



Universidade Católica Portuguesa

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

**Apêndices e Anexos**

Por

Isabel Maria de Assunção Gil

Instituto de Ciências da Saúde  
Porto, setembro, 2019



# APÊNDICES



# APÊNDICE I



# Terapia de reminiscência: construção de um programa para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional

Reminiscence therapy: development of a program for institutionalized older people with cognitive impairment

Terapia de reminiscencia: construcción de un programa para personas mayores con deterioro cognitivo en un contexto institucional

Isabel Maria de Assunção Gil\*; Paulo Jorge dos Santos Costa\*\*; Elzbieta Malgorzata Bobrowicz-Campos\*\*\*; Daniela Filipa Batista Cardoso\*\*\*\*; Maria de Lurdes Ferreira de Almeida\*\*\*\*\*; João Luís Alves Apóstolo\*\*\*\*\*

## Resumo

**Enquadramento:** A ausência, ao nível nacional, de modelos de intervenção estruturados, dirigidos a pessoas idosas 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 desenvolverem e validarem 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 4 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 uma vertente de manutenção, num total de 21 sessões para aplicar em grupo.

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

**Palavras-chave:** disfunção cognitiva; idoso; desenvolvimento de programas; terapia reminiscência

## Abstract

**Background:** The lack of structured intervention programs aimed at older people with cognitive impairment in Portugal has been identified as one of the main obstacles to the effectiveness of reminiscence therapy (RT) programs in institutional settings. Thus, well-defined and replicable RT programs should be developed and validated to fill in the gap.

**Objectives:** To develop and validate an RT program.

**Methodology:** The Medical Research Council framework for the development of complex interventions was followed. The program was developed in four distinct phases, including preliminary phase, modeling, field testing, and consensus conference.

**Results:** The validation process resulted in a program consisting of a core component and a follow-up component, in a total of 21 sessions for group intervention.

**Conclusion:** The RT program, which was designed and validated during this study, demonstrated characteristics adjusted to the context and the construct was meaningful to the target population. The effectiveness of the RT program will be tested in a future pilot study.

**Keywords:** cognitive dysfunction; aged; program development; reminiscence therapy

## Resumen

**Marco contextual:** La ausencia, a nivel nacional, de modelos de intervención estructurados, dirigidos a personas mayores con deterioro cognitivo, se ha señalado como uno de los principales obstáculos para la eficacia de la Terapia de Reminiscencia (TR) en un contexto institucional. De este modo, surge la necesidad de desarrollar y validar programas de TR bien definidos y replicables para abordar la laguna identificada.

**Objetivos:** Construir y validar un programa de TR.

**Metodología:** Se siguieron las directrices para el desarrollo de intervenciones complejas del Medical Research Council. La conceptualización del programa se desarrolló en 4 fases distintas, entre ellas la fase preliminar, el modelado, la prueba de campo y la conferencia de consensos.

**Resultados:** El proceso de validación dio lugar a un programa compuesto por una vertiente principal y una vertiente de mantenimiento, en un total de 21 sesiones para aplicar en grupo.

**Conclusión:** El programa de TR, estructurado y validado en este estudio, demostró características ajustadas al contexto y a la población objetivo, por lo que el constructo tiene significado para las personas. La eficacia del programa de TR se probará en un estudio piloto por desarrollar.

**Palabras clave:** disfunción cognitiva; anciano; desarrollo de programa; terapia reminiscencia

\*MSc., Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [igil@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo. Morada para correspondência: Estrada de Lógo de Deus, Rua da Fonte s/n, 3020-924, Coimbra, Portugal.

\*\*MSc., Bolseiro de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [paulocosta@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*Ph.D., Bolseira de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [elzbieta.campos@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*\*RN., Bolseira de investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal Center for Evidence-Based Practice: A JBI Centre of Excellence, 3046-851, Coimbra, Portugal [dcardoso@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [mlurdes@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal Center for Evidence-Based Practice: A JBI Centre of Excellence, 3046-851, Coimbra, Portugal [apostolo@esenfc.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

## Introdução

Os dados do Portugal – Relatório de Saúde Mental em Números 2015 (Direção-Geral de Saúde, 2016) apontam para níveis de incidência de défice cognitivo ligeiro em pessoas idosas com mais de 65 anos entre 9,9% a 21,5% prevendo-se que este número triplique até 2050. Os idosos com declínio cognitivo perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, causando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga na família, que culminam frequentemente com a sua institucionalização. De acordo com Kuske et al. (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresentam um quadro demencial, o que acarreta novos desafios para estas instituições e para os seus profissionais. Torna-se, deste modo, prioritário o delineamento das intervenções que, de forma eficaz, se foquem nas melhores práticas para um envelhecimento ativo, visando a implementação de medidas que minimizem o impacto das perturbações neurocognitivas (PNC), ao retardar a sua progressão ou modelando o seu curso, reduzindo assim a sintomatologia associada (Direção-Geral de Saúde, 2016; World Health Organization, 2015).

A investigação tem apontado para o impacto positivo da utilização combinada de terapias farmacológicas e não-farmacológicas na intervenção terapêutica dirigida às pessoas idosas com declínio cognitivo. Neste seguimento, as intervenções não-farmacológicas emergem na literatura pelo papel privilegiado que desempenham ao nível dos modelos multidimensionais, integrando as dimensões Cognitiva, Funcional, Comportamental e Afetiva. Nesta linha, destaca-se o impacto significativo, eficácia e ganhos em saúde a nível da diminuição da desorientação, aumento dos níveis de bem-estar, diminuição da depressão e melhoria da função cognitiva resultantes da implementação de programas de terapia de reminiscência (TR) estruturada em pessoas idosas com compromisso cognitivo (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007; Subramaniam & Woods, 2012; Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010).

A literatura enfatiza o valor da TR como es-

tratégia terapêutica para a capacitação das pessoas com PNC proporcionando momentos de prazer e privilegiando a dignidade e propósito de vida. A TR revela-se como uma técnica de estimulação cognitiva que recorre à recordação sistemática de memórias antigas com o desígnio de ativar o passado. Para isso, serve-se de materiais antigos (jornais, utensílios domésticos, fotografias, músicas) para estimular a memória e permitir a partilha e a valorização das suas vivências (Subramaniam & Woods, 2012; Webster et al., 2010).

A nível internacional, o processo de construção e validação de programas de TR utilizados em estudos controlados nem sempre se encontra definido, o que se revela 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) Mesmo em estudos recentes que pretendem desenvolver um programa de intervenção de qualidade, como o de Stinson (2009), verifica-se que a sua construção é baseada em trabalhos e recomendações teóricas, não existindo nenhum processo de validação da conformidade e aplicabilidade destas recomendações.

Em Portugal é escassa a evidência que suporte a eficácia da TR, não tendo sido encontrados estudos para a população portuguesa, centrados nos idosos com declínio cognitivo, em contexto institucional. Com outra população-alvo e tipo de intervenção, destacam-se os trabalhos de Gonçalves (2006), dirigido a idosos com sintomatologia depressiva, e de Lopes, Afonso, e Ribeiro (2013), cuja intervenção individual assenta nas memórias espontâneas. Todavia, verifica-se que em nenhum dos estudos encontrados foram utilizados programas de TR estandardizados, sendo de capital importância para a investigação, a realizar neste domínio, a sua construção de forma definida e replicável (Berg et al., 2010; Stinson, 2009).

Deste modo considerou-se relevante a construção e validação de um programa de TR, a ser aplicado a pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional. Foram, então, seguidas as orientações e recomendações do Medical Research Council (Craig et al., 2008) para o desenvolvimento de inter-

venções complexas. Com este artigo pretende-se descrever as diferentes fases subjacentes a este processo.

## Enquadramento

Não tendo sido construído, até ao momento, nenhum programa de TR estruturado e passível de ser replicado no contexto português, tendo em consideração 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, deste modo, a necessidade de construir e validar um programa desta natureza.

O Medical Research Council (Craig et al., 2008) introduz o conceito de intervenções complexas, descrevendo-as como caracterizadas por um número significativo de componentes em interação nas intervenções experimentais e de controlo; o número e a dificuldade subjacente aos comportamentos exigidos aos indivíduos que aplicam ou recebem a intervenção; número significativo de grupos ou níveis organizacionais alvos da intervenção; o número e a variabilidade ou dimensão dos resultados e grau de flexibilidade ou adaptação da intervenção permitido. O desenvolvimento de uma intervenção complexa deve basear-se em: identificar evidências existentes; identificar e desenvolver a teoria; e processo de modelagem e resultados (Craig et al., 2008).

De forma a responder ao desafio social emergente referido anteriormente e de modo a colmatar as lacunas apontadas pretende-se construir e validar um programa de TR direcionado para pessoas idosas com declínio cognitivo, a ser implementado em contexto institucional.

## Questão de investigação

Que validade apresenta o programa de TR construído para a população idosa portuguesa com declínio cognitivo em contexto institucional?

## Metodologia

Dada a natureza do objeto em estudo, desenvolveu-se um estudo descritivo que aponta para diferentes fases na construção e validação do programa estruturado da TR, baseando-se nas formulações do Medical Research Council (Craig et al., 2008) e são a Fase I (Preliminar), que corresponde à primeira etapa na conceção de um programa e elaboração dos seus materiais; Fase II (Modelagem), suportada em entrevistas e condução de grupos focais; Fase III (Teste de Campo), avaliando cada uma das sessões do programa e Fase IV (Conferência de Consensos), de modo a sintetizar os contributos e desafios decorrentes das diferentes fases narradas.

Relativamente à Fase I (Preliminar), e no sentido de identificar as forças e limitações de programas existentes, partiu-se de uma base de evidências emergentes baseada em estudos primários e revisões sistemáticas da literatura (Berg et al., 2010; Stinson, 2009), 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 em 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 idosas 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 programa. Além disto, 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 planeadas.

