estruturados, individualmente ou em grupo e em pessoas com ou sem patologias mentais (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010).

Relativamente ao formato de intervenção em grupo ou em sessões individuais, Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers e Smit (2007) consideram as abordagens similarmente eficazes no que se reporta aos efeitos terapêuticos, todavia, Piquart e Forstemeir (2012) salientam que as sessões individuais podem ser facilmente adaptadas às necessidades dos participantes criando condições para a pessoa ficar mais predisposta a verbalizar as suas vivências e que, por outro lado, as sessões grupais ostentam um grande potencial terapêutico como impulsionador da comunicação e interação social.

São considerados três tipos básicos de reminiscência (Westerhof et al., 2010):

- **Reminiscência simples** - É essencialmente uma narrativa autobiográfica não-estruturada e uma reminiscência espontânea que ocorre frequentemente no contexto relacional. As funções mais comuns são as interpessoais, de conversação. Pode ser facilitado através da reminiscência em grupos em que são proporcionados estímulos para desencadear memórias positivas, focando-se no funcionamento emocional. Espera-se que o líder/moderador possua capacidades básicas para facilitar o processo de reminiscência espontânea e promover a interação social ajudando a restaurar o sentimento de identidade positivo.
- **Revisão de vida** – É muito mais estruturada do que a reminiscência simples, centrando-se na integração dos eventos de vida positivos, mas também nos negativos, numa perspetiva avaliativa. Destina-se, particularmente, a pessoas com perturbações mentais leves que precisam de apoio para lidar com as transições ou adversidades da vida, ajudando a restaurar o sentimento de identidade positivo. Exige competências profissionais mais avançadas ao nível da estruturação de intervenções terapêuticas por parte do profissional que a dinamiza.
- **Terapia de revisão de vida** – É aplicado num ambiente psicoterapêutico altamente estruturado e destinado a pessoas com níveis graves de depressão e ansiedade. Pode ser necessário o recurso a psicoterapias mais dinâmicas pelo que os terapeutas necessitam de competências específicas.

Os tipos de intervenção descritos podem ser vistos como três níveis de intensidade de reminiscência e, para cada um dos níveis, pode ser desenvolvido um protocolo específico. De acordo com Afonso et al. (2019), a implementação da reminiscência como estratégia terapêutica implica sempre uma planificação, domínio teórico das dimensões psicológicas subjacentes e competências técnicas, para além de exigir que os protocolos sejam sujeitos a processos de validação.

A TR como uma técnica de estimulação cognitiva que recorre à recordação sistemática de memórias autobiográficas com o desígnio de ativar o passado serve-se de materiais antigos para estimular as memórias e permitir às pessoas mais velhas a partilha e a valorização das suas vivências. Os estímulos podem ter origem multisensorial sendo que o olfato e o tato se podem revelar importantes desencadeadores de memórias, o recurso a ervas aromáticas, areia da praia, entre outros, podem constituir excelentes contributos para a recordação e evocação de momentos de vida significativos.

Tipicamente, são usadas fotografias, jornais e outros objetos significativos que fizeram parte das vivências das pessoas ao longo do tempo, contudo, e essencialmente no contexto das estruturas residenciais, nem sempre as pessoas têm acesso a estes objetos.

Neste sentido, é importante envolver os familiares nesta intervenção solicitando-lhes que reúnam materiais que possam facilitar as memórias, ainda que nem sempre a família responda a estas solicitações.

Assim, e legitimando que os estímulos desencadeantes da reminiscência envolvem o uso de imagens antigas ou músicas, o recurso à tecnologia pode afigurar-se como facilitador neste processo. As várias formas de multimédia podem, deste modo, ser usadas para potenciar as oportunidades de interação ao proporcionar uma maior capacidade para os participantes se apropriarem da conversa, com expansão e aumento da profundidade da memória que surge associada a uma significativa associação de detalhes (Lazar, Thomson, & Demiris, 2014; Pringle & Somerville, 2013). O recurso a estímulos é amplamente usado nas sessões de TR para desencadear as lembranças. Neste contexto, como é referido por Lazar et al. (2014) e Pringle e Somerville (2013) os avanços na tecnologia e na investigação nesta área apontam cada vez mais para a possibilidade de usar os recursos tecnológicos na exibição de imagens e áudios significativos para as pessoas mais velhas estimulando a perceção sensorial, tornando as sessões mais vivas e envolventes, por intermédio de ferramentas fáceis de utilizar pelos dinamizadores e capazes de facilitar a comunicação entre os vários participantes envolvidos.

No que concerne ao recurso a estratégias tecnológicas para a implementação de intervenções baseadas na reminiscência, Afonso et al. (2019) consideram que o seu uso pode abrir caminho à adoção de uma perspetiva que vem facilitar a recuperação das memórias a nível cognitivo e emocional num novo paradigma.

As várias dinâmicas usadas nas sessões de reminiscência têm contribuído para que esta terapia seja descrita como agradável e estimulante (Cooney et al., 2014) que também tem sido relatada como uma intervenção associada ao prazer, segurança e sentido de pertença (Cappeliez & O'Rourke, 2006).

Os aspetos relacionados com o impacto e, ainda, com a estruturação dos programas de terapia de reminiscência serão alvo de um desenvolvimento mais aprofundado, respetivamente, nos capítulos 2 e 3 desta tese.

### **1.2.1.1. Teorias e modelos que sustentam a reminiscência como intervenção de enfermagem**

Se nos focarmos no percurso complexo que pode assumir o declínio cognitivo nas pessoas mais velhas, é esperado que os enfermeiros, inseridos numa equipa interdisciplinar, previligiem no planeamento dos seus cuidados, intervenções terapêuticas

facilitadoras da promoção dos processos de readaptação e satisfação das necessidades humanas fundamentais.

Já desde a década de 50 do século XX que, numa procura de produzir e clarificar o objeto de estudo e de ação dos enfermeiros, a enfermagem tem afincadamente investido na conceção de teorias explicativas (Petronilho, 2009).

No trajeto de vida, a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autónomas para a sua realização, mas também nas necessidades de apoio perante situações de transição e para as quais são notórias dificuldades para uma adaptação favorável (Queirós, 2010).

A Teoria do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem é uma das teorias mais mencionadas na enfermagem e incorpora o modelo de enfermagem proposto pela mesma. A Teoria do Autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado (Tomey & Alligod, 2002), pelo que se pode perceber que, de forma global, constitui a base para compreender as condições e as limitações das pessoas que podem beneficiar com as intervenções de enfermagem.

O autocuidado pode, pois, representar uma base teórica para as intervenções psico-educacionais, cognitivas e comportamentais que implicam o planeamento de atividades com o objetivo de potenciar a capacitação da pessoa para o processo decorrente das transições que ocorrem ao longo da vida. Estas transições envolvem desenvolvimento, fluxo e movimento e têm repercussões a nível da identidade, papéis sociais e padrões de comportamento (Meleis et al., 2000).

Transição, na perspetiva de Meleis, corresponde a uma situação de passagem de um estado, condição ou lugar para um outro, deste modo, poder-se-ão considerar as mudanças na situação de saúde, no ambiente, nos papéis desempenhados, nas relações e, ainda, nas expectativas ou habilidades que exigem que a pessoa se envolva no processo de resolução do evento e incorpore um novo conhecimento de forma a alterar o seu comportamento e as definições de si própria, integrada no contexto social (Schumacher & Meleis, 2010).

Com base no trabalho de Meleis et al. (2010) a transição da pessoa após um evento gerador de dependência no autocuidado enquadra-se como uma transição de desenvolvimento enquanto decorrente do processo de envelhecimento, por outro lado, designa-se de transição de saúde-doença, quando resulta de um processo patológico, como é o caso do declínio cognitivo.

A compreensão do processo de transição e a valorização da experiência vivida pela pessoa torna-se fundamental para conceber padrões de resposta que suportam as

intervenções de enfermagem. Nesta conjuntura, a teoria de Meleis surge como um contributo importante para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina, tendo em conta que a sua utilização como método permite a reflexão alargada sobre as diversas teorias, possibilitando que as mesmas sejam revalidadas no sentido de facilitar uma maior aplicabilidade teórico-prática (Ramalho Neto, Marques, Fernandes, & Nóbrega, 2016).

A adaptação às mudanças decorrentes dos processos de doença, nomeadamente relacionadas com o declínio cognitivo, exige da pessoa que está a vivenciar esta limitação, mas também da família, novas formas de organização e o desenvolvimento de habilidades para lidar com as ansiedades e as incertezas resultantes de processo. Os enfermeiros, no âmbito da sua prática profissional lidam com pessoas que se encontram a antecipar, a experienciar ou a completar processos de transição pelo que, coadjuvar estes processos, constitui o foco central da intervenção destes profissionais. Nesta área em concreto, os enfermeiros, no papel de assistir as pessoas nos seus processos de transição, têm como desafio compreender a pessoa que envelhece e implementar as intervenções que contribuam de forma efetiva para proporcionar bem-estar e estabilidade emocional.

Para Meleis (2010) o principal desígnio dos cuidados de enfermagem é, sem dúvida, ajudar as pessoas a vivenciar as transições da forma mais saudável que seja possível, considerando que as mudanças ocorridas associadas aos processos de saúde-doença e de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, tornam as pessoas mais vulneráveis e expostas a riscos que potencialmente afetam a sua saúde e o seu bem-estar. Deste modo, o grande desafio para os enfermeiros é identificar e caracterizar adequadamente os processos de transição e implementar as intervenções terapêuticas de enfermagem mais adequadas por forma a facilitar e/ou ajudar a recuperar o equilíbrio e o bem-estar, em concordância com o projeto de saúde individual.

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) a terapia de reminiscência é definida como “uso da lembrança de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação às atuais circunstâncias” (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010, p. 635).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem é considerada uma classificação abrangente e padronizada das intervenções realizadas por enfermeiros, sendo essas intervenções baseadas no julgamento e no conhecimento clínico do enfermeiro.

Num estudo de consensos realizado em Portugal, pretendeu-se identificar as intervenções de enfermagem presentes na NIC que podem ser consideradas como sendo do âmbito psicoterapêutico mediante uma correspondência com os diagnósticos de

enfermagem. Nesta sequência, foi criado um documento baseado em consensos de peritos, que pretende servir como guia orientador para a boa prática clínica baseada na evidência dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Neste estudo, verificou-se a obtenção de consenso moderado a elevado para todas as propostas de conversão das intervenções NIC de âmbito psicoterapêutico em linguagem classificada CIPE® Versão 2, e especificamente “Implementar Terapia pela Reminiscência”, foi uma das propostas que revelou maior nível de consenso entre o grupo de peritos (Sampaio, 2017).

Tomando como referência o Parecer Nº 02/2010 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a terapia de reminiscência pretende que a pessoa reviva acontecimentos agradáveis com vista à estimulação da memória, melhoria da qualidade de vida e melhoria da autoestima, facilitando o interesse pelo contacto social (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste capítulo, apresentámos os argumentos que sustentam e justificam o desenvolvimento da investigação desenvolvida nesta tese. Nos capítulos seguintes, iremos apresentar os estudos nela desenvolvidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellan Van Kan, G., Rolland, Y., Andrieu, S., Bauer, J., Beauchet, O., Bonnefoy, M., ... & Nourhashemi, F. (2009). Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(10), 881-889. doi:10.1007/s12603-009-0246-z
- Acarín, N., & Malagelada, A. (2018). *Alzheimer, envelhecimento e demência*. (T. Alvares, Trad.). Parede, Portugal: 4 Estações – Editora. (Obra original publicada em 2017).
- Adams, T. R., Rabin, L. A., Da Silva, V. G., Katz, M. J., Fogel, J., & Lip-ton, R. B. (2016). Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in old age. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 139-157. doi:10.1080/07317115.2015.1073823
- Afonso, R., & Duarte, E., & Pereira, H., & da Graça Esgalhado, M. (2010). Construcción de un programa individual de reminiscencia para mayores con demencia residentes en una institución. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 643-650
- Afonso, R.; Bueno, B; & Serrano, J. (2019). Reminiscencia en el envejecimiento normal y en personas con deterioro cognitivo leve. Recuperado de

[https://www.researchgate.net/publication/330993807\\_Reminiscencia\\_en\\_el\\_envejecimiento\\_normal\\_y\\_en\\_personas\\_con\\_deterioro\\_cognitivo\\_leve](https://www.researchgate.net/publication/330993807_Reminiscencia_en_el_envejecimiento_normal_y_en_personas_con_deterioro_cognitivo_leve)

- Agborsangaya, C. B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T., & Johnson, J. A. (2013). Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, 22(4), 791-799. doi: 10.1007/s11136-012-0214-7
- Allen J., Inder K.J., Harris M.L., Lewin T.J., Attia J.R., & Kelly B.J. (2013) Quality of life impact of cardiovascular and affective conditions among older residents from urban and rural communities. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 140. doi: 10.1186/1477-7525-11-140
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, TX: Autor.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. D. J., Reis, I. A. C. D., Silva, I. A. L. L. D., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 65-73. doi: 10.12707/RIV14033
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Paúl, C., Rodrigues, M. A., & Macedo, M. S. (2016). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. *Enfermagem Clínica*, 26(2), 111-120 doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.008
- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., ... Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(1), 140–232. doi: 10.11124/jbisrir-2017-003382
- Apostolo, J., Holland, C., O'Connell, M. D., Feeney, J., Tabares-Seisdedos, R., Tadros, G., ... & Varela-Nieto, I. (2016). Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAAH). *Maturitas*, 83, 83-93. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.10.008.
- Aubertin-Leheudre, M., Woods, A. J., Anton, S., Cohen, R., & Pahor, M. (2015). Frailty Clinical Phenotype: A Physical and Cognitive Point of View. In *Nestle Nutrition Institute workshop series* (Vol. 83, pp. 55-63). NIH Public Access. doi: 10.1159/000382061

- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S., & Tziraki, C. (2015). Maintaining older brain functionality: A targeted review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *55*, 453–477. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.06.008
- Bamidis, P. D., Vivas, A. B., Styliadis, C., Frantzidis, C., Klados, M., Schlee, W., ... Papageorgiou, S. G. (2014). A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *44*, 206–220. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.019
- Bennett, S., & Thomas, A. J. (2014). Depression and dementia: cause, consequence or coincidence? *Maturitas*, *79*(2), 184-190. Doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009
- Berntsen, D., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2011). Two versions of life: Emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, *11*(5), 1190–1201. doi: 10.1037/a0024940
- Best, B. P. (2009). Nuclear DNA damage as a direct cause of aging. *Rejuvenation research*, *12*(3), 199-208. doi: 10.1089/rej.2009.0847
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, *11*(3), 291–300. doi: 10.1080/13607860600963547
- Bulechek, G. M., Butcher, H., & Dochterman, J. M. (2010). *NIC – Classificação das intervenções de enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Butler, R. N. (1963). The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, *26*(1), 65–76. doi: 10.1080/00332747.1963.11023339
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical Validation of a Model of Reminiscence and Health in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *61*(4), P237–P244. doi: 10.1093/geronb/61.4. p 237
- Castro-Caldas, A. (2016). *A vida do cérebro: da gestação à idade avançada*. 1ª ed. - Lisboa: Verso de Kapa.
- Cedraschi, C., Luthy, C., Allaz, A. F., Herrmann, F. R., & Ludwig, C. (2016). Low back pain and health-related quality of life in community-dwelling older adults. *European Spine Journal*, *25*(9), 2822–2832. doi: 10.1007/s00586-016-4483-7
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology*, *3*. doi: 10.3389/fneur.2012.00073

- Comijs, H. C., Dik, M. G., Aartsen, M. J., Deeg, D. J., & Jonker, C. (2005). The impact of change in cognitive functioning and cognitive decline on disability, well-being, and the use of healthcare services in older persons. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *19*(5-6), 316-323. doi: 10.1159/000084557
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, *107*(2), 261–288. doi: 10.1037/0033-295x.107.2.261
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... O'Shea, E. (2014). "Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(23-24), 3564–3574. doi: 10.1111/jocn.12645
- Corapi, K. M., McGee, H. M., & Barker, M. (2006). Screening for frailty among seniors in clinical practice. *Nature Reviews Rheumatology*, *2*(9), 476. doi: 10.1038/ncprheum0288
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, *72*(3), 203–205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008
- Cummings, J., Ritter, A., & Zhong, K. (2018). Clinical Trials for Disease-Modifying Therapies in Alzheimer's Disease: A Primer, Lessons Learned, and a Blueprint for the Future. *Journal of Alzheimer's Disease*, *64*(s1), S3–S22. doi: 10.3233/jad-179901
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). *Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study*. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*(5), 804–813. doi:10.1037/0022-3514.80.5.804
- Desmedt, A., Marighetto, A., Richter-Levin, G., & Calandreau, L. (2015). Adaptive emotional memory: the key hippocampal–amygdalar interaction. *Stress*, *18*(3), 297–308. doi: 10.3109/10253890.2015.1067676
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas* (Norma 052/2011). Lisboa, Portugal: Autor.
- Döbrössy, M. D., & Dunnett, S. B. (2001). The influence of environment and experience on neural grafts. *Nature Reviews Neuroscience*, *2*(12), 871–879. doi: 10.1038/35104055
- Eurostat. (2018). Estrutura populacional e envelhecimento. Estrutura populacional e envelhecimento - Statistics Explained - Europa. Recuperado de

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt)

- Feng, L., Zin Nyunt, M. S., Gao, Q., Feng, L., Yap, K. B., & Ng, T.-P. (2017). Cognitive Frailty and Adverse Health Outcomes: Findings from the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), 252–258. doi: 10.1016/j.jamda.2016.09.015
- Finger, R. P., Fenwick, E., Marella, M., Dirani, M., Holz, F. G., Chiang, P. P. C., & Lamoureux, E. L. (2011). The Impact of Vision Impairment on Vision-Specific Quality of Life in Germany. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 52(6). doi: 10.1167 / iovs.10-7127
- Fink, H. A., Jutkowitz, E., McCarten, J. R., Hemmy, L. S., Butler, M., Davila, H., ... Kane, R. L. (2017). Pharmacologic Interventions to Prevent Cognitive Decline, Mild Cognitive Impairment, and Clinical Alzheimer-Type Dementia. *Annals of Internal Medicine*, 168(1), 39. doi: 10.7326/m17-1529
- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S., & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In M.T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: Saber e praticar* (pp. 143-157). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Fotuhi, M., Do, D., & Jack, C. (2012). Modifiable factors that alter the size of the hippocampus with ageing. *Nature Reviews Neurology*, 8(4), 189. doi: 10.1038/nrneurol.2012.27
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255-M263. doi: 10.1093/gerona/59.3.M255.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. doi: 10.1093/gerona/56.3.M146.
- Fundo de População das Nações Unidas –UNFPA. (2012). *Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio* (Resumo Executivo). Nova York e HelpAge Internacional, Londres. Recuperado de [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf)
- Gao, Y., Huang, C., Zhao, K., Ma, L., Qiu, X., Zhang, L., ... & Tang, Y. (2013). Retracted: Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-

- analysis of longitudinal studies. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(5), 441-449. doi: 10.1002/gps.3845
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martin, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 26, 101-110. doi: 10.14417/ap.479
- Goveas, J. S., Hogan, P. E., Kotchen, J. M., Smoller, J. W., Denburg, N. L., Manson, J. E., ... & Espeland, M. A. (2012). Depressive symptoms, antidepressant use, and future cognitive health in postmenopausal women: The Women's Health Initiative Memory Study. *International psychogeriatrics*, 24(8), 1252-1264. doi: 10.1017/S1041610211002778
- Gwyther, H., Bobrowicz-Campos, E., Apóstolo, J. L. A., Marcucci, M., Cano, A., & Holland, C. (2018). A realist review to understand the efficacy and outcomes of interventions designed to minimise, reverse or prevent the progression of frailty. *Health Psychology Review*, 1–23. doi: 10.1080/17437199.2018.1488601
- Hamilton, J. P., & Gotlib, I. H. (2008). Neural Substrates of Increased Memory Sensitivity for Negative Stimuli in Major Depression. *Biological Psychiatry*, 63(12), 1155–1162. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.12.015
- Hansen, D., Ling, H., Lashley, T., Holton, J. L., & Warner, T. T. (2019). Clinical, neuropathological and genetic features of Lewy body dementias. *Neuropathology and Applied Neurobiology*. doi: 10.1111/nan.12554
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737–752. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002
- Hegeman, J. M., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(04), 275–281. doi:10.1192/bjp.bp.111.095950
- Hickie, I., Naismith, S., Ward, P. B., Turner, K., Scott, E., Mitchell, P., ... Parker, G. (2005). Reduced hippocampal volumes and memory loss in patients with early- and late-onset depression. *British Journal of Psychiatry*, 186(03), 197–202. doi: 10.1192/bjp.186.3.197
- Hunger, M., Thorand, B., Schunk, M., Döring, A., Menn, P., Peters, A., & Holle, R. (2011). *Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-Age study*. doi: 10.1186/1477-7525-9-53
- Hyman, B. T., Phelps, C. H., Beach, T. G., Bigio, E. H., Cairns, N. J., Carrillo, M. C., ... Montine, T. J. (2012). National Institute on Aging–Alzheimer's Association guidelines

- for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1), 1–13. doi: 10.1016/j.jalz.2011.10.007
- Ingram, J. (2016). *Envelhecer sem esquecer? A evolução da memória e o Alzheimer*. (P. Sequeira & M. Pereira, Trad.). Lisboa, Portugal: Clube do Autor. (Obra original publicada em 2014).
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de população residente 2015-2080*, Destaque INE, 29 de março de 2017. Recuperado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Irie, F., Masaki, K. H., Petrovitch, H., Abbott, R. D., Ross, G. W., Taaffe, D. R., ... & White, L. R. (2008). Apolipoprotein E  $\epsilon$ 4 allele genotype and the effect of depressive symptoms on the risk of dementia in men: The Honolulu-Asia Aging Study. *Archives of general psychiatry*, 65(8), 906-912. doi: 10.1001/archpsyc.65.8.906.
- James, B. D., Wilson, R. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2011). Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(06), 998–1005. doi: 10.1017/s1355617711000531
- Jivraj, S., & Nazroo, J. (2014). Determinants of socioeconomic inequalities in subjective well-being in later life: a cross-country comparison in England and the USA. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23(9), 2545. doi: 10.1007 / s11136-014-0694-8
- John, A., Patel, U., Rusted, J., Richards, M., & Gaysina, D. (2019). Affective problems and decline in cognitive state in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(3), 353-365. doi: 10.1017/S0033291718001137
- Kabátová, O., Uričková, A., & Botíková, A. (2014). Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(3), 105-111. doi: 10.15452/cejnm.2014.05.0004
- Kelaiditi, E., Cesari, M., Canevelli, M. 2., Van Kan, G. A., Ousset, P. J., Gillette-Guyonnet, S., ... & Nourhashemi, F. (2013). Cognitive frailty: rational and definition from an (IANA/IAGG) international consensus group. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(9), 726-734. doi: 10.1007/s12603-013-0367-2
- Knopman, D. S., & Petersen, R. C. (2014). Mild cognitive impairment and mild dementia: a clinical perspective. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 89, No. 10, pp. 1452-1459). Elsevier. doi: 10.1016/j.mayocp.2014.06.019

- Kwan, P., Ali, A., & Deuri, S. P. (2015). Psychiatric morbidity, quality of life, and perceived social support among elderly population: a community-based study. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 7(1), 31-35. doi:10.5958/2394-2061.2016.00007.0
- Lagarto, L. & Firmino, H. (2016). Sintomas comportamentais e psicológicos na demência. In Firmino, H., Simões, M. & Cerejeira, J.(Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (1ª ed., pp. 361–369). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Lalanne, J., Gallarda, T., & Piolino, P. (2014). “The Castle of Remembrance”: New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer’s disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(2), 254–282. doi: 10.1080/09602011.2014.949276
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Kergoat, M. J., Chassé, K., Dupuis, G., & Bherer, L. (2012). The multiple dimensions of frailty: physical capacity, cognition, and quality of life. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1429-1436. doi: 10.1017 / S1041610212000634
- Lazar, A., Thompson, H., & Demiris, G. (2014). A Systematic Review of the Use of Technology for Reminiscence Therapy. *Health Education & Behavior*, 41(1\_suppl), 51S–61S. doi: 10.1177/1090198114537067
- Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & Mental Health*, 20(4), 370-379. doi: 10.1080/13607863.2015.1013920
- Levasseur, M., & Couture, M. (2014). Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 44–53. doi: 10.1177/0008417414552188
- Levine, L. J., Lench, H. C., & Safer, M. A. (2009). Functions of remembering and misremembering emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23(8), 1059–1075. doi: 10.1002/acp.1610
- Li, G., Wang, L. Y., Shofer, J. B., Thompson, M. L., Peskind, E. R., McCormick, W., ... & Larson, E. B. (2011). Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Archives of general psychiatry*, 68(9), 970-977. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.86
- Liang, J., Xu, Y., Lin, L., Jia, R., Zhang, H., & Hang, L. (2018). Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment. *Medicine*, 97(20), e10744. doi: 10.1097/md.00000000000010744

- Lopez, O. L. (2013). Mild cognitive impairment. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19(2), 411-424. doi: 10.1212/01.CON.0000429175.29601.97
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A.-F., Herrmann, F. R., & Ludwig, C. (2014). Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research*, 24(7), 1687–1696. doi: 10.1007/s11136-014-0894-2
- Madden, D. J., Spaniol, J., Costello, M. C., Bucur, B., White, L. E., Cabeza, R., ... & Huettel, S. A. (2009). Cerebral white matter integrity mediates adult age differences in cognitive performance. *Journal of cognitive neuroscience*, 21(2), 289-302. doi: 10.1162/jocn.2009.21047
- Maffei, L., Picano, E., Andreassi, M. G., Angelucci, A., Baldacci, F., Baroncelli, L., & ... Volpi, L. (2017). Randomized trial on the effects of a combined physical/cognitive training in aged MCI subjects: The train the brain study. *Scientific Reports*, 7, 1-15. doi: 10.1038/srep39471
- Marmeleira, J., Galhardas, L., & Raimundo, A. (2017). Exercise merging physical and cognitive stimulation improves physical fitness and cognitive functioning in older nursing home residents: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 39(3), 303–309. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.10.015
- Martins, I. P. (2013). Funções cognitivas. In J. Ferro & J. Pimentel (Eds.), *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento* (2<sup>a</sup> ed., pp. 1–24). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory, middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Molano, J., Boeve, B., Ferman, T., Smith, G., Parisi, J., Dickson, D., ... & Kantarci, K. (2010). Mild cognitive impairment associated with limbic and neocortical lewy body disease: a clinicopathological study. *Brain*, 133, 540-556. doi: 10.1093/brain/awp280
- Moreira, M. J., & Henriques, F. (2016). Demographic and health changes in Portugal (1900-2013). *Hygiea Internationalis*, 12(1), 9-39. doi: 10.3384/hygiea.1403-8668.161219

- Morimoto, S. S., & Alexopoulos, G. S. (2013). Cognitive Deficits in Geriatric Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 517–531. doi: 10.1016/j.psc.2013.08.002
- Morley, J. E., Vellas, B., Van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... & Fried, L. P. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392-397. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.022.
- Murman, D. L. (2015). The impact of age on cognition. In *Seminars in hearing* 36(03), 111-121. Thieme Medical Publishers. doi: 10.1055/s-0035-1555115
- Ohayon M.M., Schatzberg A.F. (2010) Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(7), 454–461. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.10.013
- Onyike, C. U., & Diehl-Schmid, J. (2013). The epidemiology of frontotemporal dementia. *International Review of Psychiatry*, 25(2), 130–137. doi: 10.3109/09540261.2013.776523
- Opitz, B. (2014). Memory Function and the Hippocampus. *The Hippocampus in Clinical Neuroscience*, 51–59. doi: 10.1159/000356422
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02\\_MC EESMP\\_Adequacaotec\\_cientifica\\_adm\\_pessoas%20com%20demencia.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer02_MC EESMP_Adequacaotec_cientifica_adm_pessoas%20com%20demencia.pdf)
- Organização Mundial de Saúde, (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=CBA0BDACA4730F6EB8ECA301AC408BC0?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=CBA0BDACA4730F6EB8ECA301AC408BC0?sequence=6)
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2018). *Health at a Glance 2018: Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/9789264085107-en.
- Pannese, E. (2011). Morphological changes in nerve cells during normal aging. *Brain Structure and Function*, 216(2), 85-89. doi: 10.1007/s00429-011-0308-y

- Panza, F., Solfrizzi, V., Barulli, M. R., Santamato, A., Seripa, D., Pilotto, A., & Logroscino, G. (2015). Cognitive frailty: a systematic review of epidemiological and neurobiological evidence of an age-related clinical condition. *Rejuvenation research*, 18(5), 389-412. doi: 10.1089/rej.2014.1637
- Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 469–487. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.009
- Parker, L., Moran, G. M., Roberts, L. M., Calvert, M., & McCahon, D. (2014). The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community-dwelling population in the UK. *Family practice*, 31(5), 557-563. doi: 10.1093 / fampra / cmu035
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Mouro, A., & Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, (20), 47-56. doi:10.12707/RIV18043
- Peix, R. O. (2009). Réminiscence : une philosophie du soin. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 9(51), 163–165. doi: 10.1016/j.npg.2008.12.007
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123. doi: 10.14417/lp.627
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, 256(3), 183-194. doi: 10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x
- Petersen, R. C. (2011). Mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227-2234. doi: 10.1056/NEJMcp0910237
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56(3), 303-308. doi: 10.1001/archneur.56.3.303
- Petersen, R. C., Thomas, R. G., Grundman, M., Bennett, D., Doody, R., Ferris, S., ... Thal, L. J. (2005). Vitamin E and Donepezil for the Treatment of Mild Cognitive Impairment. *New England Journal of Medicine*, 352(23), 2379–2388. doi: 10.1056/nejmoa050151
- Petronilho, F. A. S. (2009). Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 52, 35-43.

- Phillips, C. (2017). Lifestyle modulators of neuroplasticity: how physical activity, mental engagement, and diet promote cognitive health during aging. *Neural plasticity*, 2017. doi: 10.1155/2017/3589271
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434
- Platão (2001) *Mênor*. Texto estabelecido e anotado por John Burnet. Tradução de Maura Iglésias. Rio de Janeiro, Editora da PUC-Rio/Edições Loyola.
- Poulose, S. M., Miller, M. G., Scott, T., & Shukitt-Hale, B. (2017). Nutritional Factors Affecting Adult Neurogenesis and Cognitive Function. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 8(6), 804–811. doi: 10.3945/an.117.016261
- Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815–840. doi: 10.1037/a0030146
- Pringle, A., & Somerville, S. (2013). Computer-assisted reminiscence therapy: developing practice. *Mental Health Practice*, 17(4), 34–37. doi: 10.7748/mhp2013.12.17.4.34.e830
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De Torres, L., ... & Martinuzzi, A. (2016). Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLoS ONE*, 11(7). doi: 10.1371/journal.pone.0159293
- Ramalho Neto, J. M., Marques, D. K. A., Fernandes, M. das G. M., & Nóbrega, M. M. L. da. (2016). Análise de teorias de enfermagem de Meleis: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 174–181. doi: 10.1590/0034-7167.2016690123i
- Raz, L., Knoefel, J., & Bhaskar, K. (2015). The neuropathology and cerebrovascular mechanisms of dementia. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, 36(1), 172–186. doi: 10.1038/jcbfm.2015.164
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., Franssen, E. S. E., Kluger, A., Mir, P., ... Cohen, J. (1988). Stage-specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age-associated memory impairment and primary degenerative dementia of the Alzheimer type. *Drug Development Research*, 15(2-3), 101–114. doi: 10.1002/ddr.430150203

- Richards, M., & Deary, I. J. (2005). A life course approach to cognitive reserve: a model for cognitive aging and development?. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 58(4), 617-622. doi: 10.1002/ana.20637
- Robertson, D. A., Savva, G. M., & Kenny, R. A. (2013). Frailty and cognitive impairment—a review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing research reviews*, 12(4), 840-851. doi: 10.1016/j.arr.2013.06.004
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727. doi: 10.1093/gerona/62.7.722
- Rodríguez, T & González, J.C. (2018). Aristóteles, sobre la Memoria. *Revista de Historia de la Psicología* 39(2), 7–13. doi: 10.5093/rhp2018a8
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2009). The frequency of voluntary and involuntary autobiographical memories across the life span. *Memory & Cognition*, 37(5), 679–688. doi: 10.3758/37.5.679
- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A., & Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia The Framingham Heart Study. *Neurology*, 75(1), 35-41. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181e62138
- Salthouse, T. A. (2010). *Selective review of cognitive aging*. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(05), 754–760. doi:10.1017/s1355617710000706
- Salthouse, T. (2012). Consequences of age-Related Cognitive Declines. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 201–226. doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100328
- Sampaio, F. (2017). Intervenções de enfermagem NIC de âmbito psicoterapêutico: Conversão em linguagem classificada CIPE® versão 2. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 15-21. doi: 10.19131/rpesm.0187
- Santana, I., & Duro, D. (2014). Envelhecimento cerebral e demência. In M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría fundamental: Saber e praticar* (pp. 159-178). Lisboa, Portugal:
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). The epidemiology of dementia and Alzheimer disease in Portugal: estimations of prevalence and treatment-costs. *Acta medica portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53-65. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.049

- Schneider, A. L., Senjem, M. L., Wu, A., Gross, A., Knopman, D. S., Gunter, J. L., ... & Jack, C. R. (2019). Neural correlates of domain-specific cognitive decline: The ARIC-NCS study. *Neurology*, 10-1212. doi: 10.1212/WNL.00000000000007042
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Sherman, D. S., Mauser, J., Nuno, M., & Sherzai, D. (2017). The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychology Review*, 27(4), 440–484. doi: 10.1007/s11065-017-9363-3
- Snowdon, D. A. (2003). Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Annals of internal medicine*, 139(5\_Part\_2), 450-454. doi: 10.7326/0003-4819-139-5\_Part\_2-200309021-00014
- Sobral, M., & Paúl, C. (2015). Reserva cognitiva, envelhecimento e demências. *Revista E-Psi*, 5(1),113-134. Recuperado de <https://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2015/Ano5-Volume1-Artigo6.pdf>
- Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., ... & Lin, P. Y. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, 78-87. doi: 10.1016/j.arr.2017.03.005
- Streit, S., Poortvliet, R. K., den Elzen, W. P., Blom, J. W., & Gussekloo, J. (2019). Systolic blood pressure and cognitive decline in older adults with hypertension. *The Annals of Family Medicine*, 17(2), 100-107. doi: 10.1370/afm.2367
- Strulik, H., & Vollmer, S. (2013). Long-run trends of human aging and longevity. *Journal of Population Economics*, 26(4), 1303-1323. doi: 10.1007/s00148-012-0459-z
- Sun, Y., Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Xie, H., Zhang, J., ... Su, Y. (2017). Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among chinese rural elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 197-204. doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.015
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 93–97. doi: 10.1016/s0197-4556(01)00135-6

- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- United Nations. (2019). *Population Division World Population Prospects 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/423). Department of Economic and Social Affairs. Recuperado de [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B., & Moniz-Cook, E. (2012). Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *27*(1), 40–48. doi: 10.1002/gps.2687
- Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S., Llinàs-Reglà, J., Calvó-Perxas, L., Merino-Aguado, J., & Garre-Olmo, J. (2013). Depression subtypes and 5-year risk of dementia and Alzheimer disease in patients aged 70 years. *International journal of geriatric psychiatry*, *28*(4), 341-350. doi: 10.1002/gps.3826
- Wang, S., Li, B., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Chiu, H. F., Kou, C., ... Xiang, Y. (2016). Poor mental health status and its associations with demographic characteristics and chronic diseases in Chinese elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(10), 1449-1455. doi: 10.1007/s00127-016-1271-y
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). Mapping the Future of Reminiscence: A Conceptual Guide for Research and Practice. *Research on Aging*, *32*(4), 527–564. doi: 10.1177/0164027510364122
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, *29*, 107–114. doi: 10.1016/j.jaging.2014.02.003
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society*, *30*(04), 697–721. doi: 10.1017/s0144686x09990328
- Whalley, L. J., Staff, R. T., Fox, H. C., & Murray, A. D. (2016). Cerebral correlates of cognitive reserve. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *247*, 65-70. doi: 10.1016/j.psychresns.2015.10.012
- Wong, P. C., Ettlinger, M., Sheppard, J. P., Gunasekera, G. M., & Dhar, S. (2010). Neuroanatomical characteristics and speech perception in noise in older adults. *Ear and hearing*, *31*(4), 471. doi: 10.1097/AUD.0b013e3181d709c2

- Woods, A. J., Cohen, R. A., & Pahor, M. (2013). Cognitive frailty: frontiers and challenges. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(9), 741-743. doi: 10.1007/s12603-013-0398-8
- World Health Organization Quality of Life Group/WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1)
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=88311F8A32C9539E8590AE698DE5633E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=88311F8A32C9539E8590AE698DE5633E?sequence=1)
- World Health Organization. (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>
- Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: A review. *Occasional Paper, UNDP Human Development Report Office*, New York. Recuperado de [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2014\\_zaidi\\_final.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf)

## **CAPÍTULO 2 – REMINISCÊNCIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DIRIGIDA A PESSOAS MAIS VELHAS COM DECLÍNIO COGNITIVO: SÍNTESE DA EVIDÊNCIA**

---

### **PUBLICAÇÕES**

Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: protocolo de revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 155-160. doi: 10.12707/RIV17055

Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Bobrowicz-Campos, E., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos na comunidade: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 147-158. doi: 10.12707/riv18032

Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*, 53, e03458. doi: 10.1590/S1980-220X2018007403458

### **NOTA**

Este capítulo integra as publicações supramencionadas (Apêndices 1, 2 e 3), sendo de referir a contribuição da autora deste relatório de investigação, Isabel Gil, em todas as etapas dos referidos artigos, designadamente no que respeita a: pesquisa bibliográfica, recolha de dados; tratamento de dados; análise de dados e discussão, redação do texto.

## RESUMO

**Enquadramento:** Na literatura, a terapia de reminiscência (TR) destaca-se enquanto intervenção não-farmacológica comumente implementada em grupos de pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

**Objetivos:** Identificar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas mais velhas que frequentam estruturas institucionais.

**Metodologia:** Seguida a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Foram considerados estudos centrados na TR em grupo, que incluíram pessoas com idade  $\geq 65$  anos, com declínio cognitivo, a frequentar estruturas institucionais. A análise crítica, extração e síntese de resultados foram desenvolvidas por dois investigadores independentes.

**Resultados:** Incluídos seis ensaios clínicos randomizados e quatro estudos quase-experimentais ( $n = 798$ ); as características heterogêneas dos estudos impossibilitaram a meta-análise. Nas estruturas comunitárias, dois estudos evidenciaram os benefícios da TR na cognição. Nenhum dos estudos demonstrou o impacto positivo da intervenção relativamente à sintomatologia depressiva. Na qualidade de vida, os resultados revelaram-se inconsistentes, embora indiquem uma tendência para melhoria. No que concerne à implementação da TR em estruturas residenciais, dos seis estudos incluídos, dois apresentaram resultados estatisticamente significativos para a eficácia na cognição e três para a eficácia na redução de sintomatologia depressiva. Em nenhum dos estudos foi avaliada a qualidade de vida dos idosos.

**Conclusão:** A TR parece ter um efeito benéfico na melhoria da cognição e potencial para melhorar a qualidade de vida em pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto comunitário. Já nas estruturas residenciais, verifica-se uma potencial eficácia na manutenção da cognição e redução da sintomatologia depressiva associada à implementação da TR.

Palavras-chave: declínio cognitivo; pessoas mais velhas; revisão; terapia reminiscência; cognição; sintomas depressivos, qualidade de vida.

## 2.1. NOTA INTRODUTÓRIA

A investigação em saúde constitui-se como um processo complexo sendo essa complexidade oriunda, não só do elevado número de informação produzida e disponibilizada nos dias de hoje, mas, sobretudo, pela dificuldade em gerir toda essa informação de molde a garantir a melhor evidência científica.

De acordo com Apóstolo (2017), uma das formas mais fiáveis para desenvolver a síntese da evidência é a revisão sistemática da literatura (RSL), que consiste numa investigação secundária complexa, minuciosa e reprodutível, com envolvimento de vários recursos, durante um período de tempo significativo.

As revisões sistemáticas da literatura associaram-se, desde sempre, à prática baseada na evidência por se sustentarem na credibilidade metodológica que assenta na redução do viés e na transparência e evidência das conclusões que, deste modo, permitem edificar com robustez as decisões clínicas.

A prática Baseada na Evidência (PBE) teve a sua origem na década de 70 do século XX, com o contributo determinante do epidemiologista Archibald Cochrane. Neste seguimento, já na década de 90, foi criada a Colaboração *Cochrane*. Além da Colaboração *Cochrane* existem outras instituições internacionais com um papel fundamental na promoção da PBE e das quais se destaca o *The Joanna Briggs Institute* – JBI. O Instituto tem como missão a produção, disseminação e provisão das melhores evidências científicas capazes de conduzir à implementação efetiva da evidência e posterior avaliação do seu impacto na prática dos cuidados de saúde e, particularmente, nos resultados de saúde. Sobre este assunto, Jordan, Lockwood, Munn e Aromataris (2018), salientam que o Instituto se tornou gradualmente num importante recurso para a maioria dos profissionais de saúde que desejem utilizar as melhores evidências na medida em que facilitou essa transferência através de recursos para a sua implementação.

Dada a crescente incidência e consequências associadas para o bem-estar e segurança das pessoas mais velhas, o declínio cognitivo é considerado como uma condição de risco, exigindo a atenção dos profissionais de saúde e de outras pessoas e entidades. Este envolvimento deve passar, necessariamente, pela criação de condições para que seja possível preservar durante o máximo de tempo possível o estado cognitivo, reduzir a incidência de sintomas depressivos e promover a qualidade de vida.

Nesta perspetiva, acreditando que da síntese da evidência disponível sobre a eficácia da TR no âmbito referido, e análise crítica inerente, poderão emergir novos conhecimentos essenciais para a orientação desta intervenção junto de pessoas mais velhas com declínio cognitivo nos diversos contextos institucionais foi conduzido um protocolo de

revisão sistemática da literatura (Gil et al., 2018) que se encontra registado em [https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display\\_record.asp?ID=CRD42017068515](https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42017068515).

Uma pesquisa preliminar na JBI CONNECT+, Cochrane Database of Systematic Reviews e MEDLINE (via PubMed) revelou a existência de uma revisão sobre TR na demência (Woods, Spector, Jone, Orrell, & Davies, 2005), que apresenta como objetivo a avaliação dos efeitos da terapia de reminiscência em pessoas mais velhas com demência, nomeadamente, ao nível do bem-estar, humor e qualidade de vida, comunicação e interação, cognição e, ainda, o impacto nos cuidadores. Os autores salientam que, apesar da evidência sobre a eficácia da TR para as pessoas com demência ser inconclusiva, existem vários indicadores promissores atendendo a que esta revisão indicou alguns efeitos potencialmente benéficos que incluem melhorias na cognição, no humor e no comportamento.

Em 2018, Woods, O'Philbin, Farrel, Spector, e Orrell atualizaram a revisão de 2005. Nesta revisão, os autores incluíram apenas estudos randomizados controlados, excluindo participantes com declínio cognitivo ligeiro e não definindo uma idade mínima de inclusão. Todavia, os autores realçam que a inclusão de estudos com modalidades de TR distintas (individual e em grupo) e contextos diferentes (comunitário e residências para pessoas mais velhas), dificulta a avaliação dos benefícios desta intervenção não-farmacológica.

Verificou-se, igualmente, a existência de uma meta-análise de estudos randomizados controlados sobre a TR na melhoria das funções cognitivas e redução dos sintomas depressivos em pessoas mais velhas com demência (Huang et al., 2015) e, também nesta revisão se constatou que a TR produz efeitos na melhoria da função cognitiva e, de forma mais significativa, na redução dos sintomas depressivos, sendo mais eficaz na melhoria dos sintomas depressivos em pessoas com demência que se encontram institucionalizadas em relação às pessoas mais velhas que residem na comunidade. No entanto, esta revisão não avalia a eficácia da TR na qualidade de vida.

Considerando as características destas revisões, nomeadamente não contemplarem pessoas com declínio cognitivo ligeiro, debruçando-se apenas nas demências, não se focarem em algumas dimensões de interesse, concretamente a qualidade de vida e não incluírem apenas uma modalidade que, no âmbito desta tese, se debruce na reminiscência em grupo e, ainda, não analisarem separadamente os diferentes contextos como estruturas de apoio comunitário e estruturas residenciais, pretende-se, então, identificar e sintetizar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da TR em grupo na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

Deste modo, tendo em conta as diferenças inerentes a cada um dos contextos institucionais mencionados, entendeu-se que esta revisão sistemática da literatura deveria seguir estas duas linhas de orientação em separado.

## **2.2. EFICÁCIA DA REMINISCÊNCIA EM GRUPO NA COGNIÇÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS QUE FREQUENTAM ESTRUTURAS DE APOIO COMUNITÁRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

### **2.2.1. INTRODUÇÃO**

O Plano Global da Saúde Mental 2013-2020 da World Health Organization (2013) estabelece que a resposta ao desafio emergente resultante do declínio cognitivo associado à idade e, concretamente, das perturbações neurocognitivas (PNC), reside na promoção de cuidados de saúde na comunidade, compreensivos e integrados, que permitam a estimulação e a participação das pessoas mais velhas e dos seus familiares. Deste modo, a estruturação das respostas dos sistemas de saúde neste âmbito tem como objetivo promover um processo de cuidados eficiente, com continuidade, que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

De acordo com o *World Alzheimer Report 2016* (Prince, Comas-Herrera, Knapp, Guerchet, & Karagiannidou, 2016) estima-se que apenas 40-50% dos casos de demência estejam identificados nos países mais desenvolvidos e, mesmo quando existe a formalização de um diagnóstico, a resposta dos sistemas de saúde e os apoios sociais existentes são considerados fragmentados e pouco coordenados em relação às necessidades das pessoas mais velhas e dos seus cuidadores (Global Observatory for Ageing and Dementia Care, 2016).

Em Portugal, no recente Despacho nº 5988/2018 é mencionado que, partindo de algumas estimativas, existem cerca de 150.000 pessoas com demência, a maioria das quais com mais de 65 anos, uma vez que o principal risco para o desenvolvimento de demência é a idade, contudo, é de considerar, como advertem Santana, Farinha, Freitas Rodrigues e Carvalho (2015), que os casos de declínio cognitivo ligeiro e de demência estão seguramente subdiagnosticados.

No despacho referido anteriormente é atribuída particular importância às respostas de proximidade, nomeadamente, unidades de dia, que desenvolvam programas de reabilitação e/ou manutenção. Estas respostas destinam-se especialmente a pessoas com diagnóstico de declínio cognitivo ou demência, em estádios precoces da doença,

mas que nos estádios intermédios possam também beneficiar de ganhos de autonomia, através do desenvolvimento de um plano coerente e viável a ser aplicado nas suas próprias casas. Ressalta, ainda, que o desenho dos caminhos a percorrer pelas pessoas com demência, ou com défice cognitivo em investigação, deve garantir a necessária flexibilidade para assegurar um ajustamento temporal às necessidades e preferências de cada pessoa e da sua família.

A intervenção terapêutica e de cuidados nas demências deve considerar simultaneamente diversas dimensões, incluindo os sintomas cognitivos, os sintomas psicopatológicos e comportamentais e a manutenção da funcionalidade. Todos eles, deverão contemplar estratégias não-farmacológicas e farmacológicas com diferentes tipos de indicação a ponderar (DGS, 2011, Pink, O'Brien, Robin, & Longson, 2018).

Atualmente, tem-se verificado um interesse crescente nas intervenções não-farmacológicas dirigidas às pessoas com PNC e no seu impacto a nível cognitivo, funcional e social, bem como na redução da sintomatologia associada ao processo demencial (Cammisuli, Danti, Bosinelli, & Cipriani, 2016). A terapia de reminiscência, como referido no capítulo anterior, tem sido identificada como potencialmente benéfica para as pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

Esta revisão é suportada no protocolo de Gil et al. (2018) e foca-se particularmente na necessidade de explorar a eficácia da implementação de programas de TR em grupo, dirigidos a pessoas mais velhas com declínio cognitivo, que frequentam estruturas de apoio comunitário, pela sua especificidade que contempla as pessoas integradas nos seus meios familiares e numa ótica de cuidados de proximidade.

Dado que não foram encontrados registos de protocolos de revisão sistemática neste âmbito na plataforma internacional PROSPERO, e sendo relevante identificar e sintetizar as melhores evidências disponíveis, foi elaborada a seguinte questão orientadora desta revisão sistemática: Qual a eficácia da terapia de reminiscência em grupo na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo que frequentam estruturas sociais de apoio na comunidade?

### 2.2.2. MÉTODO

Esta revisão sistemática da literatura seguiu a metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Institute (Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell, & Hopp, 2017). Foram considerados para a inclusão os estudos que incluíam participantes com idade  $\geq 65$  anos, que residam na comunidade, a quem foi diagnosticado declínio cognitivo (documentado por teste neurológico standardizado ou por avaliação clínica quantitativa). A intervenção

de interesse foi a TR em grupo, dirigida a adultos mais velhos com declínio cognitivo, que frequentam estruturas de apoio comunitário. Relativamente ao comparador, aceitaram-se todos os tipos de intervenção, incluindo intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com declínio cognitivo, cuidados habituais ou outras. Esta revisão definiu como resultados de interesse (*outcomes*) a cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida, avaliados com recurso a instrumentos apropriados. Foram considerados para inclusão apenas estudos com desenhos experimentais (*randomized controlled trials* [RCTs] e estudos quase-experimentais, com ou sem grupo de controlo).

### **Estratégia de pesquisa**

Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos que incluiu estudos publicados e não publicados (Gil et al., 2018). Inicialmente, foi realizada uma pesquisa limitada na PubMed e CINAHL (via EBSCO), seguida da análise dos termos utilizados no título e resumo, assim como dos termos de indexação descritos nos artigos. Num segundo momento, utilizando todas as palavras-chave e descritores identificados, foi conduzida uma pesquisa em todas as bases de dados incluídas (Tabela 1).

Dada a multiplicidade de conceitos internacionais encontrados para descrever o contexto em foco (estruturas de apoio comunitário), optou-se por construir uma estratégia de pesquisa mais alargada, realizando-se, através do processo de seleção de estudos, a triagem dos artigos cuja intervenção tenha sido implementada e desenvolvida nestes contextos. Numa última fase do processo de pesquisa, foi analisada a lista de referências dos artigos identificados de modo a incluir estudos adicionais.

Enquanto limitadores de pesquisa, foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em inglês, espanhol e português.

Considerando que até à data em que se decidiu prosseguir com esta revisão não eram conhecidos novos esforços de atualização ou publicação de revisões sistemáticas nesta vertente temática, considerou-se como limite mínimo temporal a última data de inclusão da revisão de Woods et al. (2005), que remonta a maio de 2004. O limite temporal máximo desta revisão foi abril de 2017, tendo a pesquisa sido realizada a 9 de maio de 2017.

Tabela 1 – Estratégias de pesquisa aplicadas por base de dados.