Ainda nesta fase, um dos momentos cruciais prendeu-se com o levantamento de temáticas de interesse para 40 pessoas idosas de sete

instituições de longa permanência da região centro, que reforçaram a pertinência das temáticas, conteúdos e atividades a englobar no programa. A seleção das pessoas idosas envolvidas nesta fase seguiu os seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos; permanência em contexto institucional igual ou superior a 6 meses; *score* igual ou inferior a 20 pontos no Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015).

No que respeita à Fase II (modelagem), foram constituídos dois grupos. O primeiro grupo focal foi constituído por seis enfermeiros com formação e experiência na condução de intervenções terapêuticas em contexto institucional. O segundo grupo foi constituído por sete profissionais multidisciplinares das áreas de enfermagem de saúde mental, psiquiatria, psicologia, pedagogia e gerontologia. Foi disponibilizado o programa atempadamente para análise prévia pelos peritos. 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.

Os grupos focais foram conduzidos pela autora do programa de TR, tendo os comentários e sugestões sido recolhidos por um investigador associado através do seu registo escrito. 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 são 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), os dados recolhidos durante a condução dos grupos focais encontravam-se circunscritos à experiência profissional dos peritos, o que resultava na discussão meramente teórica do programa de TR. Deste modo, emergiu a ne-

cessidade de aproximar o mesmo ao contexto prático, com o Teste da Vertente Principal e Vertente de Manutenção (21 sessões no total). Neste processo, foram envolvidos sete enfermeiros a exercerem funções em lar de idosos e nove pessoas idosas com declínio cognitivo, avaliado com recurso da 6CIT, residentes numa instituição de longa permanência da região centro. Os enfermeiros foram alvo de formação pré-intervenção pela investigadora principal, 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 intuito do mesmo. As sessões foram desenvolvidas numa sala da instituição com boas características em termos de privacidade, lideradas por dois enfermeiros e observadas pela investigadora principal. Em cada uma das sessões, a investigadora principal da equipa recolheu 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 pessoa idosa 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 são baseadas 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, tendo os mesmos sido apresentados para análise e discussão por um grupo de peritos multidisciplinares. A avaliação quantitativa e qualitativa, assim como o registo de todas as observações e sugestões emergentes, foi exposta 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.

## Resultados

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos em cada fase metodológica, salientando os diferentes contributos obtidos para a análise e reformulação do programa.

Resultou da Fase I (preliminar) a primeira versão do programa de TR em grupo, idealizado de acordo com a evidência encontrada e consultas preliminares com profissionais de saúde e pessoas idosas 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 idosas em contexto institucional.

A nível estrutural, o programa encontra-se dividido em duas partes: vertente principal (14 sessões) e vertente de manutenção (sete sessões). A vertente principal deve ser desenvolvida ao longo de sete semanas, com sessões bissemanais com a duração máxima de 60 minutos cada. A vertente principal é complementada por uma vertente de manutenção ao longo de sete semanas, com uma sessão semanal, também com duração máxima de 60 minutos. Cada sessão tem um 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 1). Em algumas sessões, são apresentadas sugestões de atividades complementares a serem desenvolvidas em âmbito institucional. Todavia, o foco dos profissionais deve incidir nas memórias autobiográficas dos participantes, independentemente da natureza da atividade a realizar.

Tabela 1

*Sessões do programa de TR (primeira versão)*

VERTENTE PRINCIPAL	VERTENTE DE MANUTENÇÃO
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	

Ainda decorrente deste processo, emergiu a necessidade de se criar uma plataforma digital que incluísse conteúdos audiovisuais para utilização em algumas das sessões protocoladas. Esta ideia foi suportada pelo desejo de criar

uma intervenção replicável em diferentes contextos institucionais.

Durante a Fase II (modelagem), uma grande maioria dos peritos concordou com a estrutura, duração, temas/atividades propostas e cla-

reza dos conteúdos apresentados, quer a nível do programa principal como na vertente de manutenção (Tabela 2). Das opiniões recolhi-

das junto dos peritos, ressalta a sua percepção do potencial de replicação deste programa em diferentes contextos institucionais.

Tabela 2

*Avaliação do programa realizada por peritos na Fase II (Modelagem)*

QUESTÃO	Discordo Plenamente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Plenamente	
Programa 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%	46,15%
	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%
O Programa 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%	7,69%	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%	

Com o parecer dos peritos elaborou-se a segunda versão do programa de TR. Em ambos os grupos focais foi salientada a preocupação no modo como as sessões seriam conduzidas, e quais os princípios subjacentes à sua dinamização. Neste sentido, o programa sofreu alterações na sua apresentação, tendo sido criado o manual do dinamizador, com apresentação es-

teticamente mais apelativa e intuitiva na utilização. Além do programa principal e vertente de manutenção do programa, foi incluída uma secção introdutória com base na literatura revista, que contextualiza a importância de intervenções deste âmbito junto de pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional, nomeadamente na redução de sintomatologia

depressiva associada e promoção da qualidade de vida e bem-estar. De forma complementar, foi incluído um capítulo relativo à estrutura do programa e das sessões, salientando os aspetos fundamentais à sua operacionalização. Deste modo, e referente 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 da sessão, embora estes tempos não sejam rígidos. No decorrer de cada sessão, o dinamizador deverá ser capaz de rentabilizar o tempo disponível, colocando maior ênfase na fase de discussão de cada temática.

De acordo com as sugestões de vários peritos, foram 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. Ainda por sugestão dos peritos, foram adicionados em variadas sessões, outros exemplos de atividades que reforçam a estimulação multissensorial das pessoas idosas.

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 características pessoais. Também foram incluídas propostas alternativas em algumas sessões de modo a que os dinamizadores do programa possam contornar 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 técnica de respiração abdominal, na fase de encerramento de cada sessão.

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 idosas e profissionais. 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 3).

Tabela 3

*Avaliação do programa realizada por enfermeiros 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%	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%

Vertente de manutenção	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%
	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%	42,86%	57,14%
	As sessões do programa oferecem uma variedade adequada de atividades?	0%	0%	14,29%	42,86%	42,86%
	A vertente principal apresenta potencial de replicação?	0%	0%	0%	42,86%	57,14%

As sessões e atividades foram consideradas pelas pessoas idosas como agradáveis e interessantes, tendo sido verificado um forte interesse por parte de outras pessoas da instituição em partici-

par nas sessões. Uma percentagem significativa de pessoas idosas que participaram no estudo concordou plenamente com a estrutura, temas e atividades inerentes ao programa (Tabela 4).

Tabela 4

*Avaliação do programa realizada por pessoas idosas 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 idosas considera ter sido importante recordar momentos de vida passados, tendo evidenciado o desejo de participar em mais programas neste âmbito. De forma menos consensual, a duração do programa foi apontada como curta, sendo expressado o desejo de contemplar um maior número de

sessões, sugestões que reforçam a satisfação das pessoas idosas envolvidas nesta fase com o programa apresentado. Com o parecer dos potenciais utilizadores do programa de TR, aliado às observações realizadas em contexto prático pela equipa de investigação, emergiu a necessidade de reformular, pontualmente,

construções fráscas e alguma terminologia utilizada e reformular a apresentação visual do manual e 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 destinada aos 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 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 entrevistados (Fase III) esta opinião não prevalecia, tendo-se verificado 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 noutros âmbitos institucionais. 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 de 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 pela população-alvo. 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 complementada com materiais de suporte.

## Discussão

Partindo da ausência de modelos de intervenção estruturados de TR, o programa e materiais desenvolvidos emergem 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, entrevistas e teste de campo realizados constituíram uma plataforma na qual os potenciais utilizadores do programa de TR, pessoas idosas em contexto institucional e profissionais de saúde, podiam 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 conceção, 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 (e.g., cognição, qualidade de vida e sintomas depressivos), o que não oferece nenhuma indicação da provável eficácia da intervenção nestes domínios.

No entanto, verificou-se que, de forma consensual, peritos e potenciais utilizadores do programa consideram este tipo de 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 ressalvam o potencial e eficácia da TR em domínios como cognição, qualidade de vida e sintomas depressivos em pessoas mais velhas com declínio cognitivo, integrados num contexto institucional. Torna-se, então, necessário o desenvolvimento de um estudo piloto que forneça evidências sobre a eficácia do programa de TR construído.

## Conclusão

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 idosas 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 afigura-se como o próximo passo para esta equipa de investigação.

## Referências bibliográficas

- 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), 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), 936-940. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199911)14:11<936::AID-GPS39>3.0.CO;2-1
- 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
- Direção-Geral da Saúde (2016). Portugal: Saúde mental em números: 2015. Recuperado de [http://www.apah.pt/media/publicacoes\\_tecnicas\\_sector\\_saude\\_2/Saude\\_Mental.p](http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.p)
- 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, Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/6506>
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, *1*(26), 101–110. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a08.pdf>
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2009). Training in dementia care: A cluster-ran-

- domized controlled trial of a training program for nursing homestaff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295–308. doi:10.1017/S1041610208008387
- Lopes, T. S., Afonso, R., & Ribeiro, O. M. (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* (Mon. ser. 13, pp. 3-18). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/282869029\\_Paiva\\_Diana\\_S\\_Apostolo\\_Joao\\_L\\_A\\_2015\\_Estudo\\_de\\_adaptacao\\_transcultural\\_e\\_validacao\\_do\\_Six\\_Item\\_Cognitive\\_Impairment\\_Test\\_In\\_J\\_Apostolo\\_M\\_Almeida\\_Eds\\_Elderly\\_Health\\_Care\\_Nursing\\_Monographic\\_Series\\_-\\_He](https://www.researchgate.net/publication/282869029_Paiva_Diana_S_Apostolo_Joao_L_A_2015_Estudo_de_adaptacao_transcultural_e_validacao_do_Six_Item_Cognitive_Impairment_Test_In_J_Apostolo_M_Almeida_Eds_Elderly_Health_Care_Nursing_Monographic_Series_-_He)
- 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
- 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
- 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
- World Health Organization. (2015). *First WHO ministerial conference on global action against dementia*. Recuperado de <http://www.who.int/nmh/conference-on-dementia-march2015-concept-note.pdf>



# APÊNDICE II



# Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: protocolo de revisão sistemática

Effectiveness of reminiscence therapy in improving older people's cognition, depressive symptoms, and quality of life: systematic review protocol

Eficacia de la reminiscencia en la cognición, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos: protocolo de revisión sistemática

Isabel Maria de Assunção Gil\*; Paulo Jorge dos Santos Costa\*\*; Daniela Filipa Batista Cardoso\*\*\*;

Vítor Sérgio de Oliveira Parola\*\*\*\*; Maria de Lurdes Ferreira de Almeida\*\*\*\*\*; João Luís Alves Apóstolo\*\*\*\*\*

## Resumo

**Contexto:** As intervenções não-farmacológicas apresentam-se como valiosas estratégias terapêuticas dirigidas às pessoas com compromisso cognitivo, destacando-se na literatura a terapia de reminiscência (TR).

**Objetivos:** Identificar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas idosas em contexto institucional.

**Método de revisão:** Será utilizada a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Desenvolver-se-á uma estratégia de pesquisa adequada a cada base/repositório para identificar os estudos relevantes. Proceder-se-á à análise de títulos e resumos, excluindo os artigos que não apresentem os critérios definidos no protocolo. Avaliar-se-á a qualidade metodológica dos restantes artigos. Os artigos incluídos serão alvo de extração de dados.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** A análise crítica dos dados existentes sobre a eficácia da TR nos domínios e contexto enquadrados contribuirá para a disseminação da melhor evidência disponível sobre o tema.

**Conclusão:** A disseminação da melhor evidência disponível neste âmbito referido torna-se essencial para orientar a implementação e desenvolvimento de programas de TR, por profissionais de saúde, focados em adultos idosos com compromisso cognitivo, nos diversos contextos institucionais.

**Palavras-chave:** idoso; disfunção cognitiva; reminiscência; cognição; depressão; qualidade de vida

## Abstract

**Context:** Non-pharmacological interventions are valuable therapeutic strategies aimed at people with cognitive impairment. Reminiscence Therapy (RT) is one of the strategies highlighted in the literature.

**Objectives:** To identify the best evidence available on the effectiveness of RT in improving the cognition, depressive symptoms, and quality of life of older people in institutional settings.

**Method of Review:** The methodology proposed by the *Joanna Briggs Institute* will be used. A specific search strategy will be developed for each database/repository to identify relevant studies. Titles and abstracts will be analyzed, and articles that do not meet the protocol criteria will be excluded. The methodological quality of the remaining articles will be assessed. Data will be extracted from the included articles.

**Presentation and interpretation of results:** The critical analysis of existing data on the effectiveness of RT in these domains and settings will contribute to the dissemination of the best evidence available on the topic.

**Conclusion:** The best evidence should be disseminated to guide healthcare professionals in the implementation and development of RT programs focused on older adults with cognitive impairment in several institutional contexts.

**Keywords:** aged; cognitive dysfunction; reminiscence; cognition; depression; quality of life

\*MSc., Doutoranda em enfermagem, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal [igil@esenf.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo. Morada para correspondência: Estrada de Lógo de Deus Rua da Fonte s/n, 3020-217, Coimbra, Portugal.

\*\*MSc., Bolseiro de Investigação, Unidade de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [paulocosta@esenf.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*Lic., Doutoranda em Ciências da Saúde, Bolseira de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Portugal Centre for Evidence-Based Practice: A JBI Centre of Excellence, 3046-851, Coimbra, Portugal [dcardoso@esenf.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*\*Msc., Doutorando em Enfermagem, Assistente convidado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [vitor.parola@hotmail.com]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [mlurdes@esenf.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Agregação em Ciências da Enfermagem. Professor Coordenador Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [apostolo@esenf.pt]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, análise e redação documental do artigo.

## Resumen

**Contexto:** Las intervenciones no farmacológicas se presentan como valiosas estrategias terapéuticas dirigidas a las personas con deterioro cognitivo, dentro de las cuales la terapia de reminiscencia (TR) destaca en la literatura.

**Objetivos:** Identificar la mejor prueba disponible sobre la eficacia de la TR en la cognición, los síntomas depresivos y la calidad de vida en las personas mayores en el contexto institucional.

**Método de revisión:** Se utilizará la metodología propuesta por el *Joanna Briggs Institute*. Se desarrollará una estrategia de investigación adecuada para cada base/repositorio para identificar los estudios relevantes. Se procederá al análisis de títulos/resúmenes, excluyendo los artículos que no presenten los criterios definidos en el protocolo. Se evaluará la calidad metodológica de los demás artículos. Los artículos incluidos serán objeto de extracción de datos.

**Presentación e interpretación de los resultados:** El análisis crítico de los datos existentes sobre la eficacia de la TR en los ámbitos y el contexto del marco contribuirá a la difusión de la mejor prueba disponible sobre el tema.

**Conclusión:** La difusión de la mejor prueba disponible en este ámbito es esencial para que los profesionales de la salud orienten la implementación y el desarrollo de programas de TR enfocados a adultos mayores con deterioro cognitivo en los diversos contextos institucionales.

**Palabras clave:** ancianos; disfunción cognitiva; reminiscencia; cognición; depresión; calidad de vida

Recebido para publicação em: 13.06.17

Aceite para publicação em: 02.10.17

## Introdução

Nas últimas décadas, têm-se verificado marcantes alterações demográficas caracterizadas por um envelhecimento populacional progressivo que, por sua vez, parece delinear um padrão geral de consequências que integram a presença de declínio em diversas áreas do funcionamento, nomeadamente, a nível sensorial, cognitivo e da autonomia (Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa, 2011). Este processo associa-se, inevitavelmente, a um aumento da prevalência de doenças crónicas degenerativas, particularmente das perturbações neurocognitivas (PNC). A categoria das PNC inclui o conjunto das perturbações nas quais o défice clínico primário é na função cognitiva, sendo esse défice (documentado por testes neurológicos estandardizados ou por avaliação clínica quantitativa) adquirido, isto é, representa um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento (American Psychiatric Association, 2013).

Na classificação atual do DSM-5 distingue-se a PNC *major*, que englobou o termo demência, da PNC *ligeira* pelo grau de compromisso cognitivo e funcional mais ligeiro neste último. Os dados do último Relatório da Primavera (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2016) reforçam que as pessoas idosas integram os grupos vulneráveis em que se constata uma maior prevalência de problemas de saúde mental, estimando-se que, em Portugal, existam pelo menos 60 mil pessoas com PNC e mais de 100 mil pessoas idosas com perturbações depressivas, frequentemente subdiagnosticadas e que, como tal, não são devidamente tratadas.

A depressão e o compromisso cognitivo estão muito frequentemente inter-relacionados como é confirmado no estudo de Lima, Silva, e Ramos (2009), em que a prevalência de depressão foi significativamente maior nas pessoas idosas com a função cognitiva alterada. Por outro lado, Hesper et al. (2014) destacam que os sintomas depressivos estão fortemente associados ao agravamento das funções cognitivas em pessoas idosas com demência.

As pessoas idosas com PNC perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobre-

carga na família, que culmina frequentemente com a sua institucionalização. De acordo com Kuske et al. (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresenta um quadro demencial, o que acarreta novos desafios para estas instituições e para os seus profissionais.

Assim, perante as alterações demográficas que estão a ocorrer e os aspetos da vulnerabilidade associados ao envelhecimento, torna-se, sem dúvida, cada vez mais importante equacionar os cenários 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 promoção da melhoria da cognição e do humor e que se revelam capazes de contribuir para a melhoria da qualidade de vida. A qualidade de vida tem sido definida como “a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Os resultados da investigação têm apontado para o impacto positivo da utilização combinada de terapias farmacológicas e não-farmacológicas na intervenção terapêutica dirigida às pessoas com PNC, o que implica 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).

As intervenções não-farmacológicas apresentam-se como valiosas estratégias terapêuticas dirigidas às pessoas com compromisso cognitivo, tendo adquirido um especial destaque nos últimos anos ao assumir um papel privilegiado ao nível dos modelos multidimensionais que integram a dimensão cognitiva, funcional, comportamental e afetiva nas PNC (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012).

Entre as intervenções não-farmacológicas identificadas como sendo potencialmente benéficas em pessoas idosas com compromisso cognitivo encontra-se a terapia de reminiscência (TR). A TR pretende estimular a recuperação de acontecimentos de vida sig-

nificativos e experiências pessoais vividas no passado, com desígnios terapêuticos, partindo da tendência evolutiva das pessoas mais velhas em relatar o seu passado (Cotelli et al., 2012; Huang et al., 2015; Woods, Spector, Jones, Orrel, & Davies, 2005).

Um aspeto a salientar na TR é que é usada num contexto em que a pessoa usa a sua memória a longo prazo, que geralmente permanece intacta, podendo contribuir para a redução da experiência de falha que é frequentemente sentida pelas pessoas com PNC (Thorgrimsen, Schweitzer, & Orrel, 2002) valorizando a dimensão humana da pessoa idosa e a sua trajetória de vida pela mobilização dos recursos cognitivos preservados. No que concerne à dinâmica das sessões de TR, estas podem assumir um formato de intervenção interpessoal, em grupo ou de sessões individuais. Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, e Smit (2007) consideram as abordagens similarmente eficazes no que se reporta aos efeitos terapêuticos, ainda que seja de salientar que as intervenções em grupo promovam a interação social.

Uma pesquisa preliminar na *Cochrane Database of Systematic Reviews* revelou a existência de uma revisão sobre TR na demência (Woods et al., 2005), que apresenta como objetivo a avaliação dos efeitos da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência e nos seus cuidadores, nomeadamente, ao nível do bem-estar, humor e qualidade de vida, comunicação e interação, cognição e, ainda, o impacto nos cuidadores. A última pesquisa integrada nesta revisão data de maio de 2004. 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.