Base de dados e resultados iniciais	Fórmula de pesquisa
CINAHL Complete via EBSCO (109)	(TI Reminiscence) OR (AB Reminiscence) OR (MH Reminiscence Therapy (Iowa NIC))OR ((MH Reminiscence Therapy ))) AND (((TI Cognit*) OR (AB Cognit*)) OR ((TI quality of life ) OR (AB quality of life )) OR ((TI depressi*) OR (AB depressi*)) OR ((TI mood) OR (AB mood)) OR ((MH Cognition )) OR ((MH Quality of Life)) OR ((MH Depression))) AND (((TI dementia) OR (AB dementia)) OR ((TI alzheimer) OR (AB alzheimer)) OR ((TI cognitive impairment ) OR (AB cognitive impairment )) OR ((TI neurocognitive disorder) OR (AB neurocognitive disorder)) OR ((TI neurocognitive disorders) OR (AB neurocognitive disorders )) OR ((TI cognitive decline ) OR (AB cognitive decline)) OR ((MH Dementia)))
Pubmed (96)	(dementia[Title/Abstract]) OR alzheimer[Title/Abstract]) OR "neurocognitive disorder"[Title/Abstract]) OR "cognitive impairment"[Title/Abstract]) OR "neurocognitive disorders"[Title/Abstract]) OR "cognitive decline"[Title/Abstract]) OR "Dementia"[Mesh]) OR "Cognitive Dysfunction"[Mesh]) AND Reminiscence[Title/Abstract]) AND (cognit*[Title/Abstract]) OR "quality of life"[Title/Abstract]) OR depressi*[Title/Abstract]) OR mood[Title/Abstract]) OR "Cognition"[Mesh]) OR "Quality of Life"[Mesh]) OR "Depression"[Mesh])
Cochrane (50)	(Dementia:ti,ab,kw) OR (Alzheimer:ti,ab,kw) OR ("Cognitive impairment":ti,ab,kw OR ("neurocognitive disorder:ti,ab,kw") OR ("cognitive decline":ti,ab,kw) OR [MH "Dementia"+] AND (reminiscence:ti,ab,kw) AND (cognit*:ti,ab,kw) OR ("quality of life":ti,ab,kw) OR (depressi*:ti,ab,kw) OR (mood:ti,ab,kw) OR [MH "Cognition"+] OR [MH "Quality of Life"+] OR [MH "Depression"+])
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (75)	Full-Text:(Reminiscence)
OpenGrey Repository (12)	("Reminiscence")
Banco de Teses e Dissertações da CAPES (35)	(Reminiscence)

### Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi avaliada de forma independente por dois revisores com recurso aos instrumentos padronizados do *Joanna Briggs Institute*. Para avaliação de RCTs recorreu-se à *Checklist for Randomized Controlled Trials*. *Checklist for Quasi-Experimental Studies* foi utilizada para a análise crítica dos estudos quase-experimentais (Tufanaru et al., 2017). As divergências entre revisores foram resolvidas através da discussão ou com ajuda de um terceiro revisor. Sempre que

necessário, os autores dos estudos primários foram contactados de modo a clarificar informação disponível.

### **Extração de dados**

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, incidindo em detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenhos dos estudos e resultados relevantes para o objetivo da revisão. As divergências encontradas neste processo foram resolvidas através de diálogo entre revisores e, quando necessário, recorreu-se a um terceiro revisor.

### **Síntese dos dados**

Devido às diferenças significativas entre intervenções, *outcomes* avaliados (heterogeneidade clínica) e desenho dos estudos envolvidos (heterogeneidade metodológica), não foi possível realizar meta-análise. Deste modo, os dados são apresentados de forma narrativa, de acordo com os resultados de interesse.

### **2.2.3. RESULTADOS**

A pesquisa identificou 377 estudos potencialmente relevantes (Figura 2). Destes, 98 foram excluídos por serem duplicados. Dos restantes 279 registos, foram excluídos 248 após análise do título e resumo. Trinta e um artigos passaram para fase de leitura integral do texto, sendo 27 excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Dos quatro estudos incluídos, dois são RCTs, um é quase-experimental com grupo de controlo e um é quase-experimental sem grupo de controlo.

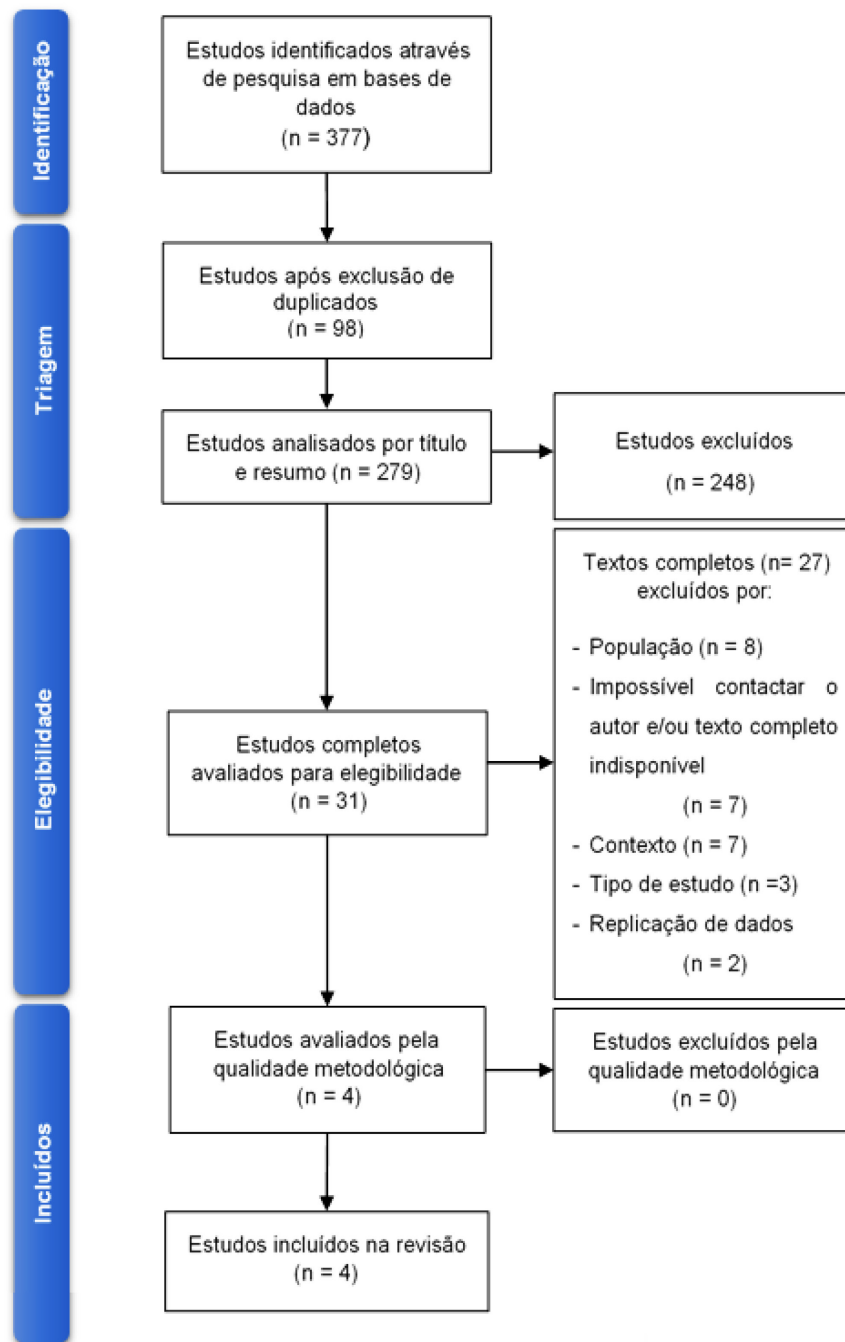


Figura 2 – Fluxograma do processo de pesquisa e seleção de estudos.

### Resultados de avaliação da qualidade metodológica

Relativamente à qualidade metodológica dos RCTs incluídos, somente duas das treze questões do instrumento de avaliação crítica foram respondidas de forma satisfatória por ambos os estudos (Tabela 2). Estas questões referiram-se à análise dos participantes nos grupos onde foram randomizados e à análise dos resultados de igual modo nos grupos em comparação.

Tabela 2 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos randomizados controlados incluídos.

Estudo \ Questão	Charlesworth et al. (2016)	Nakatsuka et al. (2015)
1. A alocação dos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	Incerto	Incerto
2. A alocação aos grupos foi ocultada?	Incerto	Incerto
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	Sim	Não
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	Não	Incerto
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	Não	Não
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	Sim	Não
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	Incerto	Incerto
8. O <i>follow-up</i> foi completado, e se não foi, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	Sim	Incerto
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	Sim	Sim
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	Sim	Sim
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	Incerto	Incerto
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	Incerto	Incerto
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão durante as fases de desenvolvimento ou análise?	Incerto	Incerto

No estudo de Charlesworth et al. (2016), não foi ocultada a alocação dos participantes no grupo, nem aos profissionais que lideraram as intervenções. No estudo de Nakatsuka et al. (2015), os participantes dos diferentes grupos não apresentavam características semelhantes na fase de pré-intervenção. Neste mesmo estudo, não foi ocultada a alocação dos participantes por grupo aos profissionais que lideraram as intervenções e aos profissionais que avaliaram os participantes. Adicionalmente, em ambos os estudos não está claro se os *outcomes* foram avaliados de igual modo para os diferentes grupos, se a avaliação dos *outcomes* foi realizada de forma confiável e se a análise estatística empregue foi apropriada.

Respeitante à avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase-experimentais, quatro das nove questões existentes no instrumento de avaliação crítica foram respeitadas pelos dois estudos incluídos na revisão (Tabela 3). Estas questões referiram-se à: clareza dos estudos relativamente à relação temporal das variáveis em análise; existência de múltiplas avaliações de resultados antes e após a intervenção; inexistência de diferenças quanto à perda de acompanhamento entre os grupos em comparação; e se os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma nos grupos em comparação.

Tabela 3 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase-experimentais incluídos.

Estudo	Melendez et al. (2015)	Nawate et al. (2007)
Questão		
1. Está claro no estudo qual é a causa e o efeito?	Sim	Sim
2. Os participantes incluídos em qualquer comparação são semelhantes?	Incerto	Sim
3. Os participantes incluídos receberam tratamento/cuidados semelhantes, além da exposição ou intervenção de interesse?	Incerto	Sim
4. Existe um grupo de controlo?	Sim	Não
5. Existiram múltiplas avaliações de resultado antes e após a intervenção/exposição?	Sim	Sim
6. O período de <i>follow-up</i> foi completo e, se não, o <i>follow-up</i> foi adequadamente descrito e utilizadas estratégias para lidar com a perda?	Sim	Sim
7. Os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma?	Sim	Sim
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	Incerto	Incerto
9. Foi utilizada análise estatística apropriada?	Incerto	Incerto

No estudo de Melendez, Torres, Mayordomo e Sales (2015) não é claro se os participantes incluídos nos grupos em estudo apresentavam características semelhantes na fase de pré-intervenção; adicionalmente, não está claro se os participantes eram alvo de tratamento/cuidados semelhantes, além da intervenção de interesse. No estudo de Nawate, Kaneko Hanoaka e Okamura (2007), não existiu grupo de controlo. Para ambos os estudos, é pouco claro se os *outcomes* de interesse foram avaliados de forma confiável e se a análise estatística utilizada foi apropriada.

### Características dos estudos incluídos

Na Tabela 4 apresentam-se as características dos estudos incluídos, critérios de inclusão de participantes, grupos de intervenção com descrição da duração e características das

atividades realizadas, assim como resultados específicos relativamente aos *outcomes* de interesse.

Tabela 4 – *Resumo dos dados extraídos após avaliação crítica dos estudos.*

Autores, desenho, contexto e participantes	Critérios de inclusão e exclusão	Intervenções	Resultados dos <i>outcomes</i> de interesse
<p><b>Charlesworth et al. (2016)</b></p> <p><b>Desenho:</b> estudo randomizado controlado</p> <p><b>Contexto:</b> instituições de apoio comunitário (Inglaterra)</p> <p><b>Participantes:</b> 289 pessoas mais velhas.</p>	<p><b>Critérios de inclusão:</b> residentes na sua habitação; cuidadores familiares com idade <math>\geq 18</math> anos. Diagnóstico de demência verificado através da definição da DSM-IV.</p> <p>Excluídas pessoas com dificuldades de aprendizagem, doenças cerebrais progressivas ou doenças terminais.</p>	<p><b>Terapia de Reminiscência (RYCT)</b> (n = 97) 12 sessões semanais de duas horas cada. Após este período, foram realizadas sessões mensais por 7 meses. Temáticas relativas ao percurso de vida dos participantes, com recurso a estímulos multissensoriais e manuseamento de objetos, encenações, improvisado ou canto.</p> <hr/> <p><b>Suporte ao Cuidador (CSP)</b> (n = 48) 12 sessões semanais, de uma hora cada. Após este período, foram realizadas sessões a cada 15 dias por 5 meses. Sessões na casa do cuidador, estrutura comunitária ou via telefone. Sessões incluíam a pessoa com demência se o cuidador concordasse. Providenciado apenas suporte moral.</p> <hr/> <p><b>CSP-RYCT</b> (n = 97) Combinação das intervenções dos grupos RYCT e CSP.</p> <p><b>Cuidados habituais</b> (n = 47) Continuação dos cuidados habituais existentes nas estruturas locais.</p>	<p><b>Qualidade de Vida</b> avaliada com as escalas QOL-AD, EQ-5D e DEMQOL. Não foram obtidos resultados significativos aos 12 meses. Contudo, através da QOL-AD foi verificada a interação entre o grupo CSP e grupo RYCT foi significativa (<math>p = 0,02</math>).</p> <p><b>Sintomatologia depressiva</b> avaliada com a HADS. Não foram verificadas melhorias significativas entre grupos (<math>p = 0,70</math>).</p>
<p><b>Melendez et al. (2015)</b></p> <p><b>Desenho:</b> quase-experimental</p> <p><b>Contexto:</b> dois centros de dia (Espanha)</p> <p><b>Participantes:</b> 43 pessoas mais velhas com declínio cognitivo ligeiro amnésico (aMCI) e 30 com Doença de Alzheimer (DA).</p>	<p><b>Critérios de inclusão</b></p> <p>- <b>Para grupo aMCI:</b> queixas de memória; preservação do funcionamento cognitivo. Resultados MMSE <math>\leq 22</math>; capacidade de realizar atividades de vida diárias; ausência de diagnóstico de demência;</p> <p>- <b>Para grupo DA:</b> diagnóstico pelo DSM-IV-TR; pontuação no MMSE <math>&lt; 19</math> e no GDS entre 3 e 4.</p> <p><b>Critérios de exclusão:</b> acidente vascular cerebral; défice visual ou</p>	<p><b>Reminiscência para participantes com aMCI</b> (n = 27) e <b>DA</b> (n = 15)</p> <p><b>Grupo aMCI:</b> 10 sessões semanais, de 60 minutos cada. <b>Grupo DA:</b> 20 sessões bissemanais, de 30 minutos cada.</p> <p>Os participantes eram informados do tema da sessão e eram realizadas duas atividades que recorressem à evocação de memórias. Eram utilizados desencadeadores como música, imagens e objetos pessoais. Eram colocadas questões abertas que facilitassem a evocação e conjugação de memórias com a atividade no presente.</p> <hr/> <p><b>Grupo de controlo para participantes com aMCI</b> (n = 16) e <b>DA</b> (n = 15)</p> <p>Participantes receberam os seus cuidados habituais no centro de dia local.</p>	<p><b>Função cognitiva</b> avaliada com a AMI.</p> <p>No grupo experimental, os participantes com aMCI e DA apresentaram melhorias significativas na pontuação global nos diferentes momentos de avaliação (<math>p &lt; 0,001</math>). Para os participantes com DA, o efeito perdurou até à avaliação de <i>follow-up</i> (<math>p = 0,047</math>).</p> <p>Todos os participantes do grupo de controlo apresentaram um decréscimo nos scores globais entre a primeira avaliação e <i>follow-up</i> (<math>p = 0,016</math>).</p>

comunicacional;  
condição médica  
que afete o cérebro;  
sintomas  
psiquiátricos graves  
ou história de  
abuso de  
substâncias.

<b>Nakatsuka et al. (2015)</b>	<b>CrITÉRIOS de inclusão: pessoas com idade ≥ 75 anos, sem diagnóstico de depressão ou esquizofrenia, que vivessem sozinhas ou com uma pontuação na CDR de 0,5.</b>	<b>Reminiscência (GR) (n = 44)</b> Sessões de 60 minutos, em torno de eventos da vida diária conjugados com memórias autobiográficas. As atividades desenvolvidas eram focadas na orientação para a realidade e reminiscência. Eram fornecidas atividades para serem desenvolvidas em casa.	<b>Função cognitiva</b> avaliada com o MMSE, WF e TMT. Foram apenas verificadas melhorias significativas nos grupos de AF e IC ( $p < 0,01$ , não corrigida, para múltiplas comparações) através do MMSE. O grupo GR revelou efeitos benéficos na orientação e na memória a longo prazo.
<b>Desenho:</b> Estudo Randomizado Controlado		<b>Intervenções cognitivas (IC) (n = 45)</b> Sessões de 60 minutos, com puzzles e jogos variados. Estas atividades eram interrompidas por uma pausa para refrescos. Eram fornecidas atividades para serem desenvolvidas em casa.	<b>Sintomatologia depressiva</b> (avaliada com a GDS) e <b>Qualidade de Vida</b> (avaliada com SF). Para ambos os <i>outcomes</i> não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o período de pré e pós-intervenção para nenhum dos grupos (para $p < 0,01$ ) e entre grupos (para $p < 0,05$ ).
<b>Contexto:</b> centro comunitário (Japão)		<b>Atividade Física (AF) (n = 38)</b> Sessões de exercício físico de 60 minutos. Estes exercícios consistiam em seis séries de três a cinco minutos de duração, realizados a cada 10 minutos. Os exercícios reportavam ao treino de marcha e atividade aeróbica, utilizando o STEPWELL 2. As atividades eram interrompidas para refrescos. Eram fornecidas atividades para serem desenvolvidas em casa.	
<b>Participantes:</b> 127 pessoas mais velhas			
<b>Nawate et al. (2007)</b>	<b>CrITÉRIOS de inclusão:</b> viver na sua residência; idade ≥ 65 anos; diagnóstico de demência ligeira a moderada, formulado por psiquiatra; capacidade de estar em grupo; sem diminuição da acuidade auditiva ou visual, e sem dificuldades comunicacionais; consentimento familiar.	<b>Terapia de Reminiscência (n = 11)</b> Composto por sessões de culinária temáticas que decorreram semanalmente, por nove semanas, com duração de 60 minutos cada. Os ingredientes utilizados como estímulo foram atempadamente enquadrados nos temas das sessões. Não foi necessário terminar a confeção das receitas. Durante cada sessão eram colocadas questões dentro da temática que evocassem memórias autobiográficas.	<b>Função cognitiva</b> , avaliada com a HDSR e MMSE. Foram verificadas alterações marginalmente significativas na HDSR uma semana após o fim da intervenção ( $p = 0,043$ ) e quatro semanas após a intervenção ( $p = 0,043$ ).
<b>Desenho:</b> quase-Experimental			
<b>Contexto:</b> dois centros de reabilitação de dia (Japão)			
<b>Participantes:</b> 11 pessoas mais velhas.			

**Legenda:** AMI - Autobiographical Memory Interview; CDR - Clinical Dementia Rating; DEMQOL - Health-related quality of life for people with dementia Questionnaire; EQ-5D - EuroQol - 5 Dimensions Questionnaire; FS - Faces Scale; GDS - Geriatric Depression Scale; HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale; HDSR - Hasegawa Dementia Scale-Revised; MMSE - Mini Mental State Examination; QOLD-AD - Quality of Life Alzheimer's Disease Scale; TMT - Trail Making Test; WF - Word Fluency.

Os quatro estudos incluídos encontram-se escritos em língua inglesa e foram publicados entre 2007 e 2016. Dois dos estudos são provenientes do Japão, os restantes foram desenvolvidos em Espanha e Inglaterra. O tamanho das amostras dos estudos incluídos nesta revisão variou entre 11 e 289 participantes (pós-intervenção).

#### 2.2.4. DISCUSSÃO

Com esta revisão sistemática pretendeu-se sintetizar a evidência existente sobre a eficácia da TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo que frequentam estruturas sociais de apoio na comunidade. Em contraste com os delicados avanços relativos ao progresso de novos tratamentos farmacológicos para as pessoas com PNC, surgem os recentes avanços nas intervenções psicológicas (Charlesworth et al. 2016). Neste âmbito, a TR aflora como uma das intervenções psicossociais mais frequentemente implementadas nestes contextos.

A contemplação do passado tem inspirado um vasto conjunto de estudos teóricos (Westerhof & Bohlmeijer, 2014) que encetaram o caminho para a investigação da reminiscência como uma intervenção estruturada. De facto, em todos os estudos incluídos nesta revisão, a terapia de reminiscência foi implementada com recurso a programas estruturados. No estudo de Nawate et al. (2007), a estimulação das memórias foi desencadeada pelas práticas de culinária, com o argumento de que a mesma consegue estimular os cinco sentidos e promover a recordação de vivências associadas à preparação dos alimentos. Nos restantes estudos o foco estava centrado na evocação e partilha de memórias associadas à discussão temática que englobava as fases da vida até à velhice, com recurso a músicas, imagens e objetos facilitadores da evocação das lembranças.

Ainda que a reminiscência se possa assumir como uma intervenção de particular pertinência na prática de enfermagem, no âmbito das intervenções autónomas (Stinson, 2009), constata-se que em nenhum dos estudos revistos os enfermeiros foram responsáveis pela dinamização das sessões. Deste modo, considera-se importante a realização de mais estudos que explorem a implementação deste tipo de intervenções terapêuticas lideradas por estes profissionais e planeadas e avaliadas no âmbito das suas intervenções autónomas.

#### **Cognição**

Relativamente aos resultados da TR na função cognitiva, constata-se um efeito com significância (Melendez, et al., 2015; Nawate et al., 2007), o que confirma os resultados

de outras revisões anteriores (Huang et al., 2015; Woods et al., 2005) e corroborada igualmente pela recente revisão de Woods et al. (2018).

Em ambos os estudos (Melendez, et al., 2015; Nawate et al., 2007), a melhoria da função cognitiva persistiu após o término da intervenção, tendo o efeito sido avaliado ao fim de dois meses e quatro semanas, respetivamente. Os autores dos estudos mencionados avaliaram ainda os efeitos da TR em avaliações de seguimento, o que permitiu verificar que os efeitos da intervenção perduraram no tempo. No estudo de Nakatsuka et al. (2015), a intervenção mostrou ser benéfica para a orientação e memória a longo prazo, ainda que os efeitos observados não tenham sido estatisticamente significativos. Comparativamente, Woods et al. (2018) evidenciaram que a TR tem um impacto positivo na cognição quando avaliada logo após a intervenção, mas não a longo prazo, porém, estas diferenças podem ser atribuídas às características da população e contexto em foco nas revisões em análise.

### **Sintomas depressivos**

À semelhança dos resultados analisados por Woods et al. (2018), os resultados dos estudos que integraram a presente revisão mostram que as alterações observadas ao nível da sintomatologia depressiva das pessoas com declínio cognitivo não se revelaram significativos. Resultados contraditórios são encontrados na revisão de Huang et al. (2015) em que se observaram efeitos positivos da TR nos sintomas depressivos de pessoas mais velhas que vivem na comunidade.

### **Qualidade de vida**

No que se refere ao impacto da TR na qualidade de vida, no estudo de Nakatsuka et al. (2015) são apontadas melhorias nos participantes que integravam os diferentes tipos de intervenção, designadamente, terapia de reminiscência, estimulação cognitiva e atividade física, revelando assim, uma melhoria da qualidade de vida independentemente da intervenção. Os resultados mostram, também, que a satisfação com a intervenção pode ter interferido positivamente na perceção da qualidade de vida dos participantes, o que direciona para a necessidade de envolver as pessoas mais velhas com declínio cognitivo nos processos de construção e validação dos protocolos de intervenção terapêutica que sejam do seu agrado (Gil et al., 2017).

Por sua vez, é de realçar que no estudo de Charlesworth et al. (2016) se atestou que a combinação da TR em grupo com o programa de suporte ao cuidador produziu efeitos positivos na qualidade de vida das pessoas mais velhas. Logo, tendo em conta a melhor forma de responder às necessidades das pessoas mais velhas com declínio cognitivo e

dos seus cuidadores fica aqui reforçada a necessidade de estudar o impacto da TR em ambos.

Perante o exposto, pode-se inferir que a interação entre os adultos mais velhos com declínio cognitivo e os cuidadores, assim como a satisfação com a intervenção terapêutica parecem constituir indicadores intrinsecamente relacionados com a qualidade de vida percebida pelas pessoas mais velhas (Charlesworth et al., 2016; Nakatsuka et al., 2015). Relativamente às evidências sobre a eficácia da TR para a qualidade de vida, apresentadas por Woods et al. (2018), estas foram inconsistentes.

Genericamente, podem mencionar-se algumas fragilidades metodológicas das investigações revistas sobre o impacto da TR em pessoas mais velhas com declínio cognitivo, tais como o tamanho da amostra e o número reduzido de instituições comunitárias envolvidas, entre outras fragilidades referidas anteriormente. Estas fragilidades podem ter limitado a análise da eficácia da intervenção, o que não permite a generalização dos dados. Um outro aspeto a destacar relaciona-se com a heterogeneidade significativa dos estudos relativamente aos objetivos, desenho metodológico e amostra, que impossibilitou a meta-análise dos dados.

É ainda de considerar que não tendo sido realizadas pesquisas nas bases de dados ligadas à área da psicologia (exemplo, PsycINFO) pode-se ter limitado o número de resultados encontrados, o que se afigura como uma limitação desta revisão. Futuras revisões sistemáticas deverão ter em conta as fragilidades apontadas. Todavia, considera-se que os contributos desta revisão vêm fortalecer a relevância da TR na melhoria da função cognitiva em adultos mais velhos com declínio cognitivo nas pessoas que frequentam estruturas de apoio comunitário, sendo de enaltecer que se centra nas capacidades que as pessoas mantêm conservadas, mobilizando os recursos cognitivos ainda preservados.

#### 2.2.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados desta revisão sistemática indicam que a TR em grupo se constitui como uma intervenção terapêutica útil na melhoria da função cognitiva. Ainda que não se tenham confirmado os efeitos na redução da sintomatologia depressiva e na melhoria da qualidade de vida, os resultados de outras revisões apontam para conclusões contraditórias pelo que se considera crucial dispor de mais estudos com elevado rigor metodológico que permitam resultados mais robustos neste âmbito. As fragilidades metodológicas das investigações revistas podem ter limitado a análise da eficácia da reminiscência em pessoas mais velhas com declínio cognitivo o que remete para a

pertinência de se se conduzirem novos estudos primários cuja metodologia tenha em linha de conta as lacunas apontadas.

Numa perspetiva de investigação, sugere-se a realização de estudos que avaliem a correlação entre a satisfação dos participantes e a eficácia da TR em grupo. É necessário que se incremente a participação das pessoas com declínio cognitivo e mesmo dos seus cuidadores na avaliação dos programas de reminiscência como garantia dos seus direitos e necessidades.

Considerando que os resultados obtidos nesta revisão sustentam o potencial terapêutico da reminiscência em grupo na cognição das pessoas mais velhas que frequentam estruturas sociais de apoio na comunidade, deverá ser considerada a sua inclusão na abordagem terapêutica dirigida a esta população em concreto, nomeadamente, no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem. A TR é uma intervenção de fácil planeamento, implementação e avaliação que permite uma relação de proximidade entre o profissional e o adulto mais velho, resultando num conhecimento mais profundo. Deste modo, pode-se considerar que a TR capacita o profissional no uso de competências relacionais e comunicacionais e permite criar um ambiente onde as pessoas se divertem, fortalecem a vinculação entre os membros do grupo, mantendo e otimizando as suas competências sociais e cognitivas.

## **2.3. EFICÁCIA DA REMINISCÊNCIA EM GRUPO NA COGNIÇÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS MAIS VELHAS EM CONTEXTO DE ESTRUTURA RESIDENCIAL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

### **2.3.1. INTRODUÇÃO**

Decorrente do aumento da esperança média de vida, torna-se cada vez mais importante repensar os cenários de intervenção terapêutica que influenciem positivamente o envelhecimento e a qualidade de vida na velhice, partindo dos princípios de cuidados centrados na pessoa e destinados à promoção da dignidade humana, na medida em que aumento de doenças crónicas degenerativas, como as perturbações neurocognitivas (PNC), estão intimamente ligadas às profundas alterações demográficas.

A perda progressiva de capacidades cognitivas e motoras decorrentes do processo degenerativo originam, em estados mais avançados das PNC, um elevado sentimento de

sobrecarga da família e cuidadores que culmina frequentemente na institucionalização da pessoa mais velha com demência (Kuske, 2009).

Um estudo realizado por Afram et al. (2014), abrangendo oito países europeus, concretamente, Inglaterra, Estónia, Grécia, Alemanha, Holanda, Espanha e Suécia, evidenciou que as principais razões para a institucionalização das pessoas mais velhas com demência foram os sintomas neuropsiquiátricos (25%), a dependência de cuidados (24%) e as alterações cognitivas (19%). A sobrecarga do cuidador (15%) e a incapacidade para cuidar da pessoa com demência (15%) também foram apontadas como razões.

Em consequência da institucionalização pode ocorrer uma perda gradual a nível funcional e dos papéis sociais, sendo que as pessoas podem ser profundamente afetadas por um conjunto de limitações que interferem ainda mais com a sua capacidade de aprendizagem, autoestima e capacidade de relacionamento (Hughes & Beatty, 2013). Este processo pode minimizar as capacidades e o estatuto social das pessoas mais velhas, que já se encontram neurologicamente afetadas. A esta realidade, encontra-se ainda fortemente associada a incidência e prevalência de sintomatologia depressiva, com a consequente diminuição da qualidade de vida

Atualmente, ainda subsiste a evidência que aponta para as limitações ao nível das intervenções farmacológicas utilizadas no tratamento das pessoas mais velhas com PNC (Cotelli et al., 2012) na medida em que os mecanismos farmacocinéticos tradicionais se reduzem ao controlo temporário da sintomatologia associada ao percurso degenerativo da patologia. Perante estes limites, e apesar de existirem potenciais fármacos em fase de ensaio clínico, assistiu-se nos últimos anos ao redirecionar de focos investigacionais para a exploração da eficácia de terapias não-farmacológicas como forma de retardar a progressão dos quadros de declínio cognitivo.

Neste sentido, a Terapia de Reminiscência (TR) emerge na literatura como uma intervenção com potencial terapêutico através da recuperação de acontecimentos de vida significativos, com diversos propósitos terapêuticos e particular incidência na resolução de conflitos do passado, mas, também, com o desígnio de promover a autoestima, identidade e individualidade dos adultos mais velhos (Dempsey et al., 2012).

Os Programas de TR assentam num processo terapêutico que permite às pessoas mais velhas compreenderem-se a si mesmas, aliviar os sentimentos de perda, recordar a vida, aumentar a autoaceitação e autonomia (Zhou et al., 2012).

Esta abordagem terapêutica centrada na pessoa valoriza fortemente a sua dimensão humana e trajetória de vida, mobilizando os recursos cognitivos ainda conservados (Thorgrimsen et al., 2002), contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos adultos

mais velhos com declínio cognitivo promovendo momentos privilegiados para fomentar a comunicação e a interação social (Siverová & Buzgova, 2018).

Torna-se importante destacar, porém, que a implementação de terapias não-farmacológicas como a TR, de forma isolada ou em combinação com terapêuticas farmacológicas, deverá respeitar sempre as boas práticas baseadas na melhor evidência científica disponível (World Health Organization, 2013). Com este intuito, e não tendo sido encontradas revisões sistemáticas neste âmbito temático registadas na plataforma internacional de registo de revisões sistemáticas PROSPERO, pretende-se identificar e sintetizar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da TR em grupo na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto de estrutura residencial.

Para tal, foi elaborada a seguinte questão orientadora: "Qual a eficácia da terapia de reminiscência em grupo na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto de estrutura residencial?".

### 2.3.2. MÉTODO

Esta revisão sistemática da literatura seguiu a metodologia de referência recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (Tufanaru et al., 2017). Foram definidos e aplicados critérios de inclusão/exclusão para a População, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (PICO). Participantes: adultos ( $\geq 65$  anos), a quem foi identificada uma situação de declínio cognitivo, quer através de um diagnóstico clínico formal, documentado por teste neurológico estandardizado ou por avaliação clínica quantitativa. Intervenção: programas de reminiscência em grupo, dirigidos a pessoas mais velhas com declínio cognitivo que vivem em estruturas residenciais. Comparador: aceitaram-se todos os tipos de comparador, nomeadamente, intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com declínio cognitivo ou os cuidados habituais. *Outcomes*: cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida, avaliados com recurso a instrumentos validados. Foram apenas considerados estudos experimentais (estudos randomizados controlados e estudos quase-experimentais, com ou sem grupo de controlo).

A estratégia de pesquisa incluiu estudos publicados e não publicados. Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa limitada na PubMed e CINAHL, seguida da análise dos termos utilizados no título e resumo, assim como dos termos de indexação descritos nos artigos. Posteriormente, foi conduzida uma segunda pesquisa utilizando todas as palavras-chave e descritores identificados em todas as bases de dados incluídas (Tabela 5). Por último, foi analisada a lista de referências dos artigos identificados de modo a incluir estudos adicionais.

Foram considerados para inclusão nesta revisão, enquanto limitadores de pesquisa, os estudos escritos em inglês, espanhol e português. A estratégia de pesquisa por base de dados abrangeu o período entre 1 de maio de 2004 e abril de 2017.

Tabela 5 – Estratégias de pesquisa aplicados por base de dados.

Base de dados (resultados iniciais por pesquisa)	Fórmula de pesquisa
CINAHL Complete via EBSCO (109)	(TI Reminiscence) OR (AB Reminiscence) OR (MH Reminiscence Therapy (Iowa NIC)) OR ((MH Reminiscence Therapy )) AND (((TI Cognit*) OR (AB Cognit*)) OR ((TI "quality of life" ) OR (AB "quality of life" )) OR ((TI depressi*) OR (AB depressi*)) OR ((TI mood) OR (AB mood)) OR ((MH Cognition )) OR ((MH Quality of Life)) OR ((MH Depression))) AND (((TI dementia) OR (AB dementia)) OR ((TI alzheimer) OR (AB alzheimer)) OR ((TI "cognitive impairment" ) OR (AB "cognitive impairment")) OR ((TI "neurocognitive disorder") OR (AB "neurocognitive disorder")) OR ((TI "neurocognitive disorders") OR (AB "neurocognitive disorders")) OR ((TI "cognitive decline") OR (AB "cognitive decline")) OR ((MH Dementia)))
PubMed (96)	(dementia[Title/Abstract] OR alzheimer[Title/Abstract] OR "neurocognitive disorder"[Title/Abstract] OR "cognitive impairment"[Title/Abstract] OR "neurocognitive disorders"[Title/Abstract] OR "cognitive decline"[Title/Abstract] OR "Dementia"[Mesh] OR "Cognitive Dysfunction"[Mesh]) AND Reminiscence[Title/Abstract] AND (cognit*[Title/Abstract] OR "quality of life"[Title/Abstract] OR depressi*[Title/Abstract] OR mood[Title/Abstract] OR "Cognition"[Mesh] OR "Quality of Life"[Mesh] OR "Depression"[Mesh])
Cochrane Database of Systematic Reviews (50)	(Dementia:ti,ab,kw) OR (Alzheimer:ti,ab,kw) OR ("Cognitive impairment":ti,ab,kw OR ("neurocognitive disorder:ti,ab,kw") OR ("cognitive decline":ti,ab,kw) OR [MH "Dementia"+] AND (reminiscence:ti,ab,kw) AND (cognit*:ti,ab,kw) OR ("quality of life":ti,ab,kw) OR (depressi*:ti,ab,kw) OR (mood:ti,ab,kw) OR [MH "Cognition"+] OR [MH "Quality of Life"+] OR [MH "Depression"+])
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (75)	Full-Text:(Reminiscence)
OpenGrey Repository (12)	("Reminiscence")
Banco de Teses e Dissertações da CAPES (35)	(Reminiscence)

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada de forma independente por dois revisores com recurso aos instrumentos padronizados do *Joanna Briggs Institute*; para estudos randomizados controlados recorreu-se à *Checklist for Randomized Controlled Trials* e à *Checklist for Quasi-Experimental Studies* para estudos quase-experimentais (Tufanaru et al., 2017). É de realçar que as divergências entre revisores foram resolvidas recorrendo à discussão entre si ou, quando necessário, apelando a um terceiro revisor.

Dado o número reduzido de publicações neste âmbito, todos os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram incluídos para revisão, sendo posteriormente discutidas as fragilidades metodológicas existentes em cada estudo.

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes com recurso ao instrumento de extração padronizada da *Joanna Briggs Institute* para estudos quantitativos (Tufanaru et al., 2017). Os dados extraídos incidiram em detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenhos dos estudos e resultados relevantes para a questão de investigação. As divergências encontradas neste processo foram resolvidas através de diálogo entre revisores e, quando necessário, recorreu-se a um terceiro revisor.

Não foi realizada meta-análise devido às diferenças significativas entre intervenções, *outcomes* avaliados (heterogeneidade clínica) e desenho (heterogeneidade metodológica) dos estudos envolvidos. Deste modo, os dados serão apresentados de forma narrativa, organizado de acordo com os *outcomes* de interesse. Este processo foi igualmente realizado por dois revisores independentes.

### 2.3.3. RESULTADOS

A pesquisa identificou inicialmente 377 estudos potencialmente relevantes. Destes, 98 foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 279, foram excluídos 248 após avaliação do título e resumo; dos restantes 31 artigos, 25 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão após leitura integral do texto. Por fim, foi avaliada a qualidade metodológica dos restantes seis estudos incluídos na revisão. O processo de seleção dos estudos encontra-se sintetizado por meio de um fluxograma (Figura 3).

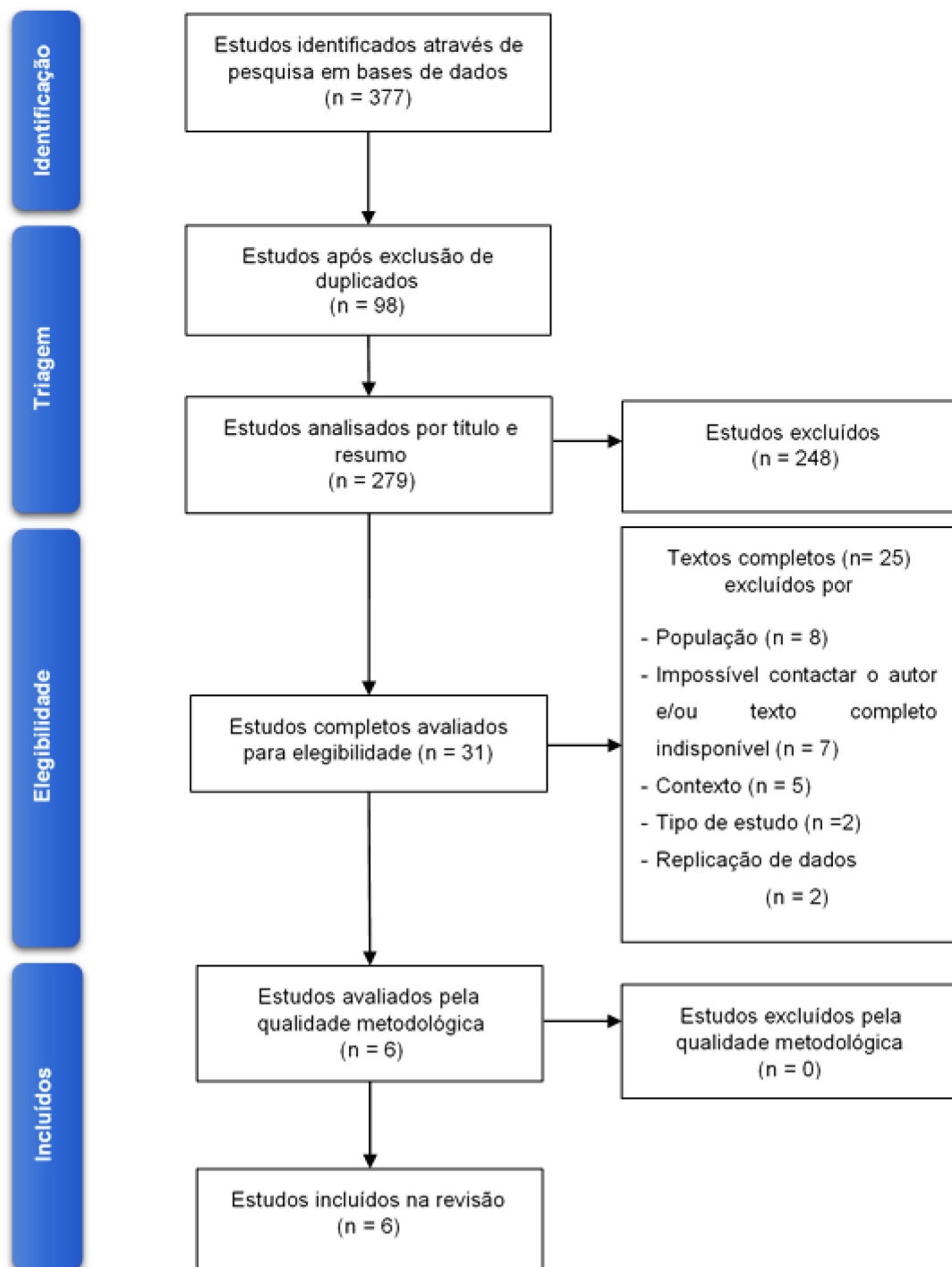


Figura 3 – Fluxograma do processo de pesquisa e seleção de estudos.

Os estudos incluídos encontram-se escritos em língua inglesa, foram publicados entre 2007 e 2015, e realizados em lares de idosos e unidades de saúde de longa permanência. Dois dos estudos são provenientes do Japão, e os restantes quatro da Itália, Turquia, Espanha e da República da China.

Relativamente à qualidade metodológica dos estudos randomizados controlados incluídos, somente três das treze questões do instrumento de avaliação crítica foram

realizadas universalmente por todos (Tabela 6). Em nenhum destes estudos está claro se a alocação aos grupos de tratamento foi ocultada dos participantes, se os *outcomes* foram avaliados de forma confiável e se o desenho do estudo era apropriado ao domínio de investigação. Assim, estes aspetos e outros eventuais desvios foram tidos em consideração na condução da análise dos resultados. Realça-se que num dos estudos incluídos (Wang, 2007) não foi realizada verdadeira randomização dos participantes na alocação aos grupos de intervenção. Por outro lado, no estudo de Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi e Hashimoto (2014), não foi ocultada a alocação dos participantes por grupo aos profissionais que conduziram as intervenções.

Tabela 6 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos randomizados controlados incluídos.

Estudo \ Questão	Wang (2007)	Nakamae et al. (2014)	Akanuma et al. (2011)	Deponte & Missan (2007)
1. A alocação dos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?	Não	Incerto	Incerto	Incerto
2. A alocação aos grupos foi ocultada?	Incerto	Incerto	Sim	Incerto
3. Os grupos de tratamento eram comparáveis no início do estudo?	Sim	Sim	Sim	Sim
4. Foi ocultada aos participantes a atribuição do tratamento?	Incerto	Incerto	Incerto	Incerto
5. Foi ocultado aos responsáveis por aplicar o tratamento qual o grupo a que estavam alocados os participantes?	Incerto	Não	Incerto	Incerto
6. Foi ocultado aos avaliadores dos resultados o grupo a que estavam alocados os participantes?	Sim	Incerto	Sim	Incerto
7. Os diferentes grupos do estudo foram tratados de forma idêntica, com exceção da intervenção referida?	Incerto	Sim	Sim	Incerto
8. O <i>follow-up</i> foi completado, e se não foi, foi abordado o uso de estratégias para colmatar a sua ausência?	Incerto	Sim	Sim	Sim
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	Sim	Sim	Sim	Sim
10. Os resultados foram avaliados da mesma forma para todos os grupos?	Sim	Sim	Sim	Sim
11. Os resultados foram medidos de forma confiável?	Incerto	Incerto	Incerto	Incerto
12. Foi utilizada análise estatística apropriada?	Sim	Incerto	Incerto	Sim
13. O desenho de estudo é apropriado ao tópico em análise, e foi evidenciado algum desvio do desenho padrão durante as fases de desenvolvimento ou análise?	Incerto	Incerto	Incerto	Incerto

No que respeita aos dois estudos quase-experimentais incluídos na revisão, seis das nove questões existentes no instrumento de avaliação crítica foram respeitadas (Tabela

7). É de referir que no estudo realizado por Gonzalez et al. (2015) é incerto se as diferenças entre grupos foram adequadamente descritas e analisadas durante o decurso do estudo. Com igual relevância, é incerto se a análise estatística usada nos dois estudos é apropriada ao desenho evidenciado.

Tabela 7 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase-experimentais incluídos.

Estudo \ Questão	Gonzalez et al. (2015)	Duru Aşiret & Kapucu (2015)
1. Está claro no estudo qual é a causa e o efeito?	Sim	Sim
2. Os participantes incluídos em qualquer comparação são semelhantes?	Sim	Sim
3. Os participantes incluídos receberam tratamento/cuidados semelhantes, além da exposição ou intervenção de interesse?	Sim	Sim
4. Existe um grupo de controlo?	Sim	Sim
5. Existiram múltiplas avaliações de resultado antes e após a intervenção/exposição?	Sim	Sim
6. O período de <i>follow-up</i> foi completo e, se não, o <i>follow-up</i> foi adequadamente descrito e utilizadas estratégias para lidar com a perda?	Incerto	Sim
7. Os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma?	Sim	Sim
8. Os resultados foram avaliados de forma confiável?	Incerto	Incerto
9. Foi utilizada análise estatística apropriada?	Incerto	Incerto

### Características dos participantes

O número de participantes em estudo variou entre 24 (Nakamae et al., 2014) e 102 (Wang, 2007) participantes (pré-intervenção), num total de 296 indivíduos. A maioria dos estudos recrutou participantes com diferentes tipos de demência, incluindo doença de Alzheimer e demência vascular isquémica. Dois estudos adotaram critérios de diagnóstico standardizados (como presentes na 4ª Edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* e *Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers*) de modo a identificar participantes elegíveis (Gonzalez et al., 2015; Nakamae et al., 2014). Adicionalmente, quatro estudos incluíram os participantes com base nos scores obtidos no *Mini-Mental State Examination* (MMSE): entre 10 e 24 pontos (Akanuma et al., 2011;

Duru Aşiret & Kapucu, 2015); igual ou inferior a 23 pontos (Nakamae et al, 2014) ou inferior a 23 pontos (Gonzalez et al., 2015).

### **Características das intervenções e grupos experimentais**

Cinco dos estudos (Akanuma et al, 2011; Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Gonzalez et al., 2015; Nakamae et al., 2014; Wang, 2007) descrevem detalhadamente a estrutura e conteúdos temáticos abordados para o grupo de TR. Em quatro estudos a abordagem temática por sessão é semelhante, servindo a primeira sessão do programa para integrar os participantes e explicar o intuito da intervenção (Akanuma et al, 2011; Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Gonzalez et al., 2015; Wang, 2007). As sessões seguintes evocam memórias passadas numa abordagem cronológica ascendente (infância, juventude e idade adulta), ainda que existam sessões específicas para temáticas transversais ao longo da vida (ocupações, família e amigos, feriados e celebrações ou viagens). De modo a facilitar a recordação de memórias passadas, os autores recorreram à utilização de fotografias e outros objetos pessoais antigos, imagens, músicas e vídeos de outros tempos, assim como alimentos e aromas específicos. Num dos estudos revistos (Nakamae et al., 2014), a recordação de memórias passadas encontra-se associada à atividade de confeção de bolas de arroz tradicionais chinesas pelos participantes, não existindo uma sequência organizada na abordagem a diferentes temáticas. Por fim, no estudo de Deponte e Missan (2007), os autores aludem à implementação de sessões de reminiscência sensorial, ainda que não se encontre claro de que modo estas foram operacionalizadas. Neste sentido, contactaram-se os autores originais deste estudo, mas não foi possível obter esclarecimentos adicionais.

Relativamente ao número de sessões de TR, a média total foi de 12 sessões, variando entre seis (Nakamae et al., 2014) e 24 sessões (Deponte & Missan, 2007). Relativamente à frequência das sessões, e com apenas uma exceção do estudo de Deponte e Missan (2007) em que as sessões decorreram bissemanalmente, nas restantes investigações, as sessões programadas eram realizadas semanalmente. As sessões duraram entre 30 minutos, no estudo de Duru Aşiret e Kapucu (2015) e 60 minutos (Gonzalez et al., 2015; Wang, 2007), num total programado entre 240 e 1080 minutos ( $\bar{X} = 580$  minutos).

No que concerne aos grupos de controlo, estes foram constituídos em todos os estudos. Em quatro destes estudos, os participantes receberam os cuidados habituais da sua instituição, embora não tenha sido mencionada por nenhum dos autores uma descrição clara destes cuidados (Akanuma et al, 2011; Deponte & Missan, 2007; Gonzalez et al., 2015; Wang, 2007) No estudo de Duru Aşiret e Kapucu (2015) os participantes do grupo de controlo foram convidados a frequentar sessões de tertúlias temáticas, uma vez por semana durante 20 a 25 minutos, onde discutiam temas que não envolvessem a

recordação de memórias passadas. No estudo de Nakamae et al. (2014), os participantes do grupo de controlo eram convidados para refeições onde eram servidas as bolas de arroz confeccionadas pelos participantes do grupo de TR, atividade que não envolvia a recordação de memórias passadas. Apenas um único estudo (Deponte & Missan, 2007) incluiu um grupo de comparação sujeito a uma intervenção terapêutica específica, em que nove participantes foram incluídos num grupo de Terapia de Validação (com duração e frequência igual ao grupo de TR). Contudo, os autores não apresentam uma descrição clara de como eram operacionalizadas as atividades desenvolvidas nas sessões de Terapia de Validação.

### **Cognição**

Cinco dos estudos incluídos (Akanuma et al, 2011; Deponte & Missan, 2007; Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Nakamae et al., 2014; Wang, 2007) avaliaram o impacto da TR na função cognitiva, tendo sido utilizado transversalmente, enquanto instrumento de avaliação, o MMSE. No estudo de Nakamae et al., (2014) foi utilizada a versão traduzida e validada para a população japonesa, enquanto que no estudo de (Wang (2007) a versão foi traduzida e validada para a população chinesa.

Num dos estudos randomizados controlados (Akanuma et al, 2011) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos no período de pré e pós-intervenção, ainda que as pontuações globais tenham sofrido ligeiras melhorias. Com resultados semelhantes, num outro estudo randomizado controlado (Nakamae et al., 2014) também não foram verificadas alterações significativas da função cognitiva. Por sua vez, de acordo com os resultados obtidos por outros autores (Deponte & Missan, 2007) não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de TR, grupo de Terapia de Validação e grupo de controlo antes e após a intervenção. Todavia, o grupo de TR foi o único em que os *scores* do MMSE aumentaram significativamente neste período ( $Z = -2,05$ ;  $p < 0,05$ ).

Contrariamente, no estudo quase-experimental realizado por Duru Aşiret e Kapucu (2015) verificou-se um aumento estatisticamente significativo nas pontuações médias do MMSE no grupo de TR quando comparado ao grupo de controlo ( $p < 0,05$ ), ainda assim, no grupo de TR, não foram encontradas diferenças nas pontuações médias entre indivíduos com diferentes níveis de declínio cognitivo. Já no estudo de Wang (2007), verificou-se que o grupo de TR apresentou melhorias significativas na função cognitiva comparativamente ao pré-teste ( $p = 0,015$ ). Por outro lado, as pessoas mais velhas no grupo de controlo experienciaram um ligeiro decréscimo nas pontuações do MMSE entre o período de pré e pós-intervenção.

## Sintomatologia Depressiva

Cinco dos estudos avaliaram a sintomatologia depressiva dos participantes, utilizando mais comumente a *Geriatric Depression Scale* (GDS) (Akanuma et al, 2011; Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Wang, 2007) e a *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD) (Nakamae et al., 2014; Wang, 2007) A *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects* (MOSES) e a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) foram utilizadas apenas no estudo randomizado controlado de Nakamae et al. (2014) e no estudo quase-experimental de Gonzalez et al. (2015), respetivamente.