Mais recentemente, numa meta-análise de estudos randomizados controlados sobre a TR na melhoria das funções cognitivas e redução dos sintomas depressivos em pessoas idosas com demência (Huang et al., 2015) verificou-se que a TR produz efeitos na melhoria da função cognitiva e, de forma mais significativa, na redução dos sintomas depressivos, sendo que também se constatou que a TR é mais eficaz na melhoria dos sintomas depressivos em pes-

soas idosas com demência que se encontram institucionalizadas em relação aos idosos que residem na comunidade.

No entanto, esta revisão não avalia a eficácia da TR na qualidade de vida e apresenta algumas fragilidades que podem ter comprometido os resultados apresentados nomeadamente: falta de clareza relativamente aos critérios de inclusão (por exemplo, participantes), repetição de bases de dados (MEDLINE e PubMed) e estratégias de pesquisa pouco claras.

Considerando as limitações da revisão sistemática de Huang et al. (2015) e a não atualização da pesquisa (última pesquisa de maio de 2004) na revisão de Woods et al. (2005), torna-se importante identificar e sintetizar as melhores evidências disponíveis sobre a eficácia da TR na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas idosas com compromisso cognitivo em contexto institucional. Para tal, foi elaborada a seguinte questão orientadora desta revisão sistemática: “Qual a eficácia da terapia de reminiscência em grupo na cognição, humor e qualidade de vida das pessoas idosas com compromisso cognitivo em contexto institucional?”.

## Método de revisão sistemática

Esta revisão sistemática da literatura seguirá o esquema de referência citado pelo *Joanna Briggs Institute* (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014), identificando critérios de inclusão e exclusão para População, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (PICO).

Respeitante aos tipos de participantes, serão incluídos estudos com participantes de idade igual ou superior a 65 anos, do género masculino e feminino, a quem foi identificada uma situação de compromisso cognitivo, quer através de um diagnóstico clínico formal, quer seja documentado por teste neurológico estandarizado ou por avaliação clínica quantitativa.

A nível da intervenção, pretende-se a inclusão de estudos focados em programas de reminiscência em grupo, dirigidos a pessoas idosas com compromisso cognitivo em contexto institucional, sendo de considerar centros de dia, associações comunitárias, bem como diferentes tipologias de estruturas residenciais para idosos. Aceitam-se todos os tipos de comparador,

nomeadamente, intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com compromisso cognitivo ou os cuidados habituais.

Os *outcomes* pretendidos para esta revisão são: a cognição, avaliada com recurso a instrumento de avaliação da função cognitiva, como por exemplo *Montreal Cognitive Assessment* ou *Mini Mental State Examination*; sintomas depressivos, avaliados com uma escala de avaliação como por exemplo *Geriatric Depression Scale*; e a qualidade de vida, avaliada com um instrumento apropriado, como por exemplo *World Health Organization Quality of Life-Older Adults Module Group* (WHOQOL-OLD). Serão apenas considerados estudos experimentais (estudos randomizados controlados e estudos quasi-experimentais, com ou sem grupo de controlo).

Relativamente à estratégia de pesquisa e identificação dos estudos, serão utilizadas as bases de dados eletrónicas CINAHL, PubMed e *Cochrane Central Register of Controlled Trials*. Por sua vez, a pesquisa de estudos não publicados incluirá o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), o Banco de Teses da Capes e OpenGrey.

As palavras-chave a serem utilizadas serão: *dementia, alzheimer, cognitive impairment, neurocognitive disorder, cognitive decline, Reminiscence, Cognit\**, *quality of life, depressi\**, *mood*.

A estratégia de pesquisa abrange o período entre abril de 2004 e abril de 2017. Relativamente ao idioma considerar-se-ão os estudos escritos em português, espanhol e inglês.

### **Avaliação da qualidade metodológica dos estudos**

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos será avaliada de forma independente por dois revisores com recurso a instrumentos padronizados do JBI para estudos randomizados controlados e estudos quasi-experimentais (JBI, 2016). É de realçar que quaisquer divergências que possam ocorrer entre os revisores serão resolvidas recorrendo à discussão entre eles ou, a um terceiro revisor. Os revisores incluirão todos os estudos que atendam aos critérios de inclusão e discutirão as fragilidades metodológicas existentes em cada estudo.

### **Extração dos dados**

Os dados serão extraídos por dois revisores

independentes com recurso ao instrumento de extração padronizada da JBI para estudos quantitativos (JBI, 2014). Os dados extraídos irão fornecer os detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenhos dos estudos e resultados relevantes para a questão de pesquisa e objetivos específicos. Se neste processo surgirem dúvidas ou aspetos que careçam de esclarecimento devem-se contactar os autores dos estudos primários. As divergências que possam ocorrer entre os dois revisores serão resolvidas pelo diálogo ou recorrendo a um terceiro revisor.

### **Síntese dos dados**

Os estudos quantitativos, sempre que possível devem ser agrupados em meta-análises usando o *JBI Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument* (JBI-MASARI; Tufanaru, Munn, Aromataris, Campbell, & Hopp, 2017). A meta-análise viabiliza a síntese da análise dos estudos incluídos, possibilitando a apresentação não só textual, mas, também a representação gráfica dos resultados e permite, para cada estudo, calcular o tamanho do efeito e a diferença de média ponderada. No caso de não ser possível realizar meta-análise, os dados serão apresentados em formato narrativo com recurso a tabelas. Este processo será realizado através de consenso entre dois revisores. Quaisquer divergências serão resolvidas com recurso a um terceiro revisor.

## **Apresentação e interpretação dos resultados**

A análise crítica dos dados existentes sobre a eficácia das TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida na pessoa idosa com compromisso cognitivo em contexto institucional, resultante desta revisão sistemática, contribuirá para a disseminação da melhor evidência disponível sobre o tema.

## **Conclusão**

Dada a crescente incidência e consequências associadas para o bem-estar e segurança das pessoas idosas, o compromisso cognitivo é considerado como uma condição de risco,

exigindo assim a atenção dos profissionais de saúde, e de outras partes interessadas. O envolvimento destes elementos deve passar, necessariamente, pela criação de condições em que seja possível preservar o estado cognitivo, reduzir a incidência de sintomas depressivos e promover a qualidade de vida.

Nesta perspectiva, da síntese da evidência disponível sobre a eficácia da TR no âmbito referido, e análise crítica inerente, irão emergir novos conhecimentos essenciais para a orientação desta intervenção junto de pessoas idosas com compromisso cognitivo nos diversos contextos institucionais.

### Agradecimentos

Este protocolo faz parte do projecto Estimulação cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado (ECOG/2015), financiado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016-2018).

### Referências bibliográficas

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

Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.

Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300.

Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205.

Heser, K., Wagner, M., Wiese, B., Prokein, J., Ernst, A., König, H.-H., ... For the AgeCoDe Study Group (2014). Associations between dementia outcomes and depressive symptoms, leisure activities, and social support. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 4(3), 481-493.

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.

Lima, M. T., Silva, R. D., & Ramos, L. R. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7.

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(2), 295-308. doi:10.1017/S1041610208008387

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2016). Saúde: Procuram-se novos caminhos. Relatório primavera de 2016. Recuperado de <http://www.aenfermagemeasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio-de-Primavera-2016-OPSS-14-06-2016.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition*. Adelaide, Australia: Author. Recuperado de <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

The Joanna Briggs Institute (2016). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2016 edition*. Adelaide, Australia: Author.

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

Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 93-97.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan: 2013 - 2020*. Geneva, Switzerland: Author.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

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



# APÊNDICE III



# Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos na comunidade: revisão sistemática

The effectiveness of reminiscence in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people in the community: a systematic review

Eficacia de la reminiscencia en la cognición, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos en la comunidad: revisión sistemática

Isabel Maria de Assunção Gil\*<sup>1</sup>; Paulo Jorge dos Santos Costa\*\*<sup>2</sup>; Daniela Filipa Batista Cardoso\*\*\*<sup>3</sup>; Vítor Sérgio de Oliveira Parola\*\*\*\*<sup>4</sup>; Elzbieta Malgorzata Bobrowicz-Campos\*\*\*\*\*<sup>5</sup>; Maria de Lurdes Ferreira de Almeida\*\*\*\*\*<sup>6</sup>; João Luís Alves Apóstolo\*\*\*\*\*<sup>7</sup>

## Resumo

**Contexto:** Na literatura, a terapia de reminiscência (TR) destaca-se enquanto intervenção não-farmacológica comumente implementada em grupos de idosos com compromisso cognitivo.

**Objetivo:** Identificar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da TR na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos que frequentam estruturas de apoio comunitário.

**Método de revisão:** Seguiu-se a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Foram considerados estudos centrados na TR em grupo, que incluíssem idosos ( $\geq 65$  anos) com compromisso cognitivo, a frequentar estruturas de apoio comunitário. A análise crítica, extração e síntese de resultados foram desenvolvidas por 2 investigadores independentes.

**Apresentação e interpretação dos resultados:** Incluídos 2 ensaios clínicos randomizados e 2 estudos quase-experimentais ( $n = 502$ ); as características heterogêneas dos estudos impossibilitaram meta-análise. 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.

**Conclusão:** A TR parece ter um efeito benéfico na melhoria da cognição em idosos com compromisso cognitivo em contexto comunitário.

**Palavras-chave:** terapia reminiscência; idoso; disfunção cognitiva; cognição; depressão; qualidade de vida

## Abstract

**Background:** In the literature, reminiscence therapy (RT) stands out as a non-pharmacological intervention commonly implemented in groups of elderly people with cognitive impairment.

**Objective:** To identify the best available evidence on the effectiveness of RT in cognition, depressive symptoms, and quality of life in elderly people using community support structures.

**Method of Review:** The methodology proposed by the *Joanna Briggs Institute* was followed. Studies focused on group RT, including elderly people ( $\geq 65$  years old) with cognitive impairment and using community support structures, were considered. Critical analysis, extraction, and synthesis of results were conducted by 2 independent researchers.

**Presentation and interpretation of results:** Two randomized controlled trials and 2 quasi-experimental studies were included ( $n = 502$ ); the heterogeneity of the studies precluded meta-analysis. Two studies evidenced the benefits of RT to cognition. None of the studies showed the positive impact of the intervention on depressive symptomatology. Regarding quality of life, inconsistent results were found.

**Conclusions:** The RT seems to have a beneficial effect on improving cognition in elderly people with cognitive impairment in a community context.

**Keywords:** reminiscence; aged; cognitive dysfunction; cognition; depression; quality of life

\*MSc., Doutoranda em Enfermagem. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [igil@esenfc.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-5387-8285>. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha de dados; tratamento de dados; análise de dados e discussão, redação do texto. Morada para correspondência: Estrada de Lógo de Deus Rua da Fonte s/n, 3020-217, Coimbra, Portugal.

\*\*MSc., Doutorando em Enfermagem. Bolsista de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [paulocosta@esenfc.pt]. <https://orcid.org/0000-0003-0761-6548>. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha de dados; tratamento de dados; análise de dados e discussão, redação do texto.

\*\*\*Lic., Doutoranda em Ciências da Saúde. Bolsista de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [dcarlos@esenfc.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-1425-885X>. Contribuição no artigo: tratamento de dados, análise e discussão de dados e revisão do artigo.

\*\*\*\*MSc., Doutorando em Ciências de Enfermagem. Assistente Convocado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [vitorparola@hotmail.com]. <https://orcid.org/0000-0002-0050-5004>. Contribuição no artigo: tratamento de dados, análise e discussão de dados e revisão do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Psicóloga. Bolsista de Investigação, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, 3046-851, Coimbra, Portugal [elzbieta campos@esenfc.pt]. <https://orcid.org/0000-0001-5889-5642>. Contribuição no artigo: tratamento de dados, análise e discussão de dados e revisão do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [mlurdes@esenfc.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-4454-8745>. Contribuição no artigo: análise e discussão de dados e revisão do artigo.

\*\*\*\*\*Ph.D., Agregação em Ciências da Enfermagem. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [apostolo@esenfc.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-3050-4264>. Contribuição no artigo: análise e discussão de dados e revisão do artigo.

## Resumen

**Contexto:** En la literatura, la terapia de reminiscencia (TR) destaca como intervención no farmacológica comúnmente implementada en grupos de ancianos con trastornos cognitivos.

**Objetivo:** Identificar la mejor evidencia disponible sobre la eficacia de la TR en la cognición, los síntomas depresivos y la calidad de vida en ancianos que asisten a estructuras de apoyo comunitario.

**Método de revisión:** Se siguió la metodología propuesta por el *Joanna Briggs Institute*. Se consideraron estudios centrados en la TR en grupo, que incluyeron a ancianos ( $\geq 65$  años) con trastorno cognitivo, que asisten a estructuras de apoyo comunitario. El análisis crítico, la extracción y la síntesis de resultados los desarrollaron 2 investigadores independientes.

**Presentación e interpretación de los resultados:** Se incluyeron 2 ensayos clínicos aleatorizados y 2 estudios cuasiexperimentales ( $n = 502$ ); las características heterogéneas de los estudios imposibilitaron el metaanálisis. Dos estudios mostraron los beneficios de la TR en la cognición. Ninguno de los estudios demostró el impacto positivo de la intervención sobre la sintomatología depresiva. En la calidad de vida, los resultados fueron inconsistentes.

**Conclusión:** La TR parece tener un efecto beneficioso en la mejora de la cognición en los ancianos con trastorno cognitivo en el contexto comunitario.

**Palabras clave:** reminiscencia; ancianos; disfunção cognitiva; cognición; depresión; calidad de vida

Recebido para publicação: 23.05.18

Aceite para publicação: 19.07.18

## Introdução

As marcantes alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas, caracterizadas por um envelhecimento populacional progressivo, estão estreitamente associadas a um padrão de consequências que integram a presença de um declínio em diversas áreas do funcionamento humano, nomeadamente, a nível cognitivo. A acompanhar este envelhecimento à escala global, assiste-se a um aumento das perturbações neurocognitivas (PNC), que se caracterizam primariamente por alterações do desempenho cognitivo (documentado por testes neurológicos standardizados ou por avaliação clínica quantitativa) em relação a um nível anterior de funcionamento (American Psychiatric Association, 2013). Na classificação atual do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) distingue-se a PNC *major*, que englobou o termo demência, da PNC *ligeira* pelo grau de compromisso.

O último relatório de saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017) apresenta os dados comparativos mais recentes sobre o estado de saúde das populações nos diversos países da OCDE. De acordo com este relatório, a prevalência de demência em 2017 era de 14,8/1000 habitantes, sendo os valores mais elevados verificados no Japão (23,3/1000), Itália (22,5/1000), Alemanha (20,2/1000) e Portugal (19,9/1000). Por outro lado, o México é o país com menos casos (7,2/1000). No mesmo relatório, as doenças mentais são referidas como as que representam a mais considerável e crescente dimensão na carga global das doenças, estimando-se que uma em cada duas pessoas venha a sofrer de uma doença mental ao longo da vida. Neste sentido, a expectativa é que o número de pessoas que vivem com demência triplique até 2050, passando dos 50 milhões para 152 milhões.

O *World Alzheimer Report 2016* (Prince, Comas-Herrera, Knapp, Guerchet, & Karagiannidou, 2016) estima que apenas 40-50% dos casos de demência estarão identificados nos países mais desenvolvidos, o que sugere que os números reais podem ser muito superiores. Adicionalmente, mesmo aquando da 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 idosas e dos seus cuidadores (Global Observatory for Ageing and Dementia Care, 2016). Nesta conjuntura, o Plano Global da Saúde Mental 2013-2020 da World Health

Organization (2013) estabelece que a resposta a este desafio emergente reside na promoção de cuidados de saúde na comunidade, compreensivos e integrados, que permitam a estimulação e a participação das pessoas idosas e dos seus familiares. Deste modo, a estruturação das respostas dos sistemas de saúde neste âmbito promoverá um processo de cuidados eficiente, com continuidade, que possa contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

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 (Cammissuli, Danti, Bosinelli, & Cipriani, 2016). A terapia de reminiscência (TR) tem sido identificada como potencialmente benéfica para as pessoas idosas com compromisso cognitivo. Esta consiste na recuperação de memórias emocionalmente significativas que podem ser facilitadas com recurso a estímulos multissensoriais (imagens, músicas, aromas e texturas). Ao encorajar deliberadamente as pessoas idosas a relembrar o passado, numa atitude empática e de aceitação, elas são estimuladas a reavaliar as suas vidas, fortalecendo a identidade e, deste modo, melhorando a estabilidade psicológica e a qualidade de vida. Distinguem-se três tipos básicos de reminiscência: reminiscência simples, revisão de vida e terapia de revisão de vida (Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010). Nesta revisão foram apenas considerados os estudos que integram reminiscência simples e que implicam que os dinamizadores possuam competências profissionais a um nível generalista.

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 dirigidos a pessoas idosas com compromisso 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. Deste modo, realizou-se uma pesquisa preliminar na JBI COnNECT+, Cochrane Database of Systematic Reviews e MEDLINE (via PubMed) que revelou a existência de duas revisões neste âmbito (Huang et al., 2015; Woods, Spector, Jone, Orrell, & Davies, 2005). Todavia, em nenhuma das revisões supracitadas é clara a intenção de explorar a eficácia da TR especificamente no contexto comunitário. 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 lares de idosos), dificulta a avaliação dos benefícios desta intervenção não-farmacológica.

Dado que não foram encontrados registos de protocolos de revisão sistemática sobre a eficácia da TR na plataforma internacional PROSPERO, e sendo relevante identificar e sintetizar as melhores evidências disponíveis neste âmbito, 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 idosas com compromisso cognitivo que frequentam estruturas sociais de apoio na comunidade?

## Método de revisão sistemática

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 idosos ( $\geq 65$  anos) que residam na comunidade, a quem foi diagnosticado compromisso cognitivo (documentado por teste neurológico estandardizado ou por avaliação clínica quantitativa). A intervenção de interesse foi a TR em grupo, dirigida a pessoas idosas com compromisso cognitivo, que frequentam estruturas de apoio comunitário. Relativamente ao comparador, aceitaram-se todos os tipos de intervenção, incluindo intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com compromisso cognitivo, cuidados habituais ou outras. Esta revisão definiu como *outcomes* de interesse 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) - OpenGrey (12) - Banco de Teses & 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*. A *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. Decidiu-se não aplicar o ponto de corte para a inclusão para a revisão, sendo posteriormente discutidas as fragilidades metodológicas existentes em cada estudo analisado.

### Extração de dados

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, incidindo em detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenho 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.