Num dos estudos incluídos para revisão (Akanuma et al, 2011), verificou-se um aumento nas pontuações totais no grupo de TR e controlo, mas sem relevância estatística. Inversamente, Duru Aşiret e Kapucu (2015) confirmaram um decréscimo estatisticamente significativo nas pontuações médias da GDS no grupo de intervenção, quando comparado ao grupo de controlo ( $p < 0,05$ ).

De forma menos acentuada, e utilizando a versão de 15 itens da GDS, no estudo de Wang (2007) verificou-se um decréscimo nas pontuações entre o período de pré e pós-intervenção ( $F = 0,242$ ;  $p = 0,12$ ). Adicionalmente, ao utilizar a escala CSDD para a avaliação do mesmo domínio, verificou uma melhoria significativa para as pessoas idosas no grupo de TR, comparativamente à avaliação na pré-intervenção ( $p = 0,026$ ).

Utilizando a mesma escala (CSDD) e a escala MOSES, não foram encontradas diferenças significativas entre grupos no período de pré e pós-intervenção no estudo randomizado controlado de Nakamae et al. (2014). Porém, a avaliação com recurso à subescala "*early morning awakening*" da CSDD revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p = 0,046$ ), com os participantes do grupo de TR a apresentarem melhores resultados globais.

No estudo conduzido por Gonzalez et al. (2015), verificou-se que o grupo de TR apresentou uma redução estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva quando comparado ao grupo de controlo ( $F_{1,40} = 6,76$ ;  $p = 0,015$ ;  $n^2 = 0,213$ ). Ao analisar a evolução de cada grupo de forma independente, verifica-se um decréscimo significativo na sintomatologia depressiva para os participantes no grupo de TR ( $F_{1,40} = 10,56$ ;  $p = 0,003$ ,  $n^2 = 0,150$ ), o que não se verificou no grupo de controlo.

Transversalmente, a avaliação de todos os *outcomes* decorreu entre o período de pré e pós-intervenção, não tendo sido realizadas avaliações intermédias ou de seguimento em nenhum dos estudos incluídos. Por último, é de referir que em nenhum dos estudos incluídos foram avaliados os efeitos da TR na qualidade de vida dos participantes.

#### 2.3.4. DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática pretendeu sintetizar a evidência existente sobre a eficácia da terapia de reminiscência em pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto de estruturas residenciais.

Atualmente, os cuidados centrados na pessoa com declínio cognitivo são considerados sinónimos de excelência e qualidade (Van Bogaert et al., 2016). Através da TR, os profissionais de saúde estão em contacto sistemático com as histórias de vida do adulto mais velho, aprendendo em profundidade sobre a sua personalidade e preferências, informações inestimáveis que potenciam o desenvolvimento de cuidados verdadeiramente individualizados. Esta abordagem permite a promoção de valores como a liberdade de escolha, comunicação efetiva e foco nas potencialidades da pessoa que envelhece e que vai sofrendo um declínio ao nível da sua função cognitiva (Subramaniam & Woods, 2012).

Na maioria dos estudos incluídos nesta revisão, a abordagem à TR foi realizada através de um programa estruturado, com foco na evocação e partilha de memórias associadas a temáticas generalistas (infância, músicas antigas, épocas festivas, família, entre outros), com recurso a objetos e fotografias pessoais que tinham como objetivo facilitar as recordações. As temáticas genéricas utilizadas como ponto de partida para a evocação de memórias podem nem sempre ser ajustadas aos interesses e percurso de vida de cada participante, o que poderá explicar alguns dos resultados divergentes identificados.

Relativamente aos efeitos da implementação da TR ao nível da cognição, verificou-se que a sua avaliação foi realizada de forma transversal através da utilização do MMSE, embora não seja clara a justificação para o seu uso pelos autores dos estudos. Reconhecendo que a TR incide nas memórias autobiográficas das pessoas mais velhas, a utilização de um instrumento sensível a este domínio cognitivo deverá ser ponderada de modo a avaliar de forma minuciosa o potencial terapêutico da intervenção. A utilização de instrumentos menos sensíveis poderá estar na base de alguns dos resultados menos consistentes encontrados. Não obstante, é reconhecido na literatura que a TR permite lembrar vivências passadas e recordar conhecimentos, competências e estratégias apreendidas outrora. Ao se deparar com este rol de experiências, a pessoa avalia-as, num esforço cognitivo complexo que tende a culminar com a exibição de melhorias gerais neste domínio.

Respeitante à sintomatologia depressiva, reconhece-se que as pessoas mais velhas que residem em instituições podem experienciar emoções negativas devido à sua dificuldade na adaptação aos novos contextos residenciais. A TR em dinâmica de grupo potencia as

capacidades de socialização e interação, assente na partilha de experiências significativas que podem contribuir para melhorar o bem-estar psicológico (Dempsey et al., 2012).

São de realçar alguns pontos-chave da presente revisão que devem ser tidos em consideração no desenvolvimento de esforços investigacionais futuros. Em primeiro lugar, torna-se de capital importância a seleção de variáveis e medidas de resultados apropriados, que reflitam o intuito da intervenção e respeitem a identidade das pessoas mais velhas com declínio cognitivo e que se encontram institucionalizadas. Em nenhum dos estudos incluídos foi avaliada a qualidade de vida, ainda que se reconheça que este domínio é profundamente afetado com a progressão do declínio cognitivo e com o processo de institucionalização.

Com igual relevância, todos os estudos avaliaram os potenciais efeitos da TR no período de pré e pós-intervenção, sem uma avaliação de seguimento (*follow-up*). Neste sentido, tornou-se impossível analisar se os efeitos da TR perduram no tempo, atuando como uma ferramenta de manutenção a médio e longo-prazo das pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

Torna-se, ainda, importante realçar que a inclusão de estudos com populações reduzidas poderá explicar alguns dos resultados menos consistentes encontrados. Apesar da prevalência elevada do fenómeno em estudo, o acesso a participantes com as características de inclusão desejadas é delicado. Adicionalmente, o desenvolvimento de intervenções como a TR em grupo pode ser apontado, em termos de gestão institucional, como apresentando custos consideráveis para as instituições, na alocação de profissionais de saúde para liderarem as sessões, disponibilização de materiais e equipamentos necessários para evocação de memórias e, ainda, a existência de espaços adequados e com privacidade para a sua condução. Estas dificuldades poderão explicar a ausência de estudos prolongados, com avaliações de acompanhamento pós-intervenção.

As intervenções não-farmacológicas, como a TR, requerem tempos de exposição consideráveis de modo a que os potenciais efeitos sejam mensuráveis. Neste sentido, o número de sessões, frequência, duração e abordagem das sessões desenvolvidas nos diferentes estudos podem ter influenciado os resultados obtidos no período de pós-intervenção.

A reminiscência, enquanto intervenção terapêutica, carece de formação e treino na sua implementação e desenvolvimento, podendo ser implementada por profissionais de saúde e investigadores em diferentes contextos de cuidados (Van Bogaert, et al, 2016)

Não obstante, e nos estudos incluídos, não é claro o percurso formativo dos dinamizadores das sessões de TR, o que também poderá ter influenciado os resultados obtidos.

Ainda nesta linha da análise, em nenhum dos estudos desenvolvidos foi verificada a dinamização das sessões de TR por enfermeiros, ainda que os estudos tenham sido desenvolvidos em instituições onde a sua presença é comum (ou em algumas instâncias, obrigatória). Reconhecendo o contacto privilegiado entre enfermeiro e as pessoas mais velhas (e o seu percurso de vida), assim como as suas competências para a aplicação deste tipo de intervenções terapêuticas, mais estudos devem ser realizados em que se explore o papel do enfermeiro enquanto profissional dinamizador de sessões neste âmbito terapêutico.

Tradicionalmente, a prestação de cuidados por enfermeiros às pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto institucional alinha-se aos pressupostos inerentes ao modelo biomédico, com realização de procedimentos para o alívio ou compensação de lesões e desvantagens funcionais. A implementação e desenvolvimento de programas de TR por enfermeiros vai de encontro à transformação paradigmática atualmente vivenciada, com a viragem para cuidados centrados na pessoa e de natureza holística. Porém, os custos financeiros associados às intervenções não-farmacológicas como a TR são ainda comumente utilizados pelas figuras de gestão como razão para a não implementação e desenvolvimento destes programas (Kirkley et al., 2011), existindo pressão para que profissionais qualificados como os enfermeiros se centrem na prestação de cuidados que envolvam conhecimentos ou procedimentos altamente diferenciados e complexos nestes contextos. Todavia, subsiste a evidência de que a TR é uma intervenção terapêutica de baixo custo na sua implementação e desenvolvimento quando comparada a outras terapias não-farmacológicas ou intervenções puramente farmacológicas (Subramaniam & Woods, 2012).

### 2.3.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados sugerem que a TR se pode afigurar como uma intervenção eficaz na manutenção da função cognitiva e redução da sintomatologia depressiva em adultos mais velhos com declínio cognitivo que vivem em estruturas residenciais. Nos estudos em que se verificaram melhorias significativas, os participantes incluídos no grupo de reminiscência apresentaram melhorias superiores nestes domínios quando em comparação com outras intervenções não-farmacológicas, nomeadamente, a terapia de

validação, ou com grupos de controlo em que são mantidos os cuidados habituais ou dinamizadas tertúlias temáticas.

Todavia, os efeitos da TR nas funções cognitivas e sintomatologia depressiva podem ter sido influenciados pela dimensão reduzida ou características distintas das amostras em estudo, ou pelas abordagens à reminiscência distintas no seu conteúdo, frequência e duração.

Adicionalmente, não foram encontrados estudos que avaliem a eficácia da TR na qualidade de vida das pessoas mais velhas com declínio cognitivo institucionalizadas.

Igualmente relevante, há a destacar a inexistência de estudos com avaliação de *follow-up* que impossibilita quaisquer considerações sobre a duração do efeito terapêutico testemunhado em alguns dos estudos incluídos. Neste sentido, deverão ser realizados novos esforços investigacionais cuja metodologia colmate estas lacunas.

Enquanto limitações desta revisão, verificou-se uma heterogeneidade significativa dos estudos incluídos no que concerne aos seus objetivos, desenho metodológico e amostra, o que impossibilitou a meta-análise dos dados. As diferentes abordagens à TR em grupo poderão ter limitado a análise, comparação e síntese dos dados.

Durante a elaboração do protocolo de revisão, a inclusão específica de pessoas com idade superior ou igual a 65 anos de idade com declínio cognitivo institucionalizadas poderá ter contribuído para a perda de estudos com contributos válidos, contudo, este critério de inclusão está suportado numa definição amplamente aceite e utilizada pela comunidade científica, a qual estipula que a idade para se ser considerado 'idoso' em países desenvolvidos é de 65 anos ou mais (WHO, 2002).

Ainda que os estudos experimentais ofereçam contributos de maior qualidade e rigor científico, a exclusão de outro tipo de estudos neste âmbito também se afigura como uma limitação desta revisão. Na mesma linha de pensamento, a inclusão de estudos em inglês, português e espanhol poderá ter limitado o número de resultados encontrados que correspondem aos critérios de inclusão desejados. Além disto, não foram realizadas pesquisas nas bases de dados ligadas à área da psicologia, assim como websites de organizações profissionais o que poderá também ter limitado o número de achados finais.

Futuras revisões sistemáticas deverão atender às fragilidades apontadas e desenvolver uma estratégia de pesquisa mais abrangente, possibilitando a obtenção de um maior número de estudos. Porém, consideramos que esta revisão apresenta contributos com elevada significância clínica, úteis para os profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas mais velhas com declínio cognitivo que vivem em estruturas residenciais.

Dado que a reminiscência em grupo é uma intervenção de fácil planeamento, implementação e avaliação, os profissionais de saúde deverão considerar a sua inclusão na abordagem terapêutica aos adultos mais velhos com declínio cognitivo. Para isso, torna-se fundamental a construção e validação de programas estruturados que tenham em conta que a TR constitui uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo a sua individualidade e dignidade, valores que devem ser fortemente valorizados e privilegiados em contexto institucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afram, B., Stephan, A., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H. C., Suhonen, R., Sutcliffe, C., ... Hamers, J. P. H. (2014). Reasons for Institutionalization of People with Dementia: Informal Caregiver Reports from 8 European Countries. *Journal of the American Medical Directors Association, 15*(2), 108–116. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.012
- Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 192*(3), 183–187. doi: 10.1016/j.psychresns.2010.11.012
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Cammisuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., & Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's disease: a critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine, 7*(1), 57-64. doi: 10.1016/j.eurger.2016.01.002
- Charlesworth, G., Burnell, K., Crellin, N., Hoare, Z., Hoe, J., Knapp, M., ... & Orrell, M. (2016). Peer support and reminiscence therapy for people with dementia and their family carers: a factorial pragmatic randomized trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 87*(11), 1218-1228. doi:10.1136/jnnp-2016-313736.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas, 72*(3), 203–205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008
- Dempsey, L., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., O'Shea, E., Devane, D., ... Hunter, A. (2012). Reminiscence in dementia: A concept analysis. *Dementia, 13*(2), 176–192. doi: 10.1177/1471301212456277

- Deponte, A., & Missan, R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(2), 113–117. doi: 10.1016/j.archger.2006.04.001
- Despacho nº 5988/2018 de 19 de junho de 2018. *Diário da República* nº 116, 2ª série. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas* (Norma 052/2011). Lisboa, Portugal: Autor
- Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2015). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31–37. doi: 10.1177/0891988715598233
- Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 121-132. doi: 10.12707/riv17052
- Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: protocolo de revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 155-160. doi: 10.12707/RIV17055
- Global Observatory for Ageing and Dementia Care. (2016). *The World Alzheimer Report 2016*. Londres: Alzheimer's Disease International. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1731–1737. doi: 10.1017/s1041610215000344
- Huang, H. C., Chen, Y. T., Chen, P. Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y. L., & Chiu, H. Y. (2015). Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087-1094. doi: 10.1016/j.jamda.2015.07.010
- Hughes, J. C., & Beatty, A. (2013). *Understanding the person with dementia: a clinicophilosophical case discussion*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(5), 337–343. doi: 10.1192/apt.bp.112.011098

- Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2018). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 1. doi:10.1097/xeb.0000000000000155
- Kirkley, C., Bamford, C., Poole, M., Arksey, H., Hughes, J., & Bond, J. (2011). The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health & Social Care in the Community*, 19(4), 438–448. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.00998.x
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(02), 295. doi: 10.1017/s1041610208008387
- Melendez, J., Torres, M., Redondo, R., Mayordomo, T., & Sales, A. (2015). Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing. *International Journal of Psychology*, 52(4), 283-290. doi: 10.1002/ijop.12217
- Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of Productive Activities with Reminiscence in Occupational Therapy for People with Dementia: A Pilot Randomized Controlled Study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 13–19. doi: 10.1016/j.hkjot.2014.01.003
- Nakatsuka, M., Nakamura, K., Hamanosono, R., Takahashi, Y., Kasai, M., Sato, Y., & Meguro, K. (2015). A Cluster Randomized Controlled Trial of Nonpharmacological Interventions for Old-Old Subjects with a Clinical Dementia Rating of 0.5: The Kurihara Project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(2), 221-232. doi: 10.1159/000380816
- Nawate, Y., Kaneko, F., Hanaoka, H., & Okamura, H. (2007). Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home: A Preliminary Report. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(3), 57-68. doi: 10.1080/J148v26n03\_04
- Pink, J., O'Brien, J., Robinson, L., & Longson, D. (2018). Dementia: assessment, management and support: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, k2438. doi: 10.1136/bmj.k2438
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M., Karagiannidou, M. (2016). *World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future*. Alzheimer's Disease International (ADI), London, UK

- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). The epidemiology of dementia and Alzheimer disease in Portugal: estimations of prevalence and treatment-costs. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.
- Siverová, J., & Bužgová, R. (2018). The effect of reminiscence therapy on quality of life, attitudes to ageing, and depressive symptoms in institutionalized elderly adults with cognitive impairment: A quasi-experimental study. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12442
- Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545–555. doi:10.1586/ern.12.35
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 93–97. doi: 10.1016/s0197-4556(01)00135-6
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., Hopp, L. (2017). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Recuperado de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+3%3A+Systematic+reviews+of+effectiveness>
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Diltour, N., Van heusden Danny, Dilles, T., Van Rompaey, B., & Havens, D. S. (2016). Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: A Qualitative Phenomenological Study. *PLOS ONE*, 11(4), e0152654. doi: 10.1371/journal.pone.0152654
- Wang, J.-J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235–1240. doi: 10.1002/gps.1821
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107-114. doi: 10.1016/j.jaging.2014.02.003
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub3
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub2

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1)

Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. K. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *54*(3), e440–e447. doi: 10.1016/j.archger.2011.12.003



## **CAPÍTULO 3 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA PARA INTERVENÇÃO GRUPAL**

### **PUBLICAÇÕES**

Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 121-132. doi: 10.12707/riv17052

### **NOTA**

Este capítulo integra a publicação supramencionada (Apêndice 4), sendo de referir a contribuição da autora deste relatório de investigação, Isabel Gil, em todas as etapas do referido artigo, designadamente no que respeita a: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

## RESUMO

**Enquadramento:** A ausência a nível nacional de modelos de intervenção estruturados, dirigidos a pessoas mais velhas com declínio cognitivo, tem sido apontada como um dos principais obstáculos à eficácia da Terapia de Reminiscência (TR) em contexto institucional. Assim, emerge a necessidade de se desenvolver e validar programas de TR bem-definidos e replicáveis, de modo a colmatar a lacuna identificada.

**Objetivos:** Construir e validar um programa de TR.

**Metodologia:** Foram seguidas as diretrizes para desenvolvimento de intervenções complexas do *Medical Research Council*. A conceptualização do programa decorreu em quatro fases distintas, incluindo Fase Preliminar, Modelagem, Teste de campo e Conferência de consensos.

**Resultados:** O processo de validação resultou num programa composto por uma vertente principal e vertente de manutenção, num total de 21 sessões para aplicar em grupo.

**Conclusão:** O programa de TR estruturado validado no decorrer deste estudo demonstrou possuir características ajustadas ao contexto e população-alvo, tendo o constructo significado para as pessoas. A eficácia do programa de TR será posteriormente testada num estudo piloto .

**Palavras-chave:** declínio cognitivo; pessoas mais velhas; desenvolvimento de programas; terapia reminiscência.

### 3.1. INTRODUÇÃO

A nível internacional, nem sempre se encontra definido o processo de construção e validação de programas de TR utilizados nos estudos, o que se pode revelar como uma possível limitação metodológica e explicativa de resultados inconsistentes entre diferentes estudos de eficácia (Bohlmeijer et al., 2007; Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Stinson, 2009).

A TR integra-se no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem, podendo assumir uma variedade de configurações que assentam na construção de programas estruturados e a sua plena implementação implica a formação dos profissionais de saúde, em concreto, dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas em contextos geriátricos (Berg, 2010; Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Stinson, 2009).

De acordo com Cyntia Stinson, que concebeu um protocolo estruturado de seis semanas, a formação contínua dos enfermeiros surge como um pressuposto crucial para assegurar a organização das sessões, mediante um cuidado planeamento, a dinamização das sessões e a respetiva avaliação. A autora reforça, ainda, que existe uma evidência crescente da necessidade de desenvolver programas estruturados para reminiscência em grupo e que possam ser replicados (Stinson, 2009).

No programa desenhado por Stinson, as sessões são realizadas duas vezes por semana e são dinamizadas por um líder que deve monitorizar o processo e manter o grupo intacto, evitando atritos. Chao et al. (2006) e Hsieh et al. (2010) recomendam também a existência de um co-líder de forma a promover uma observação mais atenta da interação do grupo, incentivar a discussão e proteger os participantes no caso de perda do controlo emocional. Destacam a importância de assegurar um ambiente seguro, iluminado e com uma atmosfera tranquila e acolhedora em que os participantes estejam dispostos em círculo, permitindo o contacto visual entre todos.

Em Portugal é escassa a evidência que suporte a eficácia da TR, não tendo sido encontrados estudos para a população portuguesa, centrados em pessoas mais velhas com declínio cognitivo, em contexto institucional. Com outra população-alvo e tipo de intervenção, destacam-se os trabalhos de Gonçalves (2006), dirigido a pessoas com sintomatologia depressiva, e de Lopes, Afonso e Ribeiro (2013), cuja intervenção, de formato individual, assenta na evocação de memórias espontâneas. Todavia, verifica-se que em nenhum dos estudos encontrados foram utilizados programas de TR estruturados, sendo de capital importância para a investigação a realizar neste domínio a sua construção de forma definida e replicável, baseado em processos de validação e em

conformidade com a aplicabilidade das recomendações teóricas (Berg et al., 2010; Stinson, 2009).

Deste modo, não tendo sido construído, até ao momento, nenhum programa de TR estruturado e passível de ser replicado no contexto português, e considerando que a ausência de modelos de intervenção estruturados consensuais pode estar na base das fragilidades metodológicas que limitam a análise da eficácia deste tipo de intervenção (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008; Cotelli et al., 2012), surge, então, a necessidade de construir e validar um programa desta natureza. Com esta finalidade, foram seguidas as orientações e recomendações do *Medical Research Council* (Craig et al., 2008) para o desenvolvimento de intervenções complexas e, neste seguimento, pretende-se descrever as diferentes fases subjacentes a este processo.

O *Medical Research Council* (Craig et al., 2008) introduz o conceito de intervenções complexas, caracterizando-as por: número significativo de componentes em interação nas intervenções experimentais e de controlo, dificuldade subjacente aos comportamentos exigidos aos indivíduos que aplicam ou recebem a intervenção, número significativo de grupos ou níveis organizacionais alvos da intervenção, variabilidade ou dimensão dos resultados e grau de flexibilidade ou adaptação da intervenção permitido. O seu desenvolvimento deve basear-se na identificação da evidência existente; na modelagem do processo de forma a refinar o desenho da intervenção e na avaliação da aceitabilidade e efetividade da intervenção em campo (Craig et al., 2008).

Assim, de forma a responder ao desafio social emergente referido anteriormente e a colmatar as lacunas apontadas, pretendeu-se, então, construir e validar um programa de TR direcionado a pessoas mais velhas com declínio cognitivo, a ser implementado em contextos institucionais, que englobe as estruturas de apoio comunitário e as estruturas residenciais e para o qual foi definida a seguinte questão de investigação: Que validade apresenta o programa de TR construído para a população idosa portuguesa com declínio cognitivo em contexto institucional?

### **3.2. MÉTODO**

Dada a natureza do objeto em análise, desenvolveu-se um estudo descritivo que aponta para as diferentes fases da construção e validação do programa estruturado de TR, baseando-se nas formulações do *Medical Research Council* (Craig et al., 2008), que são: a Fase I (Preliminar), correspondente à primeira etapa da conceção de um programa e elaboração dos seus materiais; a Fase II (Modelagem), suportada em entrevistas e condução de grupos focais; a Fase III (Teste de Campo), que surge com o intuito de

avaliar cada uma das sessões do programa e, por fim, a Fase IV (Conferência de Consensos), que sintetiza os contributos e desafios decorrentes das diferentes fases narradas.

Relativamente à Fase I (Preliminar), e no sentido de identificar as forças e limitações dos programas existentes, partiu-se de uma base de evidências emergentes baseada em estudos primários e revisões sistemáticas da literatura (Berg et al., 2010; Huang et al., 2015, Stinson, 2009, Woods et al., 2005), com e sem meta-análise, na qual se constatou o potencial terapêutico da TR na promoção da saúde mental das pessoas mais velhas. Foi construída a primeira versão do programa, composta por uma vertente principal (14 sessões) e uma vertente de manutenção (sete sessões). Ainda nesta fase, foi criada uma plataforma digital onde se reuniram os conteúdos audiovisuais necessários à condução de cada sessão.

Realizaram-se, ainda, consultas preliminares com profissionais de saúde, num total de sete enfermeiros, mestres, especialistas e doutorados nas áreas de saúde mental e psiquiatria e saúde do idoso e geriatria. O processo de auscultação focou-se na aceitabilidade de um programa de TR a ser aplicado a pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto institucional. Os profissionais de saúde foram convidados a expressar a sua opinião relativamente à pertinência e viabilidade do desenvolvimento deste tipo de programa. Além disso, a equipa de investigação analisou a evidência recolhida na literatura e confrontou-a com as opiniões destes profissionais, nomeadamente, sobre a estrutura, duração, conteúdo e dinamização das sessões.

Ainda nesta fase, um dos momentos cruciais prendeu-se com a seleção de temáticas de interesse para 40 pessoas mais velhas de sete instituições residenciais da região centro do país, que reforçaram a pertinência dos temas, conteúdos e atividades a englobar no programa. A seleção das pessoas envolvidas nesta fase seguiu os seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos; permanência em contexto institucional igual ou superior a 6 meses; pontuação igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015). O 6CIT é um teste de triagem composto por seis perguntas que avaliam a orientação tempo-espacial, a memória de trabalho, a atenção e a memória verbal, cujo sistema de pontuação é invertido. A versão portuguesa deste teste de rastreio cognitivo foi validada por Apóstolo, Paiva, da Silva, Santos e Schultz (2017).

No que respeita à Fase II (Modelagem), foram constituídos dois grupos focais com sete elementos cada. O primeiro grupo focal foi constituído por enfermeiros com formação e experiência na condução de intervenções terapêuticas em contexto institucional. O segundo grupo foi constituído por profissionais multidisciplinares das áreas de

enfermagem de saúde mental, psiquiatria, psicologia, pedagogia e gerontologia. Foi disponibilizado o programa atempadamente para análise prévia. Na condução dos grupos focais foi discutida a necessidade de serem promovidas intervenções baseadas em reminiscência em contextos institucionais, tendo sido analisadas eventuais barreiras à sua implementação. Foi realizada a apreciação do programa, com a análise de cada sessão, assim como da plataforma digital.

A opção de recorrer a grupos focais justifica-se pela possibilidade de explorar opiniões diversas e argumentos ricos e detalhados (Doody, Slevin, & Taggart, 2013), com a vantagem acrescida de privilegiar a observação e o registo de experiências dos participantes. Sabendo que os grupos focais não se destinam a alcançar consensos, pretendia-se suscitar nos vários profissionais envolvidos uma sucessão de opiniões capazes de originar uma discussão profunda sobre a reminiscência, a estruturação do programa e todos os aspetos relacionados com a dinamização das sessões.

A condução de cada grupo focal contou com a participação de dois membros da equipa de investigação: um que assumiu o papel de facilitador, levando o grupo à discussão, e o outro que observou o grupo, fazendo as notas de campo que permitiram complementar os dados recolhidos. As discussões foram orientadas por um guião de entrevista semiestruturada constituído por um conjunto de parâmetros relevantes para a validação do programa e cada sessão durou cerca de 45 a 60 minutos. Os resultados obtidos foram inicialmente avaliados individualmente, tendo depois sido triangulados e, seguidamente, realizada uma análise com base nas opiniões do respetivo grupo focal. Posteriormente, foi disponibilizado um questionário anónimo a cada participante com o intuito de recolher as suas opiniões relativamente à estrutura, duração, temáticas das sessões, entre outros. As respostas foram baseadas numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre *discordo plenamente* e *concordo plenamente*.

No que concerne à Fase III (Teste de Campo), e atendendo a que os dados recolhidos durante a condução dos grupos focais se encontravam circunscritos à experiência profissional dos peritos, resultando na discussão meramente teórica do programa de TR, surgiu a necessidade de aproximar o mesmo ao contexto prático, testando cada uma das sessões da Vertente Principal e da Vertente de Manutenção do programa (21 sessões no total). Neste processo, foram envolvidos sete enfermeiros a exercerem funções em contexto institucional e oito adultos mais velhos com declínio cognitivo, avaliado com recurso da 6CIT, residentes numa instituição residencial da região centro. Os enfermeiros foram alvo de formação pré-intervenção, tendo sido abordado o âmbito da TR enquanto intervenção terapêutica, princípios-chave de orientação de sessões de reminiscência em dinâmica de grupo, estrutura do programa construído e o intuito do mesmo.

As sessões foram desenvolvidas numa sala da instituição com boas condições em termos de privacidade, lideradas por dois enfermeiros e observadas pela investigadora principal que dinamizou as primeiras três sessões. Em cada uma das sessões, foram recolhidos dados qualitativos relativos ao interesse, comunicação, interação social e satisfação através da observação presencial das dinâmicas de grupo e interação dos participantes. Todavia, surgiu a necessidade de documentar todas as dificuldades sentidas pelos participantes na realização de determinada atividade, assim como as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na condução das diferentes sessões testadas. Para o efeito, foi disponibilizado um questionário anónimo a cada um dos participantes e a cada enfermeiro com o intuito de recolher as suas opiniões relativamente à estrutura, duração, temas, conteúdo, organização das sessões e potencial de replicação. As respostas basearam-se numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, variando entre *discordo plenamente* e *concordo plenamente*.

Durante a Fase IV (Conferência de Consensos), procedeu-se a uma estratégia de conferência de consensos, em que todos os passos do processo foram alvo de análise e discussão por um grupo de peritos multidisciplinares, isto é, os resultados da avaliação quantitativa e qualitativa, assim como o registo de todas as observações e sugestões emergentes, foram expostos ao painel de peritos pela equipa de investigação. Foram confrontadas as diferentes versões obtidas até à data, tendo sido debatidas as alterações significativas e potenciais forças e limitações do programa, concluindo assim este processo.

Ao longo das diferentes fases, e no que respeita aos princípios éticos e legais, é de realçar a existência de autorização para realização da investigação pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo-se desenvolvido todos os procedimentos no respeito pelo anonimato, confidencialidade e consentimento dos participantes (Anexo I).

### **3.3. RESULTADOS**

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos em cada uma das fases metodológicas, salientando os diferentes contributos de cada uma delas para a análise e reformulação do programa.

Na Fase I (Preliminar), foi construída a primeira versão do programa de TR em grupo, projetado de acordo com a evidência encontrada e consultas preliminares realizadas junto dos profissionais de saúde e das pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto institucional. Os profissionais de saúde anteciparam que este tipo de intervenções seria

benéfico a vários níveis, destacando-se o seu papel nos domínios da qualidade de vida, interação, envolvimento social e bem-estar das pessoas mais velhas em contexto institucional.

A nível estrutural, o programa encontra-se dividido em duas vertentes, a principal (14 sessões), a ser desenvolvida ao longo de sete semanas, com sessões bissemanais com a duração máxima de 60 minutos cada e a vertente de manutenção (sete sessões), que complementa a vertente principal e que se prolonga por mais sete semanas, com uma sessão semanal, também com duração máxima de 60 minutos. Cada sessão debruça-se num tema relacionado com o percurso de vida dos participantes que aborda infância e família, escola, vida profissional, viagens realizadas, épocas festivas e momentos históricos, entre outros (Tabela 8).

Tabela 8 – Sessões do programa de TR (primeira versão).

<b>VERTENTE PRINCIPAL</b>	<b>VERTENTE DE MANUTENÇÃO</b>
1. Apresentação de todos os intervenientes/origens	1. Ambições e sonhos
2. Família	2. Dias na praia
3. Primeiros aromas /refeições em família	3. Moda
4. Jogos de infância, brinquedos e amigos	4. Celebrações culturais: dia da liberdade
5. Dias de escola	5. Lojas e produtos de outros tempos
6. Juventude	6. Celebração de aniversários
7. Músicas e canções de outros tempos	7. Encerramento
8. Vida profissional/ocupação	
9. Casamento/união e filhos	
10. Jardinagem e agricultura	
11. Formas de comunicação/informação	
12. Meios de transporte, Viagens e férias	
13. Feriados e épocas festivas	
14. Encerramento	

Em algumas sessões, são apresentadas sugestões de atividades complementares a serem desenvolvidas em âmbito institucional, das quais se destaca a realização de um livro de receitas, a elaboração de canteiros com ervas aromáticas, entre outras. Todavia, o foco dos profissionais deve incidir nas memórias autobiográficas dos participantes, independentemente da natureza da atividade a realizar.

Ainda decorrente deste processo, emergiu a necessidade de se criar uma plataforma digital que incluísse conteúdos audiovisuais para utilização em algumas das sessões protocoladas, na medida em que a tecnologia tem revelado a capacidade de ativar algumas das funções cognitivas, sensoriais e verbais das pessoas mais velhas com

declínio cognitivo (Bejan et al., 2017). Esta ideia foi suportada pelo desejo de criar uma intervenção replicável em diferentes contextos institucionais.

Os estímulos podem ter origem multissensorial e, tipicamente, são usadas fotografias, jornais e outros objetos significativos que fizeram parte das vivências das pessoas ao longo do tempo, contudo, e essencialmente no contexto das estruturas residenciais, nem sempre as pessoas têm acesso a estes objetos e, neste sentido, é crucial que se envolvam os familiares nestas dinâmicas. Assim, como nem sempre é possível utilizar os objetos pessoais por não se encontrarem disponíveis, o recurso à tecnologia pode contribuir para potenciar a evocação das memórias, o que justifica a pertinência da construção integrada de um suporte tecnológico que apoie os programas estruturados de TR.

Durante a Fase II (modelagem), uma grande maioria dos peritos concordou com a estrutura, duração, temas/atividades propostas e clareza dos conteúdos apresentados, quer a nível da vertente principal como na vertente de manutenção (Tabela 9).

Com o parecer dos peritos, elaborou-se a segunda versão do programa de TR. Das opiniões recolhidas junto dos peritos, sobressai a sua perceção do potencial de replicação deste programa em diferentes contextos institucionais.

No que concerne aos critérios de inclusão e formação dos grupos de intervenção nas várias estruturas institucionais, os grupos focais concordaram com a pertinência de recorrer a um instrumento de rastreio que permitisse incluir as pessoas mais velhas com declínio cognitivo associado ao envelhecimento normal, fragilidade cognitiva ou com PNC. Neste ponto, foi consensual que o programa não deveria ser só dirigido a pessoas com demência, até porque, e como já foi salientado anteriormente, a maioria das pessoas com esta perturbação neurocognitiva não tem diagnóstico formalizado e, segundo a literatura, a TR surge com potencial terapêutico na prevenção da progressão do declínio cognitivo, como exposto no primeiro capítulo desta tese, pelo que se justifica a sua implementação em fases mais precoces, com esse objetivo terapêutico.

Em ambos os grupos focais, foi salientada a preocupação no modo como as sessões seriam conduzidas e quais os princípios subjacentes à sua dinamização, concretamente, foi realçada a necessidade de, durante o período de formação dos dinamizadores, dar ênfase à capacidade de ir ao encontro das memórias positivas e, sempre que surgissem memórias negativas, ter a capacidade de direcionar a discussão de forma a terminar sempre com uma memória positiva. A conveniência deste assunto surgiu pela constatação de que os enfermeiros das instituições que prestam cuidados a pessoas mais velhas são, habitualmente, muitos jovens e recém-formados. Neste processo de

dinamização, e numa perspetiva de aprendizagem são também envolvidos os estudantes de enfermagem. Pela escassa experiência na dinamização de intervenções grupais de cariz terapêutico, os peritos consideraram como prioritário um acompanhamento mais próximo destes dinamizadores por parte da equipa de investigação já que estes podem não se sentir preparados para conduzir as memórias autobiográficas ao encontro das vivências positivas.

Tabela 9 – Avaliação do programa realizada por peritos na Fase II (Modelagem).

	QUESTÃO	Discordo Plenamente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
Vertente Principal	O programa encontra-se bem estruturado	0%	0%	0%	46,15%	53,85%
	A duração do programa é adequada	0%	0%	7,69%	46,15%	46,2%
	Os temas abordados no programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	69,23%	30,77%
	Os conteúdos do programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	53,85%	46,15%
	As sessões do programa estão bem organizadas	0%	0%	15,38%	23,07%	61,54%
	As sessões do programa são claras	0%	0%	0%	15,38%	84,62%
	As sessões do programa oferecem uma variedade adequada de atividades	0%	0%	0%	30,77%	69,23%
	A vertente principal apresenta potencial de replicação	0%	0%	0%	38,46%	61,54%
Vertente de Manutenção	O programa encontra-se bem estruturado	0%	0%	0%	30,77%	69,23%
	A duração do programa é adequada	0%	0%	7,7%	30,77%	61,54%
	Os temas abordados no programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	53,85%	46,15%
	Os conteúdos do programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	7,69%	46,15%	46,15%
	As sessões do programa estão bem organizadas	0%	0%	0%	30,77%	69,23%
	As sessões do programa são claras	0%	0%	0%	30,77%	69,23%
	As sessões do programa oferecem uma variedade adequada de atividades	0%	0%	0%	30,77%	69,23%
	A vertente de manutenção apresenta potencial de replicação	0%	0%	0%	38,46%	61,54%

Ainda com o intuito de criar condições para melhor habilitar os dinamizadores, o programa sofreu alterações na sua apresentação, tendo sido criado o manual do dinamizador, com apresentação esteticamente mais apelativa e intuitiva na utilização. Além da descrição da vertente principal e da sua vertente de manutenção, foi incluída uma secção introdutória com base na literatura revista, que contextualiza a importância de intervenções deste âmbito junto das pessoas com declínio cognitivo em contexto institucional, nomeadamente na redução de sintomatologia depressiva e promoção da qualidade de vida e bem-estar. De forma complementar, foi incluído um capítulo referente à estrutura do programa e das sessões, salientando os aspetos fundamentais da sua operacionalização. Deste modo, e respeitante à duração total de cada sessão, foram propostos 15 minutos para um momento de apresentação, 35 minutos para a discussão temática e 10 minutos para o encerramento, embora estes tempos não sejam rígidos. No decorrer de cada sessão, o dinamizador deverá ser capaz de rentabilizar o tempo disponível, colocando sempre uma maior ênfase na fase de discussão de cada temática. De acordo com as sugestões dos vários peritos, foram também introduzidas no programa novas atividades complementares. Foi reforçado que na condução das sessões seria fundamental a promoção do envolvimento e interação social, assim como a realização de atividades de cariz prático.

Algumas das temáticas abordadas sofreram ligeiras alterações, nomeadamente as sessões de *casamento, uniões e filhos* e de *músicas de outros tempos*, de forma a que possam ser desenvolvidas junto de um grupo heterogéneo, com diferentes percursos de vida e atender às características pessoais. Também foram incluídas propostas alternativas em algumas sessões de modo a que os dinamizadores do programa possam contornar as questões que evoquem memórias menos positivas ou questões que não se apliquem à história de vida de algum dos participantes. Por último, foi amplamente sugerido pelos peritos a inclusão de um momento de relaxamento, com recurso a uma técnica de respiração abdominal, na fase de encerramento de cada sessão.

Relativamente ao tamanho de cada grupo, os enfermeiros acordaram que o máximo desejado seria de oito participantes, embora considerem aceitável a possibilidade de os grupos serem constituídos por seis a 12 elementos.

Pode-se considerar que esta fase correspondeu à integração do conhecimento gerado pelos grupos focais e permitiu reduzir os vieses, garantindo que as características do programa são sensíveis e significativas face às necessidades dos utilizadores.

Na Fase III (Teste de Campo), consistentemente com a apreciação feita anteriormente pelos peritos (Fase II), os enfermeiros dinamizadores consideraram que a implementação

deste tipo de intervenções em contexto institucional constituía uma mais-valia para as pessoas mais velhas e para os profissionais das estruturas institucionais. Relativamente ao questionário aplicado, no que respeita à vertente principal do programa, todos os enfermeiros concordaram plenamente com a estrutura, temas e conteúdos apresentados, destacando a sua clareza, variedade e organização (Tabela 10).

Tabela 10 – Avaliação do programa realizada por enfermeiros na Fase III (teste de campo).

	QUESTÃO	Discordo Plenamente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
Vertente Principal	O programa encontra-se bem estruturado	0%	0%	0%	0%	100%
	A duração do programa é adequada	0%	0%	14,29%	42,86%	42,86%
	Os temas abordados no programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	0%	100%
	Os conteúdos do programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	14,29%	85,71%
	As sessões do programa estão bem organizadas	0%	0%	0%	0%	100%
	As sessões do programa são claras	0%	0%	0%	28,57%	71,43%
	As sessões do programa oferecem uma variedade adequada de atividades	0%	0%	14,29%	28,57%	57,14%
	A vertente principal apresenta potencial de replicação	0%	0%	14,29%	28,57%	57,14%
	O programa encontra-se bem estruturado	0%	0%	0%	0%	100%
	A duração do programa é adequada	0%	0%	14,29%	14,29%	71,43%
Vertente de Manutenção	Os temas abordados no programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	0%	100%
	Os conteúdos do programa estão adequados ao público-alvo	0%	0%	0%	0%	100%
	As sessões do programa estão bem organizadas	0%	0%	0%	14,29%	85,71%
	As sessões do programa são claras	0%	0%	0%	42,9%	57,1%
	As sessões do programa oferecem uma variedade adequada de atividades	0%	0%	14,29%	42,86%	42,86%
	A vertente de manutenção apresenta potencial de replicação	0%	0%	0%	42,86%	57,14%

As sessões e atividades foram consideradas pelas pessoas mais velhas como agradáveis e interessantes, tendo sido verificado um forte interesse por parte de outras pessoas da

instituição em participar nas sessões. Uma percentagem significativa concordou plenamente com a estrutura, temas e atividades inerentes ao programa (Tabela 11).

Tabela 11 – Avaliação do programa realizada pelas pessoas mais velhas na Fase III (teste de campo).

QUESTÃO	Discordo Plenamente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente
O programa encontra-se bem estruturado.	0%	0%	0%	44,44%	55,56%
A duração do programa é adequada.	0%	22,22%	44,44%	33,33%	0%
Os temas abordados no programa são do meu agrado e interesse.	0%	0%	0%	33,33%	66,67%
As atividades propostas são estimulantes e envolventes.	0%	0%	11,11%	22,22%	66,67%
As imagens e objetos utilizados facilitaram as minhas recordações.	0%	0%	11,11%	11,11%	77,78%
Considera que foi importante recordar os momentos passados da sua vida.	0%	0%	0%	33,33%	66,67%
Gostaria de participar em mais programas como este.	0%	0%	0%	33,33%	66,67%

A maioria das pessoas mais velhas considera ter sido importante recordar momentos de vida passados, tendo expressado o desejo de participar em mais programas neste âmbito. De forma menos consensual, a duração do programa foi apontada como sendo curta, e, adicionalmente, foi manifestado o desejo de introduzir um maior número de sessões, sugestões que reforçam a satisfação dos participantes envolvidos nesta fase da validação do programa.

Com o parecer dos potenciais utilizadores do programa de TR, aliado às observações realizadas em contexto prático, emergiu a necessidade de reformular, pontualmente, construções fráscas e alguma terminologia utilizada e reformular a apresentação visual do manual e da plataforma digital, de modo a melhorar a experiência do utilizador.

A dinamização de um programa de TR deve seguir algumas linhas orientadoras de forma a garantir a qualidade e eficácia da intervenção, uma preocupação já anteriormente salientada por alguns peritos, na Fase II deste processo. Estas preocupações foram espelhadas durante o Teste de Campo, tendo sido observadas dificuldades por parte dos enfermeiros em lidar com situações pontuais relativas à condução das sessões e dinâmicas de grupo. Neste sentido, foi incorporada no manual uma secção com os princípios-chave da TR, com o intuito de guiar e assistir os dinamizadores.

Durante a Fase IV (Conferência de Consensos), com a análise de convergências encontradas ao longo das diferentes fases, resultaram revisões menores a nível semântico e estrutural, de modo a colmatar lapsos ou a integrar sugestões de clarificação destacadas nas fases anteriores. Porém, destacaram-se dois aspetos que necessitaram de uma reflexão ponderada pelo grupo, sendo estes: a duração e as escolhas temáticas do programa.

No que respeita à duração do programa, ainda que esta inicialmente tenha sido considerada como potencialmente excessiva por alguns peritos (Fase II), constatou-se que, de acordo com os utilizadores do programa que foram entrevistados (Fase III) esta opinião não prevalecia, tendo-se verificado mesmo um desejo contrário. Neste sentido, reforçou-se a necessidade de incluir atividades complementares em algumas das sessões do programa, que evoquem a essência da reminiscência e que possam ser desenvolvidas na instituição. Assim, em contextos cujos utilizadores expressem um claro desejo em participar neste tipo de intervenção por um maior período de tempo, os profissionais terão à sua disposição um conjunto de materiais que lhes serão úteis para o planeamento e implementação de atividades de reminiscência.

Quanto às escolhas temáticas, como realçado inicialmente (Fase I), os profissionais de saúde identificaram enquanto potencial fragilidade deste programa a inclusão de sessões cujas temáticas não contemplavam os interesses dos eventuais utilizadores. Contudo, após auscultação de um grupo heterogéneo de potenciais utilizadores residentes em diferentes contextos institucionais (Fase III), os temas emergentes revelaram ser coincidentes com os propostos pela equipa de investigação. Ainda nesta ótica, e durante a mesma fase, verificou-se uma grande aceitação dos temas propostos inicialmente.

A conferência de consensos constituiu a fase final do processo de construção e validação do programa de TR, tendo resultado deste processo uma versão final, em formato de manual, com 21 sessões complementadas com materiais de suporte digital.

### **3.4. DISCUSSÃO**

Partindo da ausência de modelos de intervenção estruturados de TR, o programa tal como os materiais audiovisuais desenvolvidos surgem como novos contributos para a prática clínica, com potencial de implicação teórico-investigacional, numa ótica de renovação estruturada e validada da evidência existente. Este processo é recomendado pelo *Medical Research Council* (Craig et al., 2008) como forma de salvaguardar os investigadores de se defrontarem com barreiras relacionadas com a aceitabilidade, conformidade, aplicabilidade da intervenção, permanência dos participantes e resultados

aquém do esperado, as quais podem debilitar a avaliação final da eficácia de uma intervenção.

Os grupos focais, as entrevistas e o teste de campo realizados constituíram uma plataforma na qual os potenciais utilizadores do programa de TR, pessoas mais velhas em contexto institucional e profissionais de saúde, puderam contribuir com as suas opiniões sobre eventuais necessidades e expectativas para uma intervenção deste cariz. Além disto, o desenvolvimento do programa suportado na apreciação de peritos com formação multidisciplinar e experiência reconhecida na implementação de intervenções terapêuticas tornou-se indispensável na reestruturação e reformulação da versão original, garantindo que a intervenção se encontra adaptada e adequada à finalidade pretendida.

Não obstante, são de referir algumas limitações ao presente estudo. Ainda que a implementação das orientações para o desenvolvimento de intervenções complexas proposto pelo *Medical Research Council* (Craig et al., 2008) represente uma boa prática na investigação clínica, este processo não garante a eficácia da intervenção, nem garante a ausência de entraves na sua implementação ou avaliação de um futuro estudo de maior escala. É de salientar que durante o processo de construção e desenvolvimento do programa de TR, não foram avaliados quaisquer *outcomes* de interesse salientados na literatura, como por exemplo, a cognição, a qualidade de vida e os sintomas depressivos, o que não oferece nenhuma indicação da provável eficácia da intervenção nestes domínios.

No entanto, verificou-se que, de uma forma consensual, os peritos e os potenciais utilizadores do programa consideram esta intervenção como relevante e necessária em contexto institucional. Do mesmo modo, foram observados pelos investigadores, na fase de Teste de Campo, momentos de bem-estar, envolvimento social, diversão e desenvolvimento de competências comunicacionais pelos participantes. Estas observações vão ao encontro de alguns resultados evidenciados na literatura que ressaltam o potencial e a eficácia da TR em vários domínios, concretamente, nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo, integradas num contexto institucional. Perante tudo o que foi mencionado, ergue-se, então, a necessidade de desenvolver um estudo piloto que forneça evidências sobre a eficácia do programa de TR que, por sua vez, se encontra integrado num processo de construção e validação que está sintetizado na figura 4.

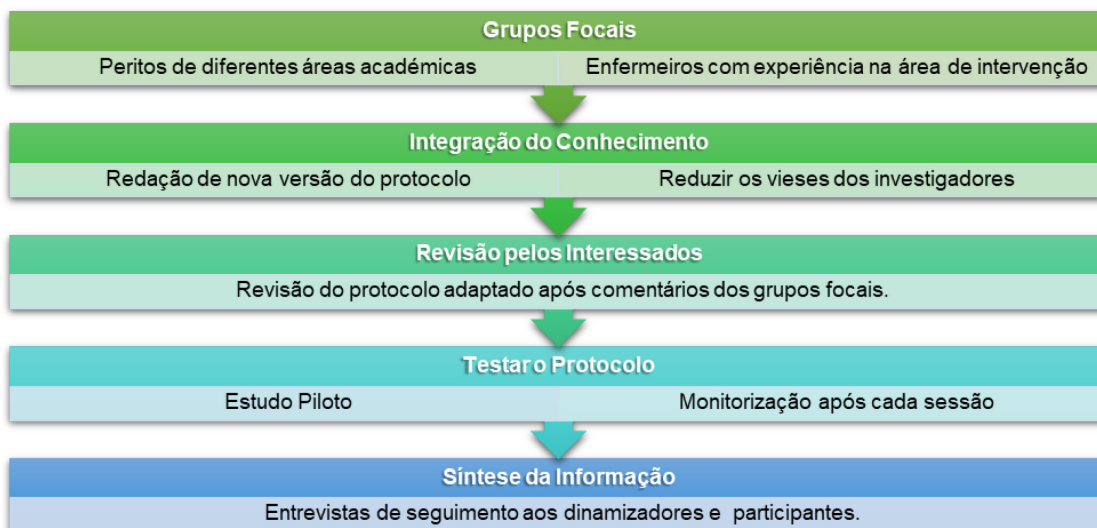


Figura 4 – Fases da Validação do Programa de Reminiscência.

### 3.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A apreciação e aconselhamento recolhidos por peritos multidisciplinares com experiência reconhecida na área temática, assim como de potenciais utilizadores do programa de TR, assegurou que a sua construção teve sempre presente as características e necessidades das pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto institucional, com representação significativa para os seus intervenientes. Do processo de validação resultou um programa estruturado composto por duas partes, vertente principal e vertente de manutenção, num total 21 sessões temáticas. Porém, enquanto orientação futura para a investigação, torna-se necessário avaliar a eficácia da versão final do programa construído, conduzindo-se, para o efeito, um estudo piloto. Tal desafio constituiu o passo seguinte neste percurso de investigação e espera-se que a implementação deste programa estruturado de reminiscência possa maximizar o funcionamento cognitivo, melhorar os sintomas depressivos e promover a qualidade de vida, facilitando o processo de adaptação às transições da vida e contribuindo para a promoção da dignidade das pessoas com declínio cognitivo e que se encontram a frequentar instituições quer em regime de estruturas de apoio comunitário quer em estruturas residenciais.