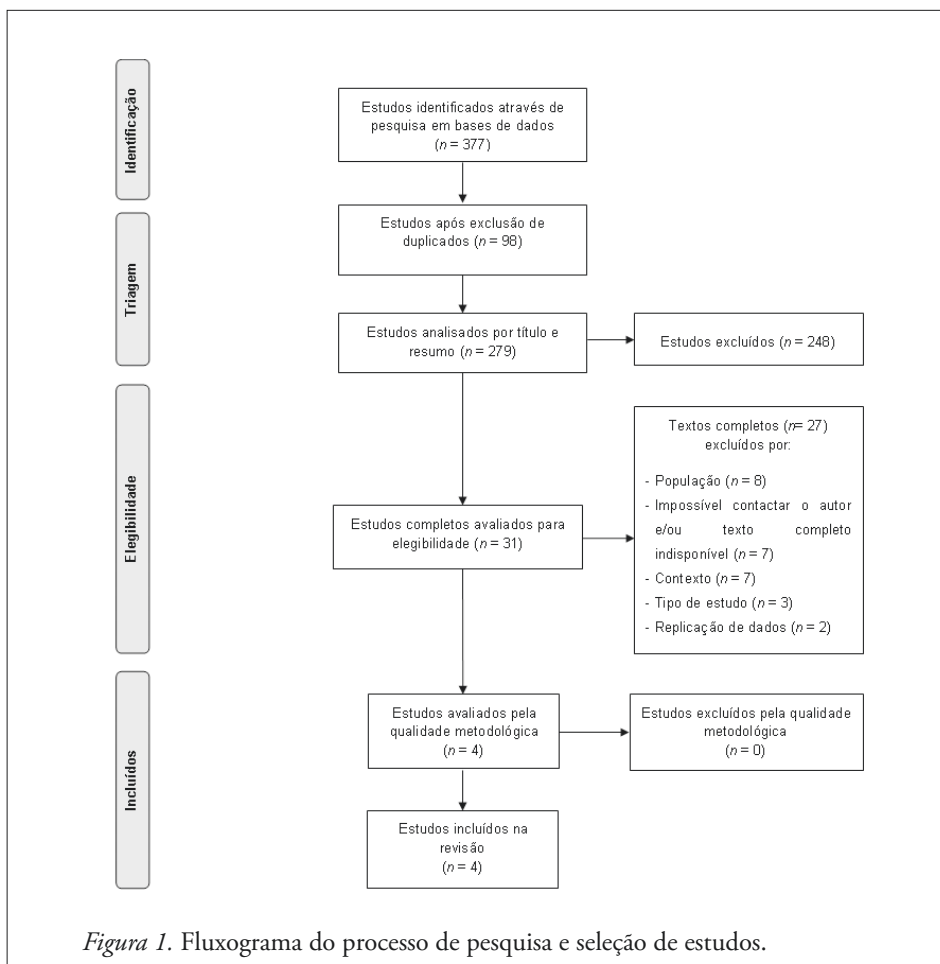
### Síntese dos dados

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 *outcomes* de interesse.

## Apresentação dos resultados

A pesquisa identificou 377 estudos potencialmente relevantes (Figura 1). Destes, 98 foram excluídos por serem duplicados. Dos restantes 279 registros, 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.



### Resultados de avaliação da qualidade metodológica

Relativamente à qualidade metodológica dos RCTs incluídos, somente duas das 13 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 (Q9) e à análise dos resultados de igual modo nos grupos em comparação (Q10).

Tabela 2

*Avaliação da qualidade metodológica dos estudos randomizados controlados incluídos*

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13
Charlesworth et al. (2016)	NC	NC	S	N	N	S	NC	S	S	S	NC	NC	NC
Nakatsuka et al. (2015)	NC	NC	N	NC	N	N	NC	NC	S	S	NC	NC	NC
%	0	0	50	0	0	50	0	50	100	100	0	0	0

Nota. Q = questão; S = sim; N = não; NC = não claro.

No estudo de Charlesworth et al. (2016), os participantes não eram cegos à sua alocação nos grupos, à semelhança dos 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, os profissionais que lideraram as intervenções e os profissionais que avaliaram os participantes não estavam cegos à alocação de participantes por grupos. 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 (Q1); existência de múltiplas avaliações de resultados antes e após a intervenção (Q5); inexistência de diferenças quanto à perda de acompanhamento entre os grupos em comparação (Q6); e se os resultados dos participantes incluídos foram avaliados de igual forma nos grupos em comparação (Q7).

Tabela 3

*Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quase-experimentais incluídos*

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Melendez et al. (2015)	S	NC	NC	S	S	S	S	NC	NC
Nawate et al. (2007)	S	S	S	N	S	S	S	NC	NC
%	100	50	50	50	100	100	100	0	0

Nota. Q = questão; S = sim; N = não; NC = não claro.

No estudo de Melendez, Torres, Redondo, Mayor-domo, 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.

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).

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 idosas.</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> (<math>n = 97</math>)</p> <p>12 sessões semanais de 2 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, improviso ou canto.</p> <hr/> <p><b>Suporte ao Cuidador (CSP)</b> (<math>n = 48</math>)</p> <p>12 sessões semanais, de 1 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>	<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 que a interação entre o grupo CSP e grupo RYCT era 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 idosas com declínio cognitivo ligeiro amnésico (aMCI) e 30 com Doença de Alzheimer (AD).</p>	<p><b>Critérios de inclusão - 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 AD:</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 comunicacional; condição médica que afete o cérebro; sintomas psiquiátricos graves ou história de abuso de substâncias.</p>	<p><b>Reminiscência para participantes com aMCI</b> (<math>n = 27</math>) e <b>AD</b> (<math>n = 15</math>)</p> <p><b>Grupo aMCI:</b> 10 sessões semanais, de 60 minutos cada. <b>Grupo AD:</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> (<math>n = 16</math>) e <b>AD</b> (<math>n = 15</math>)</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 AD apresentaram melhorias significativas na pontuação global nos diferentes momentos de avaliação (<math>p &lt; 0,001</math>).</p> <p>Para os participantes com AD, 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 <i>scores</i> globais entre a primeira avaliação e <i>follow-up</i> (<math>p = 0,016</math>).</p>
<p><b>CSP-RYCT</b> (<math>n = 97</math>)</p> <p>Combinação das intervenções dos grupos RYCT e CSP.</p> <p><b>Cuidados habituais</b> (<math>n = 47</math>)</p> <p>Continuação dos cuidados habituais existentes nas estruturas locais.</p>			

<p><b>Nakatsuka et al. (2015)</b></p> <p><b>Desenho:</b> Estudo Randomizado Controlado</p> <p><b>Contexto:</b> centro comunitário (Japão)</p> <p><b>Participantes:</b> 127 pessoas idosas</p>	<p><b>Critérios de inclusão:</b> pessoas com idade <math>\geq 75</math> anos, sem diagnóstico de depressão ou esquizofrenia, que vissem sozinhas ou com uma pontuação na CDR de 0,5.</p>	<p><b>Reminiscência (GR; <math>n = 44</math>)</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.</p> <hr/> <p><b>Intervenções cognitivas (IC; <math>n = 45</math>)</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.</p> <hr/> <p><b>Atividade Física (AF; <math>n = 38</math>)</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.</p>	<p><b>Função cognitiva</b> avaliada com o MMSE, WF e TMT. Foram apenas verificadas melhorias significativas nos grupos de AF e IC (<math>p &lt; 0,01</math>, não corrigida, para múltiplas comparações) através do MMSE. O grupo GR revelou efeitos benéficos na orientação e na memória a longo prazo.</p> <p><b>Sintomatologia depressiva</b> (avaliada com a GDS) e <b>Qualidade de Vida</b> (avaliada com SF). Para ambos os outcomes não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o período de pré e pós-intervenção para nenhum dos grupos (para <math>p &lt; 0,01</math>) e entre grupos (para <math>p &lt; 0,05</math>).</p>
<p><b>Nawate et al. (2007)</b></p> <p><b>Desenho:</b> Quasi-Experimental</p> <p><b>Contexto:</b> dois centros de reabilitação de dia (Japão)</p> <p><b>Participantes:</b> 11 pessoas idosas.</p>	<p><b>Critérios de inclusão:</b> viver na sua residência; idade <math>\geq 65</math> 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.</p>	<p><b>Terapia de Reminiscência (<math>n = 11</math>)</b> Composto por sessões temáticas de culinária 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 confecção das receitas. Durante cada sessão eram colocadas questões dentro da temática que evocassem memórias autobiográficas.</p>	<p><b>Função cognitiva,</b> avaliada com a HDSR e MMSE.</p> <p>Foram verificadas alterações marginalmente significativas na HDSR uma semana após o fim da intervenção (<math>p = 0,043</math>) e quatro semanas após a intervenção (<math>p = 0,043</math>).</p>

*Nota.* 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*.

## Interpretação dos resultados

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 idosas com compromisso cognitivo que frequentam es-

truturas 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 assoma-se como uma das intervenções

psicossociais mais frequentemente implementadas nestes contextos.

A contemplação do passado inspirou 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 revisitos 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.

Relativamente aos resultados da TR na função cognitiva, constata-se um efeito com significância (Melendez et al., 2015; Nawate et al., 2007), o que corrobora os resultados de outras revisões anteriores (Huang et al., 2015; Woods et al., 2005, Woods et al., 2018). Em ambos os estudos (Melendez, et al., 2015; Nawate et al., 2007), a melhoria da função cognitiva persistiu após o *terminus* da intervenção, tendo o efeito sido avaliado ao fim de 2 meses e 4 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, contudo, estas diferenças podem ser atribuídas às características da população e contexto em foco nas revisões em análise.

À semelhança dos resultados analisados por Woods et al. (2018), os resultados dos estudos que integraram esta revisão mostram que as alterações observadas ao nível da sintomatologia depressiva das pessoas com compromisso 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 idosas que vivem na comunidade.

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 idosas com compromisso 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 idosas. Logo, tendo em conta a melhor forma de responder às necessidades das pessoas idosas com compromisso 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 as pessoas idosas com compromisso cognitivo e os cuidadores, assim como a satisfação com a intervenção terapêutica, parecem constituir indicadores intrinsecamente relacionados com a qualidade de vida percecionada pelas pessoas idosas (Charlesworth et al., 2016; Nakatsuka et al., 2015). Relativamente

te às evidências sobre a eficácia de RT 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 idosas com compromisso 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 (e.g., PsycINFO) se pode 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 pessoas idosas com compromisso cognitivo, sendo de enaltecer que se centra nas capacidades que as pessoas mantêm conservadas, mobilizando recursos cognitivos preservados.

## Conclusão

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 idosas com compromisso cognitivo o que remete para a pertinência de se se conduzirem

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

## Implicações para a investigação e para a prática da enfermagem

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 compromisso 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 idosas que frequentam estruturas sociais de apoio na comunidade (grau B), deverá ser considerada a sua inclusão na abordagem terapêutica dirigida a pessoas idosas com compromisso cognitivo, 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 a pessoa idosa, resultando num conhecimento mais profundo do idoso. 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.

## Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, TX: Author
- Cammissuli, 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. <https://doi.org/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 pragmat-

- ic randomised trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 87(11), 1218-1228. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2016-313736>.
- 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. <http://dx.doi.org/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. <http://dx.doi.org/https://doi.org/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>
- 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
- 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. <http://dx.doi.org/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. <http://dx.doi.org/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
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)
- 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.
- 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
- 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>
- 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.
- 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*. Geneva, Suíça: Autor. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=2417FD0811EDAD2B2371725C-5F66816A?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=2417FD0811EDAD2B2371725C-5F66816A?sequence=1).



# APÊNDICE IV





## Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos institucionalizados: revisão sistemática

Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review

Efectividad de la reminiscencia en la cognición, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos institucionalizados: revisión sistemática

### Como citar este artigo:

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

-  Isabel Gil<sup>1,2</sup>
-  Paulo Costa<sup>1,2</sup>
-  Vítor Parola<sup>1,2,3</sup>
-  Daniela Cardoso<sup>1,2,3</sup>
-  Maria Almeida<sup>1,2</sup>
-  João Apóstolo<sup>1,2,3</sup>

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

<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Enfermagem, Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Portugal Centre for Evidence Based Practice: A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence, Coimbra, Portugal.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the best available evidence on the efficacy of Reminiscence Therapy in cognition, depressive symptoms and quality of life in elderly individuals with cognitive impairment. **Method:** The methodology proposed by the Joanna Briggs Institute was used. Studies focused on group Reminiscence Therapy aimed at institutionalized elderly people with cognitive impairment aged 65 or over were considered. The critical analysis, extraction and synthesis of results was performed by two independent researchers. **Results:** Four randomized clinical trials and two quasi-experimental studies (n=296) were included. Given the heterogeneous characteristics of studies found, it was impossible to perform a meta-analysis. Of the six studies included, two presented statistically significant results for efficacy in cognition, and three for efficacy in reducing depressive symptoms. In none of the studies was evaluated the elderly's quality of life. **Conclusion:** Reminiscence Therapy has potential efficacy for maintaining cognition and decrease of depressive symptomatology in the target population.

### DESCRIPTORS

Aged; Cognition; Depression; Quality of Life; Review.

### Autor correspondente:

Isabel Gil  
Av. Bissaya Barreto, Apartado 7001  
3046-851 – Coimbra, Portugal  
[igil@esenfc.pt](mailto:igil@esenfc.pt)

Recebido: 06/03/2018  
Aprovado: 25/09/2018

## INTRODUÇÃO

Decorrente do aumento da esperança média de vida torna-se cada vez mais importante equacionar 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. Às profundas alterações demográficas, caracterizadas pelo envelhecimento progressivo da população, associa-se o aumento de doenças crónicas degenerativas, como são exemplo os transtornos neurocognitivos (TNC). Estes transtornos caracterizam-se por um compromisso em relação a um nível anterior de funcionamento da pessoa, especialmente na função cognitiva<sup>(1)</sup>.

Nessa linha de pensamento, a perda progressiva de capacidades cognitivas e motoras decorrentes do processo degenerativo originam, em estados mais avançados, um elevado sentimento de sobrecarga da família e cuidadores que culmina frequentemente na institucionalização da pessoa idosa<sup>(2)</sup>. Em consequência da institucionalização, pode ocorrer uma perda gradual das funções e papéis sociais, podendo as pessoas idosas serem profundamente afetadas por um conjunto de limitações que afetam ainda mais a sua capacidade de aprendizagem, autoestima e capacidade de relacionamento<sup>(3)</sup>. Este processo pode minimizar as capacidades e estatuto social das pessoas idosas, já neurologicamente prejudicadas<sup>(3)</sup>. A esta realidade, encontra-se ainda fortemente associada a incidência e prevalência de sintomatologia depressiva, com a consequente diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa<sup>(4)</sup>.

Na atualidade ainda subsiste a evidência que limita o espectro de intervenção da terapêutica farmacológica utilizada no tratamento da pessoa idosa com compromisso cognitivo<sup>(5)</sup>, na medida em que os mecanismos farmacocinéticos tradicionais se reduzem ao controlo temporário da sintomatologia associada ao percurso degenerativo da patologia. Perante esses limites, assistiu-se nos últimos anos ao redirecionar de focos investigacionais, com a exploração da eficácia de terapias não farmacológicas no retardar da progressão dos quadros de compromisso cognitivo.

Neste sentido, a Terapia de Reminiscência (TR) emerge na literatura como uma intervenção com potencial terapêutico por meio da recuperação de acontecimentos de vida significativos, com diversos desígnios e incidência particular na resolução de conflitos do passado<sup>(6)</sup>. A TR configura-se como atividades agradáveis e estimulantes com o propósito de promover a autoestima, identidade e individualidade da pessoa idosa<sup>(6)</sup>. Tem sido relatada, pois, como uma intervenção associada ao prazer, segurança e sentido de pertença<sup>(7)</sup>.

Essa abordagem terapêutica centrada na pessoa valoriza a sua dimensão humana e trajetória de vida, mobilizando os recursos cognitivos ainda preservados. Ao recorrer à evocação de memórias em longo prazo, que geralmente permanecem intactas, a TR contribui para a redução da experiência de falha frequentemente sentida pelas pessoas idosas com compromisso cognitivo<sup>(8)</sup>.

Torna-se importante destacar, porém, que a implementação de terapias não farmacológicas, como a TR, de forma isolada ou em combinação com terapêuticas farmacológicas, implica a formação dos profissionais de saúde para a sua dinamização, que deverá respeitar as boas práticas baseadas na melhor evidência científica disponível<sup>(9)</sup>. Com esse intuito, realizou-se uma pesquisa preliminar na *Cochrane Database of Systematic Reviews*, que revelou a existência de uma revisão sobre TR em pessoas idosas com compromisso cognitivo<sup>(10)</sup>. Essa revisão, cuja última pesquisa integrada data de maio de 2004, objetiva os efeitos da Terapia de Reminiscência em pessoas idosas com demência e nos seus cuidadores, mais precisamente, no seu bem-estar, sintomas depressivos e qualidade de vida, comunicação e interação, cognição e impacto nos cuidadores. Nesta revisão, os autores concluem que os resultados de eficácia da TR em pessoas com compromisso cognitivo são promissores, com melhorias da sua cognição, sintomas depressivos e comportamento<sup>(10)</sup>.

Numa revisão sistemática mais recente<sup>(11)</sup>, os autores procederam à metanálise de estudos randomizados controlados sobre a eficácia da TR das funções cognitivas e redução de sintomas depressivos em pessoas idosas com compromisso cognitivo. Os autores verificaram que as melhorias mais significativas foram na sintomatologia depressiva de pessoas idosas institucionalizadas, quando comparados aos residentes na comunidade. Contudo, ressalta-se que esta revisão não contemplou a avaliação da eficácia em domínios intrinsecamente associados à função cognitiva e sintomatologia depressiva, como a qualidade de vida da pessoa idosa. Torna-se igualmente importante ressaltar que esta revisão é pouco clara relativamente aos critérios de inclusão (por exemplo, participantes), repete bases de dados (realizaram-se pesquisas na MEDLINE e PubMed) e apresentam-se estratégias de pesquisa pouco claras<sup>(11)</sup>.

É, ainda, importante destacar que não foram encontradas revisões sistemáticas neste âmbito temático registadas na plataforma internacional de registo de revisões sistemáticas PROSPERO.

Considerando as limitações apontadas às revisões sistemáticas referidas anteriormente<sup>(10-11)</sup>, pretende-se identificar e sintetizar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da TR na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida das pessoas idosas com compromisso cognitivo em contexto institucional.

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 idosas com compromisso cognitivo institucionalizadas?”.

## MÉTODO

### TIPO DE ESTUDO

Esta revisão sistemática da literatura seguiu a metodologia de referência recomendada pelo Joanna Briggs Institute<sup>(12)</sup>.

### POPULAÇÃO

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 compromisso cognitivo, quer mediante um diagnóstico clínico formal, documentado por teste neurológico estandardizado ou por avaliação clínica quantitativa. Intervenção: programas de reminiscência em grupo, dirigidos a pessoas idosas com compromisso cognitivo institucionalizadas em estruturas residenciais. Comparador: aceitaram-se todos os tipos de comparador, nomeadamente, intervenções psicossociais dirigidas a pessoas com compromisso 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 quasi-experimentais, com ou sem grupo de controlo).

## COLETA DE DADOS

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 (Quadro 1). 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 1º de maio de 2004 e abril de 2017.

**Quadro 1** – Estratégias de pesquisa aplicadas por base de dados – Coimbra, Portugal, 2017.

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")
CAPES (35)	(Reminiscence)

## ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

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 quasi-experimentais<sup>(12)</sup>. 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 atendem aos critérios de inclusão foram incluídos para revisão, sendo posteriormente discutidas as fragilidades metodológicas existentes em cada estudo.