De forma complementar, pretende-se, ainda, explorar as perceções dos intervenientes no programa estruturado de TR, nomeadamente, os sentimentos, as experiências e as expectativas das pessoas mais velhas e dos dinamizadores das sessões.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J., Paiva, D., Silva, R., Santos, E., & Schultz, T. (2017). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 22(9), 1184-1189. doi: 10.1080/13607863.2017.1348473
- Bejan, A., Gündogdu, R., Butz, K., Müller, N., Kunze, C., & König, P. (2017). Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 51(1), 9–15. doi: 10.1007/s00391-017-1347-7
- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., ... 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*, 10(1). doi: 10.1186/1471-2318-10-5
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291–300. doi: 10.1080/13607860600963547.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11): 936-40. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199911)14:11<936::aid-gps39>3.0.co;2-1
- Chao, S.-Y., Liu, H.-Y., Wu, C.-Y., Jin, S.-F., Chu, T.-L., Huang, T.-S., & Clark, M. J. (2006). *The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents*. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 36–45. doi: 10.1097/01.jnr.0000387560.03823.c7
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.
- Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013). *Focus group interviews part 3: Analysis*. *British Journal of Nursing*, 22(5), 266–269. doi:10.12968/bjon.2013.22.5.266
- Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2015). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31–37. doi: 10.1177/0891988715598233

- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/6506>.
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martin, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(XXVI), 101–110. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a08.pdf>
- Hsieh, C.-J., Chang, C., Su, S.-F., Hsiao, Y.-L., Shih, Y.-W., Han, W.-H., & Lin, C.-C. (2010). Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents with Mild-to-moderate Dementia. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 2(2), 72–78. doi: 10.1016/s1878-3317(10)60012-5
- Huang, H.-C., Chen, Y.-T., Chen, P.-Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y.-L., & Chiu, H.-Y. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People with Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087–1094. doi: 10.1016/j.jamda.2015.07.010
- Lopes, T. S., Afonso, R., & Ribeiro, O. M. S. (2013). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 107–118. Recuperado de <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1093>.
- Paiva, D., & Apóstolo, J. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test. In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds.). *Elderly Health Care Nursing. Monographic Series - Health Sciences Education and Research* (pp. 3-18). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) /Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Stinson, C. K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-528. doi: 10.3928/00220124-20091023-10.
- Woods, B., Spector, A. E., Jones, C. A., Orrell, M., & Davies, S. P. (2005). *Reminiscence therapy for dementia*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.cd001120.pub2

## **CAPÍTULO 4 – DESENVOLVIMENTO DE UMA VERSÃO REDUZIDA DO WHOQOL-OLD EM PORTUGUÊS EUROPEU PARA PESSOAS MAIS VELHAS EM ESTRUTURAS INSTITUCIONAIS: VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA COM RECURSO AO MODELO RASCH**

---

### **PUBLICAÇÕES**

Gil, I., Bobrowicz-Campos, E., Costa, P., Sousa, L. B., Vilar, M., & Apóstolo, J. Development and psychometric validation of a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults from day centers and nursing homes: An analysis using the Rasch model. (Submetido para publicação Journal of Geriatric Nursing).

### **NOTA**

Este capítulo integra a publicação supramencionada (Apêndice V), sendo de referir a contribuição da autora deste relatório de investigação, Isabel Gil, em todas as etapas do referido artigo, designadamente no que respeita a: pesquisa bibliográfica, análise e discussão dos resultados e redação documental do artigo.

## RESUMO

**Introdução:** As alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas têm exigido uma mudança na filosofia dos cuidados geriátricos, tornando imperativa a avaliação do funcionamento das pessoas mais velhas e a subsequente intervenção mais personalizada. Desta forma, a qualidade de vida surge como uma prioridade nesta nova abordagem. Contudo, os instrumentos para a sua avaliação compreensiva são frequentemente longos, o que dificulta o seu uso regular na prática clínica.

**Objetivo:** Desenvolver e validar uma versão reduzida do WHOQOL-OLD em português europeu para adultos mais velhos que recorrem a estruturas institucionais.

**Método:** Inicialmente, o conteúdo da versão portuguesa da escala com 28 itens foi alvo de análise por peritos. Os resultados da análise foram confrontados com os indicadores psicométricos da versão portuguesa, selecionando-se 18 itens. Após a administração destes itens num grupo de 29 idosos, identificou-se o item mais representativo para cada faceta do inventário. A versão concebida de oito itens foi alvo de validação psicométrica numa amostra por conveniência que incluiu 125 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos recrutados em contextos institucionais da Região Centro de Portugal.

**Resultados:** As análises da versão reduzida de 8 itens pelo modelo de Rasch mostraram que o WHOQOL-OLD de 8 itens possui propriedades psicométricas aceitáveis, sendo que nenhum dos itens manifestou desajustamento moderado / grave.

**Conclusões:** O WHOQOL-OLD de 8 itens constitui uma alternativa interessante para a avaliação da qualidade de vida em pessoas mais velhas, portuguesas e integradas em estruturas institucionais. Contudo, esta versão reduzida deve ser alvo de posteriores estudos de validação em outras populações, tal como pessoas mais velhas com diferentes perfis sociodemográficos e clínicos.

**Palavras-chave:** WHOQOL-OLD, versão reduzida, qualidade de vida, pessoas mais velhas, propriedades psicométricas, análise Rasch.

#### 4.1. INTRODUÇÃO

Com o progressivo envelhecimento demográfico, torna-se cada vez mais importante refletir sobre as inferências desse fenômeno na qualidade de vida (QV) na velhice e, conseqüentemente, nas atitudes capazes de promover a adoção de princípios de cuidados centrados na pessoa, garantindo a sua dignidade.

De acordo com projeções recentes, o envelhecimento da população a nível europeu é uma realidade que continuará a acentuar-se nos próximos anos (Instituto Nacional de Estatística, 2017; World Health Organization, 2015). Neste contexto, o grande desafio assenta no desenvolvimento de ações estruturadas que reconheçam os direitos, necessidades, preferências e capacidades das pessoas mais velhas, proporcionando proteção, segurança e cuidados adequados às suas necessidades reais.

O paradigma do envelhecimento ativo (e da solidariedade intergeracional), estabelecido na década de 1990, reflete uma visão pró-ativa que reconhece a pessoa como capaz e ativa e não como meramente reativa e passiva ao longo do processo de envelhecimento. Este conceito, entende o envelhecimento como um processo de cidadania plena, que otimiza oportunidades de saúde, participação, educação e segurança, com o objetivo de aumentar / aprimorar a QV à medida que as pessoas envelhecem (Lima, 2016; World Health Organization, 2002, 2012), emergindo como ponto de partida / fundamento ou pressuposto e, ainda, como objetivo final das ações / intervenções.

Facultar uma melhor QV às pessoas que envelhecem é claramente um dos desafios aos quais a sociedade deve responder (Fernandez-Ballesteros et al., 2009; Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin, & Gallagher-Thompson, 2003; Vaz Serra, 2010). No entanto, para caracterizar e estabelecer parâmetros de referência para as diversas intervenções são necessários instrumentos de mensuração da QV.

Reconhecendo as especificidades inerentes à idade avançada e considerando o conceito de QV como dinâmico ao longo do ciclo de vida, a construção e adaptação de medidas de QV para a população mais velha parecem ainda bastante limitadas.

Para superar estas limitações, foi elaborado um módulo específico para avaliação da QV em pessoas mais velhas (Power et al., 2005). O WHOQOL-OLD é um inventário de avaliação da QV para ser usado especificamente em adultos mais velhos. Na sua versão original, compreende 6 facetas [um total de 24 itens, 4 por faceta, com escala de resposta tipo *Likert* de cinco pontos: Funcionamento sensorial (avalia funcionamento sensorial e impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e interação); Autonomia (avalia a capacidade para viver de forma autónoma e tomar decisões - independência); Atividades passadas, presentes e futuras (avalia a satisfação com os

objetivos alcançados na vida e projetos a serem realizados); Participação social (avalia a participação nas atividades do quotidiano, especialmente na comunidade); Morte e morrer (avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer); e Intimidade (avalia a capacidade para ter relacionamentos pessoais e íntimos).

Entretanto, em 2009, iniciou-se o processo de validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. O instrumento integra mais 4 itens de uma nova faceta, Família / Vida Familiar (avalia a satisfação com as relações, o suporte recebido, o tempo de contacto com os familiares e sentimento de valor - reconhecimento dado pela família) num total de 28 itens. Os estudos implementados para a população portuguesa seguiram os delineamentos conceptuais e metodológicos propostos pelos Grupos WHOQOL / WHOQOL-OLD, utilizando amostras de conveniência. A investigação integrou um estudo qualitativo com a condução de grupos focais (compostos por pessoas mais velhas, cuidadores e profissionais) e três estudos empíricos quantitativos, nomeadamente um estudo piloto com análises efetuadas no âmbito do modelo *Rash*), um estudo orientado para a validação do instrumento, que se reporta às análises das características psicométricas efetuadas no âmbito da Teoria Clássica dos Testes (TCT), e um estudo normativo (que incluiu a análise da influência e magnitude do efeito das variáveis sociodemográficas e percepção subjetiva de saúde na QV e o estabelecimento de dados normativos (Vilar et al., 2010, 2014; Vilar, Sousa, Firmino, & Simões, 2016a; Vilar, Sousa, & Simões, 2015, 2016b).

Os vários estudos realizados permitiram não só corroborar o modelo de QV, mas alargá-lo, introduzindo uma nova faceta, Família / Vida Familiar, que contribuiu para a robustez psicométrica do instrumento e a compreensão da QV em pessoas mais velhas no contexto português. Neste sentido, o WHOQOL-OLD apresenta-se como um instrumento que fornece resultados precisos e válidos, constituindo-se como uma medida de referência na avaliação da QV em pessoas mais velhas em Portugal. Todavia, os estudos sobre o WHOQOL-OLD realizados no nosso país identificaram a necessidade de desenvolver e validar uma versão reduzida do instrumento. As versões abreviadas permitem o estabelecimento de um perfil individual sem afetar a validade do processo de avaliação, constituindo, assim, uma solução mais funcional e de baixo custo, sustentável nos serviços de saúde e na investigação. Atualmente, a aplicação de versões abreviadas dos instrumentos é amplamente sugerida. No caso do WHOQOL-OLD, as opções mais curtas já foram propostas em diferentes contextos internacionais (Fang et al., 2012; Urzúa & Navarrete, 2013).

Por tudo o que foi referido, com este estudo pretendeu-se desenvolver uma versão resumida do módulo WHOQOL-OLD a partir dos 28 itens da versão em português

Europeu (Vilar et al., 2014; Vilar, Sousa e Simões, 2016), com um item de cada faceta da versão original em português e examinar as suas propriedades psicométricas.

## 4.2. MÉTODO

O estudo foi realizado em duas fases. Na primeira fase, foi desenvolvida a versão reduzida da versão em português europeu do WHOQOL-OLD. Na segunda fase, foram analisadas as suas propriedades psicométricas.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº P406-03/2017 e P433-06/2017-Aditamento – anexo II).

### FASE 1

Dos 28 itens da versão em português europeu do WHOQOL-OLD, foi extraída uma versão abreviada com 18 itens (tabela 12). Este processo de extração baseou-se na análise de conteúdo realizada por especialistas em ciências da saúde, nomeadamente enfermagem e psicologia (incluindo a primeira autora da versão em português europeu do WHOQOL-OLD) que resultou na seleção dos itens mais representativos para cada uma das sete facetas do instrumento.

Tabela 12 – *Itens selecionados, da dimensão geral e de cada faceta, da versão portuguesa do WHOQOL-OLD.*

<b>Dimensão/Faceta</b>	<b>Conteúdo dos itens</b>
<b>Geral</b>	<i>Como avalia a sua qualidade de vida Até que ponto está satisfeito com a sua saúde</i>
<b>Funcionamento sensorial</b>	<i>Dificuldades sensoriais afetam a vida diária Dificuldades sensoriais interferem na participação nas atividades</i>
<b>Morte e morrer</b>	<i>Preocupado com a maneira como irá morrer Receio de sofrer antes de morrer</i>
<b>Atividades passadas, presentes e futuras</b>	<i>Satisfeito com o que alcançou na vida Feliz com o que pode esperar daqui em diante</i>
<b>Intimidade</b>	<i>Sentir amor na sua vida Oportunidades para amar</i>
<b>Família/Vida familiar</b>	<i>Satisfeito com as relações familiares Sentimento de valor dado pela família</i>
<b>Autonomia</b>	<i>Liberdade para tomar as suas próprias decisões Os outros respeitam a sua liberdade Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer</i>
<b>Participação social</b>	<i>Satisfeito com o modo como ocupa o seu tempo Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia Satisfeito com o envolvimento em atividades</i>

Para garantir a melhor equivalência estrutural entre as versões reduzida e original do instrumento, os itens selecionados foram adicionalmente comparados com os indicadores estatísticos internacionais e nacionais, com correlações item-total e valores do alfa de Cronbach quando o item foi excluído.

Em seguida, esta versão de 18 itens foi administrada a uma amostra de 29 pessoas mais velhas, a fim de realizar as análises de confiabilidade e, com base nas correlações item-total, escolher os 8 itens a serem incluídos na versão reduzida do instrumento.

### **Amostra**

A amostra constituída com o objetivo de selecionar os itens mais representativos para a versão reduzida do WHOQOL-OLD foi recrutada numa estrutura residencial. As pessoas consideradas para inclusão tinham 65 anos ou mais e capacidade para entender e responder às perguntas colocadas pelos investigadores. A amostra inicial incluiu 11 homens e 19 mulheres, no entanto, devido à não elegibilidade de um participante do sexo masculino, apenas foram considerados nas análises os resultados de 29 pessoas.

### *Instrumentos de avaliação e procedimento*

A recolha de dados realizou-se em abril de 2017. Os potenciais participantes foram identificados e informados sobre o estudo pela equipa multiprofissional da estrutura residencial e posteriormente, as pessoas que mostraram disponibilidade para participar no estudo foram contactadas pessoalmente pelos investigadores, sendo informados dos objetivos e métodos do estudo. Foi assegurado que a participação era voluntária e que o anonimato da identidade e confidencialidade dos dados obtidos seria preservado. Após o consentimento informado, foram administradas a versão experimental de 18 itens do WHOQOL-OLD e, ainda, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE de Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; validado para Portugal por Guerreiro et al., 1994; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2015).

Os itens são respondidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, com a pontuação 1 que significa *nada* e a pontuação 5 que significa  *muitíssimo*. As categorias intermédias foram *pouco* (pontuação 2), *nem muito nem pouco* (pontuação 3) e *muito* (pontuação 4). Os itens incluídos nas facetas Funcionamento sensorial e Morte e morrer foram codificados inversamente.

Nesta fase foi também administrado o MMSE, um teste de rastreio de declínio cognitivo amplamente difundido a nível internacional. Avalia o funcionamento cognitivo global, mediante 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos, nomeadamente: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e capacidade construtiva.

A pontuação do MMSE varia de 0 a 30, sendo que valores superiores indicam melhor funcionamento cognitivo. Os pontos de corte para o declínio cognitivo na população portuguesa são  $\leq 26$  para pessoas com quatro anos ou menos de educação formal e  $\leq 28$  para pessoas que completaram pelo menos 5 anos de educação formal (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2015).

### **Análise Estatística**

Os dados foram analisados com o SPSS *Statistics* (versão 24, IBM SPSS, New York). Especificamente, foram obtidos valores de fidedignidade, nomeadamente coeficientes de correlação item-total, correlações item-total corrigidas, alfa de Cronbach e alfa de Cronbach se item excluído. Foi utilizado o teste t de *Student* para analisar as diferenças entre os subgrupos da amostra do estudo e as correlações de Pearson para testar as associações entre os 18 itens do WHOQOL-OLD e a pontuação do MMSE. Um valor  $p$  igual ou inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo. Para a interpretação dos coeficientes de correlação, foram seguidas as orientações de Pestana e Gageiro (2005): associações fracas para coeficientes inferiores a  $\pm 0,4$ ; associações moderadas para coeficientes que variam entre  $\pm 0,4$  e  $\pm 0,69$ ; associações fortes para coeficientes que variam entre  $\pm 0,7$  e  $\pm 0,89$ ; associações muito fortes para valores iguais ou superiores a  $\pm 0,9$ .

### **FASE 2**

Na segunda fase do estudo, foram examinadas as propriedades psicométricas desta versão reduzida de 8 itens do WHOQOL-OLD.

### **Amostra**

A amostra do estudo incluiu pessoas mais velhas, recrutadas em estruturas residenciais e estruturas de apoio comunitário. Os critérios de inclusão foram os mesmos da primeira fase do estudo ( $\geq 65$  anos de idade, capacidade para entender e responder às perguntas colocadas pelos investigadores).

### **Instrumentos de avaliação e procedimento**

A recolha de dados ocorreu entre maio de 2017 e abril de 2018. O contacto inicial com potenciais participantes foi efetuado pela equipa da instituição. As pessoas mais velhas que demonstraram interesse e disponibilidade para participar no estudo foram posteriormente contactadas pessoalmente pela equipa de investigação, sendo informados dos objetivos e métodos do estudo. Foi assegurada a participação voluntária no estudo, sendo preservada a identidade e confidencialidade dos dados obtidos. Após a obtenção do consentimento informado junto dos participantes que voluntariamente aceitaram participar no estudo, foi administrado o WHOQOL-OLD de 8 itens, a Escala de

Depressão Geriátrica de 10 itens (GDS-10) (Apóstolo et al., 2014) e o Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens (6-CIT) (Brooke & Bullock, 1999), apresentados de seguida.

O WHOQOL-OLD de 8 itens, inclui uma questão sobre a qualidade de vida geral e sete itens específicos que abrangem os sete domínios da versão original de 28 itens da versão em português europeu do WHOQOL-OLD. Todos os itens são respondidos numa escala *Likert* de 5 pontos. O método de classificação dos itens 2 e 3, relativos às facetas: Funcionamento sensorial e Morte e morrer, é invertido e, portanto, maiores pontuações indiciam menor qualidade de vida nessas dimensões. Nos seis itens restantes, pontuações mais elevadas indicam melhor qualidade de vida.

O 6-CIT (Brooke & Bullock, 1999) foi usado para rastrear o declínio cognitivo. Trata-se de um teste de rastreio, composto por seis perguntas que avaliam a orientação tempo-espacial, a memória de trabalho, a atenção e a memória verbal, cujo sistema de pontuação é invertido. A versão portuguesa deste teste de rastreio cognitivo (Apóstolo, Paiva, da Silva, Santos, & Schultz, 2017; Paiva & Apóstolo, 2015) revelou ter uma alta confiabilidade de teste-reteste ( $r = 0,95$ ) e uma boa consistência interna ( $\alpha = 0,88$ ). Os pontos de corte para o declínio cognitivo, propostos para a população portuguesa, são  $\geq 12$  pontos para pessoas com dois anos ou menos de educação formal,  $\geq 10$  pontos para pessoas com três a seis anos de educação formal, e  $\geq 4$  pontos para indivíduos com sete ou mais anos de educação formal (Apóstolo et al., 2017).

A *GDS-10* constitui-se como uma versão reduzida da GDS de 30 itens (Yesavage et al., 1983), concebida para avaliar a presença de sintomas depressivos em pessoas mais velhas. São dirigidas 10 perguntas aos entrevistados às quais têm de responder *sim* (se o sintoma está presente) ou *não* (na ausência do sintoma), atendendo às últimas duas semanas. A versão portuguesa da *GDS-10* obteve o valor de alfa de *Cronbach* de 0,841 (Apóstolo et al., 2014) e o ponto de corte para a triagem de depressão, é igual ou superior a 2 pontos (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Reis, Henriques, & Correia, 2018).

### **Análise Estatística**

A análise estatística foi conduzida com recurso ao programa SPSS *Statistics* (versão 24, IBM SPSS, New York). As análises com o modelo de Rasch foram realizadas no *WINSTEPS* (Linacre, 2012). Especificamente, recorreu-se ao *Rating Scale Model* (RSM) para itens politómicos (Andrich, 1978) atendendo às categorias de resposta múltipla dos itens WHOQOL-OLD (Wright, 1999), representado por:  $\log (P_{nik}/P_{ni(k-1)})=B_n-D_i-F_k$ ; onde:  $P_{nik}$  é a probabilidade de a pessoa  $n$  escolher a categoria  $k$  para a resposta ao item  $i$ ;  $P_{ni(k-1)}$  é a probabilidade de a pessoa  $n$  escolher a categoria  $k-1$  para a resposta ao item  $i$ ;  $B_n$

é o nível geral de aptidão da pessoa  $n$ ;  $D_i$  é a dificuldade do item  $i$ ;  $F_k$  é a probabilidade de escolher uma resposta da categoria  $k$  em relação a  $k-1$ .

Como os modelos Rasch são altamente dependentes da unidimensionalidade (Tennant & Pallant, 2006), a dimensionalidade do WHOQOL-OLD de 8 itens foi analisada, com recurso à Análise de Componentes Principais (ACP) dos resíduos. Essa análise procura padrões nos resíduos e tenta encontrar um componente que explique a maior quantidade de variação nos resíduos, pressupondo que os resíduos não representem ruído aleatório. Os critérios para a unidimensionalidade fundamental (Linacre, 2012) incluem (i) *eigenvalue* do primeiro componente dos resíduos reduzido (geralmente  $<2.0$ ); e (ii) percentagem da variância explicada (geralmente  $> 50\%$ , como regra geral).

As categorias de resposta foram analisadas usando os critérios propostos por Linacre (2002): (i) no mínimo 10 observações em cada categoria; (ii) uma distribuição regular das observações nas categorias; (iii) um aumento monotónico na medida média em cada categoria; (iv) um resíduo médio (*infit* e/ou *outfit*) com um valor menor que 2.0; e (v) um aumento monotónico na calibração dos passos entre as categorias.

O ajustamento do modelo foi analisado para as pessoas e para os itens, considerando os valores de *outfit* (média dos resíduos padronizados ao quadrado) e *infit* (média dos resíduos padronizados ao quadrado, ponderados pelos índices de função da informação). Para a interpretação do ajustamento, foram utilizados os critérios de Linacre (2012): valores entre 0.5 e 1.5 indicam que os itens são importantes para a medida; valores entre 1.5 e 2.0 indicando que os itens produzem um desajustamento moderado; valores superiores a 2.0 indicam desajustamento severo e esses itens devem ser excluídos.

Os modelos *Rasch* assumem a objetividade específica (Andrich, 1988), considerando que indivíduos com o mesmo nível de aptidão terão a mesma probabilidade de responder corretamente a um item, independentemente de pertencerem a grupos diferentes. O Funcionamento Diferencial dos Itens (DIF) é baseado na Curva Característica dos Itens (CCI), partindo do pressuposto que os indivíduos com o mesmo nível de aptidão respondem a um determinado item corretamente. Neste estudo, a ausência de DIF foi testada pela diferença entre os parâmetros estimados da dificuldade do item para o grupo focal e o grupo de referência ( $D_f - D_r$ ), controlando as possíveis diferenças entre eles na variável latente. O teste  $t$  com correção de *Bonferroni* (Benjamini & Hochberg, 1995) foi utilizado para analisar os níveis de significância. Foi também utilizado o método Mantel-Haenszel (MH) para a análise do DIF, baseado em tarefas de contingência relativas a diferentes níveis da variável. Nesta análise, a presença de DIF é geralmente considerada se o valor de *Delta MH* revelar um tamanho maior que 0.64, associado à presença de significância estatística do teste de Qui-Quadrado ( $MH\chi^2$ ) (Zwick & Ercikan, 1989).

Neste estudo, as análises do DIF foram realizadas para explorar se os itens WHOQOL-OLD de 8 itens funcionam de maneira diferente para diferentes categorias de variáveis, como sexo (masculino e feminino), idade (65-74 anos, 75-84 anos e  $\geq 85$  anos), nível de escolaridade (0-4 anos e  $\geq 5$  anos), desempenho cognitivo (com e sem declínio cognitivo), sintomatologia depressiva (com e sem sintomatologia depressiva) e contexto institucional (estruturas de apoio comunitário e estruturas residenciais). O DIF para a variável estado civil não foi analisado, pois algumas das categorias foram representadas por um número muito reduzido de participantes.

### **4.3. RESULTADOS**

#### **FASE 1: Desenvolvimento da versão reduzida de 8 itens do WHOQOL-OLD**

##### **Características da amostra.**

A idade média dos 29 participantes foi de 82,74 ( $\pm 6,92$ ; variação de 69 a 97) anos, e a escolaridade média foi de 4,86 ( $\pm 4,68$ ; variação de 0 a 17) anos. Treze participantes eram viúvos, 10 eram casados e os seis restantes eram divorciados ou solteiros. A pontuação geral no MMSE foi de 20,59 ( $\pm 5,62$ ; variação de 8 a 30), com 86% da amostra a revelar alterações leves a graves no funcionamento cognitivo.

##### **Seleção dos 18 itens para a versão reduzida do WHOQOL-OLD.**

Os itens extraídos da versão português europeu de 28 itens do WHOQOL-OLD incluíram: (i) dois itens gerais (Como avalia a sua qualidade de vida e Até que ponto está satisfeito com sua saúde); (ii) dois itens derivados de cada uma das seguintes facetas: Funcionamento sensorial (Dificuldades sensoriais que afetam a vida diária e Dificuldades sensoriais que interferem na participação nas atividades), Morte e morrer (Preocupado com a maneira como irá morrer e Receio de sofrer antes de morrer), Atividades passadas, presentes e futuras (Satisfeito com o que alcançou na vida e Feliz com o que pode esperar daqui em diante), Intimidade (Sentir amor na sua vida e Oportunidade para amar) e Família/Vida familiar (Satisfação com os relacionamentos familiares e Sente que a sua família lhe dá valor); (iii) três itens da faceta Autonomia (Liberdade para tomar as suas próprias decisões, Os outros respeitam a sua liberdade e Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer) e três itens da faceta Participação social (Satisfeito com o modo como ocupa o seu tempo, Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia e Satisfeito com o envolvimento nas atividades).

##### **Seleção dos 8 itens para a versão reduzida do WHOQOL-OLD**

A pontuação média geral no WHOQOL-OLD de 18 itens foi de 64,07 ( $\pm$  11,00; variação de 41-83) e não houve diferença na pontuação obtida pelos participantes do sexo masculino e feminino ( $t_{(27)} = -.199$ ;  $p = .844$ ). Também não se verificou uma correlação significativa entre os 18 itens do WHOQOL-OLD e a pontuação do MMSE ( $r = 0,124$ ;  $p = 0,523$ ). A falta de associação significativa também foi verificada para a pontuação do WHOQOL-OLD de 18 itens e idade ( $r = -0,040$ ;  $p = 0,843$ ) e para a pontuação do WHOQOL-OLD de 18 itens e o nível de escolaridade ( $r = 0,037$ ;  $p = 0,853$ ).

Tabela 13 – Estatísticas de cada item e, de cada item considerando o total dos 18 itens do WHOQOL-OLD.

Item	Média do item (desvio padrão)	Correlação item-total	Correlação corrigida item-total	Alfa de Cronbach se item excluído
1 (WP item geral 1). <i>Como avalia a sua qualidade de vida</i>	3,24 (1,02)	<b>0,665</b>	0,608	0,831
2 (WP item geral 2). <i>Até que ponto está satisfeito com a sua saúde</i>	2,76 (1,12)	0,366	0,273	0,845
3 (WP 1). <i>Dificuldades sensoriais afetam a vida diária</i>	3,03 (1,35)	0,363	0,250	0,848
4 (WP 3). <i>Dificuldades sensoriais interferem na participação nas atividades</i>	3,79 (1,29)	<b>0,478</b>	0,380	0,841
5 (WP 7). <i>Preocupado com a maneira como irá morrer</i>	3,55 (1,45)	0,201	0,070	0,860
6 (WP 10). <i>Receio de sofrer antes de morrer</i>	3,03 (1,40)	0,357	0,238	0,850
7 (WP 19). <i>Satisfeito com o que alcançou na vida</i>	4,03 (0,94)	<b>0,622</b>	0,565	0,833
8 (WP 12). <i>Feliz com o que pode esperar daqui em diante</i>	3,07 (1,00)	<b>0,517</b>	0,446	0,838
9 (WP 22). <i>Sentir amor na sua vida</i>	4,10 (0,94)	<b>0,470</b>	0,399	0,840
10 (WP 23). <i>Oportunidades para amar</i>	3,83 (0,93)	<b>0,648</b>	0,595	0,832
11 (WP 25). <i>Satisfeito com as relações familiares</i>	4,28 (0,96)	<b>0,489</b>	0,418	0,839
12 (WP 28). <i>Sentimento de valor dado pela família</i>	4,28 (1,13)	<b>0,584</b>	0,510	0,835
13 (WP 4). <i>Liberdade para tomar as suas próprias decisões</i>	3,52 (1,38)	<b>0,572</b>	0,478	0,836
14 (WP 11). <i>Os outros respeitam a sua liberdade</i>	4,03 (0,94)	<b>0,612</b>	0,554	0,834
15 (WP 6) <i>Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer</i>	3,07 (1,22)	<b>0,626</b>	0,551	0,832
16 (WP 14). <i>Satisfeito com o modo como ocupa o seu tempo</i>	3,69 (1,20)	<b>0,760</b>	0,708	0,824
17 (WP 17). <i>Atividades suficientes para ocupar o dia-a-dia</i>	3,28 (1,31)	<b>0,757</b>	0,698	0,824
18 (WP 16). <i>Satisfeito com o envolvimento em atividades</i>	3,48 (1,12)	<b>0,584</b>	0,557	0,832

**Correlação item-total a negrito:** correlação significativa com  $p < 0,05$ ; **(WP):** numeração dos itens de acordo com a versão portuguesa de 28 itens do WHOQOL-OLD.

Conforme apresentado na Tabela 13, as médias dos 18 itens variaram de 2,76 (item 2) a 4,28 (itens 11 e 12). Em relação às correlações item-total, quatro mostraram-se fracas (itens 2, 3, 5 e 6), duas foram fortes (itens 16 e 17) e as restantes 12 mostraram-se moderados. A análise das correlações item-total permitiu identificar os itens com os maiores valores de associação, quer para o total geral, quer para o total de cada faceta. Com base nesses dados, e considerando também os valores alfa de *Cronbach* se item excluído, foram selecionados os oito itens para a versão reduzida do WHOQOL-OLD.

As correlações item-total da versão de 8 itens do WHOQOL-OLD variaram entre 0,357 (faceta Morte e morrer) e 0,760 (faceta Participação social), enquanto as correlações item-total corrigidas variaram entre 0,251 (faceta Morte e morrer) e 0,633 (faceta Atividades passadas, presentes e futuras). A consistência interna do WHOQOL-OLD de 8 itens estimada pelo alfa de *Cronbach* mostrou-se satisfatória ( $\alpha = 0,756$ ).

As análises exploratórias das combinações dos diferentes itens apresentados na Tabela 14 mostraram resultados menos satisfatórios. Decidiu-se, portanto, que a versão reduzida do instrumento incluiria os seguintes itens do WHOQOL-OLD de 28 itens em português europeu: itens 3, 6, 10, 14, 19, 23 e 28 e o primeiro item geral de QV.

Tabela 14 – Estatísticas de cada item e, de cada item considerando o total dos 8 itens do WHOQOL-OLD.

Item*	Correlação item-total	Correlação corrigida item-total	Média da escala se item excluído	Variância da escala se item excluído	Alfa de Cronbach se item excluído
1. [1 (WP item geral 1)]. <i>Como avalia a sua qualidade de vida</i>	<b>0,665</b>	0,492	25,72	25,35	0,725
2. [4 (WP 3)]. <i>Dificuldades sensoriais interferem na participação nas atividades</i>	<b>0,478</b>	0,340	25,17	25,36	0,754
3. [6 (WP 10)]. <i>Receio de sofrer antes de morrer</i>	0,357	0,251	25,93	25,92	0,776
4. [7 (WP 19)]. <i>Satisfeito com o que alcançou na vida</i>	<b>0,622</b>	0,633	24,93	24,64	0,705
5. [10 (WP 23)]. <i>Oportunidades para amar</i>	<b>0,648</b>	0,530	25,14	25,62	0,721
6. [12 (WP 28)]. <i>Sentimento de valor dado pela família</i>	<b>0,584</b>	0,423	24,69	25,37	0,736
7. [15 (WP 6)]. <i>Fazer as coisas que quer/gostaria de fazer</i>	<b>0,626</b>	0,509	25,90	23,88	0,720
8. [16 (WP 14)]. <i>Satisfeito com o modo como ocupa o seu tempo</i>	<b>0,760</b>	0,584	25,28	23,28	0,705

\* A numeração dos itens apresentada em [ ] refere-se à numeração de acordo com a versão de 18 itens do WHOQOL-OLD.

**Correlação item-total a negrito:** correlação significativa com  $p < 0,05$ ; **(WP):** numeração dos itens de acordo com a versão portuguesa de 28 itens do WHOQOL-OLD

## FASE 2: Validação da versão reduzida de 8 itens do WHOQOL-OLD

### Características da amostra.

A idade média dos participantes incluídos na segunda fase do estudo foi de 80,69 ( $\pm 7,88$ ; variando de 65 a 99) anos e a escolaridade média foi de 4,54 ( $\pm 3,36$ ; variando de 0 a 17) anos. A maioria dos participantes (61,6%) eram viúvos, 24% casados, 8,8% solteiros e os 5,6% restantes eram divorciados. As características sociodemográficas da amostra do estudo estão descritas na Tabela 15, onde também estão apresentadas as estatísticas descritivas para o GDS-10 e 6-CIT.

Tabela 15 - Estatística descritiva da amostra recrutada na segunda fase do estudo (N=125).

Variável Média ( $\pm$ DP; Min – Max)	Categorias	n (%)
<b>Gênero</b>	Masculino	31 (24,8)
	Feminino	94 (75,2)
<b>Contexto institucional</b>	Estrutura de apoio comunitário	82 (65,6)
	Estrutura residencial	43 (34,4)
<b>Estado civil</b>	Casado	30 (24,0)
	Divorciad <sup>14</sup>	7 (5,6)
	Viúvo	77 (61,6)
	Solteiro	11 (8,8)
<b>Idade</b> 80,69 ( $\pm 7,88$ ; 65-99)	65-74 anos	29 (23,2)
	75-84 anos	51 (40,8)
	$\geq 85$ anos	45 (36,0)
<b>Educação</b> 4,54 ( $\pm 3,36$ ; 0-17)	0-4 anos	93 (74,4)
	$\geq 5$ anos	32 (25,6)
<b>GDS-10</b> 3,56 ( $\pm 3,07$ ; 0-10)	Com sintomatologia depressiva	84 (67,2)
	Sem sintomatologia depressiva	41 (32,8)
<b>6CIT</b> 10,09 ( $\pm 5,82$ ; 0-25)	Com declínio cognitivo	70 (56,0)
	Sem declínio cognitivo	55 (44,0)

Max: máximo; Min: mínimo; DP: desvio padrão

### Validação psicométrica pela TRI: modelo de Rasch.

#### Dimensionalidade.

A percentagem da variância bruta explicada pela medida foi de apenas 35,8%. Além disso, o *eigenvalue* do primeiro componente dos resíduos foi superior a 2,0. Esses resultados mostram que o WHOQOL-OLD de oito itens não possui unidimensionalidade fundamental. No entanto, a variância não explicada do primeiro fator foi de 14,4% que, associado à falta de itens com desajustamento moderado e severo, apoia a consideração flexível da unidimensionalidade da escala.

### Categorias de resposta.

Os resultados da análise das categorias de resposta são apresentados na Tabela 16. Os parâmetros *infit* e *outfit* para todas as categorias de resposta revelam-se inferiores a 1.5 *logits*, mostrando que nenhuma das categorias de resposta se constitui como fonte de desajustamento. No entanto, a análise dos passos entre categorias revelou que existe pelo menos uma categoria que funciona inadequadamente. A inspeção visual das curvas de característica da categoria confirmou esta observação, mostrando que a categoria com funcionamento inadequado é a categoria intermédia (*nem muito, nem pouco*).

Tabela 16 – WHOQOL-OLD de 8 itens: Análise das categorias de resposta.

Categoria	Chosen f	(%)	Média observada B	Infit	Outfit	Passos
1	79	8	-0,43	1,24	1,30	nenhum
2	186	19	-0,29	0,82	0,74	-1,25
3	197	20	0,06	0,92	0,93	-0,08
4	375	38	0,66	0,72	0,76	-0,30
5	163	16	0,96	1,21	1,14	1,62

**Média B:** A média das medidas modeladas para produzir as respostas observadas em cada categoria; **Chosen f (%):** Contagens observadas e percentagem de ocorrências em cada medida; **Infit/Outfit:** Parâmetros de ajustamento

### Ajustamento do modelo.

Os parâmetros dos itens e pessoas da TRI estão apresentados na tabela 17. Os parâmetros de dificuldade observados para os 8 itens do WHOQOL-OLD variaram entre - 0,67 (item 8) e 0,57 (item 3). A confiabilidade dessa medida mostrou-se alta (Erro Padrão: M = 0,09; DP = 0,01), com um ISR (*Item Separation Reliability*) de 0.93. As correlações item-total, variaram entre 0,48 (item 8) e 0,65 (item 4), sendo consideradas satisfatórias (M = 0,54; DP = 0,06). Nenhum dos oito itens revelou desajustamento moderado ou severo, considerando ambos os parâmetros de *infit* e *outfit* (valores abaixo de 1.5 *logits*). Em relação aos índices de ajustamento para as pessoas, a confiabilidade pelo PSR (*Person Separation Reliability*) e pelo alfa de Cronbach ficaram abaixo do aceitável (0.63 e 0.65, respetivamente). Além disso, considerando os parâmetros de *infit*, observou-se que 10.4% das pessoas demonstram desajustamento moderado e 8% desajustamento severo. Para os parâmetros de *outfit*, o desajustamento moderado e severo foi, respetivamente, de 10,4% e 7,2% das pessoas.

Tabela 17 – A versão do WHOQOL-OLD de 8 itens: Estatística para o item e para as pessoas.

Estatística	Estatística- Item					Estatística- Pessoa				
	RiX	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE	Infit	Outfit
Item 1	0,62	0,11	0,09	0,49	0,53					
Item 2	0,49	-0,15	0,10	1,28	1,24					
Item 3	0,51	0,57	0,09	1,28	1,30					
Item 4	0,65	0,50	0,09	0,72	0,71					
Item 5	0,51	-0,28	0,10	0,80	0,77					
Item 6	0,52	-0,16	0,10	0,86	0,85					
Item 7	0,50	0,08	0,09	1,39	1,36					
Item 8	0,48	-0,67	0,11	1,24	1,13					
<b>Total</b>										
Média	0,54	0,00	0,09	1,01	0,99	26,9	0,32	0,38	1,00	0,99
DP	0,06	0,38	0,01	0,31	0,29	4,9	0,72	0,07	0,61	0,62
Máximo	0,65	0,57	0,11	1,39	1,36	38,0	2,88	0,78	2,80	3,11
Mínimo	0,48	-0,67	0,09	0,49	0,53	14,0	-1,42	0,34	0,06	0,06
% Desajustamento moderado				0%	0%				10,4%	10,4%
% Desajustamento moderado				0%	0%				8%	7,2%
ISR = 0,93						PSR = 0,63				
						Alfa de Cronbach = 0,65				

**RiX:** Correlação item-total; **D:** Parâmetro de dificuldade; **SE:** Erro *standard*; **Infit and Outfit:** Parâmetros de ajustamento do modelo de Rasch; **X:** Resultados clássicos; **B:** Resultados de Rasch (*logits*); **ISR:** Fiabilidade das medidas dos itens; **PSR:** Fiabilidade das medidas das pessoas.

#### *Funcionamento diferencial dos itens.*

Nenhum DIF foi associado à idade, sexo, escolaridade, funcionamento cognitivo e sintomatologia depressiva (para interpretação dos valores de *p*, foi utilizada a correção de Bonferroni; portanto, os níveis de probabilidade considerados significativos foram de  $0,05/8=0,00625$ ). Quanto ao contexto institucional, dois itens (itens 6 e 8) revelaram DIF. No entanto, como pode ser observado na Tabela 18, um dos itens favorece o grupo recrutado em estruturas de apoio comunitário e o outro item favorece o grupo recrutado em estruturas residenciais. Assim, embora estes dois itens manifestem um funcionamento distinto em função desses grupos, cada um deles é mais fácil em cada um dos grupos, não introduzindo desajustamento na medida (pelo que não necessitam de ser eliminados do modelo/medida).

Tabela 18 – WHOQOL-OLD de 8 itens: Funcionamento diferencial dos itens (DIF) para o contexto.

	Item	Grupos	D	Contraste	Welch t	p*	Delta Mantel-Haenszel
<b>Contexto institucional</b>	6	Estrutura de apoio comunitário	-0,44	-0,73	-3,68	0,0004	-1,75
		Estrutura residencial	0,29		<i>df=103</i>		
	8	Estrutura de apoio comunitário	-0,41	0,80	3,32	0,0013	1,82
		Estrutura residencial	-1,21		<i>df=91</i>		

\* Correção de Bonferroni:  $p = 0,05/8 = 0,00625$ ; D: Parâmetro de dificuldade.

### Análise das diferenças de grupo na pontuação do WHOQOL-OLD de 8 itens

A pontuação média do WHOQOL-OLD de oito itens foi 26,75 ( $\pm 5,02$ ) para participantes do sexo feminino e 26,59 ( $\pm 4,15$ ) para participantes do sexo masculino (Tabela 19). Em relação à variável idade, as pontuações médias na medida de QV foram 25,76 ( $\pm 5,30$ ) para a categoria 65-74 anos, 26,39 ( $\pm 3,92$ ) para a categoria 75-84 anos e 27,87 ( $\pm 5,27$ ) para a categoria  $\geq 85$  anos. Os participantes com escolaridade  $\leq 4$  anos obtiveram a pontuação média de 26,09 ( $\pm 4,73$ ). Para os demais participantes (escolaridade  $\geq 5$  anos), a pontuação média no WHOQOL-OLD de 8 itens foi de 28,41 ( $\pm 4,88$ ).

Tabela 19 – Análise das diferenças entre grupos na pontuação no WHOQOL-OLD de 8 itens.

Variável	Grupos	Medida	SE	Confiabilidade de	Diferença média	Welch t
<b>Género</b>	1 (feminino)	0,35	0,08	0,73	0,07	$t(66) = 0,56$ ;
	2 (masculino)	0,27	0,11	0,58		$p = 0,578$
<b>Idade</b>	1 (65-74 anos)	0,16	0,13	0,70	1vs2: -0,07	$t(45) = -0,45$ ;
	2 (75-84 anos)	0,22	0,07	0,48		$p = 0,653$
	3 ( $\geq 85$ anos)	0,55	0,13	0,77	1vs3: -0,40	$t(68) = -2,15$ ;
					2vs3: -0,33	$p = 0,035$ ;
						$t(68) = -2,21$ ;
						$p = 0,031$
<b>Nível de educação</b>	1 (0-4 anos)	0,23	0,07	0,68	-0,39	$t(47) = -2,47$ ;
	2 ( $\geq 5$ anos)	0,62	0,14	0,71		$p = 0,017$
<b>Contexto institucional</b>	1 (Estrutura de apoio comunitário)	0,39	0,08	0,70	0,18	$t(83) = 1,30$ ;
	2 (Estrutura residencial)	0,21	0,11	0,72		$p = 0,198$
<b>Estado cognitivo</b>	1 (com declínio)	0,31	0,09	0,72	-0,03	$t(119) = -0,26$ ;
	2 (sem declínio)	0,35	0,09	0,69		$p = 0,793$
<b>Sintomatologia depressiva</b>	1 (com sintomas depressivos)	0,12	0,08	0,71	-0,62	<b><math>t(93) = -5,16</math>;</b>
	2 (sem sintomas depressivos)	0,74	0,09	0,49		

\* Correção de Bonferroni:  $p = 0,05/8 = 0,00625$

Os valores médios do inventário obtidos em estruturas de apoio comunitário e estruturas residenciais foi 27,20 ( $\pm 4,65$ ) e 25,98 ( $\pm 5,07$ ), respetivamente. Nenhuma das variáveis (sexo, idade, nível de escolaridade e ambiente) teve um efeito significativo nas pontuações gerais do WHOQOL-OLD de 8 itens. O mesmo foi verificado para a variável estado cognitivo, avaliado por meio do 6-CIT (pontuação média na medida de QV para os participantes com declínio cognitivo: 26,67  $\pm$  5,1; e sem declínio cognitivo: 26,82  $\pm$  4,46). A análise adicional das correlações entre a pontuação do WHOQOL-OLD de 8 itens e o 6-CIT confirmou a ausência de relações significativas entre essas duas variáveis ( $r = -0,191$ ).

A variável sintomatologia depressiva demonstrou ter um efeito significativo na distribuição da pontuação do WHOQOL-OLD de 8 itens. Os participantes com sintomas depressivos clinicamente relevantes apresentaram uma pontuação mais baixa na medida de QV em comparação com os participantes sem sintomas depressivos clinicamente relevantes (pontuação média para os participantes com GDS-10  $\geq 2$ : 25,26  $\pm$  4,68; e para os participantes com GDS - 10 pontuação  $<2$ : 29,85  $\pm$  3,37). A existência de relações significativas entre a pontuação do WHOQOL-OLD e GDS-10 de 8 itens também foi confirmada através da análise de correlação. A associação encontrada foi negativa e de magnitude moderada ( $r = -0,661$ ,  $p < 0,001$ ).

#### **4.4. DISCUSSÃO**

O presente estudo teve como principal objetivo conceber uma versão reduzida que respeite as sete facetas do inventário WHOQOL-OLD adaptado à população portuguesa que recorre a estruturas institucionais e avaliar as suas propriedades psicométricas. O interesse por versões reduzidas dos instrumentos dirigidos às pessoas mais velhas prende-se, sobretudo, com as limitações que têm sido apontadas às versões mais longas e que advertem para a possibilidade de fadiga, perda de motivação e elevadas taxas de abandono ou dificuldades associadas a défices de visão e/ou incapacidades físicas (Fang et al., 2011; Mühlán, Bullinger, Power, & Schmidt, 2008; Urzúa & Navarrete, 2013).

Numa primeira fase deste estudo, com a intenção de selecionar os itens mais representativos das sete facetas do instrumento, procedeu-se à extração de 18 itens, baseado na análise de conteúdo, realizada por especialistas na área das ciências da saúde. A validação do conteúdo por peritos pretendeu aprimorar o instrumento tornando-o mais confiável, preciso e válido (Nora, Zoboli, & Vieira, 2017).

Com a administração da versão de 18 itens numa amostra de conveniência constituída por 29 pessoas mais velhas de uma estrutura residencial da região centro de Portugal,

foi possível selecionar um item geral e os itens mais representativos para cada uma das 7 facetas do inventário. Como resultado, foi obtida uma versão constituída por oito itens: uma questão relativa à qualidade de vida geral e sete itens relativos às sete facetas da versão portuguesa do WHOQOL-OLD.

A consistência interna desta versão reduzida (WHOQOL-OLD-8), avaliada através do  $\alpha$  de Cronbach, mostrou-se satisfatória (0,756), superior ao obtido em alguns estudos internacionais, designadamente, nas três versões reduzidas da WHOQOL-OLD analisadas por Fang et al. (2011) em que a consistência interna foi de 0,681; 0,678 e 0,649. Em Portugal, no estudo realizado por Pereira, Melo, Gameiro e Canavarro (2011), com a utilização do EUROHIS-QOL-8 o  $\alpha$  de Cronbach foi de 0,83. Também com o EUROHIS-QOL-8, num estudo transcultural com uma amostra de sujeitos provenientes da Alemanha, Croácia, Eslováquia, França, Israel, Letónia, Lituânia, Reino Unido, República Checa e Roménia (Schmidt, Mülan, & Power, 2006) os resultados revelaram uma consistência interna entre 0,74 e 0,85. Mais recentemente, com a utilização do mesmo instrumento na população brasileira, a consistência interna foi de 0,81 (Pires, Fleck, Power, & Rocha, 2018).

No presente estudo, que pretende avaliar as propriedades psicométricas do WHOQOL-OLD-8, pela análise dos coeficientes  $\alpha$  de Cronbach, foi possível constatar que após a exclusão do item integrado na faceta de Morte e Morrer o  $\alpha$  de Cronbach aumentou para 0,776. A este respeito, Vilar (2015), destaca que, apesar das potencialidades psicométricas deste item/faceta se revelarem baixas, ela é considerada relevante pois representa uma dimensão de QV relevante para as pessoas mais velhas.

Ponderando que os resultados obtidos nesta primeira fase do estudo apontam para a pertinência deste instrumento foi, num segundo momento, feito um estudo com recurso às análises TRI. A amostra populacional foi constituída por 125 pessoas recrutadas em estruturas residenciais e estruturas de apoio comunitário.

Com base nas análises TRI, e apesar da totalidade dos itens do WHOQOL-OLD de 8 itens não cumprir o critério de unidimensionalidade, quando analisada cada faceta, os resultados indicaram uma unidimensionalidade moderadamente robusta. Este indicador é justificado pela natureza abrangente e multidimensional do constructo do instrumento (Power et al., 2005). Achados semelhantes foram relatados em relação à versão em português europeu de 28 itens do inventário (Vilar et al. 2016b). Os 8 itens selecionados para integrar esta versão reduzida do WHOQOL-OLD para pessoas mais velhas em instituições revelam boas características psicométricas, de acordo com as análises efetuadas no âmbito da TRI. Especificamente, não é observado desajustamento moderado a severo dos 8 itens, a que se associa um elevado valor de fidedignidade dos

mesmos, bem como a ausência de funcionamento diferencial destes itens em função de variáveis relevantes. O valor de desajustamento que emerge no âmbito das análises das estatísticas relativas às pessoas poderá fundamentar-se em características específicas da amostra (eventualmente associadas aos níveis de funcionamento cognitivo dos participantes).

Na análise das categorias de resposta, comprovou-se que a categoria intermédia tem uma menor distinção de resposta, à semelhança dos resultados que foram encontrados no estudo de validação da versão em português europeu de 28 itens do inventário (Vilar et al., 2016). Assim, mediante as dificuldades detetadas ao nível do funcionamento desta categoria intermédia, a alternativa poderá passar por repensar a categorização e criar uma possibilidade de resposta mais reduzida, isto é, quatro possibilidades ao invés das cinco atuais. Ainda assim, é de considerar que esta constatação pode estar associada a uma dificuldade no juízo crítico ou dificuldades na capacidade de decisão o que, por sua vez, poderá estar associado ao facto de 56% das pessoas desta população apresentarem um declínio cognitivo ligeiro a moderado. Não sendo de desvalorizar as características da amostra que pode ter influenciado estes resultados também deve ser tido em linha de conta que para que este instrumento seja igualmente dirigido a pessoas com declínio cognitivo, ele deve ser simplificado de forma a que se possa ajustar às particularidades desta população específica.

Um outro aspeto que ressalta desta análise diz respeito ao funcionamento diferencial de dois itens, um favorecendo os indivíduos que frequentam as estruturas de apoio comunitário e o outro item favorecendo as estruturas residenciais. Atendendo a que estes dois itens acabam por se contrabalançar, não impõe a sua supressão do instrumento, viabilizando a sua utilização nos dois contextos estruturais.

Nas estruturas de apoio comunitário, o item que aparece mais facilmente associado a menores valores de qualidade de vida (item mais difícil para este subgrupo) está relacionado com a forma como as pessoas mais velhas ocupam o seu tempo o que se pode justificar pelo facto de se associar a um momento de transição, isto é, uma mudança em relação a um período de vida anterior, mais ativo, e que pode ser vivenciado como uma perda de autocontrolo e da capacidade de decisão (Yamada, Siersma, Avlund, & Vass, 2012). Segundo Schlossberg (1981), considera-se que um indivíduo está perante uma situação de transição quando um acontecimento dá origem a alterações ao nível dos seus relacionamentos, das suas rotinas, dos papéis, afetando, de um modo ou de outro, a perceção do mundo que o rodeia.

O 'sentimento do valor dado pela família' corresponde ao item com menores pontuações de QV pelas pessoas mais velhas das estruturas residenciais (mais difícil neste

subgrupo), o que pode provir de ser mais notória a percepção de que a família está mais ausente. O próprio ingresso neste tipo de instituição, reflete muitas vezes a perda do companheiro, filhos ou outros familiares, sendo de salientar que em Portugal a 'institucionalização da velhice' surge como uma alternativa em expansão. Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2015), é de assinalar que cerca de 10 % dos utentes apresentavam, em 2015, uma estadia na instituição igual ou superior a 10 anos.

No que se refere à validade discriminante, o WHOQOL-OLD-8 mostrou ter a capacidade de discriminar entre pessoas com e sem sintomatologia depressiva, uma vez que os participantes com sintomas depressivos revelaram piores resultados nos indicadores de QV, tal como foi verificado na versão portuguesa de 28 itens da WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2016). Resultados semelhantes foram obtidos por Pereira et al. (2011), com o EUROHIS-QOL-8. O impacto dos sintomas depressivos na redução da QV, mensurado com recurso a instrumentos WHOQOL foi ainda documentado por Chachamovich, Fleck, Laidlaw e Power (2008).

O WHOQOL-OLD-8 não permitiu discriminar entre pessoas mais velhas com e sem declínio cognitivo, associado à ausência de funcionamento diferencial dos oito itens nos subgrupos com e sem declínio cognitivo. Desta forma pode-se considerar que o instrumento é adequado para ser utilizado em pessoas sem declínio cognitivo, mas, também, em adultos mais velhos que já apresentem declínio na função cognitiva.

De igual modo, as variáveis sociodemográficas (género, idade e escolaridade) bem como o contexto de recrutamento (estruturas de apoio comunitário e estruturas residenciais) não mostraram ter influência no desempenho da WHOQOL-OLD-8 (e parecem não implicar um funcionamento diferencial dos itens em função dessas variáveis), pelo que se pode inferir que pode ser utilizado sem impedimentos nos dois contextos, nas pessoas com mais de 65 anos de idade.

### **Limitações**

Existem três limitações significativas neste estudo. Em primeiro lugar, o tamanho da amostra incluída nas diferentes fases do estudo foi bastante reduzido e não representativo de todas as pessoas mais velhas que recorrem a estruturas institucionais em Portugal, o que impede a generalização dos resultados. Além disso, as amostras recrutadas nas duas fases do estudo incluíram pessoas mais velhas com alterações leves a graves no funcionamento cognitivo, o que poderá influenciar os resultados, pois como salientam Lucas-Carrasco, Skevington, Gómez-Benito, Rejas e March (2011), alguns instrumentos propostos pelo Grupo WHOQOL são adequados para a avaliação da QV em pessoas mais velhas nos estádios iniciais das perturbações neurocognitivas, no

entanto, a adequação dos instrumentos WHOQOL não foi confirmada para os estádios mais avançados.

Em segundo lugar, a localização regional (região centro de Portugal) das estruturas institucionais pode, também, ter condicionado os resultados.

Por último, o facto de não se ter recorrido a um instrumento adicional de avaliação da QV não permitiu a análise da validade convergente com o instrumento desenvolvido. Deste modo, a realização de novos estudos, com amostras maiores, longitudinais e com desenhos metodológicos robustos, assumem-se como importantes para confirmar a aplicabilidade do WHOQOL-OLD de oito itens às pessoas mais velhas em instituições. De facto, é importante salvaguardar que o desenvolvimento e validação desta versão reduzida de 8 itens se circunscreveu a uma população de pessoas mais velhas numa condição de vida muito particular, não podendo os resultados ser generalizados, por exemplo, para a população mais velha a residir na comunidade.

#### **4.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Com base nestas análises, considera-se que este instrumento possui propriedades psicométricas aceitáveis pelo que se pretende que o WHOQOL-OLD-8 possa constituir um instrumento breve de avaliação da QV para utilização na população portuguesa, nomeadamente em estudos epidemiológicos e, na prática clínica, para avaliar o impacto de programas de intervenção na área da saúde.

Como a validação de um instrumento é um processo contínuo, serão necessários mais estudos para testar o desempenho do WHOQOL-OLD-8 em pessoas mais velhas de diferentes perfis.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Andrich, D. (1978). A rating formulation for order response categories. *Psychometrika*, 43, 561-573.

Andrich, D. (1988). *Rasch models for measurement*. London: Sage.

Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Reis, I., Henriques, S., & Correia, C., (2018a). Screening capacity of Geriatric Depression Scale with 10 and 5 items. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (16), 29-38. doi: 10.12707/RIV17062

- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73. doi:10.12707/RIV14033
- Apóstolo, J., Paiva, D., Silva, R., Santos, E., & Schultz, T. (2017). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 22(9), 1184-1189. doi: 10.1080/13607863.2017.1348473
- Benjamini, Y. & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society B*, 57(1), 289-300. doi: 10.2307/2346101
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 Item Cognitive Impairment Test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199911)14:11<936::AID-GPS39>3.0.CO;2-1
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48(5), 593-602. doi:10.1093/geront/48.5.593
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2012). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, 52(1), 66-78. doi: 10.1093/geront/gnr085
- Fernandez-Ballesteros, R., Frensch, P. E., Hofer, S. M., Park, D. C., Pinquart, M., Silbereisen, R. K., ..., Whitfield, K. E. (2009). Berlin declaration on the quality of life for older adults: Closing the gap between scientific knowledge and intervention. *European Journal of Ageing*, 6, 49–50. doi: 10.1007/s00391-009-0033-9
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2015). Mini Mental State Examination (MMSE): Normative study for the Portuguese population in a community stratified

- sample. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22, 311-319. Recuperado de [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47287/1/2015\\_Freitas%20et%20al.\\_MSE%20Normative%20Study%20for%20the%20Portuguese%20Population.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/47287/1/2015_Freitas%20et%20al._MSE%20Normative%20Study%20for%20the%20Portuguese%20Population.pdf)
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Estatísticas Demográficas - 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Recuperado de [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=307957354&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=307957354&att_display=n&att_download=y)
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. England, Chichester: John Wiley & Sons.
- Lima, M. P. (2016). Envelhecimento activo e com sentido. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 3-17). Lisboa: Lidel.
- Linacre, J. M. (2002). Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of Applied Measurement*, 3(1), 85-106.
- Linacre, J. M. (2012). *A User's Guide to WINSTEPS & MINISTEP. Rasch-Model Computer Programs*. Program Manual 3.74.0. [winsteps.com](http://winsteps.com).
- Lucas-Carrasco, R., Skevington, S. M., Gómez-Benito, J., Rejas, J., & March, J. (2011). Using the WHOQOL-BREF in persons with dementia. A validation study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 25(4), 345-351. doi:10.1097/wad.0b013e31820bc98b
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2015). Carta social. Rede de serviços e equipamentos. Relatório 2015 Recuperado de: <http://www.gep.msess.gov.pt/cartasocial/pdf/csocial2015.pdf>
- Mühlhan H., Bullinger, M., Power, M., & Schmidt, S. (2008). Short forms of subjective quality of life assessments from cross-cultural studies for use in surveys with different populations. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(3), 142-153. doi: 10.1002/cpp.573.
- Nora, C., Zoboli, E., & Vieira, M. (2017). Validation by experts: importance in translation and adaptation of instruments. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3): e64851. doi:10.1590/1983-1447.2017.03.64851

- Paiva, D., & Apóstolo, J. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do Six Item Cognitive Impairment Test. In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds.), *Elderly Health Care Nursing* (pp. 3-18). Coimbra, Portugal: ESEnfC, UICISA: E.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 [Psychometric studies of the European Portuguese version of the quality of life index EUROHIS-QOL-8]. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A., Fleck, M., Power, M., & da Rocha, N. (2018). Psychometric properties of the EUROHIS-QOL 8-item index (WHOQOL-8) in a Brazilian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40, 249-255. doi:10.1590/1516-4446-2017-2297
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214. doi:10.1007/s11136-005-7380-9
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18. doi:10.1177/001100008100900202
- Schmidt, S., Mühlán, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*, 16(4), 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155
- Tennant, A. & Pallant, J. F. (2006). Unidimensionality matters. *Rasch Measurement Transactions*, 20(1), 1048-1051.
- Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: Análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-OLD en población chilena. *Revista Medica de Chile*, 141, 28-33. doi:10.4067/s0034-98872013000100004
- Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de vida e saúde. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 73-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645433005.pdf>

- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M.C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Org.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2015). World Health Organization Quality of Life-OLD Module (WHOQOL-OLD). In Mário R. Simões, Isabel Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Coords.), *Escalas e Testes na Demência* (3ª ed., pp. 194-199). Lisboa: Novartis.
- Vilar, M., Sousa, L. B., Firmino, H., & Simões, M. R. (2016a). Envelhecimento e Qualidade de Vida. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 19-43). Lisboa: Lidel.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016b). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25(9), 2367–2372. doi: 10.1007/s11136-016-1275-9
- World Health Organization (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2012). *European year for active aging and solidarity between generations 2012*. Recuperado de: <http://ec.europa.eu/archives/ey2012/>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)
- Wright, B. D. (1999). Model selection: rating scale or partial credit? *Rasch Measurement Transactions*, 12(3), 641-642.
- Yamada, Y., Siersma, V., Avlund, K., & Vass, M. (2012). Formal home help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), e52-e56. doi: 10.1016/j.archger.2011.05.023
- 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*, 17(1): 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4

Zwick, R. & Ercikan, K. (1989). Analysis of differential item functioning in the NAEP history assessment. *Journal of Educational Measurement*, 26, 55-66. doi:10.1111/j.1745-3984.1989.tb00318.x

## **CAPÍTULO 5 – EFICÁCIA DA TERAPIA DE REMINISCÊNCIA VERSUS ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NA COGNIÇÃO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS MAIS VELHAS QUE FREQUENTAM ESTRUTURAS DE APOIO COMUNITÁRIO - UM ESTUDO PILOTO COM DESENHO QUASE-EXPERIMENTAL**

---

### **RESUMO**

A fragilidade cognitiva pode representar um precursor dos processos neurodegenerativos, todavia, é de considerar o seu potencial de reversibilidade que justifica a implementação de intervenções atempadas e adequadas. Desta forma, destaca-se a pertinência de oferecer intervenções a nível comunitário com base em estratégias psicossociais, uma vez que os contextos comunitários promovem a resiliência e a melhor aplicação de estratégias adequadas em situações de adversidade

**Objetivo:** Com este estudo pretendeu-se avaliar a eficácia dos programas de reminiscência e de estimulação cognitiva na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas mais velhas, com fragilidade cognitiva, que frequentam estruturas de apoio comunitário.

**Método:** Foi realizado um estudo piloto, com desenho quase-experimental, com dois grupos de intervenção (terapia de reminiscência e estimulação cognitiva), com a duração de sete semanas. Os resultados clínicos relevantes foram avaliados em três momentos, com recurso ao *Montreal Cognitive Assessment*, a Escala de Depressão Geriátrica com 10 itens e a versão curta da escala *World Health Organization Quality of Life* - módulo para pessoas mais velhas.

**Resultados:** Das 109 pessoas mais velhas que participaram na avaliação inicial (85 mulheres e 24 homens), 76 terminaram o programa de intervenção, 50 na reminiscência e 26 na estimulação cognitiva. Comparando a avaliação inicial e final, verificou-se, de uma forma global, uma melhoria da função cognitiva, com melhorias estatisticamente significativas ao nível da evocação diferida. Observaram-se, ainda, melhorias nos outros resultados de interesse que, em relação à qualidade de vida, na terapia de reminiscência, assumiram diferenças estatisticamente significativas.

**Conclusões:** Da análise dos resultados, podemos inferir que ambas as intervenções se revelam eficazes na melhoria da cognição, sendo de destacar a importância da sua

implementação precoce já que em idades mais avançadas a estimulação cognitiva se mostra menos eficaz. Ainda que nos sintomas depressivos os resultados desta investigação não confirmem melhorias estatisticamente significativas, o potencial terapêutico destas intervenções foi visível na redução das pontuações da GDS e, concretamente na reminiscência, quase metade dos participantes apresentaram uma melhoria nesta condição clínica. Os resultados do presente estudo sustentam, ainda, os benefícios da TR na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** pessoas mais velhas, reminiscência, estimulação cognitiva, fragilidade cognitiva, depressão, qualidade de vida, estudo de eficácia

## 5.1. INTRODUÇÃO

As transformações demográficas ocorridas nas últimas décadas lançam, cada vez mais, desafios para o estudo do envelhecimento e para a forma como as pessoas envelhecem nas sociedades atuais. Apesar de, em termos globais, as pessoas viverem mais tempo e de forma mais saudável do que em períodos anteriores da história da humanidade, é consensual que o processo de envelhecimento se encontra associado a um padrão de consequências das quais se destaca a presença de declínio em várias áreas do funcionamento, como por exemplo, a nível sensorial, cognitivo ou funcional e que podem comprometer a autonomia e a qualidade de vida. Viver mais significa, como salientam Cabral et al. (2013), estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, mas, também, ao isolamento social e à solidão, à dependência física, mental e também económica e, muitas vezes, a processos de estigmatização.

O envelhecimento é, pois, como ficou explicitado no primeiro capítulo desta tese, um processo dinâmico e progressivo, marcado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como uma maior prevalência de processos patológicos. Neste seguimento, a fragilidade tem vindo a merecer uma atenção crescente por parte dos clínicos e investigadores, surgindo dos modelos de índole mais biológico e evoluindo posteriormente para os modelos multidimensionais que explicam o conceito mais atual de fragilidade nas pessoas mais velhas.

No que se refere à fragilidade cognitiva, os estudos fundamentam a associação entre a fragilidade física, com o declínio no desempenho intelectual (Kelaiditi et al., 2013), sendo que, a nível cognitivo, as alterações associadas à fragilidade ocorrem fundamentalmente nos domínios da atenção, função executiva e velocidade de processamento (Langlois et

al., 2012; Robertson, Savva, & Kenny, 2013). A fragilidade cognitiva pode representar um precursor dos processos neurodegenerativos, contudo, deve ser tido em conta o seu potencial de reversibilidade (Kelaiditi et al., 2013) que justifica a implementação de intervenções em fases mais precoces (Feng et al., 2017).

As recomendações da Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de melhorar o acesso a cuidados de qualidade, direcionam para o desenvolvimento de serviços de assistência na comunidade, com foco na promoção do autocuidado (World Health Organization, 2013). Integrado no Plano de Ações de 2013-2020 sobressai a importância da promoção de serviços integrativos e abrangentes em contextos comunitários que assentam em práticas baseadas na evidência com vista à promoção da desinstitucionalização mediante uma reorganização dos serviços na comunidade (World Health Organization, 2013). Esta intenção é corroborada pelo Ministério da Saúde português, ao enfatizar a importância da continuidade dos cuidados formais na comunidade, assim como o apoio às famílias e a articulação com estruturas institucionais (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Neste seguimento, as intervenções terapêuticas devem, pois, considerar o ambiente onde a pessoa reside, com o envolvimento da respetiva família, como o contexto privilegiado de cuidados. Desta forma, destaca-se a pertinência de oferecer intervenções precoces a nível comunitário com base em estratégias psicossociais, associadas ao desenvolvimento de políticas e estratégias que promovam os direitos humanos, combatam o estigma e capacitem as pessoas mais velhas, famílias e comunidades (World Health Organization, 2013).

Considerando que a prevenção da evolução da fragilidade cognitiva constitui um dos objetivos prioritários dos cuidados em geriatria (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Holland, & Cano, 2018a; Cesari et al., 2016), ela deve emergir como prioritária nas políticas de saúde comunitárias e, neste sentido, Apóstolo et al. (2018b) consideram de fulcral importância a aposta na implementação de intervenções apropriadas, enfatizando que as evidências confirmam a eficácia das intervenções baseadas em exercício físico e suplementação nutricional para a fragilidade física, mas que os dados disponíveis para a fragilidade cognitiva ainda são insuficientes.

Ainda assim, estão descritas na literatura várias intervenções que visam a preservação ou melhoria da função cognitiva e conseqüente melhoria no funcionamento diário das pessoas mais velhas com declínio cognitivo e, entre elas, destacam-se os programas de Estimulação Cognitiva (EC) e de Terapia de Reminiscência (TR).

Numa revisão sistemática conduzida por Woods et al. (2012) com o objetivo de sintetizar a evidência sobre a eficácia dos programas de estimulação cognitiva, tendo como base 15 estudos clínicos randomizados com 718 participantes, conclui-se que esta intervenção terapêutica está associada, de forma consistente, com a melhoria da função cognitiva, e que estes efeitos benéficos podem manter-se entre um a três meses após a aplicação do programa.

Relativamente à eficácia da reminiscência em pessoas mais velhas com declínio cognitivo em contexto de estruturas comunitárias, os resultados de uma revisão sistemática realizada por Gil et al. (2018) indicam que a TR em grupo se constitui como uma intervenção terapêutica eficaz na melhoria da função cognitiva.

Perante o exposto, podemos inferir que as intervenções que se focam na estimulação das funções cognitivas (tais como a estimulação cognitiva e a reminiscência) deverão ser iniciadas o mais precocemente possível, abrangendo, necessariamente, as pessoas com fragilidade cognitiva.

Com este estudo pretende-se, então, avaliar a eficácia dos programas de reminiscência e de estimulação cognitiva na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas mais velhas, com fragilidade cognitiva, que frequentam estruturas de apoio comunitário.

## **5.2. MÉTODO**

### ***Desenho do estudo***

Foi realizado um estudo piloto, com desenho quase-experimental, com dois grupos de intervenção, com a duração de sete semanas, no período compreendido entre abril e junho de 2017, tendo os participantes sido recrutados em sete estruturas de apoio comunitário da região centro de Portugal.

### ***Procedimentos***

Após ter sido realizado o contacto formal com os responsáveis/diretores técnicos das estruturas de apoio comunitário e autorizada a realização do estudo (Anexo III), foram conduzidas reuniões com os elementos das equipas com o propósito de explicar, de forma mais dirigida, os objetivos da implementação da intervenção, a forma como iria ser conduzida, os momentos de avaliação e os critérios de inclusão dos participantes.

Os profissionais das instituições envolvidas selecionaram os potenciais participantes dando-lhes a conhecer as intervenções a serem implementadas bem como os objetivos do estudo. As pessoas mais velhas que revelaram vontade em integrar o estudo foram,

seguidamente, contactadas pessoalmente pelos elementos da equipa de investigação e obtido o consentimento livre e informado (Anexo IV).

### **Programas de intervenção**

Os programas de intervenção foram desenvolvidos ao longo de 14 sessões, cada uma com a duração de 45 a 60 minutos, a decorrer durante sete semanas, duas vezes por semana. As sessões foram desenvolvidas em grupo, sendo dinamizadas por um líder e um co-líder, devidamente formados na implementação destas intervenções não-farmacológicas pela equipa de investigação. As equipas de dinamização eram formadas por profissionais das equipas das estruturas comunitárias, entre os quais, enfermeiros, gerontólogos e técnicos do Serviço Social e por estudantes do último semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A capacitação dos dinamizadores integrou a formação teórico-prática e treino da intervenção. Assim, num primeiro momento, foi facultada uma sessão de formação teórico-prática e disponibilizados os manuais referentes aos programas de TR e de EC. Os manuais incluíam uma lista pormenorizada de todos os recursos necessários e das atividades complementares. Já no momento de implementação dos programas, a primeira sessão foi conduzida por elementos da equipa de investigação que, procederam depois à observação/supervisão das duas sessões seguintes.

O programa de estimulação cognitiva foi desenvolvido com base no programa “Fazer a Diferença” (Spector et al, 2006), destinado a pessoas com declínio cognitivo. Este programa oferece uma sequência de atividades que abarca diferentes domínios cognitivos e promovem a socialização e autoestima das pessoas mais velhas, fomentando o sentimento de pertença ao grupo. A adaptação do programa para Portugal foi realizada por Apóstolo e Cardoso (2012). A estrutura de cada sessão compreende uma fase de enquadramento, uma componente principal e o encerramento e incorporou os seguintes temas: jogos físicos, sons, infância, alimentação, questões atuais, retratos/cenários, associação de palavras, ser criativo, classificação de objetos, orientação, usar o dinheiro, jogos com números, jogos com palavras e *quiz* em equipa. É de salientar que em cada sessão, além de se incluir uma fase inicial de orientação no tempo e no espaço, recorreu-se também à reminiscência e à discussão de informações sobre a atualidade.

O programa de reminiscência tem uma estrutura semelhante ao programa “Fazer a Diferença”, é constituído por atividades que se focam nos temas relacionados com a escola, vida profissional, viagens, épocas festivas e momentos históricos, entre outros. Estas atividades permitem aceder aos acontecimentos significativos da vida e integra-los

na narrativa autobiográfica da pessoa. Os recursos necessários para cada sessão incluíram um computador e um projetor que permitiam o acesso ao material de suporte digital, bem como os objetos correspondentes aos temas em discussão (brinquedos antigos, fotografias, instrumentos musicais, diários, utensílios de cozinha ou jardinagem, discos de vinil, etc.). Alguns destes objetos podiam ser providenciados pelos próprios participantes ou pelos seus familiares. O programa implementado foi construído e validado por Gil et al. (2017) e todo o processo de construção, validação e estrutura do programa encontra-se descrito no capítulo 3 desta tese.

### ***Participantes***

Foram consideradas como elegíveis para participar no estudo as pessoas com a idade igual ou superior a 65 anos, que apresentaram: (i) capacidade de consentir, de forma informada, a sua participação no estudo; (ii) capacidade de permanecer em grupo no período de tempo de 45 a 60 minutos; (iii) capacidade auditiva e visual suficiente para participar nas sessões.

Os critérios de exclusão compreenderam a presença de um quadro clínico instável e/ou toma de inibidores da colinesterase e/ou antipsicóticos no período em que decorreu o estudo. Foram excluídas, ainda, as pessoas que apresentaram um declínio cognitivo severo. O nível de declínio cognitivo foi determinado face aos resultados apurados pelo 6CIT, sendo excluídas as pessoas com pontuação > 21, já que se considerou que este resultado indica que nenhuma das competências cognitivas avaliadas pelo 6-CIT permanece preservada.

A amostra inicial foi constituída por 150 pessoas (116 mulheres e 34 homens, com média de idade de  $79,26 \pm 8,19$  e média de escolaridade de  $3,87 \pm 2,89$ ). Após a verificação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos no estudo 109 pessoas, sendo alocados na TR ou EC. A TR foi realizada em quatro estruturas de apoio comunitário e a EC envolveu três estruturas de apoio comunitário. A todas as pessoas que não cumpriram os critérios de inclusão foi oferecida a possibilidade de participar num grupo de tertúlias temáticas.

### ***Processo de avaliação e instrumentos***

O processo de avaliação compreendeu a avaliação de rastreio, a avaliação inicial e a avaliação final.

A avaliação de rastreio foi conduzida com o objetivo de verificar os critérios de elegibilidade para a participação no estudo. Foi concretizada mediante uma entrevista clínica semiestruturada e, adicionalmente, foram administrados o Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens (Brooke & Bullock, 1999; Paiva & Apóstolo, 2015), a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody (Elias, País Ribeiro,

Oliveira, Pinto, & Martins, 2008; Lawton & Brody, 1969) e o Índice de Fragilidade de *Tilburg* (TFI) (Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, & Fernandes, 2014; Gobbens et al., 2010), considerando que a fragilidade cognitiva se manifesta através da presença simultânea dos indicadores de fragilidade física e declínio cognitivo (Kelaiditi et al., 2013; Panza et al., 2015).

O objetivo da entrevista foi obter dados sobre o estado clínico do potencial participante bem como da medicação que tinha prescrita. Por sua vez, o Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens - 6-CIT, já descrito no capítulo 4 desta tese, foi usado para rastrear o declínio cognitivo.

O desempenho nas AIVD foi avaliado com recurso à escala de Lawton e Brody. Trata-se de um instrumento constituída por oito itens que avaliam a autonomia ao nível de uso de telefone, fazer compras, preparação das refeições, cuidados com a casa, lavar a roupa, usar os meios de transporte, responsabilidade com a medicação e capacidade de tratar assuntos económicos. A pontuação da escala varia entre zero e 23 pontos, sendo os valores mais elevados associados a maiores níveis de autonomia, e os valores mais baixos a maiores níveis de dependência.

O TFI foi usado para se obter informações sobre os determinantes de fragilidade dos participantes. Permite avaliar a presença dos componentes físicos, psicológicos e sociais da fragilidade. A pontuação atribuída na parte do TFI referente aos componentes da fragilidade varia entre zero e 15 valores, sendo os valores superiores a seis indicativos da presença desta condição clínica.

Os resultados de interesse que integraram a avaliação inicial e a avaliação final incluíram a cognição, a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida e foram avaliados através da *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a Escala de Depressão Geriátrica de 10 itens (GDS-10) e a versão curta da escala *World Health Organization Quality of Life* - módulo para adultos mais velhos (WHOQOL-OLD de 8 itens), respetivamente. O processo de avaliação durou até 30 minutos.

O MoCA (Nasreddine et al., 2005) é um instrumento cuja aplicação tem uma duração de cerca de 10 a 15 minutos e é sensível aos estádios mais ligeiros de declínio cognitivo. Avalia oito domínios cognitivos, contemplando diversas tarefas em cada domínio. Concretamente, avalia competências visuoespaciais e executivas, memória verbal de curto prazo, linguagem, atenção e memória de trabalho, e orientação temporal e espacial, abstração e nomeação. A consistência interna da versão portuguesa deste teste (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011) revelou ser aceitável ( $\alpha$  de Cronbach = 0.775). O estudo

de validação realizado com a população portuguesa propôs a pontuação abaixo de 22 como o limiar para o declínio cognitivo ligeiro (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2013).

A GDS-10, constitui uma versão curta da GDS de 30 itens (Yesavage et al., 1983) e foi concebida para avaliar a presença de sintomas depressivos em pessoas mais velhas. Este teste já foi descrito pormenorizadamente no capítulo anterior desta tese.

A WHOQOL-OLD de oito itens é uma versão curta do instrumento WHOQOL-OLD (Power, Quinn & Schmidt, 2005), concebido para a avaliação global da qualidade de vida em pessoas mais velhas. Esta versão reduzida de 8 itens foi desenvolvida para ser usada em estruturas institucionais de cuidados geriátricos (Gil et al., submetido para publicação). O capítulo 4 desta tese debruçou-se precisamente no processo de desenvolvimento e validação psicométrica desta versão reduzida, composta pelos itens mais representativos de todas as sete facetas do WHOQOL-OLD, que contém também um item geral a respeito da qualidade de vida em geral. As análises baseadas na Teoria de Resposta ao Item mostraram que nenhum dos itens desta versão constitui uma fonte do desajuste moderado ou grave.

### ***Considerações e procedimentos éticos***

A investigação respeitou as recomendações da Declaração de Helsínquia, e foi aprovada pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior da Enfermagem de Coimbra (parecer nº P406-03/2017 – anexo V). Todas as estruturas de apoio comunitário que fizeram parte do estudo deram a autorização para a sua realização (anexo III) e todos os participantes se dispuseram voluntariamente a participar no estudo dando o seu consentimento livre e informado por escrito (anexo IV).

No processo de consentimento informado, os participantes foram notificados de que a sua decisão de participar no estudo era completamente voluntária e que, qualquer que fosse a sua decisão, ela não influenciaria os cuidados terapêuticos que lhe são prestados na instituição. Os participantes foram também informados de que podiam desistir de participar no estudo a qualquer momento sem que isso acarretasse quaisquer consequências.

De modo a preservar o anonimato dos participantes, foi atribuído um código não identificável por terceiros, mediante a oferta aos participantes de um cartão único e intransmissível. Este cartão foi solicitado nos momentos de avaliação. Os instrumentos de avaliação foram codificados e armazenados separadamente do consentimento informado.

### **Análise de dados**

A análise estatística foi conduzida com recurso ao programa SPSS *Statistics* (versão 24, IBM SPSS, New York).

As estatísticas descritivas de tendência central e dispersão, frequências e percentagens foram calculadas para as variáveis sociodemográficas e para os indicadores clínicos medidos nos diferentes momentos de avaliação (pré e pós-intervenção).

Para a análise inferencial, assumiu-se o nível de significância com a probabilidade de erro do tipo I de 5% ( $p = 0,05$ ). Para comparação da distribuição de variáveis contínuas e categóricas entre grupos, utilizaram-se os testes não paramétricos de *Mann-Whitney* e do Qui-Quadrado, respetivamente, dado que não cumpriam os pressupostos que sustentam o uso de testes paramétricos (não normalidade da distribuição). Para avaliar o impacto dos programas de TR e EC na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida utilizou-se o teste de Wilcoxon. O tamanho do efeito foi estimado de acordo com a seguinte fórmula:  $r = Z / \sqrt{N}$  (Field, 2004), considerando que quando  $r \geq |0,2|$  e  $< |0,5|$  representa um tamanho de efeito pequeno, quando  $r \geq |0,5|$  e  $< |0,8|$  representa um tamanho de efeito médio, e quando  $r \geq |0,8|$  representa um tamanho do efeito grande (Cohen, 1988).

As associações entre as variáveis contínuas foram analisadas com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ). Para a análise das correlações, considerando as diferenças nos resultados de interesse, foi utilizada a seguinte fórmula: diferença após a implementação do programa = valor de avaliação final – valor de avaliação inicial. Foram consideradas associações fracas para coeficientes inferiores a  $\pm 0,4$ , associações moderadas para coeficientes que variam entre  $\pm 0,4$  e  $\pm 0,69$ , e associações fortes para coeficientes que variam entre  $\pm 0,7$  e  $\pm 0,89$ . Os restantes valores (iguais ou superiores a  $\pm 0,9$ ) foram considerados como indicadores de associações muito fortes (Pestana & Gageiro, 2005).

### **5.3. RESULTADOS**

Dos 150 participantes incluídos na avaliação de rastreio, 41 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão. Na tabela 20 estão apontadas as razões das perdas/exclusão dos participantes.

Tabela 20 – Perdas/exclusão dos participantes entre a avaliação de rastreio e a alocação.

Razões de exclusão	Número de pessoas excluídas (n = 41)
Idade < 65 anos	3
6CIT > 20	18
Toma de medicação antipsicótica	5
Toma de inibidores de colinesterase	2
Comprometimento sensorial / comunicacional	4
Condição clínica instável	1
Sem capacidade de permanecer em grupo	5
Recusa de participação / Desistência	3

### **Caracterização dos participantes**

Os dados de estatística descritiva das pessoas mais velhas que integraram os grupos de intervenção da EC e da TR estão apresentados na Tabela 21.

Apenas a função cognitiva, avaliada com recurso ao 6CIT, apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do programa de reminiscência e os participantes do programa de estimulação cognitiva, revelando um maior declínio cognitivo nas pessoas mais velhas que integraram o programa de estimulação cognitiva o que, contudo, não se confirmou com a avaliação realizada com o MoCA. A utilização do teste de Mann-Whitney mostrou que os participantes dos dois programas não diferem significativamente em termos de idade, nível de escolaridade, fragilidade, desempenho nas atividades instrumentais de vida diária e pontuações obtidas na avaliação inicial com os testes GDS-10 e WHOQOL-OLD de oito itens ( $p > 0,05$ ). Também o teste Qui Quadrado revelou que os grupos são equivalentes no que concerne ao género.

Tabela 21 – Caracterização dos participantes que integraram a avaliação inicial nos grupos de Reminiscência e de Estimulação Cognitiva (n=109).

	Terapia de reminiscência (n = 76)	Estimulação cognitiva (n = 33)	p	Pontos de corte
Gênero (F/M)	57/19	28/5	0,254	
Idade: anos pontuação M (±DP; min - max)	79,65 (±7,08; 65-93)	81,18 (±8,85; 66-99)	0,355	
Escolaridade: anos pontuação M (±DP; min - max)	4,00 (±3,00; 0-12)	4,00 (±3,00; 0-12)	0,514	
ADL: pontuação M (±DP min - max)	15,25 (±7,06; 0-23)	14,27 (±6,40; 2-23)	0,314	
6CIT: pontuação M (±DP; min - max)	8,07 (±5,92; 0-20)	10,67 (±5,25; 0-20)	<b>0,031*</b>	declínio cognitivo: ≥ 12 para escolaridade 0-2 anos; ≥ 10 para escolaridade 3-6 anos; ≥ 4 para escolaridade > 7 anos
TFI: pontuação M (±DP; min - max)	6,89 (±2,57; 1-12)	7,52 (±2,45; 3-11)	0,306	fragilidade ≥ 6
GDS-10: pontuação M (±DP; min - max)	3,55 (±2,90; 0-10)	4,39 (±3,45; 0-10)	0,413	depressão ≥ 2
WHOQOL 8 itens: pontuação M (±DP; min - max)	27,70 (±4,23; 14-38)	25,61 (±4,83; 17-33)	0,081	
MOCA: pontuação M (±DP; min - max)	14,11 (±5,67; 3-24)	13,70 (±4,24; 4-22)	0,641	declínio cognitivo < 22

M: média; DP Desvio Padrão; ADL: Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody; 6- CIT: Teste de Diminuição Cognitiva de 6 itens; TFI: Índice de Fragilidade de Tilburg; GDS-10: Escala de Depressão Geriátrica de 10 itens WHOQOL-OLD de 8 itens-versão curta do instrumento WHOQOL-OLD; MoCA: Montreal Cognitive Assessment

\* Diferença significativa  $p < 0,05$  (teste de Mann-Whitney)

Das 109 pessoas mais velhas que participaram na avaliação inicial, apenas 76 concluíram o programa. Na maioria dos casos, a desistência do estudo esteve relacionada com o agravamento da condição clínica ou internamento hospitalar. O fluxo de progressão dos participantes durante o estudo está apresentado na figura 5.

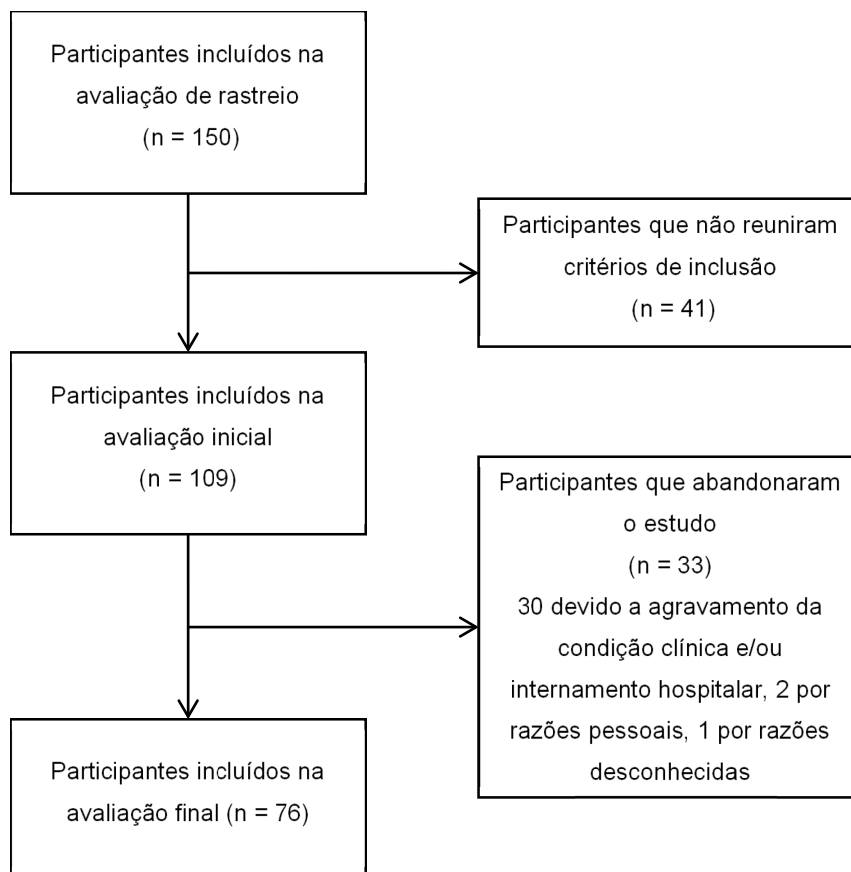


Figura 5 – Fluxograma da progressão dos participantes durante o estudo.

### ***Impacto dos Programas de TR e EC na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida***

O impacto dos programas de TR e EC nos indicadores de interesse pode ser analisado com recurso à tabela 22.

No que diz respeito à cognição, as diferenças obtidas na avaliação efetuada com o MoCA foram estatisticamente significativas para a TR ( $p = 0,005$ ) com tamanho pequeno do efeito ( $r = 0,398$ ), embora haja evidência de uma diferença marginalmente significativa ( $p = 0,076$ ) nos participantes do programa de EC, também com tamanho pequeno do efeito ( $r = 0,348$ ), o que indicia o efeito benéfico destas intervenções terapêuticas na melhoria da cognição das pessoas mais velhas.

Quando se procurou avaliar o efeito da intervenção, de forma mais particularizada, ao nível dos domínios cognitivos constatou-se, nos participantes de ambas as intervenções, que era na evocação diferida que esse efeito era estatisticamente significativo, nos participantes da TR ( $p = 0,005$ ), com tamanho pequeno do efeito ( $r = 0,397$ ), e na EC ( $p = 0,021$ ), também com pequeno tamanho do efeito ( $r = 0,451$ ).

Nos participantes do programa de TR verificou-se, ainda, uma melhoria marginalmente significativa ( $p = 0,077$ ) na nomeação, igualmente com tamanho do efeito pequeno ( $r = 0,250$ ).

Comparando a avaliação inicial e final, verifica-se uma melhoria estatisticamente significativa na qualidade de vida, avaliada como recurso à WHOQOL-OLD de 8 itens, apenas nos participantes do programa de TR ( $p = 0,009$ ) com tamanho do efeito pequeno ( $r = 0,369$ ).

No que concerne aos sintomas depressivos, observou-se uma melhoria clínica, com uma redução média das pontuações do GDS, sem, contudo, alcançar significância estatística.

Tabela 22 – Efeito do Programa de TR e EC nos indicadores de interesse (outcomes).

	Reminiscência (n=50)			Estimulação Cognitiva (n=26)		
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	p	Avaliação Inicial	Avaliação Final	p
GDS-10: pontuação M (±DP; min - max)	3,08 (±2,81; 0-10)	2,71 (±2,42; 0-9)	0,140	4,00 (±3,11; 0-10)	3,62 (±2,89; 0-9)	0,311
WHOQOL 8 itens: pontuação M (±DP; min - max)	28,36(±3,70; 19-37)	29,46(±3,95; 20-37)	<b>0,009*</b>	27,54(±4,05; 20-33)	27,92(±4,37; 16-35)	0,490
MOCA: pontuação M (±DP; min - max)	13,22 (±5,65; 3-24)	14,60 (±6,19; 2-25)	<b>0,005*</b>	15,35 (±4,41; 9-25)	16,73 (±6,00; 6-28)	0,076**
MOCA visuoespacial/executiva	1,34 (±1,08; 0-5)	1,30 (±1,11; 0-4)	0,748	2,15 (±1,35; 0-5)	2,12 (±1,34; 0-5)	0,948
MOCA nomeação	1,64 (±1,06; 0-3)	1,89 (±1,10; 0-3)	0,077**	1,73 (±0,96; 0-3)	1,81 (±1,02; 0-3)	0,635
MOCA atenção	2,74 (±1,94; 0-6)	3,02 (±1,91; 0-6)	0,218	3,38 (±1,75; 0-6)	3,46 (±1,94; 0-6)	0,967
MOCA linguagem	1,06 (±0,87 0-3)	1,28 (±1,11; 0-3)	0,202	1,46 (±0,95; 0-3)	1,77 (±0,95; 0-3)	0,194
MOCA abstração	0,74 (±0,78; 0-2)	0,82 (±0,85; 0-2)	0,682	0,73 (±0,78; 0-2)	0,88 (±0,71; 0-2)	0,360
MOCA evocação diferida	0,98 (±1,50; 0-5)	1,56 (±1,74; 0-5)	0,005*	0,65 (±0,94; 0-3)	1,50 (±1,68; 0-5)	0,021*
MOCA orientação	4,72 (±1,39; 1-6)	4,74 (±1,52; 0-6)	0,667	5,27 (±1,04; 2-6)	5,19 (±0,94; 3-6)	0,439

M: média; DP Desvio Padrão; MoCA: Montreal Cognitive Assessment; GDS-10: escala de Depressão Geriátrica de 10 itens WHOQOL-OLD de 8 itens-versão curta do instrumento WHOQOL-OLD

\* Diferença significativa  $p < 0,05$  (teste de Wilcoxon) \*\* Diferença marginalmente significativa

Na tabela 23 comparam-se as duas intervenções terapêuticas relativamente ao número de pessoas que melhoraram, pioraram e mantiveram a sua condição na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida.

No programa de TR verificou-se um impacto marginalmente significativo na redução dos sintomas depressivos em comparação com o programa de EC, sendo que 46% dos participantes da TR melhoraram neste domínio enquanto que no programa de EC as melhorias se circunscreveram a 27% dos participantes.

Nos restantes resultados de interesse, isto é, na cognição e na qualidade de vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas intervenções.

Tabela 23 – Nº de pessoas que melhoraram, pioraram e mantiveram a condição clínica após a intervenção terapêutica.

	Reminiscência (n = 50)			Estimulação Cognitiva (n = 26)			p
GDS-10	↑ 23 (46%)	↓ 21 (42%)	↔ 6 (12%)	↑ 7 (27%)	↓ 11 (42%)	↔ 8 (31%)	0,089**
WHOQOL-8 itens	↑ 26 (52%)	↓ 20 (40%)	↔ 4 (8%)	↑ 12 (46%)	↓ 11 (42%)	↔ 3 (12%)	0,830
MOCA	↑ 33 (66%)	↓ 13 (26%)	↔ 4 (8%)	↑ 14 (54%)	↓ 8 (31%)	↔ 4 (15%)	0,413

**MoCA:** *Montreal Cognitive Assessment*; **GDS-10:** escala de Depressão Geriátrica de 10 itens **WHOQOL-OLD de 8 itens**-versão curta do instrumento WHOQOL-OLD

↑ Número (%) de pessoas que melhoraram após a intervenção

↓ Número (%) de pessoas que pioraram após a intervenção

↔ Número (%) de pessoas sem alterações após a intervenção

\*\* Diferença marginalmente significativa (teste de Qui quadrado)

### **Correlações entre as variáveis clínicas e sociodemográficas e mudanças nos resultados de interesse**

O estudo das correlações realizado considerou as variáveis idade, nível de escolaridade, fragilidade, desempenho nas atividades instrumentais de vida diária, bem como as diferenças desde a avaliação inicial até à avaliação final nas pontuações do MoCA, GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens.

Assim, relativamente ao programa de TR, o desempenho cognitivo não revelou uma correlação significativa com a idade ( $\rho = -0,091$ ,  $p = 0,528$ ), nível de escolaridade ( $\rho = -0,096$ ,  $p = 0,513$ ), nível de fragilidade ( $\rho = 0,174$ ,  $p = 0,237$ ) ou com o desempenho nas atividades instrumentais de vida diária ( $\rho = 0,126$ ,  $p = 0,383$ ). Também não se verificaram associações significativas na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida relativamente à idade ( $\rho = -0,215$ ,  $p = 0,134$ ;  $\rho = 0,153$ ,  $p = 0,287$ ), nível de escolaridade ( $\rho = -0,032$ ,  $p = 0,826$ ;  $\rho = -0,094$ ,  $p = 0,523$ ), fragilidade ( $\rho = 0,026$ ,  $p = 0,860$ ;  $\rho = -0,186$ ,  $p = 0,205$ ) e atividades instrumentais de vida diária ( $\rho = -0,037$ ,  $p = 0,798$ ;  $\rho = -0,105$ ,  $p = 0,469$ ), respetivamente.

Contudo, é de salientar a correlação negativa moderada, estatisticamente significativa, entre as pontuações do WHOQOL-OLD de 8 itens e a GDS-10 ( $\rho = -0,515$ ,  $p = 0,002$ ).

No que concerne ao programa de EC, foi observada uma associação significativa e de magnitude moderada entre a idade e as diferenças na pontuação do MoCA ( $\rho = -0,414$ ,  $p = 0,036$ ). No entanto, não foram encontradas associações significativas entre a idade e as diferenças na qualidade de vida ( $\rho = -0,025$ ,  $p = 0,902$ ) ou entre a idade e as diferenças na sintomatologia depressiva ( $\rho = -0,128$ ,  $p = 0,533$ ). O nível de escolaridade não estabeleceu uma correlação significativa com as diferenças nos resultados de interesse (MoCA:  $\rho = 0,178$ ,  $p = 0,385$ ; GDS-10:  $\rho = -0,048$ ,  $p = 0,816$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = -0,331$ ,  $p = 0,099$ ). Também se verificou a ausência de correlações significativas em relação às diferenças nos resultados de interesse e a fragilidade (MoCA:  $\rho = -0,028$ ,  $p = 0,894$ ; GDS-10:  $\rho = -0,132$ ,  $p = 0,294$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = 0,101$ ,  $p = 0,622$ ) e, ainda, entre o desempenho nas AIVD e as diferenças nos resultados de interesse (MoCA:  $\rho = 0,047$ ,  $p = 0,821$ ; GDS-10:  $\rho = 0,055$ ,  $p = 0,790$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = 0,167$ ,  $p = 0,414$ ).

Todavia, salienta-se a existência de uma correlação negativa forte, estatisticamente significativa, entre as pontuações do WHOQOL-OLD de oito itens e GDS-10 ( $\rho = -0,721$ ,  $p = 0,002$ ).

### **Satisfação dos participantes com os Programas de TR e EC**

Pela análise dos resultados relativos à satisfação com os programas aplicados e a assiduidade, destaca-se que, em ambos os programas, os níveis de satisfação são elevados (tabela 24), não só em termos globais, mas especificamente, com cada um dos programas em concreto, com a forma como foram aplicados e os equipamentos utilizados. É de salientar, ainda, que ambos os programas foram percebidos como sendo úteis.

A boa adesão aos programas é confirmada pela assiduidade que se apresenta acima dos 85% (média de 12 em 14 sessões).

Importa ainda salientar que através do coeficiente de correlação Spearman se verificou, para o programa de TR, a existência de uma correlação positiva significativa de magnitude fraca entre assiduidade e satisfação total ( $\rho = 0,337$ ,  $p = 0,048$ ), não existindo uma correlação significativa entre satisfação total e assiduidade para o programa de EC ( $\rho = 0,115$ ,  $p = 0,672$ ).

Tabela 24 – Satisfação com Programa Aplicado (max = 20) e Assiduidade (max = 14).

	<b>Reminiscência</b> (n = 50)	<b>Estimulação cognitiva</b> (n = 26)
Satisfação total (1-20)	17,97 ( $\pm 2,27$ ; 13-20)	18,19 ( $\pm 4,04$ ; 4-20)
Satisfação com o programa(1-5)	4,58 ( $\pm 0,64$ ; 2-5)	4,69 ( $\pm 0,84$ ; 1-5)
Satisfação com a aplicação do programa (1-5)	4,54 ( $\pm 0,58$ ; 3-5)	4,62 ( $\pm 0,85$ ; 1-5)
Satisfação com os equipamentos (1-5)	4,46 ( $\pm 0,68$ ; 3-5)	4,58 ( $\pm 0,90$ ; 1-5)
Percepção sobre a utilidade do programa (1-5)	4,52 ( $\pm 0,65$ ; 3-5)	4,42 ( $\pm 1,14$ ; 1-5)
Assiduidade (max 14)	12,10 ( $\pm 2,74$ ; 3-14)	12,46 ( $\pm 1,68$ ; 9-14)

#### 5.4. DISCUSSÃO

Com este estudo piloto pretendeu-se avaliar a eficácia dos programas de reminiscência e de estimulação cognitiva na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas mais velhas, com fragilidade cognitiva, que frequentam estruturas de apoio comunitário.

Assim, no que diz respeito à cognição, ambas as intervenções revelaram um efeito benéfico, sendo de destacar que as melhorias se evidenciaram particularmente significativas ao nível da evocação diferida e, no caso da TR, verificaram-se ainda melhorias marginalmente significativas ao nível da nomeação.

Em estudos realizados anteriormente, a nível internacional, também se confirmaram os benefícios da TR na melhoria da função cognitiva (Melendez et al., 2015; Nawate, Kaneko, Hanaoka, & Okamura, 2007). Em Portugal, não são conhecidos outros estudos que avaliem a eficácia desta intervenção terapêutica em contextos de estruturas comunitárias. Contudo, é de salientar que os resultados do presente estudo corroboram os resultados divulgados em recentes revisões da literatura (Gil et al, 2018; Huang et al, 2015; Woods et al, 2018) que confirmam que a TR em grupo apresenta um potencial terapêutico na melhoria da função cognitiva em pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

No que respeita à EC, outros estudos, evidenciaram resultados estatisticamente significativos no que concerne aos vários domínios da cognição. No estudo de Paddick et

al., (2017), conclui-se que a EC promove uma melhoria significativa a nível de alguns domínios da cognição, nomeadamente, a linguagem, a memória e a capacidade de aprendizagem. Também no estudo de Macedo et al. (2015) se confirmou a melhoria na linguagem e na memória associado à implementação de um programa de estimulação cognitiva. Os autores reforçam que os efeitos são mais persistentes nas pessoas mais velhas que vivem com as suas famílias quando comparados com os participantes institucionalizados, atendendo a que o contexto comunitário confere uma maior estimulação cognitiva e sensorial.

Em estudos realizados em Portugal, nomeadamente, no estudo de Apóstolo, Cardoso, Paúl, Rodrigues e Macedo (2015), em que também foi implementado o programa 'Fazer a Diferença', apesar de não se terem confirmado diferenças estatisticamente significativas, foram observadas melhorias clínicas no desempenho cognitivo.

Tanto a TR como a EC se baseiam na estimulação cognitiva e sensorial que, na perspetiva de Nunes et al. (2014), promovem não só mudanças estruturais e funcionais no cérebro, mas também influenciam a neurogénese, opinião corroborada por Apóstolo et al. (2015), que referem que a estimulação cognitiva desacelera o declínio e promove a plasticidade cerebral. Segundo os mesmos autores, o efeito a nível cognitivo associado às atividades de estimulação cognitiva pode contribuir para retardar as manifestações clínicas da demência.

No que concerne ao programa de EC, foi ainda observada uma associação significativa e de magnitude moderada entre a idade e as diferenças na pontuação do MoCA, isto é, à medida que a idade avança o efeito do programa na cognição é menor, o que remete para a importância da implementação desta intervenção terapêutica em fases mais precoces do envelhecimento fomentando o potencial da EC na prevenção do declínio cognitivo.

Os resultados do presente estudo não fornecem evidência que permita afirmar sobre o efeito, estatisticamente significativo, dos programas de TR e EC na sintomatologia depressiva, no entanto, observou-se uma melhoria clínica, com uma redução média das pontuações da GDS, sem, contudo, alcançar significância estatística.

Na comparação das duas intervenções terapêuticas relativamente ao número de pessoas que melhoraram, pioraram e mantiveram a sua condição na sintomatologia depressiva verificou-se que o programa de TR teve um impacto marginalmente significativo na redução dos sintomas depressivos em comparação com o programa de EC, sendo que 46% dos participantes da TR melhoraram neste domínio enquanto que no programa de EC as melhorias se situaram nos 27%.

A evidência científica tem revelado alguma inconsistência sobre o efeito da TR na sintomatologia depressiva. Nos estudos que integraram as revisões sistemáticas da literatura realizadas por Gil et al (2018) e Woods et al (2018), as alterações observadas ao nível da sintomatologia depressiva não se revelaram significativas com a implementação da TR em estruturas comunitárias, contudo, resultados contraditórios são revelados por Huang et al. (2015), confirmando os efeitos benéficos da TR na sintomatologia depressiva.

Quanto aos efeitos da EC nos sintomas depressivos, no estudo conduzido por Spector et al. (2003), os resultados obtidos não sugerem um impacto positivo. Da mesma forma, na investigação levada a cabo por Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011), também não se confirma a eficácia do programa 'Fazer a Diferença' nos sintomas depressivos e, o mesmo resultado se observa na investigação de Apóstolo et al. (2015), ainda que os autores considerem que a estimulação cognitiva pode ser útil na prevenção dos sintomas depressivos se incluída no seu plano de promoção da saúde.

No que se refere à qualidade de vida, no presente estudo, verifica-se uma melhoria estatisticamente significativa, avaliada com recurso à WHOQOL-OLD de 8 itens, apenas nos participantes do programa de TR. Também na investigação de Nakatsuka et al. (2015) se verificou uma melhoria na qualidade de vida associada à implementação da TR, conquanto os autores salientem que a implementação de um programa de EC também tenha contribuído para melhorar a qualidade de vida.

Um aspeto relevante a destacar neste estudo refere-se à correlação negativa verificada nos dois programas terapêuticos entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos, que confirma que a presença de sintomatologia depressiva tende a comprometer a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Esta associação significativa entre a depressão e uma pior qualidade de vida é igualmente confirmada por Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, K., Selbæ e Helvik (2015), o que faz compreender o caráter prioritário que devem ter as respostas eficazes no tratamento da depressão nesta faixa etária (Kabátová, Uríčková, & Botíková, 2014).

No que concerne às limitações do estudo, a perda de 33 participantes pode resultar numa condicionante desta investigação, uma vez que apenas 76 dos 109 adultos mais velhos que foram inicialmente selecionados efetuaram a avaliação final. O agravamento da condição clínica e/ou internamento hospitalar constituiu a principal causa da perda dos participantes.

Pode também ser considerada uma limitação o facto de não se ter tido em conta na análise dos resultados a toma de antidepressivos nos participantes, pelo que se considera que, em futuros estudos, esta variável deve ser controlada.

## **5.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Os programas de TR e EC implementados nesta investigação constituem-se como intervenções de saúde complexas que foram construídos de modo a dar resposta às necessidades das pessoas mais velhas com fragilidade cognitiva. O que se procurou com este estudo foi avaliar a sua eficácia na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida.

Assim, da análise dos resultados, podemos inferir que ambas as intervenções se revelam eficazes na melhoria da cognição, sendo de destacar a importância da sua implementação precoce já que em idades mais avançadas a estimulação cognitiva se mostra menos eficaz.

Ainda que nos sintomas depressivos os resultados desta investigação não confirmem melhorias estatisticamente significativas, o potencial terapêutico destas intervenções foi visível na redução das pontuações da GDS e, concretamente na TR, quase metade dos participantes apresentaram uma melhoria nesta condição clínica.

Os resultados do presente estudo sustentam, ainda, os benefícios da TR na qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Perante o exposto, podemos deduzir que as intervenções que se focam na estimulação das funções cognitivas (tais como a estimulação cognitiva e a reminiscência) deverão ser iniciadas o mais precocemente possível, quando o declínio ainda apresenta um potencial de reversibilidade que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas, incluindo, necessariamente, as pessoas com fragilidade cognitiva.

Considerando o potencial terapêutico das intervenções grupais implementadas neste estudo, os profissionais de saúde, em concreto os enfermeiros, deverão considerar a sua inclusão na abordagem terapêutica aos adultos mais velhos que procuram estruturas de apoio comunitário.

A incrementação destas intervenções terapêuticas deverá, preferencialmente, considerar o ambiente onde a pessoa reside, com o envolvimento da respetiva família, como um contexto privilegiado de cuidados centrados na pessoa, numa perspetiva de proximidade, em articulação com os vários serviços e, eventualmente, os municípios.

Atendendo a que em Portugal, até ao momento, não existiam investigações focadas na eficácia de um programa estruturado de TR em grupo, dirigido a pessoas mais velhas com declínio cognitivo, em contexto de estruturas de apoio comunitário, este estudo piloto constitui um ponto de partida para a realização de novas investigações com amostras mais amplas e desenhos mais robustos, tais como estudos controlados randomizados.

A realização de novos estudos deverá abranger pessoas de faixas etárias inferiores, com quadros de declínio cognitivo em fases iniciais, que permitam explorar o potencial terapêutico de ambas as intervenções na prevenção da evolução do declínio cognitivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo J, Cardoso D. (2012). Operacionalização do programa de estimulação cognitiva em idosos “Fazer a diferença”. Coimbra, Portugal: Autor
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Paúl, C., Rodrigues, M. A., & Macedo, M. S. (2015). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. *Enfermagem Clínica*, 26(2), 111-120 doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.008
- Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Holland, C., & Cano, A. (2018a). *One small step in frailty research, a giant leap in evidence based practice. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(1), 1–3. doi: 10.11124/jbisrir-2017-003672
- Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Reis, I., Henriques, S., & Correia, C. (2018b). Screening capacity of Geriatric Depression Scale with 10 and 5 items. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (16), 29-38. doi: 10.12707/RIV17062
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193–201. doi: 10.12707/RIII11104
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6 Item Cognitive Impairment Test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199911)14:11<936::aid-gps39>3.0.co;2-1
- Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., ... Vellas, B. (2016). Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the*

- American Medical Directors Association, 17(3), 188–192. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.016
- Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J., & Fernandes, L. (2014). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(8), 951–960. doi: 10.1111/ggi.12373.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Elias MFA, País Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C, Martins T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Leal I, Pais-Ribeiro J, Silva I, Marques S (eds.) *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em psicologia e saúde*. Lisboa, Portugal: ISPA edições; p. 218-20.
- Feng, L., Zin Nyunt, M. S., Gao, Q., Feng, L., Yap, K. B., & Ng, T.-P. (2017). Cognitive Frailty and Adverse Health Outcomes: Findings from the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), 252–258. doi: 10.1016/j.jamda.2016.09.015
- Field, A. (2004). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. Sage Publication.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37–43. doi: 10.1097/wad.0b013e3182420bfe
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. doi: 10.1080/13803395.2011.589374.
- Gil, I., Bobrowicz-Campos, E., Costa, P., Sousa, L. B., Vilar, M., & Apóstolo, J. Development and psychometric validation of a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults from day centers and nursing homes: An analysis using the Rasch model. Submetido para publicação.
- Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (15), 121-130. doi: 10.12707/RIV17052

- Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Bobrowicz-Campos, E., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018). The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (19), 147-158. doi: 10.12707/riv18032
- Gil, I., Bobrowicz-Campos, E., Costa, P., Sousa, L. B., Vilar, M., & Apóstolo, J. Development and psychometric validation of a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults from day centers and nursing homes: An analysis using the Rasch model. (Submetido para publicação *Journal of Geriatric Nursing*).
- Gobbens, R. J. J., van Assen, M. A. L. M., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. *Journal of the American Medical Directors Association, 11*(5), 344–355. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.003
- Huang, H.-C., Chen, Y.-T., Chen, P.-Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y.-L., & Chiu, H.-Y. (2015). *Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People with Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Journal of the American Medical Directors Association, 16*(12), 1087–1094. doi: 10.1016/j.jamda.2015.07.010
- Kabátová, O., Uričková, A., & Botíková, A. (2014). Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 5*(3), 105-111. doi: 10.15452/cejnm.2014.05.0004
- Kelaiditi, E., Cesari, M., Canevelli, M., Abellan van Kan, G., Ousset, P.-J., Gillette-Guyonnet, S., ... Vellas, B. (2013). Cognitive frailty: Rational and definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 17*(9), 726–734. doi: 10.1007/s12603-013-0367-2
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Kergoat, M.-J., Chassé, K., Dupuis, G., & Bherer, L. (2012). The multiple dimensions of frailty: physical capacity, cognition, and quality of life. *International Psychogeriatrics, 24*(09), 1429–1436. doi: 10.1017/s1041610212000634
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist, 9*(3 Part 1), 179–186. doi: 10.1093/geront/9.3\_part\_1.179
- Macedo, L.D., De Oliveira, T. C., Soares, F. C, Bento-Torres, J., Bento-Torres, N. V. O., Anthony, D. C., & Picanço-Diniz, C. W. (2015). Beneficial effects of multisensory and

- cognitive stimulation in institutionalized elderly: 12- months follow-up. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1351-1360 doi: 10.2147/CIA.S80997
- Melendez, J. C., Torres, M., Redondo, R., Mayordomo, T., & Sales, A. (2015). Effectiveness of follow-up reminiscence therapy on autobiographical memory in pathological ageing. *International Journal of Psychology*, 52(4), 283–290. doi: 10.1002/ijop.12217
- Nakatsuka, M., Nakamura, K., Hamanosono, R., Takahashi, Y., Kasai, M., Sato, Y., & Meguro, K. (2015). A Cluster Randomized Controlled Trial of Nonpharmacological Interventions for Old-Old Subjects with a Clinical Dementia Rating of 0.5: The Kurihara Project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(2), 221-232. doi: 10.1159/000380816
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Nawate, Y., Kaneko, F., Hanaoka, H., & Okamura, H. (2007). Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home: A Preliminary Report. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26(3), 57-68. doi: 10.1080/J148v26n03\_04
- Nunes, M. V. S., Pinho, A. A., Campos, H. M., Abreu, P., Gonçalves, I. P., & Caldas, A. C. (2014). Cognitive output of a neuropsychological stimulation program in an elderly day care center with low educated participants: An observational study. *Dement Neuropsychol*, 8(2), 162-168 doi: 10.1590/S1980-57642014DN82000012
- Paddick, S. M., Mkenda, S., Mbowe, G., Kisoli, A., Gray, W. K., Dotchin, C. L., ... Walker, R. W. (2017). Cognitive stimulation therapy as a sustainable intervention for dementia in sub-Saharan Africa: feasibility and clinical efficacy using a stepped-wedge design. *International Psychogeriatrics*, 29(6), 979-989 doi: 10.1017/S1041610217000163
- Paiva, D., & Apóstolo, J. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do Six Item Cognitive Impairment Test. In J. Apóstolo & M. Almeida (Eds.), *Elderly Health Care Nursing* (pp. 3-18). Coimbra, Portugal: ESEnC, UICISA: E.
- Panza, F., Solfrizzi, V., Barulli, M. R., Santamato, A., Seripa, D., Pilotto, A., & Logroscino, G. (2015). Cognitive Frailty: A Systematic Review of Epidemiological and

- Neurobiological Evidence of an Age-Related Clinical Condition. *Rejuvenation Research*, 18(5), 389–412. doi: 10.1089/rej.2014.1637
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214. doi: 10.1007/s11136-005-7380-9
- Robertson, D. A., Savva, G. M., & Kenny, R. A. (2013). Frailty and cognitive impairment - A review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 840–851. doi: 10.1016/j.arr.2013.06.004
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Bases para a Definição de Políticas Públicas na Área das Demências*. Lisboa, Portugal. Recuperado de: <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Documents/Bases%20para%20a%20Defini%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20na%20%C3%81rea%20das%20Dem%C3%AAncias.pdf>
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). *Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311–339. doi: 10.1159/000437299
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2006). Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia. London, UK: Hawker Publications.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248–254. doi: 10.1192/bjp.183.3.248
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.cd005562.pub2
- Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub3
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1)

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*, 17(1): 37-49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4



## **CAPÍTULO 6 – EFICÁCIA DA TERAPIA DE REMINISCÊNCIA NA COGNIÇÃO, NOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS MAIS VELHAS EM CONTEXTO DE ESTRUTURAS RESIDENCIAIS - UM ESTUDO PILOTO COM DESENHO QUASE-EXPERIMENTAL**

---

### **RESUMO**

A institucionalização pode levar a uma perda gradual de papéis e objetivos sociais e, em consequência desta condição, as pessoas mais velhas podem ser afetadas por um conjunto de limitações que interferem na sua capacidade de aprendizagem, autoestima e, ainda, nas capacidades de relacionamento. Esta realidade está fortemente associada com o aumento do declínio cognitivo e da sintomatologia depressiva entre as pessoas mais velhas institucionalizados, diminuindo a sua qualidade de vida percebida.

**Objetivo:** O objetivo do presente estudo consistiu em analisar a eficácia da Terapia de Reminiscência grupal na cognição, nos sintomas depressivos e na qualidade de vida das pessoas mais velhas em contexto de estruturas residenciais.

**Método:** O programa de Terapia da Reminiscência, composto pela vertente principal e pela vertente de manutenção, foi aplicado a participantes voluntários clinicamente estáveis, com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados clínicos relevantes foram avaliados em três momentos com recurso ao *Montreal Cognitive Assessment*, a Escala de Depressão Geriátrica com 10 itens e a versão curta da escala *World Health Organization Quality of Life* - módulo para adultos mais velhos.

**Resultados:** Das 50 pessoas mais velhas incluídas na avaliação inicial (32 mulheres e 18 homens, com idade média de  $83,32 \pm 7,76$ , e escolaridade média de  $5,48 \pm 4,05$ ), 35 (idade média:  $84,17 \pm 7,46$ , escolaridade média de  $6,14 \pm 4,49$ ) completaram a vertente principal e 28 (idade média:  $84,25 \pm 7,66$ , escolaridade média de  $6,18 \pm 4,57$ ) completaram a vertente de manutenção. Verificou-se, de uma forma global, uma estabilização no desempenho cognitivo. A ausência de alterações significativas também se confirmou em relação à sintomatologia depressiva e à qualidade de vida.

**Conclusões:** Embora não se confirme, em termos globais, uma melhoria significativa da função cognitiva, sintomatologia depressiva e qualidade de vida das pessoas mais velhas, os resultados deste estudo demonstram o potencial da TR na estabilização destes resultados do ponto de vista clínico e com melhorias em alguns domínios cognitivos.

**Palavras-chave:** pessoas mais velhas, reminiscência, declínio cognitivo, depressão, qualidade de vida, estudo de eficácia

## 6.1. INTRODUÇÃO

De acordo com as projeções atuais, prevê-se que o rácio de dependência de pessoas mais velhas na União Europeia (UE) aumente de 29,6% em 2016 para 51,2% em 2070 (Directorate-General for Economic and Financial Affairs of the European Commission, 2018). Este facto implica enormes alterações demográficas, com impacto social e económico significativo marcado pelo aumento das despesas públicas.

Não menos importante, as tendências de aumento da população mais velha estão associadas a um aumento das taxas de fragilidade e morbilidade, responsáveis pela condição de dependência de terceiros (Lindgren, 2016). Este cenário também pode encorajar o aumento persistente de doenças crónicas degenerativas, tais como as perturbações neurocognitivas. Naturalmente, uma condição de saúde complexa associada a níveis elevados de dependência conduz frequentemente a uma necessidade de cuidados de saúde de longa duração (Lindgren, 2016).

Na UE, uma grande maioria dos cuidados de saúde de longa duração é prestada por cuidadores informais, tais como familiares e amigos (Directorate-General for Economic and Financial Affairs of the European Commission, 2018). No entanto, a prestação de cuidados informais está a tornar-se mais exigente, intimamente associado a fatores como o envelhecimento tendencioso dos cuidadores informais, as mudanças na estrutura e nos papéis familiares, e o ónus económico dos orçamentos familiares que desafiam o conceito de cuidados em estruturas residenciais (Lindgren, 2016).

Torna-se igualmente importante mencionar que alguns cenários complexos e exigentes de cuidados informais podem ter um impacto negativo no estado de saúde dos familiares/cuidadores, marcado pelo desgaste significativo, com implicações na capacidade de cuidar e de assegurar a sua própria atividade profissional, podendo, ainda, desencadear sentimentos de crítica e distanciamento entre a família e a pessoa mais velha ao seu cuidado (Spruytte, Audenhove, Lammertyn, & Storms, 2002). Esta realidade resulta frequentemente na institucionalização, privando as pessoas mais velhas da sua integridade social, com reflexos ao nível da qualidade de vida (Gil et al., 2019; Luppá et al., 2009). Na verdade, o declínio cognitivo e funcional pode constituir a principal causa de institucionalização das pessoas mais velhas devido à dificuldade de apoio e de assistência nas necessidades de vida diária (Agüero-Torres, Von Strauss, Viitanen,

Winblad, & Fratiglioni, 2001; Luppá et al., 2009), prestados por um cuidador informal ou por serviços de saúde comunitários (Gil et al., 2018).

A institucionalização pode constituir-se como uma resposta social, contudo, associa-se, muitas vezes, a uma perda gradual de papéis e objetivos sociais, e os adultos mais velhos podem ser afetados por um conjunto de condicionantes que interferem fortemente na sua capacidade de aprendizagem, autoestima, capacidades de relacionamento (Gil et al., 2019). Esta realidade está, ainda, fortemente associada com o aumento do declínio cognitivo e sintomatologia depressiva entre as pessoas institucionalizadas, diminuindo a sua qualidade de vida percebida.

Um estudo recente confirma precisamente este facto, já que os indivíduos que residiam em lares apresentaram um declínio cognitivo significativamente mais rápido (Harsányiová & Prokop, 2018). Neste prosseguimento, Volkers e Scherder (2011), apontam o ambiente empobrecido das estruturas residenciais para as pessoas mais velhas, com uma escassa oferta em termos de atividades físicas e sociais, como sendo uma provável causa de a institucionalização agravar o declínio cognitivo.

Por sua vez, as evidências mostram que as tradicionais intervenções farmacológicas não invertem o compromisso da função cognitiva (Rodakowski, Saghafi, Butters, & Skidmore, 2015), pelo que, nos últimos anos, os interesses investigacionais se dirigem também para as intervenções não-farmacológicas (Rodakowski et al, 2015).

Entre estas intervenções, a terapia de reminiscência (TR) tem sido considerada potencialmente benéfica para pessoas mais velhas com declínio cognitivo (Cammisuli, Danti, Bosinelli, & Cipriani, 2016), assentando na recuperação de memórias emocionalmente significativas com a ajuda de estímulos multissensoriais, de uma forma empática e acolhedora. A TR, por conseguinte, encoraja as pessoas mais velhas a reavaliarem os seus percursos de vida, reforçando a perceção da sua própria identidade (Cammisuli et al., 2016).

No entanto, o desenvolvimento e a validação de programas de TR utilizados em estudos internacionais nem sempre são bem definidos, o que pode justificar alguns dos resultados contraditórios encontrados em vários estudos de eficácia (Gil et al., 2019). Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a eficácia de um programa estruturado de Terapia de Reminiscência grupal na cognição, nos sintomas depressivos e na qualidade de vida em pessoas mais velhas que vivem em estruturas residenciais.

## **6.2. MÉTODO**

### ***Desenho do estudo***

Trata-se de um estudo piloto, com desenho quase-experimental com um único grupo, realizado entre setembro de 2017 e março de 2018, com recrutamento de uma amostra por conveniência em cinco estruturas residenciais para idosos da região centro de Portugal.

### ***Participantes***

A amostra do estudo foi composta por residentes em lares, com 65 anos de idade ou mais. Para serem elegíveis para este estudo, os participantes tinham de possuir suficientes competências visuais e auditivas para participar ativamente nas atividades do programa de TR e a capacidade de permanecer nas sessões, com duração de aproximadamente uma hora. Tinham, igualmente, de ser capazes de conceder o seu consentimento para participar no estudo. Foram excluídos os participantes que se apresentavam clinicamente instáveis, concretamente com agitação psicomotora, possuíam declínio cognitivo severo e tomavam inibidores da colinesterase e/ou medicação antipsicótica no momento do recrutamento.

### ***Intervenção***

Todas as pessoas elegíveis foram convidadas a participar no programa de TR com 14 semanas de duração (Gil et al., 2017). Durante as primeiras sete semanas, aplicou-se a Vertente Principal do programa composto por 14 sessões que foram realizadas duas vezes por semana, em grupos de seis a oito participantes. Após completarem a Vertente Principal do programa, os participantes foram integrados na Vertente de Manutenção, com duração de sete semanas. Também neste caso, as sessões foram realizadas em grupos, mas apenas uma vez por semana.

As sessões da TR tiveram a duração de 60 minutos e foram estruturadas em três partes. Os primeiros 15 minutos serviram para a apresentação do tema da sessão. Em seguida, os participantes foram convidados a participar em atividades que se focaram num determinado período de vida (infância, tempo de escola, adolescência, vida profissional, etc.), destacando momentos privados, costumes e tradições ou acontecimentos históricos importantes dessa época. Foram também encorajados a refletir sobre assuntos específicos relacionados com o tema da sessão, apresentado pelo dinamizador da sessão. Esta parte durou 35 minutos e teve como principal objetivo criar oportunidades para a recuperação de memórias autobiográficas. Os últimos 10 minutos foram dedicados ao encerramento da sessão, incluindo um momento de relaxamento com técnicas de respiração abdominal. O programa implementado foi construído e validado por Gil et al.

(2017) e todo o processo de construção, validação e estrutura do programa encontra-se descrito no capítulo 3 desta tese.

Tanto a Vertente Principal como a Vertente de Manutenção foram realizados por enfermeiros devidamente formados na implementação de intervenções não-farmacológicas pela equipa de investigação. Cada sessão foi conduzida por dois dinamizadores. Um deles assumiu o papel de líder, organizando o trabalho do grupo e maximizando o seu potencial. O outro desempenhou o papel de moderador, auxiliando as pessoas mais velhas com dificuldades em ouvir, ver ou entender as instruções fornecidas pelo líder, e encorajando os participantes menos ativos a participarem em discussões ou atividades. Os profissionais responsáveis pela execução da intervenção receberam um manual estruturado que continha informações sobre os princípios fundamentais da TR, descrevendo em pormenor todas as sessões do programa e apresentando exemplos de tópicos para discussão no âmbito do tema principal da sessão. Também receberam um dispositivo com materiais em formato digital como suporte para o desenvolvimento das atividades. Apesar da existência destes recursos, os dinamizadores poderiam propor novos tópicos, de acordo com o interesse manifestado pelos participantes e utilizar estímulos multissensoriais de modo a facilitar o acesso às memórias autobiográficas.

Os enfermeiros que conduziram a intervenção faziam parte das equipas dos lares tendo sido encorajados também outros profissionais (psicólogos e pedagogos) e, ainda, estudantes dos últimos semestres do curso de licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de enfermagem de Coimbra, a envolver-se no planeamento e condução das sessões de TR.

Os recursos necessários para cada sessão incluíram um computador e um projetor para permitir o uso de material de suporte digital, bem como os objetos correspondentes aos temas em discussão (brinquedos antigos, fotografias, instrumentos musicais, diários, utensílios de cozinha ou jardinagem, discos de vinil, etc.). O manual incluía uma lista pormenorizada de todos os recursos necessários e das atividades complementares.

### ***Instrumentos de avaliação***

A triagem foi realizada com base na entrevista semiestruturada e no Teste de Declínio Cognitivo de 6 itens (6-CIT). O objetivo da entrevista foi obter dados sobre o estado clínico do potencial participante bem como da medicação que tinha prescrita. O 6-CIT foi usado para detetar sintomas de declínio cognitivo grave. Este teste, já descrito anteriormente, foi utilizado como instrumento de rastreio já que se pretendia integrar neste estudo as pessoas mais velhas com declínio ligeiro a moderado sendo excluídas as pessoas com

pontuação > 21, já que este resultado indica que nenhuma das competências cognitivas avaliadas pelo 6-CIT permanece preservada

Os resultados de interesse (*outcomes*) incluíram a cognição, a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida e foram avaliados, respetivamente, através da *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2011), a Escala de Depressão Geriátrica de 10 itens (GDS-10) (Apóstolo et al., 2014) e a versão curta da escala *World Health Organization Quality of Life* - módulo para adultos mais velhos (WHOQOL-OLD de 8 itens) (Gil et al., submetido para publicação). O processo de avaliação durou cerca de 30 minutos. Todos estes instrumentos foram apresentados pormenorizadamente no capítulo anterior desta tese em que os resultados de interesse eram coincidentes, contudo, o contexto de cuidados e as características da população distintas.

Os dados sobre os resultados de interesse foram recolhidos em três momentos, antes da implementação da Vertente Principal (avaliação inicial), após a conclusão do Vertente Principal e antes do início da Vertente de Manutenção (avaliação intermédia) e no final da Vertente de Manutenção (avaliação final).

### **Procedimentos**

Depois de devidamente informados sobre a investigação, os membros das equipas das estruturas residenciais identificaram os potenciais participantes. Posteriormente, as pessoas mais velhas que mostraram disponibilidade para integrar o estudo foram contactadas pessoalmente pela equipa de investigação. Nesse momento, os potenciais participantes receberam informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Todas as pessoas que decidiram integrar o estudo foram convidadas a assinar o termo de consentimento livre e informado e, em seguida, foram encaminhados para a avaliação de rastreio. Após a averiguação dos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a avaliação inicial. Em seguida, implementou-se o programa de TR composto pela Vertente Principal e a Vertente de Manutenção. No final da Vertente Principal, realizou-se a avaliação intermédia, enquanto a avaliação final se realizou após a conclusão da Vertente de Manutenção. A todas as pessoas que não cumpriram os critérios de inclusão foi oferecida a possibilidade de participar num grupo de conversas temáticas.

### **Considerações éticas**

O estudo respeitou os princípios da Declaração de Helsinkia e as suas recomendações e foi aprovado pela Comissão de Ética, parecer N° 433-06/2017 (Anexo VI). Cada instituição participante deu autorização formal para o desenvolvimento do estudo. Além disso, o plano das sessões da TR considerou o plano de atividades semanal definida para cada instituição. Todos os potenciais participantes foram informados sobre os objetivos e

métodos, os potenciais riscos e benefícios do estudo. Foram também assegurados de que a sua participação no estudo era voluntária e que o anonimato da sua identidade e a confidencialidade dos dados obtidos seriam preservados. Todas as pessoas que concordaram em participar no estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado (anexo VII).

De forma a preservar o anonimato dos participantes, foi atribuído um código não identificável por terceiros, mediante a oferta aos participantes de um cartão único e intransmissível que foi solicitado nos momentos de avaliação. Os instrumentos de avaliação foram codificados e armazenados separadamente do consentimento informado.

### *Análise de dados*

Os dados foram analisados com o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 24,0. Através da estatística descritiva caracterizou-se a amostra do estudo, apresentando os dados de avaliação com a média  $\pm$  desvio padrão bem como com o mínimo e máximo quando na apresentação das tabelas para variáveis contínuas ou, frequências (%) para variáveis categóricas.

Dado que as variáveis de interesse a serem analisadas não seguiam uma distribuição normal, as comparações entre a avaliação pré-intervenção e pós-intervenção foram testadas através de métodos não-paramétricos (teste de Wilcoxon). Analogamente, os testes não-paramétricos de Mann-Whitney e do Qui-Quadrado foram utilizados para realizar as comparações entre subgrupos. O tamanho do efeito foi estimado de acordo com a seguinte fórmula:  $r = Z / \sqrt{N}$  (Field, 2004), considerando que quando  $r \geq |0,2|$  e  $< |0,5|$  representa um tamanho de efeito pequeno, quando  $r \geq |0,5|$  e  $< |0,8|$  representa um tamanho de efeito médio, e quando  $r \geq |0,8|$  representa um tamanho do efeito grande (Cohen, 1988).

As associações entre as variáveis contínuas foram analisadas com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ). Para análise das correlações considerando as diferenças nos resultados de interesse foram utilizadas as seguintes fórmulas: (i) diferença após a Vertente Principal = valor de avaliação inicial – valor de avaliação intermédia; e (ii) diferença após a Vertente de Manutenção = valor de avaliação intermédia – valor de avaliação final. Foram consideradas associações fracas para coeficientes inferiores a  $\pm 0,4$ , associações moderadas para coeficientes que variam entre  $\pm 0,4$  e  $\pm 0,69$ , e associações fortes para coeficientes que variam entre  $\pm 0,7$  e  $\pm 0,89$ . Os restantes valores (iguais ou superiores a  $\pm 0,9$ ) foram considerados como indicadores de associações muito fortes (Pestana & Gageiro, 2005).

Um valor  $p$  igual ou inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo e “marginalmente significativo” para um valor  $p$  igual ou inferior a 0,10.

### 6.3. RESULTADOS

O fluxo de progressão dos participantes durante o estudo está apresentado na Figura 6.

No total, 60 pessoas mais velhas foram sujeitas a triagem por critérios de inclusão e exclusão, dos quais 41 (32 mulheres e 18 homens, com idade média de  $83,32 \pm 7,76$  e média de escolaridade de  $5,48 \pm 4,05$ ) foram consideradas elegíveis para o estudo e integrados no programa de TR. A Vertente Principal foi completada por 37 participantes. A razão principal de abandono durante o período do Programa Principal foi a transferência para outra instituição (7 pessoas). Para garantir a robustez das análises, estabeleceu-se também o número mínimo de sessões, e excluíram-se do tratamento estatístico os dados obtidos pelas pessoas mais velhas que participaram em menos de 30% das sessões da Vertente Principal (ou seja, quatro sessões ou menos). Tendo em conta a assiduidade, o número final de participantes considerado na análise foi 35. Estes 35 participantes frequentaram, em média, 11 das 14 sessões da Vertente Principal ( $11,46 \pm 2,89$ ; intervalo: 5-14).

Dos 35 participantes que concluíram a Vertente Principal e participaram na avaliação intermédia, apenas 30 completaram a Vertente de Manutenção. Duas pessoas não concluíram a Vertente de Manutenção devido a transferência institucional, e outros três por razões desconhecidas. Relativamente à assiduidade, dois participantes frequentaram duas ou menos sessões (menos de 30% das sessões do Programa de Manutenção), portanto, os seus dados não puderam ser considerados em análises posteriores. Como resultado, o impacto da Vertente de Manutenção foi avaliado com base em dados obtidos de 28 participantes. Em média, estes 28 participantes estiveram presentes em seis das sete sessões do Programa de Manutenção ( $5,71 \pm 1,08$ ; intervalo: 4-7).

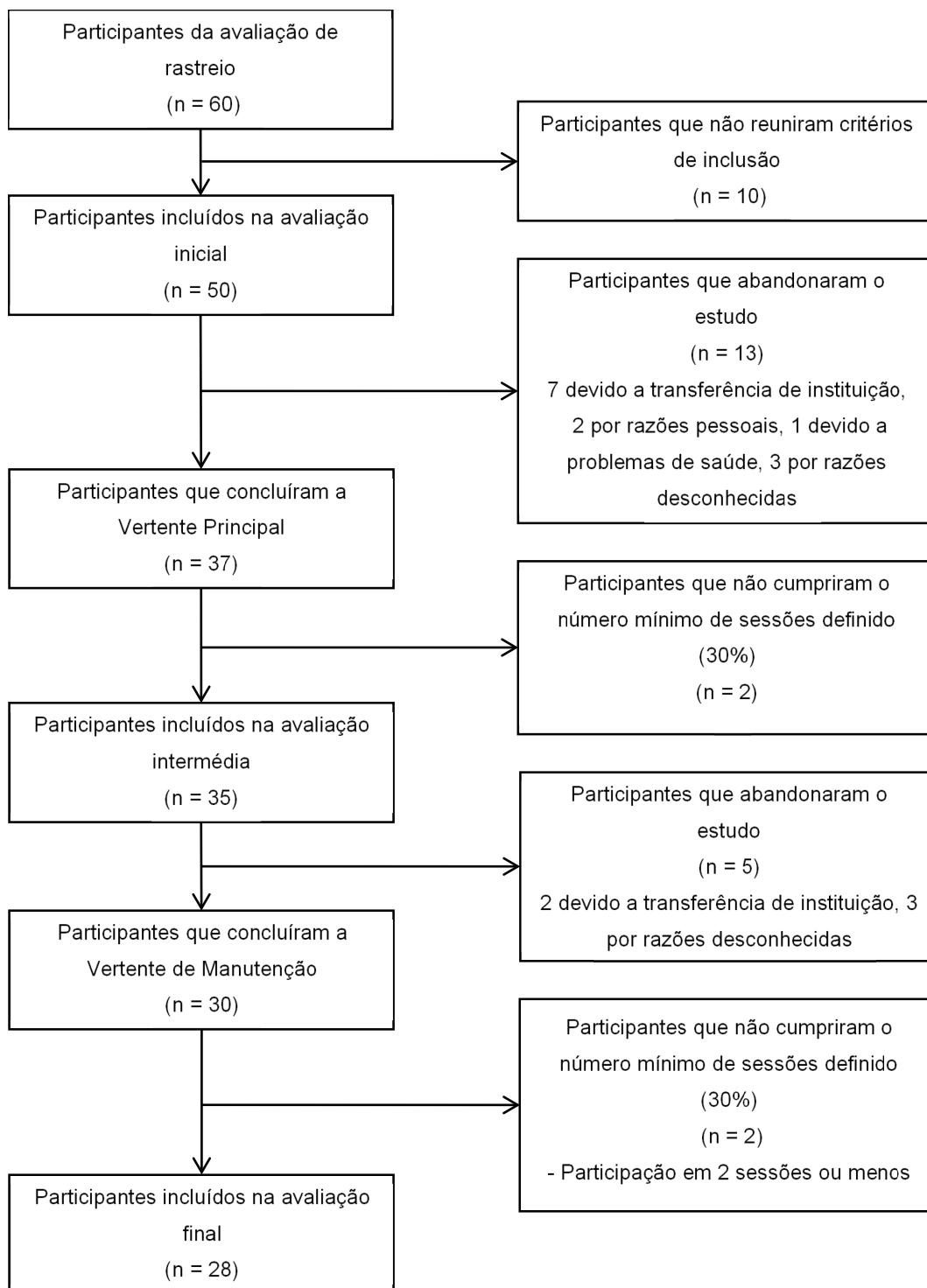


Figura 6 – Fluxograma de progressão dos participantes durante o estudo.

### **Caraterização dos participantes**

Os dados de estatística descritiva das pessoas mais velhas que completaram a intervenção terapêutica e que estiveram presentes em pelo menos 30% das sessões do programa *versus* as que abandonaram o estudo ou não frequentaram a quantidade mínima de sessões exigida está apresentada na Tabela 25.

Tabela 25 – Caracterização dos participantes que concluíram os programas e Terapia de Reminiscência versus dos que abandonaram o estudo e/ou não participaram no número mínimo de sessões do programa.

	Vertente Principal (n = 35)		p	Vertente de Manutenção (n = 28)		p
	Participantes que concluíram o programa (n = 35)	Participantes que abandonaram o estudo e/ou não participaram no número mínimo de sessões (n = 15)		Participantes que concluíram o programa (n = 28)	Participantes que abandonaram o estudo e/ou não participaram no número mínimo de sessões (n = 7)	
Género (masculino/feminino)	13/22	5/10	0,797	11/17	2/5	0,600
Idade (M±DP; min - max)	84,17±7,46; 65-94	81,33±8,32; 67-97	0,165	84,25±7,66; 65-94	83,86±7,18; 72-91	0,788
Nível de escolaridade (M±DP; min - max)	6,14±4,49; 0-17	3,69±1,60; 0-6	0,088	6,18±4,57; 0-17	6,00±4,47; 4-16	0,899
Estado civil (%)	20% casado, 5,7% divorciado, 20% solteiro, 54,3% viúvo	40% casado, 7% solteiro, 53% viúvo	0,303	21,4% casado, 7,1% divorciado, 14,3% solteiro, 5,1% viúvo	14% casado, 43% solteiro, 43% viúvo	0,371
Institucionalização em meses completos (M±DP; min - max)	32,26±34,42; 0-142	21,00±3,08; 0-120	<b>0,042*</b>	21,28±25,73; 0-108	42,00±54,51; 1-142	0,983
6-CIT pontuação (M±DP; min - max)	11,37±6,40; 0-21	9,53±5,58; 0-21	0,349	11,86±5,94; 0-21	9,43±,24; 0-19	0,482
MoCA pontuação (M±DP; min - max)	14,26±5,34; 5-28	13,60±6,31; 3-23	0,799	13,50±5,15; 5-28	17,29±5,38; 9-24	0,112
GDS-10 pontuação (M±DP; min - max)	3,03±3,05; 0-10	3,07±2,60; 0-9	0,584	2,96±2,99; 0-10	3,29±3,55; 0-9	0,867
8-item WHOQOL-OLD pontuação (M±DP; min - max)	27,63±5,24; 14-37	25,00±4,46; 17-31	0,114	2,68±4,38; 19-36	27,43±8,30; 14-37 <sup>b</sup>	0,804

M: média; DP Desvio Padrão; MoCA: Montreal Cognitive Assessment; GDS-10: escala de Depressão Geriátrica de 10 itens WHOQOL-OLD de 8 itens-versão curta do instrumento WHOQOL-OLD

\* Diferença significativa  $p < 0,05$  (teste de Mann-Whitney)

Apenas o período de institucionalização em meses apresentou diferenças estatisticamente significativas entre participantes que concluíram a Vertente Principal do programa e os que não concluíram. A utilização do teste de Mann-Whitney mostrou que os que concluíram e os que não concluíram a Vertente Principal não diferem significativamente em termos de idade, nível de escolaridade, pontuações do 6-CIT e pontuações obtidas na avaliação inicial com os testes MoCA, GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens ( $p > 0,05$ ). A ausência de diferenças estatisticamente significativas foi observada também nos que concluíram e nos que não concluíram a Vertente de Manutenção ( $p > 0,05$ ). Neste caso, na comparação dos grupos consideraram-se as variáveis idade, nível de escolaridade, período de institucionalização e as pontuações do 6-CIT, bem como os resultados da avaliação intermédia obtida nos testes MoCA, GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens.

O teste Qui-Quadrado foi utilizado para comparar os grupos relativamente às variáveis categóricas, neste caso, o género e o nível de escolaridade, tendo-se confirmado que os grupos, quer na Vertente Principal, quer na Vertente de Manutenção, eram semelhantes no que concerne a estes dados sociodemográficos (tabela 26).

### ***Impacto do Programa de Terapia de Reminiscência na cognição***

Foi usado o teste de Wilcoxon para analisar o efeito do programa na função cognitiva e, na avaliação intermédia não foram observadas diferenças significativas na pontuação do MoCA ( $Z = -0,863$ ,  $p = 0,366$ ), o mesmo se tendo verificado na avaliação final ( $Z = 0,122$ ,  $p = 0,903$ ). Também se verificou a ausência de alterações estatisticamente significativas com a implementação da Vertente Principal e da Vertente de Manutenção para a maioria dos subtestes do MoCA, que avaliam competências visuoespaciais e executivas (Vertente Principal:  $Z = 1,928$ ,  $p = 0,054$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = -1,537$ ,  $p = 0,124$ ), nomeação (Vertente Principal:  $Z = 0,500$ ,  $p = 0,617$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = -0,905$ ,  $p = 0,782$ ), abstração (Vertente Principal:  $Z = 0,688$ ,  $p = 0,491$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = 0,626$ ,  $p = 0,531$ ), linguagem (Vertente Principal:  $Z = -1,219$ ,  $p = 0,223$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = -1,428$ ,  $p = 0,153$ ), atenção (Vertente Principal:  $Z = 1,795$ ,  $p = 0,073$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = -0,744$ ,  $p = 0,457$ ) evocação diferida (Vertente Principal:  $Z = -0,785$ ,  $p = 0,433$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = 2,000$ ,  $p = 0,045$ ) e orientação (Vertente Principal:  $Z = -0,234$ ,  $p = 0,815$ ; Vertente de Manutenção:  $Z = -0,033$ ,  $p = 0,974$ ). No entanto, no caso das competências executivas e visuoespaciais ( $p = 0,054$ ) e da atenção ( $p = 0,073$ ) observou-se um aumento marginalmente significativo após a Vertente Principal do programa com tamanho do efeito pequeno ( $r = 0,326$ ,  $r = 0,303$ , respetivamente). Após a Vertente de Manutenção, verificou-se um aumento estatisticamente significativo ( $p = 0,045$ ) com tamanho de efeito pequeno ( $r = 0,378$ ) na evocação diferida.

### ***Impacto do Programa de Terapia de Reminiscência nos sintomas depressivos e qualidade de vida***

Os dados de estatística descritiva relacionados com a pontuação obtida nos testes GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens antes e depois da Vertente Principal e da Vertente de Manutenção estão apresentados na Tabela 26. A análise de variância das pontuações da GDS-10 e do WHOQOL-OLD de 8 itens, realizada através do teste de Wilcoxon, não mostrou alterações significativas desde a avaliação efetuada antes da Vertente Principal à avaliação efetuada após a conclusão deste programa (GDS-10:  $Z = -1,185$ ,  $p = 0,236$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $Z = -0,708$ ,  $p = 0,479$ ). Também não se verificaram diferenças

pré e pós-intervenção nestes dois resultados de interesse em relação à Vertente de Manutenção (GDS-10:  $Z = -0,122$ ,  $p = 0,903$ ; WHOQOL-OLD:  $Z = -0,885$ ,  $p = 0,376$ ).

Tabela 26 – Efeito do Programa de TR nos indicadores de interesse (outcomes).

	Vertente Principal (n = 35)			Vertente de Manutenção (n = 28)		
	Avaliação Pré- intervenção	Avaliação Pós- intervenção	<i>p</i>	Avaliação Pré- intervenção	Avaliação Pós- intervenção	<i>p</i>
MoCA pontuação total ( M±DP; min.-máx)	14,26±5,34; 5-28	14,71±6,20; 5-29	0,366	13,61±6,06; 5- 29	13,61±6,24; 1- 29	0,903
- visuoespacial/executiva	1,29±0,86; 0-4	1,63±1,50; 0-5	0,054	1,39±1,45; 0-5	1,11±1,13; 0-4	0,124
- nomeação	2,03±0,86; 0-3	2,09±0,92; 0-3	0,617	2,07±0,98; 0-3	1,96±1,14; 0-3	0,782
- abstração	0,77±0,84; 0-2	0,86±0,81; 0-2	0,491	0,71±0,76; 0-2	0,82±0,72; 0-2	0,531
- linguagem	1,86±0,77; 0-3	1,63±0,97; 0-3	0,223	1,54±1,00; 0-3	1,32±1,02; 0-3	0,153
- atenção	2,94±1,89; 0-6	3,51±1,77; 0-6	0,073	3,50±1,88; 0-6	3,18±1,85; 0-6	0,457
- evocação diferida	1,20±1,89; 0-5	1,03±1,62; 0-5	0,433	0,68±1,19; 0-5	1,36±1,81; 0-5	<b>0,045*</b>
- orientação	4,20±1,84; 0-6	4,14±2,05; 0-6	0,815	3,82±2,14; 0-6	3,79±2,18; 0-6	0,974
GDS-10 pontuação total ( M±DP; min.-máx)	3,03±3,05; 0-10	2,80±3,00; 0-10	0,236	3,00±3,22; 0-10	3,00±2,80; 0-9	0,903
WHOQOL-OLD 8-itens pontuação total ( M±DP; min.-máx)	27,63±5,24; 14-37	28,26±5,10; 17-39	0,479	28,04±5,37; 17-39	28,64±5,14; 16-39	0,376

M: média; DP Desvio Padrão; MoCA: Montreal Cognitive Assessment; GDS-10: escala de Depressão Geriátrica de 10 itens WHOQOL-OLD de 8 itens-versão curta do instrumento WHOQOL-OLD

\* Diferença significativa  $p < 0,05$  (teste Wilcoxon)

De uma forma mais detalhada, na tabela 27 descrevem-se e comparam-se o número de pessoas que melhoraram, pioraram ou mantiveram a sua condição na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida após a vertente principal e a vertente de manutenção do programa de TR, concluindo-se que não há diferenças significativas entre os resultados obtidos na vertente principal e na vertente de manutenção. Ainda assim, parece importante referir que ao nível da função cognitiva, em ambas as vertentes do programa, se verificou uma melhoria em cerca de 50% dos participantes. Resultados semelhantes foram confirmados ao nível da qualidade de vida.

Tabela 27 – Nº de pessoas que melhoraram, pioraram e mantiveram a condição clínica após a intervenção terapêutica na vertente principal e de manutenção.

	Vertente Principal (n = 35)			Vertente de Manutenção (n = 28)			p
	↑	↓	↔	↑	↓	↔	
GDS - 10	15 (42,9%)	7 (20%)	13 (37,8%)	9 (32,1%)	8 (28,6%)	11 (39,3%)	0,616
WHOQOL 8 itens	16 (45,7%)	15 (42,9%)	4 (11,4%)	14 (50%)	9 (32,1%)	5 (17,9%)	0,613
MOCA	19 (54,3%)	13 (37,8%)	3 (8,57%)	14 (50%)	9 (32,1%)	5 (17,9%)	0,543

**MoCA:** *Montreal Cognitive Assessment*; **GDS-10:** escala de Depressão Geriátrica de 10 itens **WHOQOL-OLD de 8 itens-** versão curta do instrumento WHOQOL-OLD

↑ Número (%) de pessoas que melhoraram após a intervenção

↓ Número (%) de pessoas que pioraram após a intervenção

↔ Número (%) de pessoas sem alterações após a intervenção

### **Correlações entre as variáveis clínicas e sociodemográficas e mudanças nos resultados de interesse**

O estudo das correlações realizado relativamente à Vertente Principal considerou as variáveis idade, nível de escolaridade e período de institucionalização, bem como alterações desde a avaliação inicial até à avaliação intermédia nas pontuações do MoCA, GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens. O desempenho cognitivo não revelou uma correlação significativa com a idade ( $\rho = 0,293$ ,  $p = 0,092$ ), nível de escolaridade ( $\rho = 0,106$ ,  $p = 0,550$ ) ou período de institucionalização ( $\rho = 0,107$ ,  $p = 0,547$ ). Também não se verificaram associações significativas na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida relativamente à idade ( $\rho = -0,071$ ,  $p = 0,689$ ;  $\rho = 0,257$ ,  $p = 0,142$ ), nível de escolaridade ( $\rho = -0,181$ ,  $p = 0,307$ ;  $\rho = 0,050$ ,  $p = 0,778$ ) e período de institucionalização ( $\rho = -0,207$ ,  $p = 0,240$ ;  $\rho = 0,110$ ,  $p = 0,535$ ), respetivamente.

Contudo, é de salientar a correlação negativa forte, estatisticamente significativa, entre as pontuações do WHOQOL-OLD de 8 itens e GDS-10 ( $\rho = -0,785$ ,  $p = 0,000$ ).

No que concerne à Vertente de Manutenção, o estudo das correlações incidiu nas variáveis clínicas e sociodemográficas anteriormente indicadas e nas alterações desde a avaliação intermédia à avaliação final nas pontuações do MoCA, GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens. A associação observada entre a idade e as alterações na pontuação do WHOQOL-OLD de 8 itens revelou ser significativa e de magnitude moderada ( $r = -0,529$ ,  $p = 0,005$ ). No entanto, não foram encontradas associações significativas entre a idade e alterações no desempenho cognitivo ( $\rho = -0,247$ ,  $p = 0,213$ ) ou entre a idade e

alterações na sintomatologia depressiva ( $\rho = 0,154$ ,  $p = 0,445$ ). O nível de escolaridade não estabeleceu uma correlação significativa com alterações nos resultados de interesse (MoCA:  $\rho = -0,071$ ,  $p = 0,723$ ; GDS-10:  $\rho = 0,210$ ,  $p = 0,294$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = 0,014$ ,  $p = 0,945$ ). Também se verificou a ausência de correlações significativas em relação aos resultados de interesse e o período de institucionalização (MoCA:  $\rho = -0,060$ ,  $p = 0,765$ ; GDS-10:  $\rho = 0,132$ ,  $p = 0,511$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = -0,157$ ,  $p = 0,435$ ).

#### **Correlações entre a assiduidade e as alterações nos outcomes de interesse**

As diferenças desde a avaliação inicial à avaliação intermédia nas pontuações do MoCA, GDS-10 e WHOQOL-OLD de 8 itens não se relacionaram de forma significativa com a assiduidade registada na Vertente Principal (MoCA:  $\rho = 0,222$ ,  $p = 0,200$ ; GDS-10:  $\rho = 0,081$ ,  $p = 0,643$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = 0,170$ ,  $p = 0,330$ ). As associações entre as alterações relacionadas com a Vertente de Manutenção nos resultados de interesse e a assiduidade também não se revelaram significativas (MoCA:  $\rho = 0,108$ ,  $p = 0,585$ ; GDS-10:  $\rho = 0,361$ ,  $p = 0,059$ ; WHOQOL-OLD de 8 itens:  $\rho = -0,259$ ,  $p = 0,184$ ).

## **6.4. DISCUSSÃO**

Tendo em conta o objetivo do presente estudo e o efeito global do programa de TR, verificou-se uma estabilização na cognição, com melhorias ao nível de alguns domínios.

Assim, a Vertente Principal do programa de TR mostrou-se potencialmente benéfico na manutenção do desempenho cognitivo, com ligeiras melhorias marginalmente significativas nas funções visuoespaciais e executivas e, ainda, na atenção.

Ainda que a Vertente de Manutenção confirme, de uma maneira geral, a estabilização cognitiva, é de salientar uma melhoria estatisticamente significativa nos valores de pré e pós-teste avaliados com recurso ao MoCA no domínio da evocação diferida (memória verbal de curto prazo). Esta constatação poderá espelhar a necessidade de se manter a frequência do Programa de Manutenção após o Programa Principal, de forma a assegurar a melhoria no desempenho deste domínio cognitivo, já que ele só se confirmou após as 14 semanas de frequência do programa.

Em estudos realizados anteriormente, nomeadamente, por Akanuma et al. (2011) e por Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi e Hashimoto (2014), não se verificaram melhorias no desempenho cognitivo. Os autores destes estudos salientaram que os resultados podem ter sido influenciados pela dimensão reduzida e características distintas da amostra ou,

ainda, pela abordagem na implementação, frequência e duração dos programas, sendo que, em ambos os estudos, as sessões foram realizadas semanalmente.

Parece-nos que no presente estudo estes fatores também podem ter condicionado os resultados, já que se trata de uma amostra populacional caracterizada por ter uma idade avançada, uma média de idade superior a 80 anos, bem como um reduzido nível de escolaridade. O período médio de institucionalização é superior a dois anos. Trata-se ainda de uma população com um considerável declínio cognitivo e sintomas depressivos.

Ainda que neste estudo não se tenha verificado, globalmente, uma melhoria na cognição associada à implementação do programa de TR, sendo restrita apenas a alguns domínios, outros estudos confirmaram o efeito benéfico desta intervenção terapêutica (Duru Aşiret & Kapucu, 2015; Deponte & Missan, 2007). Nestes estudos, as sessões foram implementadas bissemanalmente e a avaliação foi realizada com recurso ao *Mini-Mental State Examination* (MMSE).

No que concerne aos sintomas depressivos, também não se confirmaram alterações com significado estatístico, podendo estes resultados também estar relacionados com as limitações referidas anteriormente. Resultados semelhantes foram constatados por Akanuma et al. (2011), porém, nos estudos de Duru Aşiret e Kapucu (2015), Wang (2007) e Gonzalez, Mayordomo, Torres, Sales e Méendez (2015), verificou-se uma redução estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva após a implementação da TR.

Relativamente ao impacto da TR na qualidade de vida, vários estudos confirmam uma melhoria associada à sua implementação, porém, o impacto pode ter influência de outros fatores, como é referido no estudo de Nakatsuka et al. (2015), onde se verificou que, independentemente da intervenção não farmacológica implementada, ocorre um aumento nesta dimensão. Por outro lado, Siverová e Buzgová (2014), mencionam que, apesar dos resultados positivos que obtiveram, não é possível afirmar que a qualidade de vida tenha sido afetada apenas pela TR.

No presente estudo, não se confirmaram alterações estatisticamente significativas associadas à implementação do programa de TR. Contudo, verificou-se uma correlação significativa, negativa, moderada entre a idade e as alterações na qualidade de vida. Mais concretamente, o estudo mostrou que, à medida que as pessoas envelhecem, a sua qualidade de vida tende a estabilizar, constatando-se menos variações nas pontuações da WHOQOL-OLD de 8 itens. Nesta perspetiva, a TR parece contribuir, como referem Pinquart e Forstemeir (2012), para a resolução de conflitos e promover o sentido de identidade e autoaceitação, concedendo a possibilidade às pessoas mais velhas de «ordenar» a sua vida.

Um outro aspeto que merece reflexão refere-se à correlação negativa verificada na Vertente de Manutenção do programa de TR entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos, que confirma que a presença de sintomatologia depressiva tende a comprometer a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Uma revisão realizada por Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, K., Selbæ & Helvik (2015), vem precisamente confirmar esta associação significativa entre a depressão e uma pior qualidade de vida. Os autores deste estudo advertem, porém, para a grande variedade de instrumentos para avaliar a qualidade de vida e que dificulta a comparação direta entre os vários estudos.

A TR assenta numa intervenção centrada na pessoa, facilitadora dos processos comunicacionais. Todavia, como reforçam Mileski et al. (2018), a implementação destes programas torna-se mais eficaz se contar com uma estreita interação das equipas multiprofissionais. No caso concreto deste estudo, salienta-se a articulação entre enfermeiros, psicólogos e pedagogos.

O planeamento dos cuidados às pessoas que estão num processo de deterioração cognitiva deve ter em conta as necessidades destas pessoas e a condição clínica de cada uma, que pode incluir alterações comportamentais e psicológicas, nomeadamente os sintomas depressivos.

Em Portugal, as instituições contam, geralmente, com um número reduzido de enfermeiros, tendo em conta o elevado número de residentes. Este aspeto tem sido referenciado na literatura como um importante obstáculo ao sucesso das intervenções (Conney et al., 2014). As equipas, por sua vez, são frequentemente constituídas por enfermeiros muito jovens e, por conseguinte, perceberam-se, ao longo deste estudo, algumas dificuldades relacionadas com a dinâmica dos grupos no decurso da dinamização das sessões que se tentou colmatar com o reforço da formação.

Entre as barreiras/dificuldades referidas por Mileski et al. (2018) na implementação de intervenções terapêuticas dirigidas às necessidades dos adultos mais velhos, destacam-se as dificuldades em assegurar uma formação das equipas, a qualidade da relação entre os profissionais e os residentes, e a fase de declínio cognitivo em que as pessoas se encontram.

A insuficiente formação das equipas foi mencionada como uma barreira na implementação das intervenções (Van Bogaert et al., 2013), o que pode implicar que as instituições ajustem os seus cronogramas de forma a maleabilizar estes percursos de formação. Particularmente, no decorrer deste estudo, a entrada constante de vários enfermeiros nas equipas das estruturas residenciais obrigou a que se tenham calendarizado várias ações de formação para a capacitação dos dinamizadores que nem

sempre a conseguiram completar. Os momentos de formação coincidiram muitas vezes com a fase em que os enfermeiros também se estavam a integrar na dinâmica da instituição e, ainda, numa fase muito inicial do estabelecimento de uma relação terapêutica com os residentes.

Relativamente à TR, O' Shea e colaboradores (2014) salientam que alguns residentes reagem de forma negativa a programas mais longos, sendo que algumas pessoas apresentam um agravamento dos sintomas depressivos. A projeção de imagens ou as conversas em torno de acontecimentos passados podem não despertar qualquer tipo de reação em pessoas com demência mais avançada, mas tocar em objetos mais suaves e contactar com a sua textura pode ajudar a pessoa a sorrir e transmitir um sentimento de segurança (Azcurra, 2012; O'Shea et al., 2014;). Porém, os dinamizadores nem sempre conseguem identificar de forma precisa o nível de compromisso e ajustar uma intervenção terapêutica à condição de cada um. Neste sentido, na implementação deste programa recorreu-se a materiais audiovisuais para despoletar as memórias, mas também se promoveu a oportunidade de se manipularem materiais antigos como fotografias, peças de roupa, entre outros.

Um aspeto a considerar em investigações neste âmbito é que os resultados da TR podem ser importantes para os participantes durante a sessão, isto é, em tempo real e não resultar em nenhuma atitude terapêutica persistente no tempo. Deste modo, as melhorias temporais não se mostram proporcionais à melhoria da qualidade de vida (Conney et al., 2014).

Em termos de limitações do estudo, a perda de uma quantidade significativa de participantes pode-se ter refletido nos resultados, uma vez que apenas 35 dos 50 adultos mais velhos que foram inicialmente selecionados efetuaram a avaliação intermédia (no final do Programa Principal) e 28 realizaram a avaliação final (no final do Programa de Manutenção). A transferência para outras instituições foi a principal causa da perda dos participantes.

Em segundo lugar, a interpretação dos resultados foi condicionada pela ausência de um grupo de controlo. Deste modo, não foi possível determinar a evolução natural dos adultos mais velhos que apenas beneficiam dos cuidados habituais prestados por instituições residenciais, principalmente em relação ao seu desempenho cognitivo, sintomas depressivos e qualidade de vida.

Pode também ser considerada uma limitação o facto de não se ter tido em conta na análise dos resultados o uso de antidepressivos pelos participantes, desta forma, sugere-se que, em futuros estudos, esta variável seja controlada.

Além disso, embora fosse preferível optar por um estudo controlado e randomizado, tendo em conta a nossa questão de investigação, os lares em Portugal enfrentam uma acentuada rotatividade de enfermeiros, o que condicionou a continuidade do programa nas suas diferentes fases de implementação.

## **6.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Embora não se confirme, em termos globais, uma melhoria estatisticamente significativa da função cognitiva, sintomatologia depressiva e qualidade de vida das pessoas mais velhas, os resultados deste estudo demonstram o potencial da TR na estabilização destes resultados do ponto de vista clínico e com melhorias em alguns domínios cognitivos. Considerando o estágio do desenvolvimento humano e o nível de declínio cognitivo inicial dos participantes, estes resultados podem ser vistos como um resultado terapêutico positivo.

As limitações descritas podem ter condicionado os resultados; no entanto, outros estudos internacionais confirmam os benefícios terapêuticos da TR quando implementada em contexto institucional. Assim, uma vez que a TR é uma intervenção de baixo custo, que se foca na pessoa e na sua individualidade, acreditamos que deve ser ativamente incluída no plano terapêutico de pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

Tendo em conta a escassez de estudos de investigação em Portugal focados na eficácia de programas de TR estruturados e grupais em pessoas mais velhas com compromisso cognitivo, este estudo piloto constitui um ponto de partida para a realização de novas investigações com amostras mais amplas e desenhos mais robustos, tais como estudos controlados randomizados.

A Terapia da Reminiscência constitui uma alternativa interessante no âmbito das intervenções não farmacológicas dirigidas às pessoas mais velhas com declínio cognitivo. Esta intervenção promove um ambiente favorável para a partilha de experiências pessoais e otimização de competências cognitivas e sociais, diminuindo sentimentos de solidão e isolamento, ao mesmo tempo que permite reforçar as relações entre as pessoas mais velhas e os profissionais de saúde pelo que se considera que deve integrar o planeamento das intervenções dos enfermeiros.

A realização de novos estudos deverá incluir pessoas de faixas etárias inferiores, com quadros de declínio cognitivo em fases mais precoces de forma a explorar o potencial terapêutico da reminiscência na prevenção da evolução do declínio cognitivo e dos sintomas associados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero-Torres, H., von Strauss, E., Viitanen, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization in the elderly. The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, *54*(8), 795-801. doi: 10.1016/s0895-4356(00)00371-1
- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(3), 65-73. doi:10.12707/RIV14033
- Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *192*(3), 183-187. doi: 10.1016/j.pscychresns.2010.11.012
- Azcurra, D. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(4), 422-433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008
- Camisuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., & Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's disease: a critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine*, *7*(1), 57-64. doi: 10.1016/j.eurger.2016.01.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... & O'shea, E. (2014). 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(23-24), 3564-3574. doi: 10.1111/jocn.12645
- Deponte, A., & Missan, R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *44*(2), 113-117. doi: 10.1016/j.archger.2006.04.001
- Directorate-General for Economic and Financial Affairs of the European Commission. (2018). *The 2018 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)* (pp. 1-406). Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2765/615631

- Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2015). *The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31–37. doi:10.1177/0891988715598233
- Field, A. (2004). *Discovering statistics using SPSS for Windows*. Sage Publication.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37–43. doi: 10.1097/wad.0b013e3182420bfe
- Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (15), 121-130. doi: 10.12707/RIV17052
- Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Bobrowicz-Campos, E., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018). The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 147-158. doi: 10.12707/riv18032
- Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*, 53, e03458. doi: 10.1590/S1980-220X2018007403458
- Gil, I., Bobrowicz-Campos, E., Costa, P., Sousa, L. B., Vilar, M., & Apóstolo, J. Development and psychometric validation of a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults from day centers and nursing homes: An analysis using the Rasch model. (Submetido para publicação Journal of Geriatric Nursing).
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1731-1737. doi: 10.1017/S1041610215000344
- Harsányiová, M., & Prokop, P. (2018). *Living condition, weight loss and cognitive decline among people with dementia. Nursing Open*, 5(3), 275–284. doi: 10.1002/nop2.137
- Lindgren, B. (2016). *The Rise in Life Expectancy, Health Trends among the Elderly, and the Demand for Health and Social Care* (pp. 1-38). Lund, Sweden: National Institute of Economic Research. Recuperado de <https://www.konj.se/download/18.45f4dff21532e40aa884dc49/1456823350974/Wo>

rking-paper-142-The-rise-in-Life%20Expectancy-health-trends-among-the-elderly-and-the-demand-for-health-and-social-care.pdf

- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brahler, E., & Riedel-Heller, S. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31-38. doi: 10.1093/ageing/afp202
- Mileski, M., Topinka, J. B., Brooks, M., Lonidier, C., Linker, K., & Vander Veen, K. (2018). Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 967-974. doi: 10.2147/CIA.S153113
- Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: A pilot randomized controlled study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 13-19. doi: 10.1016/j.hkjot.2014.01.003
- Nakatsuka, M., Nakamura, K., Hamanosono, R., Takahashi, Y., Kasai, M., Sato, Y., & Meguro, K. (2015). A Cluster Randomized Controlled Trial of Nonpharmacological Interventions for Old-Old Subjects with a Clinical Dementia Rating of 0.5: The Kurihara Project. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(2), 221-232. doi: 10.1159/000380816
- O'shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., ... & Murphy, K. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1062-1070. doi: 10.1002/gps.4099
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434
- Rodakowski, J., Saghafi, E., Butters, M., & Skidmore, E. (2015). Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*, 43-44, 38-53. doi: 10.1016/j.mam.2015.06.003
- Siverová, J., & Bužgová, R. (2014). Influence reminiscence therapy on quality of life patients in the long-term hospital. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 5(1), 21-28. Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/4cd8/a98fe270e1c46019d19be3ebc282effa288e.pdf>

- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). *Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 40(5-6)*, 311–339. doi: 10.1159/000437299
- Spruytte, N., Audenhove, C., Lammertyn, F., & Storms, G. (2002). The quality of the caregiving relationship in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75(3)*, 295-311. doi: 10.1348/147608302320365208
- Van Bogaert, P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., & Van der Mussele, S. (2013). Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: A pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association, 14(7)*, 528-e9. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.020
- Volkers, K. M., & Scherder, E. J. A. (2011). Impoverished environment, cognition, aging and dementia. *Reviews in the Neurosciences, 22(3)*. doi: 10.1515/rns.2011.026
- Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(12)*, 1235-1240. doi: org/10.1002/gps.1821

## **CAPÍTULO 7 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA: PERSPETIVAS DOS INTERVENIENTES**

---

### **RESUMO**

A complexidade das intervenções em saúde coloca desafios que vão para além dos resultados de eficácia alcançados com recurso a metodologias quantitativas, o que justifica a pertinência de integrar também métodos qualitativos nestas análises.

**Objetivo:** Com este estudo pretendeu-se explorar as perceções dos intervenientes no programa estruturado de terapia de reminiscência, nomeadamente, os sentimentos, experiências e expectativas das pessoas mais velhas que participaram no programa e dos dinamizadores que conduziram as sessões.

**Método:** Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas individuais a cinco profissionais de saúde que conduziram as sessões de reminiscência e entrevistas em grupos focais a oito pessoas mais velhas que participaram no programa.

**Resultados:** A abordagem qualitativa gerou relatos detalhados das opiniões e sentimentos dos intervenientes no programa de reminiscência das quais se destaca a comunicação eficaz entre os profissionais e os utilizadores das estruturas institucionais. As pessoas mais velhas tiveram oportunidade de partilhar as suas histórias de vida, o que concorreu para a promoção da sua identidade. Os profissionais, por sua vez, ficaram a conhecer melhor a história de vida e o passado cultural dos utentes o que contribui para planear cuidados mais individualizados.

**Conclusões:** Da análise dos resultados, podemos inferir que a reminiscência se pode constituir como uma intervenção não farmacológica relevante, com potencial para ser implementada nas estruturas institucionais, atendendo à sua abordagem centrada na pessoa, que promove um ambiente de confiança, num clima percebido como positivo e terapêutico. Das narrativas dos intervenientes ressalta a grande aceitação do programa.

**Palavras-chave:** reminiscência, programa, perceção, intervenientes

## 7.1. INTRODUÇÃO

Na fase final de todo o processo de construção e validação de um programa estruturado de Terapia de Reminiscência (TR), em que se procurou avaliar a sua eficácia na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida, mediante a realização de estudos piloto nos contextos institucionais com maior representação em Portugal, concretamente, as estruturas residenciais e as estruturas de apoio comunitário, torna-se necessário complementar este percurso direcionando agora o foco da investigação para todos os intervenientes deste processo.

Ao longo desta tese, foi-se dando ênfase ao importante papel desta intervenção terapêutica na recuperação de memórias autobiográficas positivas na promoção da saúde mental, nomeadamente, na cognição e sintomatologia depressiva e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas que se confrontam com um declínio nas suas funções cognitivas, associado ao envelhecimento dito normal, mas, também, associado à fragilidade cognitiva ou a processos neurodegenerativos.

As intervenções em saúde, pela sua complexidade, colocam, muitas vezes, desafios específicos que ultrapassam os resultados de eficácia conseguidos através de estudos com metodologias quantitativas, com um crescente reconhecimento de que os métodos qualitativos podem e devem ser integrados nestas análises (Davis et al., 2019).

Os autores mencionados apontam para a utilidade de métodos observacionais e participativos no desenvolvimento de intervenções complexas, sobressaindo a necessidade de abordagens de métodos mistos, de modo a criar intervenções mais sustentáveis e eficazes.

Neste seguimento, Davis et al. (2019) e Pope e Mays (1995) afirmam que a metodologia qualitativa se constitui como um pré-requisito para uma boa investigação quantitativa, particularmente em áreas com escassa investigação prévia, como é o caso, no nosso país, da TR.

A investigação de cariz qualitativa é particularmente valiosa para avaliar intervenções complexas na área da saúde, atendendo a que estas intervenções são compostas por diferentes componentes interativos que são multifacetados e socialmente mediados (Moore et al., 2013). A complexidade assenta precisamente na variedade de comportamentos dos intervenientes, nos próprios grupos ou níveis organizacionais e no grau de flexibilidade permitido pela intervenção (Craig et al., 2013), todos eles associados a fenómenos difíceis de prever, o que faz com que as intervenções de saúde complexas sejam, frequentemente, desafiantes no seu desenvolvimento e no seu potencial de replicação.

A complexidade das intervenções é justificada por Cohn, Clinch, Bunn e Strong (2013) como resultante de um conjunto dinâmico que emerge de processos e objetos que não apenas interagem uns com os outros, mas passam a ser definidos por essas mesmas interações.

Desta forma, os métodos qualitativos podem contribuir para enfrentar os desafios que resultam do desenvolvimento de intervenções complexas complementando os métodos quantitativos nas áreas do conhecimento que não são possíveis de alcançar, na sua totalidade, por estes métodos (Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Tendo por base a literatura consultada, não eram conhecidos, em Portugal, estudos sobre a implementação de programas estruturados de reminiscência em grupo para pessoas mais velhas com declínio cognitivo em estruturas institucionais, pelo que o objetivo deste estudo foi colmatar esta lacuna identificada no contexto nacional. Portanto, depois de alcançados importantes resultados de caráter quantitativo importa agora conhecer as percepções das pessoas mais velhas que participaram no programa de TR bem como dos seus dinamizadores.

Perante o que foi mencionado, o objetivo deste estudo consiste em explorar as percepções dos intervenientes no programa estruturado de terapia de reminiscência, nomeadamente os sentimentos, experiências e expectativas das pessoas mais velhas que participaram no programa e dos dinamizadores que conduziram as sessões.

## **7.2. MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Esta estratégia metodológica foi selecionada por oferecer a oportunidade de perceber verdadeiramente a experiência humana de uma forma ampla (Ellis & Clark, 2015; Streubert & Carpenter, 2011), já que poderá esclarecer de que forma a TR foi experienciada pelos seus intervenientes. Com este intuito, foram conduzidas entrevistas individuais e em grupos focais.

As entrevistas individuais têm a vantagem de permitir obter informações individualizadas, ricas e detalhadas capazes de tornar compreensíveis as experiências das pessoas, na medida em que assentam nas emoções, sentimentos e percepções, enfatizando a descrição pormenorizada e holística da participação em determinadas situações/intervenções (Dilshad & Latif, 2013; Majid, Othman, Mohamad, Lim, & Yusof, 2017). Tornam-se, assim, cruciais para a compreensão das contribuições individuais por permitirem que o investigador tenha acesso à forma como os participantes interpretam as suas vivências.

Por outro lado, os grupos focais permitem criar um espaço para a dinâmica de grupo em que os participantes se expressam numa discussão flexível, conduzida por um moderador (Doody, Slevin, & Taggart, 2013). A partilha de perspectivas e emoções constitui, pois, a base da interação sendo importante, como referem Galego e Gomes (2005), que os grupos sejam formados por indivíduos com características comuns ficando assegurado o equilíbrio entre a uniformidade e a diversidade do grupo.

### ***Participantes***

Foram entrevistados os profissionais de saúde que conduziram as sessões de reminiscência nas estruturas de apoio comunitário e nas estruturas residenciais. Nas estruturas de apoio comunitário, as sessões foram conduzidas por enfermeiros, gerontólogos e técnicos de serviço social e, no contexto deste estudo, foram entrevistadas uma gerontóloga e uma técnica de serviço social.

Por sua vez, nas estruturas residenciais, estiveram envolvidos na dinamização das sessões de TR, enfermeiros, pedagogos e psicólogos. Foram entrevistadas duas enfermeiras e uma pedagoga.

Com o intuito de avaliar as perceções das pessoas mais velhas que participaram nas sessões de TR, recorreu-se às entrevistas em grupos focais que integraram um total de oito participantes.

### ***Procedimento***

As entrevistas individuais realizadas aos cinco profissionais que dinamizaram as sessões foram orientadas por um guião previamente elaborado (anexo VIII), tiveram uma duração entre os 30 e os 45 minutos e decorreram durante os meses de julho de 2017, nas estruturas de apoio comunitário, e abril e maio de 2018 nas estruturas residenciais.

Foram também conduzidos três grupos focais constituídos pelas pessoas mais velhas que participaram no programa de TR, envolvendo três instituições da região centro, concretamente, duas estruturas comunitárias e uma estrutura residencial, em espaços cedidos pelos diretores técnicos das instituições. As entrevistas foram norteadas por um guião estruturado (anexo IX), que foi projetado com o intuito de promover a interação grupal e, simultaneamente, proporcionar a oportunidade a cada participante de expressar a sua opinião sobre o programa de TR em que tinha participado.

Guest, Namey e McKenna (2016) salientam que, em 80% dos casos, atinge-se o ponto de saturação da informação com dois a três grupos focais, considerando que estas constatações constituem a base das evidências relativamente ao número adequado de

grupos focais a integrar numa investigação qualitativa ainda que este número possa variar de acordo com a natureza do estudo que se pretende realizar.

A decisão relativamente ao tamanho de grupo teve em conta as orientações que referem que quando os investigadores se deparam com uma situação em que há um pequeno grupo de potenciais participantes, mas o desenho do estudo requer que os temas sejam discutidos em grupo, os investigadores podem reunir apenas um pequeno grupo de dois a cinco participantes (Kamberelis & Dimitriadis, 2005). Assim, em determinadas situações em que são discutidos temas sensíveis que englobam sentimentos e emoções, como no caso da TR, a discussão em grupo focal produz melhores resultados se for efetuado no ambiente restrito de pequenos grupos (Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips, & Davidson, 2007).

Todas as entrevistas individuais e em grupos focais foram previamente agendadas tendo em conta a vontade e a disponibilidade das pessoas envolvidas e não interferindo com o normal funcionamento das instituições. Decorreram em espaços disponibilizados pelas respetivas instituições e, ainda, na UICISA-E, e foram conduzidas pela primeira autora do programa de TR tendo os comentários e sugestões sido recolhidos por um investigador associado do projeto que procedeu ao seu registo escrito e que assegurou a gravação.

Previamente à realização das entrevistas, quer individuais, quer em grupos focais, foi solicitado o consentimento informado (anexo X), sendo que, no início de cada entrevista, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e, nos grupos focais, os participantes foram ainda esclarecidos de que, a qualquer momento, poderiam retirar-se. É de salientar, contudo, a recetividade das pessoas mais velhas em participar nesta investigação.

Na construção dos guiões, a sequência dos temas foi ordenada de forma a iniciar-se a entrevista com questões mais gerais, introdutórias, projetadas para envolver os participantes no tema e, posteriormente, seguiram-se questões mais específicas que permitiram que as opiniões e emoções surgissem de forma natural. Também foram incluídas questões que apelavam a sugestões passíveis de serem integradas em futuros estudos.

Seguidamente, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas que foram, depois, sujeitas a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2013). Segundo esta autora, na análise de conteúdo, pretende-se considerar a totalidade de um 'texto' para posteriormente se proceder à classificação dos elementos de significação que constituem a mensagem, mediante critérios de classificação capazes de responder aos objetivos traçados pelos investigadores. Portanto, com esta abordagem pretende-se construir um

caminho que permita efetuar deduções lógicas e justificadas partindo do conteúdo das entrevistas efetuadas aos intervenientes do programa de TR.

### **7.3. RESULTADOS**

Os resultados qualitativos, que serão apresentados de seguida, surgem como resumos descritivos no âmbito das perceções das pessoas mais velhas que participaram no programa de TR bem como dos seus dinamizadores.

Os resultados serão, pois, apresentados considerando o sistema de categorias emergente das narrativas dos participantes.

Assim, no que concerne à análise do conteúdo das entrevistas realizadas aos profissionais emergem quatro temas: programa de reminiscência em geral; utilidade do programa; importância da implementação do programa e sugestões (figura 7).

Os temas podem ser vistos como a expressão de um significado subjacente ao conteúdo inerente em diversas categorias, expressam os dados a um nível interpretativo e respondem às questões colocadas pelos investigadores. Por sua vez, as categorias são unidades de informação constituídas por um conjunto de códigos relacionados entre si para formar uma ideia comum, podendo tornar-se útil agrupar os códigos que estão intimamente relacionados, em subcategorias (Erlingsson & Brysiewicz, 2017).

Portanto, as categorias expressam as conceções do objeto em estudo, integrada no contexto da realidade transmitida pelos entrevistados, ao mesmo tempo que permitem apresentar os dados de forma mais circunscrita. A codificação pode ser considerada como um processo de tomada de decisão (Elliott, 2018), que fornece uma visão geral dos dados e possibilita aos investigadores a sua compreensão em relação à sua questão de investigação.

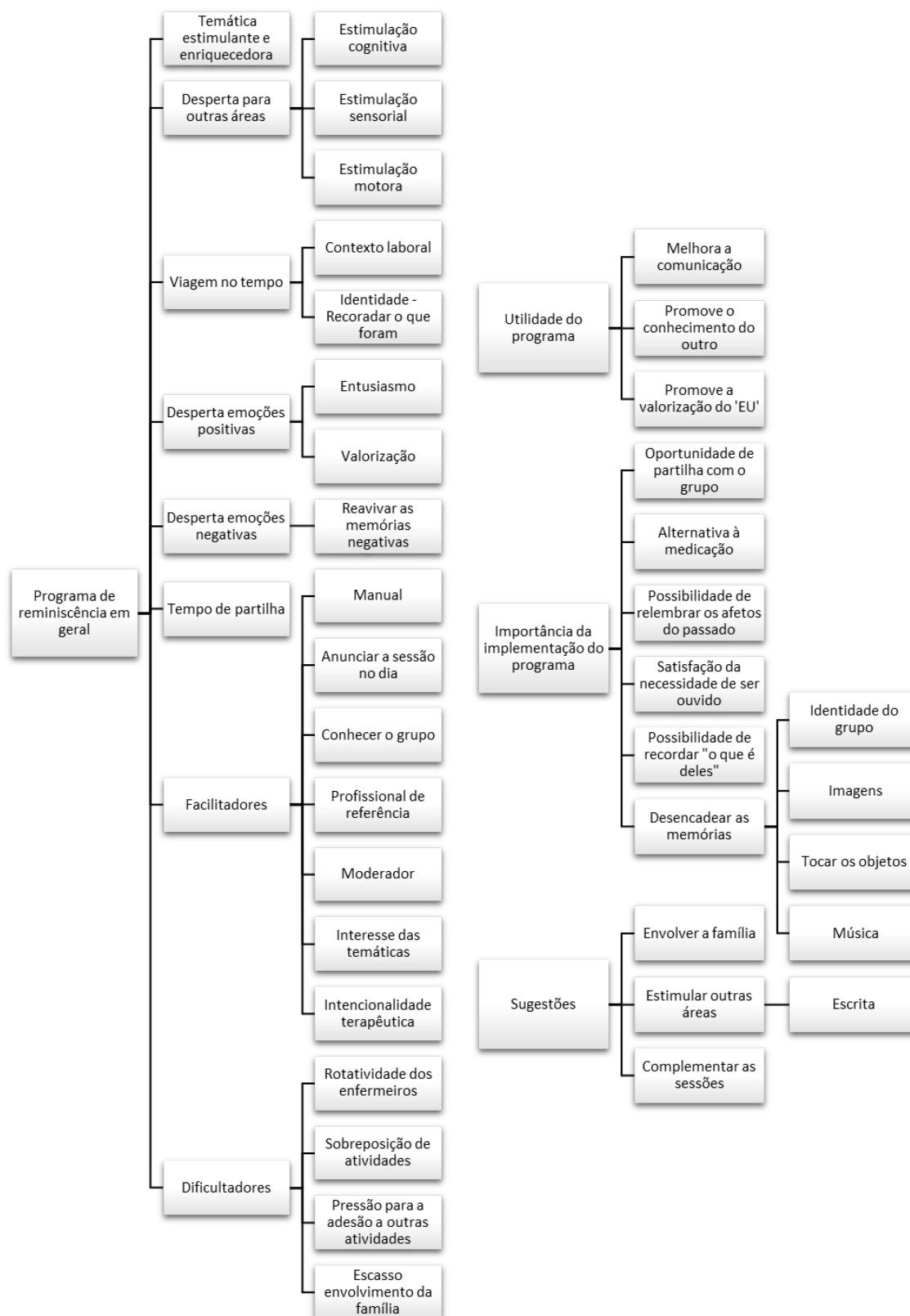


Figura 7 – Perceções dos dinamizadores que conduziram as sessões.

Na figura 8, estão esquematizadas, as perceções das pessoas mais velhas que participaram no programa, destacando-se que, da análise do conteúdo das entrevistas, sobressaem, também, quatro temas: experiência de participação no programa;

preferências temáticas; motivação para participar e sugestões.

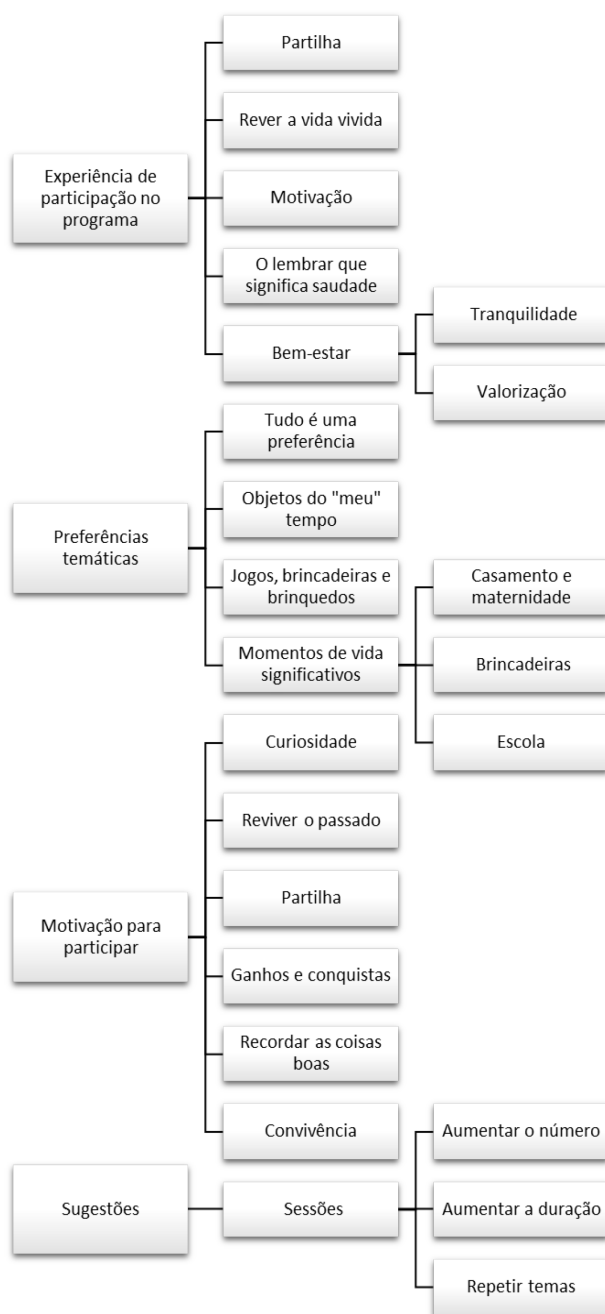


Figura 8 – *Percepções das pessoas mais velhas que participaram no programa de TR.*

Partindo dos diagramas que foram concebidos no sentido de condensar as categorias e subcategorias dando-lhes uma maior visibilidade, serão agora analisados os resultados considerando o sistema de categorias emergentes das narrativas dos participantes, neste caso, os dinamizadores do programa de TR e as pessoas mais velhas que participaram no respetivo programa.

## **Percepções dos dinamizadores que conduziram as sessões**

Relativamente ao programa de reminiscência em geral emergem oito categorias:

### Temática estimulante e programa enriquecedor

A temática geral do programa, que obriga a uma discussão sobre as vivências de cada um, foi relatada como sendo estimulante tal como se pode constatar pelo discurso verbalizado por uma pedagoga, responsável pela implementação de atividades terapêuticas numa estrutura residencial: *“Acima de tudo acho que a própria temática em si é, sem dúvida, muito estimulante (...) nós até nos esquecemos que aquela pessoa tem dificuldades cognitivas. Sentimos noutra tipo de programas, aqui não (...) interessa-lhes tanto que funciona como um debate”* (E1). Uma técnica de serviço social, com funções de diretora técnica de uma estrutura comunitária, salienta que: *“É muito importante, tem-se vindo a ver uma evolução muito grande”* (E3). Uma gerontóloga da mesma estrutura comunitária acrescenta: *“Estes programas são muito interativos e isso é muito positivo”* (E4). Outra participante, enfermeira numa estrutura residencial, expressa: *“O programa era muito enriquecedor porque fazia vir à memória coisas, estimulava a função cognitiva, era reavivada e era bastante estimulada”* (E5).

### Desperta para outras áreas.

Dentro das áreas que são estimuladas com a TR, foi mencionada a estimulação cognitiva, salientando-se: *“Nós, no dia-a-dia tentamos estimular a memória dos nossos residentes, mas eu, (...) foco-me, muitas vezes, nas atividades de vida diária, concentro-me em estimular essa parte das rotinas e nunca tinha ido muito pela área da estimulação destas memórias, destas vivências da infância, das brincadeiras, da família, das músicas que os marcaram na juventude, e, sinceramente, acho que esse programa trouxe essa possibilidade”* (E1).

Também a área sensorial foi referida como sendo estimulada nas sessões de TR *“Tem sido possível, fizemos, por exemplo, um canteiro de ervas aromáticas”* (E1).

Uma das profissionais, enfermeira numa estrutura residencial, focou também a possibilidade de estimular a área motora: *“Na sessão das brincadeiras, um dos senhores andou a demonstrar como se fazia com o pião”* (E2).

### Viagem no tempo

A possibilidade de recordar momentos de vida anteriores focou-se no âmbito do contexto laboral: *“Há sempre uma pessoa que, se calhar, não falava há muito tempo e que vem no contexto, colegas de trabalho, ver mesmo a sensibilidade e a lagrimita no canto do olho”* (E1), e na dimensão da identidade – ‘recordar o que foram’: *“Eles estarem a falar das*

*experiências deles, para eles e para nós é muito satisfatório*” (E2); *“Eles perdem-se a falar das suas vivências, a recordar aquilo que foram, aquilo que vivenciaram, a família, os pais”* (E1).

#### Desperta emoções positivas

A capacidade de o programa de TR despertar emoções positivas foi referida pelos profissionais de saúde que identificaram duas subcategorias. Por um lado, o entusiasmo: *“Sem dúvida, um enriquecimento para o dia-a-dia deles e uma surpresa enorme da minha parte, e acho que de todos os que participam, de ver a alegria que é fazer uma viagem no tempo”* (E1) e, por outro, a valorização: *“Não, é a minha vida, tem todo o valor, é igual à tua, ou melhor. Não há aquela coisa de se sentirem para baixo, de não dominarem os temas (...) nem todos tiveram os mesmos estudos e as mesmas oportunidades, mas a partilha é feita sem inibições, é fantástico”* (E1).

#### Desperta emoções Negativas

Os profissionais também salientaram que o programa de TR poderia espoletar emoções negativas associadas ao facto de se estarem a reavivar memórias: *“pode inibir a pessoa de comunicar, de fazer perguntas, de saber mais, por se sentir envergonhada por não saber falar sobre aqueles assuntos”* (E2); *“Havia residentes que, às vezes, nem queriam fazer o programa porque não queriam reavivar as memórias, uns sim, mas outros não queriam falar das suas memórias”* (E5).

#### Tempo de partilha

O tempo para a partilha foi mencionado como inerente aos próprios objetivos da TR e foi consignado no excerto que se segue: *“Nesta intervenção, acompanho de perto as reações deles, as conversas, as partilhas. Foi surpreendente! (...) porque há tanta riqueza ali no meio que, de facto, se nós lhe dermos a oportunidade de partilharem, eles sentem-se motivados (...) nem todos tiveram os mesmos estudos e as mesmas oportunidades, mas a partilha é feita sem inibições, é fantástico (...) a prova está aqui, eles participam na sessão do principio ao fim, conversam, partilham”* (E1)

#### Facilitadores

Nesta categoria foram analisados os fatores que os profissionais consideraram como facilitadores da implementação do programa de TR. Foram identificadas sete subcategorias: Manual; anunciar a sessão no dia; conhecer o grupo; profissional de referência; moderador; interesse das temáticas; intencionalidade terapêutica.

A utilidade do Manual foi referida por uma profissional que ressaltou: *“(...) nós pegamos naquilo que se sugere no programa, tem sido útil o manual para termos um alinhamento*

do que deve ser feito” (E1). A mesma profissional salienta que o facto de anunciar a sessão no dia pode contribuir para garantir a adesão: *“Eu faço sempre uma pré-comunicação, no próprio dia tem de se fazer um refresh, tem de ser contínuo no que diz respeito à memória, as mesas estão preparadas, os materiais são disponibilizados onde se fazem as sessões e depois é só dar o mote”* (E1).

Um outro aspeto que foi mencionado como sendo facilitador da implementação do programa foi o facto de se conhecer o grupo: *“O facilitador é haver alguém que conheça bem o grupo e as pessoas que estão envolvidos”* (E5), *“conhecendo o grupo, arranjam sempre algumas estratégias para chegar ou complementar ainda mais a sessão que se quer trabalhar”* (E1), a mesma profissional reforça ainda: *“Este programa obriga-nos também a nós, técnicos e profissionais, a conhecê-los melhor”*.

Relacionado com a importância de conhecer o grupo, surge o profissional de referência, a figura que está presente ao longo das sessões dando continuidade ao programa: *“É fundamental haver uma figura de referência que permaneça ao longo de todas as sessões (...) é importante a pessoa de referência porque, lá está, como vamos a estas vivências, a muitos momentos da vida pessoal, eles podem, até por questões de personalidade, ter dificuldades em partilhar com um estranho, com pessoas que não conhecem, e então, o profissional de referência é aquele em quem eles podem confiar naquelas questões que envolvem assinatura, que envolvem o preenchimento de muitos testes, criam desconfiança”* (E1). Neste seguimento, outros profissionais reforçam esta ideia: *“Também considero que é necessário a pessoa de referência, a professora, eu (diretora técnica) ou a T. (gerontóloga), é fundamental (...) eles sentem confiança, a vontade deles em falar é tanta que eu fico surpreendida com o à-vontade deles, há abertura, aceitação, vê-se a facilidade com que falam, até têm opinião e não têm dificuldades em falar sobre as suas opiniões”* (E4); *“Eles estão mais abertos. Há uma relação de confiança, eles conhecem bem a professora. É importante haver uma relação de confiança. É fundamental. A presença permanente de uma pessoa de confiança dá mais credibilidade* (E3), *“Havendo essa pessoa de referência, eles sentem-se tranquilos e acabam por ter uma maior abertura a tudo, eu acho”* (E2).

Intimamente ligado ao profissional de referência, surge a figura do moderador/líder, que habitualmente, e preferencialmente, são a mesma pessoa. Como salienta uma das profissionais é importante ter: *“A possibilidade de moderar dizendo às pessoas que em determinado momento vão ter de aguardar um bocadinho para dar a vez a outra pessoa (...) se houver, de facto, essa ponderação (...), é mais fácil”* e acrescenta: *“O entusiasmo é tanto que se não fizermos ali uma moderação, eles atropelam-se e ninguém entende ninguém (...) nós estamos a moderar e a única coisa que fazemos, neste caso, é andar*

com o microfone para também se ouvirem uns aos outros” (E1). A pertinência da moderação por um profissional que conheça o grupo surge também no discurso de outra profissional que afirma: *“Pode ser difícil controlar uma sessão grupal pelo ruído, há pessoas que querem sempre controlar”* (E5).

Um outro aspeto que foi referenciado como facilitador foi o interesse pelas temáticas. A este propósito, disse uma participante: *“Não há tema melhor que as nossas vivências, a nossa vida, as nossas coisas, porque há tanta riqueza ali no meio (...) interessa-lhes tanto que funciona como um debate. É muito engraçado ver esta dinâmica no meio das dificuldades que sabemos que têm e foi uma bela surpresa”* (E1). Particularmente, algumas sessões foram evidenciadas pelas temáticas: *“Na sessão das brincadeiras, um dos senhores andou a demonstrar como se fazia com o pião”* (E2). *“Foi também uma sessão maravilhosa, a da família”* (E1).

Tal como era expectável, a TR foi entendida pela sua intencionalidade terapêutica, tendo sido referido por uma profissional que: *“Podem-se fazer muitas coisas, mas esta tem um objetivo e quando traçamos objetivos, as coisas têm outros resultados, mais concretos e objetivos (...) não estamos a conversar por conversar, estamos a ir a determinadas áreas, a explorar determinados campos e é muito importante por isso”* (E4).

#### Dificultadores

No que concerne aos dificultadores/barreiras, os profissionais identificaram as seguintes subcategorias: rotatividade dos enfermeiros; sobreposição de atividades; pressão para aderirem a outras atividades; escasso envolvimento da família; falta de interesse pelo tema.

A rotatividade dos enfermeiros constitui, entre outras, uma barreira apontada na implementação do programa. Em consequência desta rotatividade, havia frequentemente enfermeiros em processos de integração na instituição interferindo de forma direta nas atividades de toda a equipa de enfermagem. A este respeito, uma das enfermeiras salientou: *“(...) Havia de facto muita rotatividade, mas havia uma enfermeira de horário fixo, que era eu, e nem isso foi aproveitado, e nem mesmo essa enfermeira conseguia implementar o programa”* (E5).

Durante o período de implementação do programa foram visíveis, em algumas estruturas residenciais, algumas dificuldades no trabalho em equipa, resultantes da rotatividade dos enfermeiros, mas também dos outros profissionais. Como consequência desta situação, verificou-se a sobreposição de atividades: *“Havia situações em que havia sobreposição de atividades apesar das sessões de TR estarem calendarizadas. (...) uma profissional fazia várias sessões sobrepostas ao programa de TR. Eu nem sei bem que atividades*

*fazia, mas como estava lá todos os dias, os residentes acabavam por ir às atividades que ela organizava” (E5). Aliada à sobreposição de horários que ocorria em períodos posteriores à calendarização das sessões de TR, surgia a pressão para os residentes da instituição participarem noutras atividades. “Os obstáculos foram os horários sobrepostos (...) e a pressão para aderirem a outras atividades” (E5).*

O escasso envolvimento da família também foi relatado como dificultador, o que foi notório nas narrativas dos profissionais: *“Habitualmente, a família não se envolve. Essa é uma das nossas dificuldades. Alguns residentes nem sequer tinham uma única fotografia, apesar de darmos a liberdade para criarem nos quartos um ambiente familiar (...) é que algumas pessoas são postas aqui e nem uma fotografia trouxeram, mas isto aconteceu” (E1); “As visitas não são frequentes, há um caso ou outro. Há casos em que as pessoas têm lá objetos pessoais e isso é importante pois traz-lhes memórias que são importantes para eles” (E5).*

Se, por um lado, as temáticas foram referidas como facilitadoras pelos profissionais, elas também se podem constituir como dificultadoras se não despertarem interesse nos participantes como é expressado por uma profissional: *“Nas sessões temáticas o tema pode não ser do interesse de todos, aquilo pode não lhes dizer nada, quer queiramos, quer não” (E5).*

Na utilidade do programa sobressaem três categorias:

#### Melhora a comunicação

A comunicação surge como uma área em que a TR se revela de grande utilidade. As três narrativas que se seguem testemunham esta convicção: *“Eu acho que sim, é muito importante, mais que não seja pela comunicação que obriga a que eles estejam ali aquele tempo a falar deles próprios, sobre as suas vivências” (E1); “Eu acho que sim, é importante a comunicação que estabelecem” (E2); “O grupo assume-se como uma família. Há uma pessoa em que eu noto uma grande evolução, está muito mais comunicativa, eu acho” (E4).*

#### Promove o conhecimento do outro

A TR foi referida como uma estratégia que permite conhecer melhor a pessoa a quem se dirige os cuidados. Neste âmbito, foi descrito o seguinte: *“Verdade seja dita, nós queremos o melhor para os nossos residentes, mas, no dia a dia, nós, se calhar, esquecemos essa parte, de onde é que eles vêm, o que e que eles fizeram, como é que era a família e assim (...) foi surpreendente, é lindo, não tenho outro adjetivo. É mesmo bonito ver que nós partilhamos com eles essa felicidade e acabamos por conhecê-los muito melhor (...) e eu só pensava que era fantástico” (E1).*

Promove a valorização do 'EU'

Uma das potencialidades da TR está precisamente no facto de a estimulação das memórias autobiográficas contribuir para promover a valorização pessoal, facto este que foi referido pelos profissionais: *“Sem dúvida que eles se sentem valorizados quando ouvimos as histórias deles (...) eles querem sempre falar mais e mais, tanto que, às vezes, temos que moderar um bocado porque eles querem falar sempre mais e mais e mais”* (E2); *“Aí, tivemos o cuidado de as fotografias irem passando de mão em mão por todo o grupo e diziam: “ai, era tão bonita”, “eu também estive aqui”* (E2); *“Eu estive a ouvir hoje o Sr. A. a falar e percebi que ainda há coisas que eu não sabia. É um acrescentar permanente e eles sentem-se valorizados (...) nós conhecíamos a história, mas ele estava a dar seguimento e nestas faixas etárias é muito importante que se dê valor às vivências”* (E4);

A importância do programa integra seis categorias.

Oportunidade de partilha com o grupo:

Os profissionais consideraram que a TR se revela importante por facultar a possibilidade de partilhar as vivências com o grupo. Assim, proferiram: *“Eu acho que sim, acho que é muito enriquecedor para eles, o terem que recordar as vivências deles, partilhar conosco, eu acho que é muito bom”* (E2); *“Às vezes nem sequer é dada a oportunidade de falarmos das nossas vidas”* (E1).

Alternativa à medicação

Um dos aspetos mencionado como importante e para o qual a TR pode contribuir é na alternativa à administração de medicação, algo que é valorizado particularmente por uma enfermeira de uma estrutura residencial: *“O programa tem potencial. É importante o enfermeiro estar presente e colher dados, talvez até se conseguisse reduzir alguma medicação, os utentes estão muito polimedicados”* (E5).

Possibilidade de relembrar os afetos do passado

A dimensão afetiva ligada à recordação de eventos passados também foi relatada como uma dimensão importante da implementação do programa, tal como afirma uma das profissionais: *“Acima de tudo isso, os afetos que sentiram na altura, o quão felizes foram na vida profissional, (...) as saudades que sentem desse tempo, a escola, as brincadeiras, isso traz muitas coisas boas”* (E1).

Satisfação da necessidade de ser ouvido

No estabelecimento de uma relação terapêutica, é fundamental saber ouvir e a TR foi considerada como um veículo importante na satisfação desta necessidade, como foi

exposto por uma das enfermeiras entrevistadas: *“Eles precisam de alguém para os ouvir, e só para os ouvir. Os comprimidos não resolvem tudo, eles precisam de falar sobre o que viveram, o que vivem, o que deixaram de viver, e a dimensão do tempo que viveram e o que deixaram de viver (...) eles precisam de falar e ter alguém para os ouvir, saber o que se passa com aquela pessoa, holisticamente, e responder às necessidades que ela tem”* (E5).

#### Possibilidade de recordar ‘o que é deles’

Os profissionais consideram que é importante para as pessoas mais velhas recordar ‘o que é deles’ e expressam: *“De facto, há coisas muito boas aqui, eles estão a recordar aquilo que é deles (...) começaram a cantar a Machadinha, a recordar o jogo do lenço, aqui vai o lenço, aqui fica lenço, a D. X a dizer “tenho tantas saudades, era tão bom”. É maravilhoso mesmo”* (E1); *“Há casos em que as pessoas têm lá objetos pessoais e isso é importante pois traz-lhes memórias que são importantes para eles”* (E5).

#### Desencadear as memórias

A TR baseia-se na estimulação das memórias com fins terapêuticos. Nesta categoria os profissionais identificaram quatro subcategorias: a identidade do grupo; as imagens; tocar os objetos; a música.

Com o desencadear das memórias, as pessoas mais velhas que participaram no programa perceberam que as suas vivências têm muito em comum com os restantes participantes o que favorece a identidade do grupo, como refere uma das profissionais: *“Neste caso concreto, com as características deste grupo”* (E1). Outra profissional, neste caso uma enfermeira, acrescenta: *“Nunca tinha dinamizado nenhuma atividade em que eles comunicassem tanto, porque todos eles têm uma vida, e como são contemporâneos, eles identificam-se muito uns com os outros”* (E2).

Entre os vários objetos disponibilizados nas sessões, as imagens revelaram-se fundamentais para desencadear as memórias, como foi focado pela maioria dos profissionais entrevistados: *“Os objetos são significativos. A sessão de fotografias foi fantástica, eles trouxeram fotografias, álbuns de fotografias (...) em alguns casos, a própria família teve essa preocupação (trazer fotografias), outros não, nós tentámos gerir isso, mas foi também uma sessão maravilhosa, a da família”* (E1); *“Concordo, em relação às imagens”* (E2); *“A nível das imagens, eles ficam felicíssimos. É interessante esta parte prática da interação entre eles”* (E3); *“A parte interativa das imagens também é importante porque eles percebem mais facilmente o que está a ser pedido e falam mais facilmente das suas vidas pessoais. Mexe com as emoções naquele momento”* (E4).

A possibilidade de tocar os objetos foi igualmente indicada como fulcral no processo de desencadear as memórias e narrado pela maioria dos profissionais envolvidos na dinamização das sessões de TR: *“Experimentar é muito importante, porque “liberta-os”. Permite ter outras sensações e emoções”* (E4); *“O manuseamento dos objetos é muito importante. Passar de mão em mão (...) é ter oportunidade em tocar em coisas que, se calhar, na cabeça deles já nem existiam (...) o objeto é importante, valoriza a sessão e cria, mais uma vez, sentimentos muito positivos”* (E1); *“Há muito entusiasmo no manuseamento dos materiais. Na sessão das brincadeiras, um dos senhores andou a demonstrar como se fazia com o pião”* (E2).

A música foi, similarmente, mencionada como algo muito apreciado para desencadear as memórias: *“eles adoram as músicas”* (E1).

No âmbito das sugestões surgem três categorias:

#### Envolver a família

A família pode ostentar um marcante papel no acesso à recuperação de objetos que constituem os estímulos desencadeantes das memórias, nesse sentido, uma das profissionais entrevistadas considera importante envolver a família na preparação das sessões do programa: *“Tentamos contornar e ficou a promessa de que logo que aquela pessoa receba uma visita se deve pedir uma fotografia para colmatar essa lacuna (...) em alguns casos, a própria família teve essa preocupação, outros não, nós tentámos gerir isso”* (E1).

#### Estimular outras áreas

Dentro da estimulação de outras áreas, a escrita surge como uma subcategoria e foi descrito por uma das dinamizadoras do programa: *“Quando eu quero estimular a escrita deles, começo com uma folha em branco e uma caneta colorida e, o ponto de partida foi, por exemplo, pedir para escreverem qual foi a profissão deles”* (E1).

#### Complementar as Sessões

O manual do dinamizador do programa de TR contempla algumas atividades complementares que têm sido implementadas e que são sugeridas pelos profissionais: *“Lá está, conhecendo o grupo, arranjamos sempre algumas estratégias para chegar ou complementar ainda mais a sessão que se quer trabalhar (...) acaba também por fortalecer a sessão porque vamos buscar o concretizar de outros objetivos (...) tem sido possível, fizemos, por exemplo, um canteiro de ervas aromáticas”* (E1); *“As atividades complementares também são muito importantes porque aumentam a interação”* (E3).

### **Percepções das pessoas mais velhas que participaram no programa de TR**

Relativamente à experiência de participação no programa de reminiscência emergem cinco categorias:

#### Partilha

A possibilidade de partilhar as experiências e os conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo da vida foi algo que sobressaiu das verbalizações das pessoas mais velhas que participaram no programa. Um dos utentes de uma estrutura comunitária salienta: *“Senti-me muito bem porque eu expliquei coisas que eu nunca tinha explicado (...) partilhar estas coisas com as pessoas mais novas, “elas nem acreditam!”* (E1). Uma utente de outra estrutura comunitária salienta a oportunidade de partilhar e a satisfação com o programa: *“Foi uma experiência boa, até fizemos um livro de receitas (...) gostei muito de participar, gostei de tudo, gostei muito. São coisas boas que a gente vai recordando”* (E3). A partilha foi percebida como uma estratégia de aprendizagem para uma das participantes de uma estrutura residencial: *“Considero sempre importante as sessões, sempre se tira algum suco, tira-se sempre um benefício, sem tomar conhecimento não se sabe”* (E8).

#### Rever a vida vivida

A evocação dos momentos de vida significativos, mesmo momentos menos bons, foram muito apreciados pelos participantes do programa, como se pode verificar pelas suas narrativas: *“Essas coisas antigas eu vou buscar isso tudo, “começa a trabalhar cá dentro” e vamos buscar o que se passou, e tudo o que se passou, mas claramente! Era uma vida difícil”* (E1). Outra utente da mesma estrutura residencial afirma: *“Mas foi ótimo recordar os momentos, foi um voltar atrás, viver o que se passou, que não foi muito fácil, mas que, ao mesmo tempo, eu recordei com saudades desse tempo. Apesar de ser mau tomara eu de estar a atravessar essa fase, com os meus pais, os meus irmãos”* (E1). Um participante de outra estrutura comunitária diz: *“Eu gostei muito de participar, isto fez recordar aqueles tempos que já passaram há muitos anos e eu gostei (...) foi positivo lembrar, já foi há tantos anos e tenho sempre na mente (...) gostávamos das imagens e das loiças antigas, havia coisas que a gente ainda se lembrava”* (E4). Os mesmos tipos de verbalizações foram registados nos participantes de uma estrutura residencial: *“É muito bom recordar quando eramos pequenos”* (E5); *“É significativo lembrar o passado (...) é bom lembrar o tempo passado e tudo se resume nisso (...) vivíamos com alegria e felicidade e agora lembro-me do passado”* (E6); *“Nunca me esqueci da vida que passei, foi muito violenta, mas as pequenas coisas animam-me. A forma de partilhar é abrir a nossa alma, o nosso coração, e aí está-se bem, depois torna-se a fechar (...) gosto de*

*reviver aquilo que se viveu. Há evocação dos tempos (...) sinto saudades, recordar é viver” (E1); “Eu ainda hoje me lembro que tinha um pai muito bom. Não havia lojas comerciais e ia com o meu pai comprar brinquedos à feira franca de Viseu, e ainda hoje os guardo porque eram prendas do meu pai” (E7).*

#### Motivação

A experiência de participação no programa foi também mencionada como motivadora: *“sentíamo-nos motivados para ir buscar materiais antigos, eu até ofereci uma concha (...) eu, na altura cozia broa e falei como fazia a broa, como eu tendia a broa” (E3).*

#### Lembrar significa saudade

Recordar e partilhar histórias de vida foi amplamente associado à saudade: *“As minhas memórias, tive momentos em que recordei com saudade, com muita saudade, mesmo da vida má que passámos na nossa infância” (E2); “Estas recordações para mim foram muito boas e elas eram fantásticas (...) Foi uma experiência muito boa” (E3); “Gostei, despertou saudade, com carinho da infância, com desenvolvimento dessas coisas que parece que já não há. (...) estamos agarrados e continuamos agarrados ao passado” (E5); “Vivíamos com alegria e felicidade e agora lembro-me do passado” (E6); “Tem sido muito positivo, felizmente tenho tido uma vida mais ou menos boa e recordo com satisfação os tempos passados” (E7); “Gostei, despertou saudade, com carinho da infância (...) lembrar significa saudade de momentos, não todos, claro, porque há sempre altos e baixos, mas fica sempre a saudade de quase tudo de bom (...) Saudades do tempo passado” (E8).*

#### Bem-estar

Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias: a tranquilidade e a valorização.

A tranquilidade, muito associada à satisfação, é expressada frequentemente pelos participantes: *“É bom participar nestas sessões, fica-se mais aliviado, a pessoa desabafa (...) tudo tem sido bom para juntar mais coisas do meu passado (...) sinto-me bem. Falar destes momentos, uns foram bons, outros foram maus, mas sinto-me feliz de os recordar (...) nós já somos uma família e sentimo-nos mais família” (E5); “Eu gosto, eu, quanto a mim, eu gosto de participar nestes programas, sinto-me satisfeito” (E1); “Deu-nos uma certa calma com nós mesmos e sentíamo-nos mais à vontade depois de termos estas conversas com elas” (E3); “Deu-nos uma certa harmonia, sentíamo-nos mais aliviados e bem-dispostos” (E4); “As pessoas gostam de dizer as coisas e isso desperta-nos um sentimento de alívio”(E6).*

Os participantes consideraram, além disso, que o programa contribuiu para a sua valorização pessoal: *“Aprendi a dar valor a coisas que nunca tinha dado, muito valor (...)*

*muitas utilidades, eu ouvi coisas e aprendi coisas” (E2); “Sentia-me bem, eu sabia responder e gostava de colaborar” (E3).*

Nas preferências temáticas ressaltam quatro categorias:

#### Tudo é uma preferência

As temáticas tiveram uma grande aceitação dos participantes como se pode comprovar pelos seus discursos: *“Gostei dos temas e das sessões, elas eram impecáveis, conduziam muito bem as sessões (...) sim, dos temas, do conteúdo, gostei de tudo o que apresentaram e gostei muito delas” (E1); “Era tudo bom, elas falavam bem dos temas ” (E2); “Considero sempre importante as sessões, sempre se tira algum suco, tira-se sempre um benefício, sem tomar conhecimento não se sabe” (E8); (...) Eu gostei de tudo” (E4).*

#### Objetos do ‘meu’ tempo

Ver e manusear objetos de outros tempos foi verbalizado pelos participantes como muito significativo: *“Eu gostei muito daquela sessão em que mostraram os cântaros e as panelas e outras coisas mais (...) gostei de ver, por exemplo, a máquina a petróleo e aqueles apetrechos, gostei de ver outra vez” (E2); “Gostei de tudo, gostei muito” (E1); “Gostávamos das imagens e das loiças antigas, havia coisas que a gente ainda se lembrava” (E4)*

#### Jogos, brincadeiras e brinquedos

Na abordagem das preferências temáticas, a infância surge com especial relevo e as memórias associadas a jogos, brincadeiras e brinquedos despertam nos discursos das pessoas mais velhas que participaram no programa: *“Eu ainda hoje me lembro que tinha um pai muito bom. Não havia lojas comerciais e ia com o meu pai comprar brinquedos à feira franca de Viseu (...) a sessão dos jogos e brincadeiras foi muito significativa porque me lembro das miúdas da rua, era uma alegria quando as chamava porque eu tinha brinquedos e elas não e diziam eu hoje vou brincar contigo. Era uma alegria para mim porque eu não tinha ninguém para brincar (...) gostava de saltar à corda, tenho muitas saudades, até quando levava tarefa porque chegava com o vestido rasgado” (E7); “Na infância (...), eram só as bonecas de trapos que a senhora que me criou fazia para mim, esses eram os meus brinquedos” (E8).*

#### Momentos de vida significativos

Nesta categoria são identificadas três subcategorias: o casamento e os filhos; as brincadeiras; a escola e as ocupações.

Do discurso verbalizado pelos participantes destacam-se enunciados que elegem o casamento e os filhos como os momentos mais significativos da vida “São coisas boas que a gente vai recordando (...) o casamento e os filhos foi o que mais me marcou” (E3); “Sim, também a mim, o casamento e os filhos. Falou-se do casamento, do que fizemos em miúdos e o que a gente gostava mais, de maneira que foram coisas boas” (E4).

Contudo, noutros discursos, sobressai a preferência pelas brincadeiras: “Eu gostei de tudo, mas agora que estou a lembrar (...) dos brinquedos em miúdo” (E2); E, também pela escola e as ocupações: “Eu gostei de tudo, mas agora que estou a lembrar, (..), da escola, das ocupações e profissões” (E2).

Nas dificuldades sentidas nas sessões foi apurada uma categoria:

#### Folhear o livro das recordações

Apesar dos défices de memória terem sido revelados como dificuldades, os participantes acabaram por salientar que, com o decorrer das sessões, essas dificuldades iam-se desvanecendo: “Às vezes nem tudo lembra assim de repente, mas é como se estivéssemos a ver um livro, atrás de umas vêm outras, é como as cerejas, e a gente recorda-se de tudo” (E1); “Esta cabecita já não dá para lembrar de tudo. Se eu soubesse que tínhamos este encontro fazia por me lembrar (...) a cabeça já nem sempre dá para recordar, mas penso que não houve assim nada de difícil” (E2); “Da forma como elas conduziam eu não tinha dificuldades nenhuma em responder aquilo que elas perguntavam. As músicas, o mapa pendurado na parede facilitava, elas eram muito competentes para fazer essas perguntas todas” (E4); “Não, não tive dificuldades, estava a rir-me por me lembrar do casamento (...). O casamento e os filhos foi o que mais me marcou” (E2).

Na motivação para participar destacam-se seis categorias:

#### Curiosidade

A curiosidade surge, neste âmbito, associada à vontade de aprender: “Sim, eu tenho sempre curiosidade. Participei nas sessões todas pela curiosidade em lembrar o passado e aprender também com as meninas” (E2); “Eu tinha muita vontade em participar (...) muitas utilidades, eu ouvi coisas e aprendi coisas (...) aprendi a dar valor a coisas que nunca tinha dado, muito valor” (E2).

#### Reviver o passado

As recordações de momentos anteriores da vida foram recordadas de forma prazerosa conferindo motivação para a participação no programa: “recordei com alegria, gostei de ver outra vez as coisas do meu tempo” (E2); “Recordar é viver. Tem razão, de certo modo

*dou sentido à vida. A minha vida foi demasiado violenta, mas acabo por ser feliz. (...) fiz conquistas que também não esqueço. Sinto-me realizada como mulher, mas também tenho a parte negativa. Participar nestas sessões é bom” (E8); “Foi útil reviver o passado como eu vivi” (E6).*

#### Partilha

Partilhar histórias de vida contribui para os vários elementos do grupo se conhecerem melhor e isso configura-se como um bom motivo para participar no programa: *“Em grupo é um momento de partilha que ajuda a conhecermo-nos melhor (...) gostamos de fazer partilha, por exemplo há pessoas que sugeriram vários pratos (...) A forma de partilhar é abrir a nossa alma, o nosso coração, e aí está-se bem, depois toma-se a fechar” (E8).*

#### Ganhos e conquistas

A participação no programa de TR foi descrita pelos participantes, nas suas narrativas, como uma experiência boa e significativa, um ganho em satisfação que os motivava a participar: *“Sentia-me bem, eu sabia responder e gostava de colaborar” (E1); “Eu gostava do que elas perguntavam, de maneira que isso motivou-me sempre para participar nas sessões” (E6); “As questões que colocavam eram motivadoras, tudo nos motivava” (E7); “Foi uma experiência boa, até fizemos um livro de receitas. Estas recordações para mim foram muito boas e elas eram fantásticas. Foi uma experiência muito boa” (E5).*

#### Recordar as coisas boas

O facto de se perceber que a capacidade de recordar os factos mais longínquos da vida permanece preservada foi relatado como muito motivador para continuar a participar nas sessões: *“Eu gosto da minha atitude, porque eu nunca pensei em recordar as coisas todas e ficar motivado para participar nas sessões todas” (E1)*

#### Convivência

A TR como intervenção grupal promove a convivência tal como foi verbalizado pelos participantes: *“A mim ensinou-me a conviver mais com as pessoas. Respondermos às perguntas que elas nos faziam, a convivência foi boa” (E3); “É a primeira vez que eu estou nesta situação, de maneira que acho que é bom. Nós já somos uma família e sentimo-nos mais família” (E5); “Tenho-me sentido bem porque esse espaço de tempo não é tempo perdido. É bom a convivência com as pessoas” (E7).*

No âmbito das sugestões surge uma categoria:

#### Sessões

Neste âmbito, destacam-se três subcategorias: aumentar o número; aumentar a duração; repetir os temas.

Das narrativas das pessoas mais velhas que participaram na sessão de TR percebe-se que consideraram que se deveria aumentar o número de sessões: *“É útil, deveria haver mais sessões (...) as sessões são pequenas, não há tempo para assimilar e deviam acontecer mais vezes para dar tempo de apropriar tudo”* (E6); *“Há coisas que a gente gosta de falar”* (E7).

Também consideram que se deveria aumentar a duração das sessões: *“Não expliquei tudo, tudo, porque não tinha tempo, o tempo era pouco”* (E1); *“As sessões são pequenas”* (E6).

Por fim, a repetição dos temas também surge como uma sugestão. Referem: *“Era interessante falar dos temas mais do que uma vez. Sente-se saudade quando se fala do passado”* (E6); *“Repetir temas das sessões”* (E1); *“As sessões são pequenas, não há tempo para assimilar e deviam acontecer mais vezes para dar tempo de apropriar tudo”* (E6).

## 7.4. DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu explorar as perceções dos intervenientes do programa estruturado de TR, nomeadamente os sentimentos, experiências e expectativas das pessoas mais velhas que participaram no programa e dos dinamizadores que conduziram as sessões.

De seguida serão, então, discutidos os resultados mais relevantes que, por sua vez, serão confrontados com os resultados de outros estudos.

Assim, face ao envelhecimento demográfico com que a sociedade atual se confronta, com a crescente procura de apoios institucionais emerge a necessidade de se desenvolverem intervenções terapêuticas efetivas para esta população (Gaggioli et al., 2014).

A reminiscência, que consiste na recordação de eventos passados, ocorre no momento presente, com o foco no passado e tem em vista uma perspetiva futura numa ótica de continuidade. O recordar de situações vividas, tão referidas como prazerosas pelas pessoas mais velhas que participaram no programa de TR, tem sido mencionada na literatura como facilitadora da análise e compreensão das mudanças, adaptação a transições, aquisição de conhecimentos e, ainda promotora de uma comunicação mais eficaz e da melhoria da autoestima (Puyenbroeck & Maes, 2005). Tudo isto concorre para

o sentido de integridade e de propósito para o contexto atual de vida da pessoa no processo de envelhecimento e, ainda, para a sua integração social (Pinquart & Forstmeier, 2012).

Das narrativas dos profissionais ressalta precisamente que a evocação de momentos significativos permitiu 'uma viagem no tempo' que se revelou crucial para a identidade das pessoas mais velhas, na medida em que elas 'recordaram o que foram' e isso leva a que se sintam valorizadas, valorização essa também associada ao interesse dos profissionais em ouvir as suas histórias de vida, dando valor às suas vivências.

Como salientou uma das enfermeiras, as pessoas mais velhas necessitam de ser ouvidas, e isso, como é referido, não se resolve com comprimidos. Aliás, neste seguimento, a TR é mesmo considerada como uma alternativa aos fármacos, que são amplamente usados nos contextos institucionais apesar da evidência crescente acerca da sua eficácia limitada nas pessoas mais velhas com declínio cognitivo (Lemay et al., 2013).

A comunicação assume-se, pois, como uma das áreas em que a TR revela grande utilidade e isso ficou evidente quer nas expressões dos profissionais, que consideram que esta intervenção promove um maior conhecimento das pessoas a quem prestam os seus cuidados, quer dos participantes no programa de TR que salientam que os momentos de partilha contribuem para que se conheçam melhor, criando vínculos que levam a que se sintam parte integrante de um grupo ou, como refere um dos utentes de uma estrutura comunitária, de uma família.

De acordo com Mileski et al. (2018), uma comunicação eficaz entre os profissionais e os utilizadores de estruturas institucionais é crucial para garantir que os profissionais sejam detentores de toda a informação relevante que facilite um correto diagnóstico das situações para, deste modo, ser possível planear e dirigir os melhores cuidados, isto é, adequados às necessidades reais das pessoas mais velhas. Os mesmos autores reforçam que a reminiscência propicia um melhor conhecimento da história de vida e passado cultural da pessoa.

A comunicação foi usada na partilha, criando a possibilidade de as pessoas falarem de si. Disseram coisas nunca antes partilhadas, lembraram acontecimentos carregados de saudade e referidos pelos participantes como momentos de alegria, bem-estar, tranquilidade e valorização. Nesta última dimensão, aprenderam a dar valor a coisas que nunca antes tinham valorizado tanto, tendo, ainda, a oportunidade de aprender.

Apesar de ter sido mencionado pelas pessoas mais velhas com declínio cognitivo que, numa fase inicial sentiram algumas dificuldades em lembrar alguns acontecimentos de

vida, logo essas dificuldades se dissiparam, também com o contributo dos estímulos usados para desencadear as lembranças e, perante isso, perceberam que afinal, conseguiam relatar as suas histórias e os momentos de vida mais significativos. Neste contexto, a TR procura, pois, centrar-se nas competências preservadas das pessoas mais velhas com declínio cognitivo ao invés de se focar nas suas limitações (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012), já que é usada num contexto em que a pessoa recorre à sua memória a longo prazo, que geralmente permanece intacta, podendo contribuir de forma positiva para diminuir a sensação de frustração que é frequentemente sentida pelas pessoas com declínio cognitivo (Thorgrimsen, Schitzer, & Orrel, 2002).

As pessoas mais velhas valorizam de forma efetiva as suas memórias emocionais focadas em experiências de vida positivas (Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). As sessões de TR constituíram-se, neste estudo, como momentos privilegiados para reviver essas experiências emocionais positivas num contexto de grupo e isso tornou-se visível nos discursos dos profissionais que, tal como referido por Cappeliez et al. (2008), Huang et al (2015) e Yang, Lee, Chao, Hsu e Wang (2016) também destacaram o papel determinante da TR na melhoria da autoestima e do bem-estar.

No discurso de uma enfermeira foi, contudo, mencionada a associação entre a TR e as memórias negativas. Sobre este assunto, O'Shea et al. (2014) esclarecem que a recordação de momentos de vida do passado pode aumentar a depressão em pessoas mais velhas com declínio cognitivo pelo que, os profissionais que dinamizam as sessões de TR devem ser experientes, possuir uma formação adequada na dinâmica de grupos e na condução de programas de TR, de molde a que consigam redirecionar as emoções negativas, resultando daí poucos efeitos negativos persistentes (Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2013), o que reforça a importância da formação dos dinamizadores.

A rotatividade dos enfermeiros e de outros profissionais, que ocorreu nas estruturas residenciais durante o período de implementação do programa e que foi apontada neste estudo como um dificultador/barreira, pode efetivamente ter interferido na dinamização das sessões. Apesar de se terem promovido momentos de formação dirigidos a todos os enfermeiros e também a outros profissionais envolvidos na dinamização das sessões, concretamente uma pedagoga e uma psicóloga, foi nas equipas de enfermagem que se verificou uma maior instabilidade, havendo, frequentemente, enfermeiros em processo de integração nas equipas e com escassa experiência profissional.

Esta situação criou, ainda, alguns períodos em que as instituições se debatiam com escassos recursos humanos interferindo com a implementação do programa tal como aconteceu em outros estudos em que os respetivos autores salientaram esta ocorrência

como uma considerável dificuldade (Cooney et al., 2014; Subramaniam et al., 2013; Yang et al., 2016).

A sobreposição de horários e atividades também surgiu nas narrativas dos dinamizadores como um obstáculo, à semelhança de outros estudos (Cooney et al., 2014; Yang et al., 2016).

Relativamente à temática, ela foi considerada como estimulante, muito apreciada pelos participantes, de tal modo que as sessões funcionavam como debate. Neste sentido, os temas facilitadores apoiam a estimulação em termos cognitivos e sensoriais (Mileski et al., 2018), tal como foi destacado pelos dinamizadores das sessões.

Por sua vez, as pessoas mais velhas, quando questionadas sobre as temáticas, consideraram que tudo constituía uma preferência e focaram as suas afeições também nos objetos do seu tempo.

A música tem sido utilizada na estimulação e regulação das emoções, proporcionando prazer e aliviando a ansiedade (Laukka, Juslin, & Bresin, 2005). As imagens e a música facultam um efeito particularmente tranquilizante nas pessoas mais velhas que contam as suas histórias associadas aos estímulos acompanhando a música com um bater de pés (Eggert et al., 2015). No presente estudo, o bem-estar e a tranquilidade foram referidos pelos participantes que também expressaram satisfação com a possibilidade de manusear os objetos.

Os objetos foram, pois, muito apreciados no decorrer deste estudo. Inclusivamente houve a preocupação da parte de alguns participantes das estruturas comunitárias em levar os seus objetos pessoais para as sessões, tendo-se constatado, tal como referido por Azcurra (2012) e O'Shea et al. (2014) que alguns participantes eram mais atraídos pela possibilidade de tocar em objetos suaves e texturalizados, sorrindo ou sentindo-se seguros, do que pelas conversas ou a visualização.

Se nas estruturas comunitárias o acesso a objetos pessoais estava muito facilitado pela possibilidade de os trazerem das suas próprias residências, nas estruturas residenciais isso foi apontado pelos dinamizadores como uma dificuldade já que se associava a um escasso envolvimento da família, tendo mesmo verbalizado como sugestão que seria benéfico promover o envolvimento dos familiares, na medida em que, para além de facultarem fotografias e outros objetos significativos, poderão, também, fornecer importantes informações sobre as histórias de vida dos seus parentes (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryann & Repper, 2010).

## **7.5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO E PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Os resultados deste estudo sugerem que a TR se pode constituir como uma intervenção não farmacológica relevante, com potencial para ser implementada nas estruturas institucionais.

Das narrativas dos intervenientes sobressai o reconhecimento do potencial terapêutico da reminiscência e uma grande aceitação do programa estruturado por parte de todos os intervenientes.

O facto de se tratar de uma intervenção em formato grupal faz com que se promova o intercâmbio entre os seus membros, facilitando a partilha, que foi amplamente valorizada pelas pessoas mais velhas que participaram no estudo, facilitando sentimentos de pertença.

A satisfação com o programa foi patente nas narrativas dos participantes que sugeriram que houvesse mais sessões, com maior duração e até mesmo com repetição dos temas, pois consideraram que ainda tinham muito para partilhar e, como disse um dos participantes, para ensinar aos mais novos. De futuro, a vertente de manutenção do programa poderá integrar estas sugestões.

Sabendo que cada instituição irá enfrentar as suas próprias barreiras/dificultadores torna-se de fundamental importância para o sucesso da intervenção que os seus profissionais tenham em conta os facilitadores apontados neste estudo, como o uso do manual do dinamizador, o facto de se anunciar a sessão no próprio dia para lembrar os participantes, as sessões serem conduzidas por um profissional que conheça bem o grupo, que seja uma pessoa de referência para as pessoas mais velhas, que promova um ambiente de confiança, num clima percebido como positivo e terapêutico e que, como tal, incentive à assiduidade dos participantes, dando continuidade às diversas sessões.

Reconhecendo que a abordagem qualitativa gerou relatos detalhados das opiniões e sentimentos dos intervenientes neste estudo, estes dados devem ser tidos em conta em futuras investigações.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Azcurra, D. J. L. S. (2012). A Reminiscence Program Intervention to Improve the Quality of Life of Long-term Care Residents with Alzheimer's Disease. A Randomized Controlled Trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 422–433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008

- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. (L. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA. (Obra original publicada em 1977)
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical Validation of a Model of Reminiscence and Health in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *61(4)*, P237–P244. doi:10.1093/geronb/61.4.p237
- Cohn, S., Clinch, M., Bunn, C., & Stronge, P. (2013). Entangled complexity: Why complex interventions are just not complicated enough. *Journal of Health Services Research & Policy*, *18(1)*, 40–43. doi:10.1258/jhsrp.2012.012036
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... O'Shea, E. (2014). "Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, *23(23-24)*, 3564–3574. doi: 10.1111/jocn.12645
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, *72(3)*, 203–205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, *50(5)*, 587–592. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010
- Davis, K., Minckas, N., Bond, V., Clark, C. J., Colbourn, T., Drabble, S. J., ... Mannell, J. (2019). Beyond interviews and focus groups: a framework for integrating innovative qualitative methods into randomized controlled trials of complex public health interventions. *Trials*, *20(1)*. doi:10.1186/s13063-019-3439-8
- Dilshad, R.M. & Latif, M.I. (2013). Focus Group Interview as a Tool for Qualitative Research: An Analysis. *Pakistan Journal of Social Sciences*[online], Vol. 33 (1), pp. 191-198. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/e13a/0f7a5a455c31454df3d8d99e92097a10a947.pdf>
- Doody, O., Slevin, E., & Taggart, L. (2013). Focus group interviews part 3: Analysis. *British Journal of Nursing*, *22(5)*, 266–269. doi: 10.12968/bjon.2013.22.5.266
- Eggert, J., Dye, C. J., Vincent, E., Parker, V., Daily, S. B., Pham, H., ... Roy, T. (2015). Effects of viewing a preferred nature image and hearing preferred music on engagement, agitation, and mental status in persons with dementia. *SAGE Open Medicine*, *3*, 205031211560257. doi:10.1177/2050312115602579

- Elliott, V. (2018). Thinking about the Coding Process in Qualitative Data Analysis. *The Qualitative Report*, 23(11), 2850-2861.
- Ellis, R. & Clark, A. (2015). How to Improve Knowledge Translation of Qualitative Research into Clinical Practice. *International Journal of Nursing Student Scholarship*, 2(4), 1-8. Recuperado de: <http://ijnss.journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/44/13>
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93–99. doi: 10.1016/j.afjem.2017.08.001
- Gaggioli, A., Scaratti, C., Morganti, L., Stramba-Badiale, M., Agostoni, M., Spatola, C. A. M., ... Riva, G. (2014). Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized elderly adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1). doi: 10.1186/1745-6215-15-408
- Galego, C., & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o focus group como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, (5), 173-184. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/262708634\\_Emancipacao\\_ruptura\\_e\\_inovacao\\_o\\_focus\\_group\\_como\\_instrumento\\_de\\_investigacao](https://www.researchgate.net/publication/262708634_Emancipacao_ruptura_e_inovacao_o_focus_group_como_instrumento_de_investigacao)
- Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(1). doi: 10.1186/s12916-018-1089-4
- Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2016). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field Methods*, 29(1), 3–22. doi: 10.1177/1525822x16639015
- Halcomb, E. J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. M. (2007). Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1000–1011. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01760.x
- Huang, H.-C., Chen, Y.-T., Chen, P.-Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y.-L., & Chiu, H.-Y. (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People with Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1087–1094. doi: 10.1016/j.jamda.2015.07.010

- Kamberelis, G., & Dimitriadis, G. (2005). Focus Groups: Strategic Articulations of Pedagogy, Politics, and Inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 887-907). Thousand Oaks, CA, : Sage Publications Ltd. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/234021625\\_Focus\\_Groups\\_Strategic\\_Articulations\\_of\\_Pedagogy\\_Politics\\_and\\_Inquiry](https://www.researchgate.net/publication/234021625_Focus_Groups_Strategic_Articulations_of_Pedagogy_Politics_and_Inquiry)
- Laukka, P., Juslin, P., & Bresin, R. (2005). A dimensional approach to vocal expression of emotion. *Cognition & Emotion, 19*(5), 633–653. doi: 10.1080/02699930441000445
- Laukka, P., Juslin, P., & Bresin, R. (2005). *A dimensional approach to vocal expression of emotion. Cognition & Emotion, 19*(5), 633–653. doi:10.1080/02699930441000445
- Lemay, C. A., Mazor, K. M., Field, T. S., Donovan, J., Kanaan, A., Briesacher, B. A., ... Tjia, J. (2013). Knowledge of and Perceived Need for Evidence-Based Education About Antipsychotic Medications Among Nursing Home Leadership and Staff. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(12), 895–900. doi: 10.1016/j.jamda.2013.08.009
- Majid, M. A. A., Othman, M., Mohamad, S. F., Lim, S. A. H., & Yusof, A. (2017). Piloting for interviews in qualitative research: Operationalization and lessons learnt. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 7*(4), 1073-1080. doi: 10.6007 / IJARBSS / v7-i4 / 2916
- McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing, 5*(2), 148–158. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x
- Mileski, M., Baar Topinka, J., Brooks, M., Lonidier, C., Linker, K., & Vander Veen, K. (2018). Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging, Volume 13, 967–974*. doi: 10.2147/cia.s153113
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Cooper, C., ... Baird, J. (2013). Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health, 68*(2), 101–102. doi:10.1136/jech-2013-202869
- O’Shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., ... Murphy, K. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(10), 1062–1070. doi: 10.1002/gps.4099

- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 16*(5), 541–558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Bmj, 311*(6996), 42–45. doi: 10.1136/bmj.311.6996.42
- Puyenbroeck, J. V., & Maes, B. (2005). Reminiscence in Ageing People with Intellectual Disabilities: An Exploratory Study. *The British Journal of Development Disabilities, 51*(100), 3–16. doi: 10.1179/096979505799103821
- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. (2011) *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer, Philadelphia.
- Subramaniam, P., Woods, B., & Whitaker, C. (2013). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health, 18*(3), 363–375. doi: 10.1080/13607863.2013.837144
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy, 29*(2), 93–97. doi: 10.1016/s0197-4556(01)00135-6
- Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y., & Wang, J.-J. (2016). Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People with Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(8), 719–724. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.021

## **DISCUSSÃO INTEGRATIVA E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Este capítulo será consagrado a uma discussão reflexiva e integrativa que pretende articular os aspetos relativos aos argumentos que legitimam o desenvolvimento da investigação desenvolvida e cada uma das fases que integraram o percurso investigacional que deu origem a esta tese.

Em análise estarão as potencialidades e mais-valias deste projeto, que contemplou a construção e validação de um programa estruturado de Terapia de Reminiscência (TR) e a avaliação da sua eficácia. A reflexão debruçar-se-á, ainda, no contributo do conhecimento gerado para a disciplina de enfermagem e como ele pode sustentar a prática de enfermagem. Finalizar-se-á com o delineamento de linhas de investigação futuras.

Assim, e como foi amplamente referenciado no primeiro capítulo desta tese, os últimos anos têm sido caracterizados por uma mudança significativa no perfil da população mundial resultante da redução da taxa de natalidade e do aumento da longevidade que justificam o envelhecimento demográfico. Com a população a tornar-se cada vez mais envelhecida surgem algumas preocupações com as repercussões desta realidade, mais ainda, sendo um dado adquirido que a população a nível mundial e, particularmente em Portugal, continuará a envelhecer.

Sabendo que à medida que a idade avança se associa inevitavelmente um aumento de perturbações relacionadas com o próprio processo de envelhecimento impõe-se, como adverte a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a implementação de intervenções precoces para o controlo das doenças crónicas e do declínio cognitivo, bem como o apoio durante e após o seu diagnóstico (OCDE, 2018).

Os avanços nos diferentes modelos teóricos que explicam o funcionamento cerebral e a sua neuroplasticidade têm contribuído para o desenvolvimento de estratégias de estimulação e reabilitação neuropsicológica, baseadas em evidências (Chelune, 2010), como um processo terapêutico com potencial para melhorar as capacidades cognitivas, emocionais e comportamentais que, por sua vez, vão facilitar um ajustamento mais adequado do indivíduo às suas limitações e contribuir para um funcionamento mais satisfatório na sua vida quotidiana.

Com o envelhecimento, assiste-se a uma dinâmica entre os fatores que levam à neurodegeneração e ao declínio cognitivo e os fatores que conduzem à neuroplasticidade

e, conseqüentemente, à potencialização das funções cognitivas (Fotuhi, Do & Jack, 2012), sendo ainda de considerar que o declínio cognitivo diverge nas suas manifestações, de pessoa para pessoa, fortemente influenciado por circunstâncias como a educação e a estimulação do cérebro durante o percurso de vida. A neuroplasticidade constitui-se como uma potencialidade adaptativa e crucial do cérebro humano, capaz de reorganizar circuitos neuronais a nível cortical e subcortical (Walley, Staff, Fox, & Murray, 2016) o que justifica a implementação de intervenções psicossociais nesta faixa etária.

Nos últimos anos, tem-se dado especial destaque às intervenções não farmacológicas integradas nas opções terapêuticas dirigidas às pessoas com declínio cognitivo por privilegiarem o respeito pela dignidade da pessoa humana e por se afigurarem como alternativas seguras e de baixo custo, cujos efeitos terapêuticos se têm vindo a confirmar ao nível da cognição e dos sintomas neuropsiquiátricos (Liang, Xu, Lin, Jia, Zhang, & Hang, 2018).

A reminiscência, sendo considerada uma estratégia de estimulação cognitiva, recorre à recordação sistemática de momentos significativos da vida, mediante a integração do passado e do presente numa trajetória de continuidade, reforçando, deste modo, a identidade da pessoa e aumentando a sua autoestima, através da atribuição de um sentido e um significado para a vida (Afonso, Bueno, & Serrano, 2019).

Embora a nível internacional os efeitos da TR tenham sido largamente estudados, nomeadamente em domínios da saúde mental como a ansiedade, os sintomas depressivos, o bem-estar psicológico e a função cognitiva, em Portugal, não eram conhecidos, até ao momento, estudos neste âmbito, com a implementação de programas de intervenção grupal dirigidos a pessoas mais velhas com declínio cognitivo.

Deste modo, numa primeira fase deste percurso investigacional, e partindo da convicção de que da síntese da evidência disponível sobre a eficácia da TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida, bem como da análise crítica inerente a todo esse processo, poderiam emergir novos conhecimentos essenciais para a implementação desta intervenção terapêutica junto das pessoas mais velhas com declínio cognitivo nos diversos contextos institucionais, foi conduzido um protocolo de revisão sistemática da literatura (RSL) (Gil et al., 2018a). Posteriormente, e considerando que os contextos institucionais, concretamente as estruturas de apoio comunitário e as estruturas residenciais, representavam duas realidades distintas, entendeu-se que esta revisão sistemática deveria seguir estas duas linhas de orientação em separado.

A revisão seguiu a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e os indicadores clínicos sobre a eficácia da TR em pessoas que frequentam estruturas de

apoio comunitário confirmaram a melhoria na cognição e na qualidade de vida, embora nesta última, os autores dos estudos considerem que a melhoria possa não ser unicamente atribuída ao efeito da TR (Gil et al., 2018b).

Já no que se refere aos dados da eficácia da TR em pessoas mais velhas que vivem em estruturas residenciais, os resultados desta RSL atestam a sua relevância na manutenção da função cognitiva e na redução da sintomatologia depressiva (Gil et al., 2019).

Os resultados da RSL conferiram uma maior consistência científica ao trabalho realizado na fase 4 e 5 desta investigação, servindo de comparação aos resultados alcançados com a implementação de um programa estruturado de TR nestes mesmos contextos institucionais.

Na fase 2, partindo da constatação de que não tinha sido construído até ao momento nenhum programa de TR estruturado e passível de ser replicado em Portugal e que a ausência de modelos de intervenção estruturados pode estar na base das fragilidades metodológicas que condicionam a análise da eficácia deste tipo de intervenção (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008; Cotelli et al., 2012), surgiu a necessidade de construir e validar um protocolo desta natureza. Para tal, foram seguidas as formulações propostas pelo *Medical Research Council* (Craig et al., 2008).

O processo de construção do programa de TR teve em conta a adequação cultural e o processo de validação resultou num programa composto por uma vertente principal e uma vertente de manutenção, num total de 21 sessões para implementação em contexto grupal, cada uma delas com um tema relacionado com o percurso de vida (Gil et al., 2017).

De todo este processo de construção e validação, constatou-se que o programa de TR demonstrou possuir características ajustadas ao contexto e à população-alvo. A sua eficácia foi posteriormente testada em estudos piloto conduzidos nas fases 4 e 5, respetivamente, em estrutura comunitárias e em contexto residencial.

Antes ainda da implementação do programa para avaliação do seu impacto, surgiu a necessidade de encontrar um instrumento de avaliação da qualidade de vida que fosse adequado para a população portuguesa que é apoiada por estruturas institucionais. Neste sentido, o WHOQOL-OLD configurou-se como um instrumento capaz de fornecer resultados precisos e válidos, constituindo-se como uma medida de referência na avaliação da qualidade de vida em pessoas mais velhas em Portugal, apesar de se identificar a necessidade de desenvolver e validar uma versão reduzida deste instrumento.

O interesse por versões reduzidas dos instrumentos dirigidos às pessoas mais velhas prende-se, essencialmente, com as limitações que têm sido assinaladas às versões mais longas e que as associam a fadiga, perda de motivação e elevadas taxas de recusa (Fang et al., 2011, Mühlán, Bullinger, Power, & Schmidt., 2008; Urzúa & Navarrete, 2013). Assim, a fase 3, foi dedicada ao desenvolvimento de uma versão resumida do módulo WHOQOL-OLD a partir dos 28 itens da versão em português europeu (Vilar et al., 2014; Vilar, Sousa e Simões, 2016), com um item de cada faceta da versão original em português e à análise das suas propriedades psicométricas.

Inicialmente, o conteúdo da versão portuguesa da escala com 28 itens foi alvo de análise por peritos que contou com a participação da primeira autora deste instrumento e, seguidamente, os resultados dessa análise foram confrontados com os indicadores psicométricos da versão portuguesa, selecionando-se 18 itens. Após a administração destes itens num grupo de 29 pessoas de uma estrutura residencial, foi possível identificar o item mais representativo para cada faceta do inventário. A versão concebida de oito itens foi depois sujeita a um processo de validação psicométrica numa amostra por conveniência que incluiu 125 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, recrutados em contextos institucionais da Região Centro de Portugal.

As análises baseadas na Teoria de Resposta ao Item (TRI) mostraram que o WHOQOL-OLD de 8 itens possui propriedades psicométricas aceitáveis e que nenhum dos itens se apresentou como fonte de desajuste moderado ou grave pelo que se considera que este instrumento constitui uma alternativa para a avaliação da qualidade de vida em pessoas mais velhas, portuguesas e integradas em estruturas institucionais.

Desta forma, e por se considerar a relevância desta versão reduzida na avaliação do impacto de programas de intervenção na área da saúde, foi usado para avaliar a eficácia do programa concebido na fase 2, nos estudos realizados nas estruturas de apoio comunitário e nas estruturas residenciais.

Importa, contudo, salientar que a validação de um instrumento é um processo contínuo e, como tal, serão necessários mais estudos para testar o desempenho do WHOQOL-OLD- 8 em pessoas mais velhas de diferentes perfis.

Na fase 4, com o intuito de testar o programa construído e avaliar a sua eficácia na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas mais velhas que frequentam estruturas de apoio comunitário, foi conduzido um estudo piloto.

A população alvo era constituída por pessoas com fragilidade cognitiva por se considerar a pertinência da implementação deste tipo de intervenções terapêuticas numa fase em que o declínio cognitivo apresenta um potencial de reversibilidade (Kelaiditi et al., 2013).

A opção por um contexto comunitário teve em linha de conta as orientações que destacam a pertinência de oferecer intervenções precoces a nível comunitário com base em estratégias psicossociais, capazes de promover os direitos humanos e capacitar as pessoas mais velhas, famílias e comunidades, uma vez que estes contextos promovem a resiliência e reúnem condições mais favoráveis para a aplicação de estratégias adequadas em situações de adversidade (World Health Organization, 2013).

Ainda a este respeito, importa reforçar que a prevenção da evolução da fragilidade cognitiva surge na literatura como um dos objetivos prioritários dos cuidados em geriatria (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Holland, & Cano, 2018; Cesari et al., 2016).

Este estudo, com desenho quase-experimental com dois grupos de intervenção, avaliou o programa de TR comparando a sua eficácia com um programa de estimulação cognitiva (EC). Embora se possa inferir que ambas as intervenções se mostraram eficazes na melhoria da cognição, foi na TR que esse efeito mostrou resultados estatisticamente significativos.

No que concerne à qualidade de vida, verifica-se uma melhoria significativa, avaliada como recurso à WHOQOL-OLD de 8 itens, apenas nos participantes do programa de TR.

Por fim, na análise do efeito dos programas na sintomatologia depressiva observou-se, em ambos os programas, uma melhoria clínica, com uma redução média das pontuações do GDS, sem, no entanto, alcançar significância estatística. Ainda assim, é de salientar que no programa de TR se verificou uma tendência na redução dos sintomas depressivos em comparação com o programa de EC, com 46% dos participantes da TR a melhoraram neste domínio enquanto que no programa de EC as melhorias foram observadas em 27% dos participantes.

Os resultados deste estudo vêm precisamente corroborar os resultados da RSL realizada na fase 1.

Além dos resultados positivos alcançados nos indicadores de interesse e que contribuíram para confirmar que a TR se afigura como uma intervenção terapêutica vantajosa para minimizar, reverter ou prevenir a progressão da fragilidade nas pessoas mais velhas, este estudo piloto permitiu, ainda, e numa perspetiva de validação do próprio programa, atestar a satisfação, não só com o programa em termos globais, mas também com a forma como foi aplicado e os equipamentos utilizados. É de evidenciar, ainda, que o programa foi percebido pelos participantes como sendo útil.

Associado aos níveis elevados de satisfação, destaca-se, igualmente, a adesão ao programa confirmada pela assiduidade que se situou em valores acima dos 85%, tendo

sido percebido que o contexto grupal se revelou interessante na adesão dos participantes, estimulando a interação social.

A fase 5, correspondeu à implementação do programa em estruturas residenciais com o objetivo de avaliar a sua eficácia nos indicadores de interesse, isto é, na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida. À semelhança dos resultados confirmados pela RSL realizada na fase 1, neste estudo, a TR mostrou-se potencialmente benéfica na manutenção do desempenho cognitivo, com uma melhoria significativa na evocação diferida verificada após a frequência das duas vertentes do programa. Contudo, e comparando os resultados deste estudo com a RSL, não se confirmaram as melhorias significativas ao nível dos sintomas depressivos, ainda que, na vertente principal se tenham observado melhorias em 42,9% dos participantes e, na vertente de manutenção, em 32,1% dos participantes.

Vale a pena referir que, na implementação do programa de TR nas estruturas residenciais, nos deparámos com algumas dificuldades, que já foram apontadas como barreiras por autores de outras investigações, nomeadamente, Mileski et al. (2018) e Van Bogaert et al. (2013), como a dificuldade em assegurar a formação dos profissionais devido à grande rotatividade existente, concretamente nas equipas de enfermagem que, em sequência disso, passaram a ser constituídas por enfermeiros muito jovens. Também o número reduzido de enfermeiros para prestar cuidados a um elevado número de residentes pode ter condicionado o sucesso desta intervenção, tal como foi referido por Conney et al., (2014).

As dificuldades apontadas, associadas a uma perda significativa de participantes, condicionou, ainda, os momentos de avaliação não tendo sido possível efetuar a avaliação de *follow-up* prevista para cinco semanas depois do término da vertente de manutenção.

Por fim, é importante referir que, apesar de todas as limitações referidas, se tratou de um estudo piloto, e que, como tal, constituiu um ponto de partida para a realização de novas investigações com amostras mais amplas e desenhos mais robustos, tais como estudos controlados randomizados.

Cumpridas as etapas referidas avançámos para uma última fase desta investigação em que se pretendeu explorar as perceções dos intervenientes no programa estruturado de TR, nomeadamente, os sentimentos, experiências e expectativas das pessoas mais velhas que participaram no programa e dos dinamizadores que conduziram as sessões. Recorreu-se, então, a uma metodologia qualitativa, tendo em conta o seu valor nas intervenções complexas na área da saúde (Moore et al., 2013), complementando os

métodos quantitativos nas áreas do conhecimento não possíveis de alcançar, na sua totalidade, por esses métodos (Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Dos resultados deste estudo qualitativo sobressai o reconhecimento do potencial terapêutico da reminiscência e uma grande aceitação do programa por parte de todos os intervenientes. Foi amplamente valorizado o formato de intervenção grupal por ter promovido o intercâmbio, facilitando a partilha.

A comunicação assumiu-se como uma das áreas em que a TR revelou grande utilidade e isso ficou evidente, quer nas expressões dos profissionais, que consideram que promove um maior conhecimento das pessoas a quem prestam os seus cuidados, mas também, dos participantes no programa de TR, que salientam que os momentos de partilha contribuem para que se conheçam melhor, criando vínculos que levam a que se sintam parte integrante de um grupo.

As pessoas mais velhas valorizaram de forma efetiva as suas memórias emocionais focadas em experiências de vida positivas, opinião que foi confirmada pelos profissionais que mencionaram as sessões de TR, como momentos privilegiados para reviver essas experiências emocionais positivas num contexto de grupo. Esta potencialidade da TR foi referida por Cappeliez et al. (2008), Huang et al (2015) e Yang, Lee, Chao, Hsu e Wang (2016) ao destacar o papel determinante da TR na melhoria da autoestima e do bem-estar. Este facto, leva-nos a concordar com Conney et al., (2014), quando afirmam que um aspeto que deve ser considerado em investigações neste âmbito é que os resultados da TR podem ser importantes para os participantes durante a sessão, mesmo que não resultem em efeitos terapêuticos persistentes no tempo.

Perante o que foi referido, ainda que os dois estudos com recurso a metodologias quantitativas não confirmem a existência de melhorias significativas nos sintomas depressivos, as narrativas dos intervenientes apontam para uma sensação de bem-estar associado à participação no programa de TR.

A satisfação com o programa, que já tinha ficado evidenciada no estudo realizado em contexto de estruturas comunitárias, fica agora reforçada nesta fase, nas explicações dos participantes que sugeriram que houvesse mais sessões, com maior duração e até mesmo com repetição dos temas, pois reconheceram que ainda tinham muito para partilhar.

Tecendo agora algumas considerações globais, podemos inferir que o conhecimento que resultou de todo este percurso de investigação contribuiu para que a reminiscência venha a constituir-se como uma boa prática de intervenção no contexto de cuidados a pessoas com declínio cognitivo.

O esclarecimento sobre a potencial reversibilidade da fragilidade constitui um aspecto crucial em termos de orientações com vista ao planeamento adequado de estratégias prioritárias e eficazes para intervir tão precocemente quanto possível (Gwyther et al., 2018). A presente investigação veio fornecer contributos importantes a este nível, na medida em que a reminiscência se revelou eficaz na melhoria da função cognitiva das pessoas com esta condição clínica, conferindo-lhes uma melhor qualidade de vida. Todavia, torna-se necessário desenvolver mais estudos neste âmbito que permitam examinar os benefícios desta intervenção de acordo com a gravidade da fragilidade.

A TR capacita o profissional no uso de competências relacionais e comunicacionais e permite criar um ambiente onde as pessoas se divertem e fortalecem vínculos, mantendo e otimizando as suas competências sociais e cognitivas, pelo que se considera que esta intervenção terapêutica deve ser integrada nas práticas dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com declínio cognitivo, inseridas no âmbito das suas intervenções autónomas (Berg, 2010; Duru Aşiret, & Kapucu, 2015; Stinson, 2009), não esquecendo, contudo, que a reminiscência, enquanto intervenção terapêutica, carece de formação e treino para a sua implementação e desenvolvimento, podendo ser implementada por profissionais de saúde e investigadores em diferentes contextos de cuidados (Van Bogaert, et al, 2016).

A reminiscência está classificada como uma intervenção de enfermagem, porém, com o desenvolvimento desta investigação foi possível concluir que a implementação do programa de forma contínua e bem-sucedida contou com o envolvimento de outros profissionais, como gerontólogos, psicólogos, pedagogos e técnicos de serviço social, o que veio reforçar o valor das intervenções dos enfermeiros inseridos num contexto de atuação multidisciplinar.

Um outro contributo importante que resulta desta investigação é a disponibilização de um programa estruturado de reminiscência para ser implementado em estruturas institucionais que se constitui como uma novidade dado que até ao momento não existiam programas idênticos no nosso país. Para facilitar a dinamização das sessões de TR fica também disponibilizado um Manual do dinamizador (Apêndice VI) que foi descrito pelos profissionais entrevistados, como sendo um facilitador da implementação do programa.

Deste processo, fica ainda acessível uma versão reduzida do inventário WHOQOL-OLD, para ser usado em pessoas mais velhas que frequentam estruturas institucionais, com utilidade para a prática clínica e futuras investigações.

Pelo exposto, torna-se clara a importância desta investigação e a sua relevância para a prática de enfermagem considerando o seu contributo para as intervenções terapêuticas

não farmacológicas dirigidas às pessoas mais velhas com declínio cognitivo e que recorrem a estruturas institucionais.

Esta investigação tem, contudo, algumas limitações, apontadas nos diversos estudos, destacando-se também que a amostragem não representa a população portuguesa, tendo os participantes sido recrutados unicamente de estruturas institucionais do Distrito de Coimbra. As limitações descritas podem efetivamente ter condicionado os resultados dos estudos incluídos nesta tese pelo que a realização de novas investigações deverá ter em conta as limitações apontadas.

Novos estudos deverão, ainda, incluir pessoas de faixas etárias inferiores, com quadros de declínio cognitivo em fases iniciais de molde a explorar o potencial terapêutico da reminiscência na prevenção da evolução do declínio cognitivo e dos sintomas associados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, Rosa & Bueno, B & Serrano, Juan. (2019). Reminiscencia en el envejecimiento normal y en personas con deterioro cognitivo leve. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/330993807\\_Remiscencia\\_en\\_el\\_envejecimiento\\_normal\\_y\\_en\\_personas\\_con\\_deterioro\\_cognitivo\\_leve](https://www.researchgate.net/publication/330993807_Remiscencia_en_el_envejecimiento_normal_y_en_personas_con_deterioro_cognitivo_leve)
- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., ... Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(1), 140–232. doi:10.11124/jbisrir-2017-003382
- Berg, A., Sadowski, K., Beyrodt, M., Hanns, S., Zimmermann, M., Langer, G., ... 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*, 10(1). doi: 10.1186/1471-2318-10-5
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical Validation of a Model of Reminiscence and Health in Later Life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(4), P237–P244. doi: 10.1093/geronb/61.4. p 237
- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., ... Vellas, B. (2016). Frailty: An Emerging Public Health Priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188–192. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.016

- Chelune, G. J. (2010). Evidence-Based Research and Practice in Clinical Neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(3), 454–467. doi: 10.1080/13854040802360574
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... O'Shea, E. (2014). "Seeing me through my memories": a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3564–3574. doi: 10.1111/jocn.12645
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203–205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655
- Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2015). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(1), 31–37. doi:10.1177/0891988715598233
- Fang, J., Power, M., Lin, Y., Zhang, J., Hao, Y., & Chatterji, S. (2011). Development of short versions for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*, 52(1), 66-78. doi: 10.1093/geront/gnr085
- Fotuhi, M., Do, D., & Jack, C. (2012). Modifiable factors that alter the size of the hippocampus with ageing. *Nature Reviews Neurology*, 8(4), 189. doi: 10.1038/nrneurol.2012.27
- Gil, I., Costa, P., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2017). Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (15), 121-130. doi: 10.12707/RIV17052
- Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018a). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: protocolo de revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 155-160. doi: 10.12707/RIV17055
- Gil, I., Costa, P., Cardoso, D., Parola, V., Bobrowicz-Campos, E., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2018b). The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 147-158. doi: 10.12707/riv18032

- Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*, *53*, e03458. doi: 10.1590/S1980-220X2018007403458
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martin, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, *26*, 101-110. doi: 10.14417/ap.479
- Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, *16*(1). doi: 10.1186/s12916-018-1089-4
- Gwyther, H., Bobrowicz-Campos, E., Apóstolo, J. L. A., Marcucci, M., Cano, A., & Holland, C. (2018). A realist review to understand the efficacy and outcomes of interventions designed to minimize, reverse or prevent the progression of frailty. *Health Psychology Review*, *1*–23. doi: 10.1080/17437199.2018.1488601
- Huang, H. C., Chen, Y. T., Chen, P. Y., Huey-Lan Hu, S., Liu, F., Kuo, Y. L., & Chiu, H. Y. (2015). Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(12), 1087-1094. doi: 10.1016/j.jamda.2015.07.010
- Kelaiditi, E., Cesari, M., Canevelli, M. 2., Van Kan, G. A., Ousset, P. J., Gillette-Guyonnet, S., ... & Nourhashemi, F. (2013). Cognitive frailty: rational and definition from an (IANA/IAGG) international consensus group. *The journal of nutrition, health & aging*, *17*(9), 726-734. doi: 10.1007/s12603-013-0367-2
- Liang, J., Xu, Y., Lin, L., Jia, R., Zhang, H., & Hang, L. (2018). Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment. *Medicine*, *97*(20), e10744. doi: 10.1097/md.0000000000010744
- Mileski, M., Topinka, J. B., Brooks, M., Lonidier, C., Linker, K., & Vander Veen, K. (2018). Sensory and memory stimulation as a means to care for individuals with dementia in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging*, *13*, 967-974. doi: 10.2147/CIA.S153113
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Cooper, C., ... Baird, J. (2013). Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *Journal of Epidemiology*

- Mühlán H., Bullinger, M., Power, M., & Schmidt, S. (2008). Short forms of subjective quality of life assessments from cross-cultural studies for use in surveys with different populations. *Clinical psychology & psychotherapy*, 15(3), 142-153. doi: 10.1002/cpp.573.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2018). *Health at a Glance 2018: Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/9789264085107-enStinson, 2009
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214. doi:10.1007/s11136-005-7380-9
- Stinson, C. K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-528. doi: 10.3928/00220124-20091023-10
- Urzúa, A., & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: Análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-OLD en población chilena. *Revista Medica de Chile*, 141, 28-33. doi:10.4067/s0034-98872013000100004
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van heusden Danny, & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1667–1677. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 37, 73-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645433005.pdf>
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25(9), 2367–2372. doi: 10.1007/s11136-016-1275-9
- Whalley, L. J., Staff, R. T., Fox, H. C., & Murray, A. D. (2016). Cerebral correlates of cognitive reserve. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 247, 65-70. doi: 10.1016/j.pychresns.2015.10.012

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=07CEEE0109D17E607D7CCF8CBD3C7711?sequence=1)

Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y., & Wang, J.-J. (2016). Comparing the Effects of Cognitive Stimulation, Reminiscence, and Aroma-Massage on Agitation and Depressive Mood in People with Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(8), 719–724. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.021