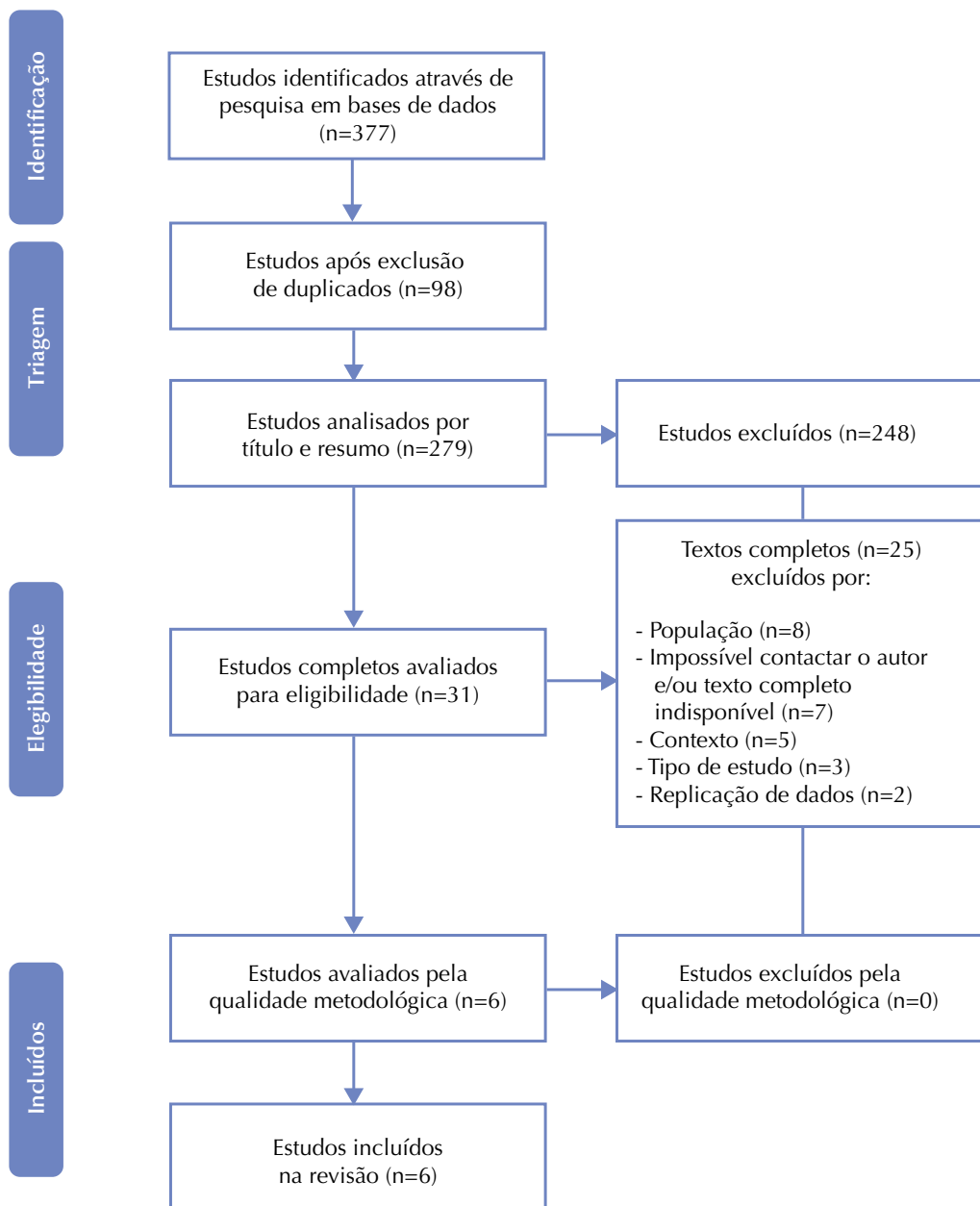
Os dados foram extraídos por dois revisores independentes com recurso ao instrumento de extração padronizada da Joanna Briggs Institute para estudos quantitativos<sup>(12)</sup>. Os dados extraídos incidiram em detalhes específicos relativos às intervenções, população, desenhos dos estudos e resultados relevantes para a questão de pesquisa. 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.

## 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 1).



**Figura 1** – Fluxograma do processo de pesquisa e seleção de estudos – Coimbra, Portugal, 2017.

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 13 questões do instrumento de avaliação crítica foram realizadas universalmente por todos (Quadro 2). 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, esses aspetos e outros eventuais desvios foram tidos em consideração na condução

da análise de resultados. Realça-se que num dos estudos incluídos<sup>(13)</sup> não foi realizada verdadeira randomização dos participantes na alocação aos grupos de intervenção. Por outro lado, num outro estudo<sup>(14)</sup>, os profissionais que conduziram as intervenções não estavam cegos à alocação dos participantes por grupos.

No que respeita aos dois estudos quasi-experimentais incluídos na revisão, seis das nove questões existentes no instrumento de avaliação crítica foram respeitadas (Quadro 3). É de referir que num dos estudos<sup>(17)</sup> 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 empregue nos dois estudos é apropriada ao desenho evidenciado.

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

Questão	Estudo	Wang <sup>(13)</sup>	Nakamae et al. <sup>(14)</sup>	Akanuma et al. <sup>(15)</sup>	Deponte & Missan <sup>(16)</sup>
1. A alocação dos grupos de tratamento foi verdadeiramente aleatória?		Não	Incerto	Incerto	Incerto
2. A alocação aos grupos foi cega?		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 em qual grupo 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

**Quadro 3** – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos quasi-experimentais incluídos.

Questão	Estudo	Gonzalez et al. <sup>(17)</sup>	Aşiret & Kapucu <sup>(18)</sup>
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<sup>(15)</sup> e 102<sup>(13)</sup> (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 isquêmica. Dois estudos adotaram critérios de diagnóstico standardizados (como presentes na 4.<sup>a</sup> Edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers), de modo a identificar participantes elegíveis<sup>(14,17)</sup>. Adicionalmente, quatro estudos incluíram os participantes com base nos escores obtidos no *Mini-Mental State Examination* (MMSE): entre 10 e 24 pontos<sup>(15,18)</sup>; igual ou inferior a 23 pontos<sup>(14)</sup> ou inferior a 23 pontos<sup>(17)</sup>.

### CARACTERÍSTICAS DAS INTERVENÇÕES E GRUPOS EXPERIMENTAIS

Cinco dos estudos<sup>(13-15,17-18)</sup> 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<sup>(13,15,17-18)</sup>. As sessões seguintes evocam memórias passadas numa abordagem cronológica ascendente (infância, juventude e adultez), 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 objetos pessoais antigos, imagens, músicas e vídeos de outros tempos, assim como a alimentos e aromas específicos. Num dos estudos revistos<sup>(14)</sup>, 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, num dos estudos<sup>(16)</sup>, 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<sup>(14)</sup> e 24 sessões<sup>(16)</sup>. Relativamente à frequência das sessões, e com apenas uma exceção<sup>(16)</sup> que decorreu bissemanalmente, as sessões programadas eram realizadas semanalmente. As sessões duraram entre 30<sup>(18)</sup> e 60<sup>(13,17)</sup> minutos cada, num total programado entre 240 e 1.080 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 desses cuidados<sup>(13,15-17)</sup>. Num dos estudos incluídos<sup>(18)</sup>, os participantes do grupo de controlo foram convidados a frequentar sessões de tertúlias temáticas, uma vez por semana, durante 20 a 25 minutos, nas quais discutiam temas que não envolvessem a recordação de memórias passadas. Num outro estudo<sup>(14)</sup>, 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 no único estudo<sup>(16)</sup> 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 apresentaram uma descrição clara de como eram operacionalizadas as atividades desenvolvidas nas sessões de Terapia de Validação<sup>(16)</sup>.

## COGNIÇÃO

Cinco dos estudos incluídos<sup>(13-16,18)</sup> avaliaram o impacto da TR na função cognitiva, tendo sido utilizado transversalmente, enquanto instrumento de avaliação, o MMSE. Num dos estudos revistos<sup>(14)</sup>, foi utilizada a versão traduzida e validada para a população japonesa, enquanto num outro estudo<sup>(13)</sup> a versão foi traduzida e validada para a população chinesa.

Num dos estudos randomizados controlados<sup>(15)</sup> não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos no período de pós-intervenção, ainda que as pontuações globais tenham sofrido ligeiras melhorias. Com resultados semelhantes, num outro estudo randomizado controlado<sup>(14)</sup> não foram verificadas alterações significativas da função cognitiva entre grupos. Por sua vez, de acordo com os resultados obtidos por outros autores<sup>(16)</sup> 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 escores do MMSE aumentaram significativamente neste período ( $Z = -2,05$ ;  $p < 0,05$ ).

Contrariamente, num estudo quase-experimental<sup>(18)</sup> verificou-se um aumento estatisticamente significativo nos escores médios 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 nos escores médios entre indivíduos com diferentes níveis de

compromisso cognitivo. Já num outro estudo<sup>(13)</sup>, se verificou que o grupo de TR apresentou melhorias significativas na função cognitiva comparativamente ao pré-teste ( $p = 0,015$ ). Mas as pessoas idosas do grupo de controlo experienciaram um ligeiro decréscimo nos escores do MMSE entre o período de pré e pós-intervenção<sup>(13)</sup>.

## SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Cinco dos estudos avaliaram a sintomatologia depressiva dos participantes, utilizando mais comumente a *Geriatric Depression Scale* (GDS)<sup>(13,15,18)</sup> e a *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD)<sup>(13-14)</sup>. A *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects* (MOSES) e a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) foram utilizadas apenas num estudo randomizado controlado<sup>(14)</sup> e num estudo quase-experimental<sup>(17)</sup>, respectivamente.

Num dos estudos incluídos para revisão<sup>(15)</sup>, verificou-se um aumento nas pontuações totais no grupo de TR e controlo, mas sem relevância estatística. Inversamente, outros autores<sup>(18)</sup> verificaram um decréscimo estatisticamente significativo nos escores médios 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, verificou-se num estudo<sup>(13)</sup> um decréscimo nos escores 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-se 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 num dos estudos randomizados controlados incluídos<sup>(14)</sup>. Porém, a 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<sup>(14)</sup>.

Num estudo conduzido por outros autores<sup>(17)</sup>, 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 dos participantes do grupo de TR ( $F_{1,40} = 10,56$ ;  $p = 0,003$ ,  $n^2 = 0,150$ ), o que não se verificou no grupo de controlo<sup>(17)</sup>.

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.

## DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática pretendeu sintetizar a evidência existente sobre a eficácia da Terapia de Reminiscência em pessoas idosas com compromisso cognitivo institucionalizadas.

A TR centra-se na recordação de eventos de vida da pessoa idosa, com recurso a estímulos como fotografias, músicas, vídeos, imagens ou materiais e equipamentos de outrora, existindo evidência de que o interesse na sua implementação em contextos institucionais tem aumentado. Atualmente, os cuidados centrados na pessoa idosa com compromisso cognitivo são considerados sinónimos de excelência e qualidade<sup>(19)</sup>. Por meio da TR, os profissionais de saúde estão em contacto sistemático com as histórias de vida da pessoa idosa, aprendendo em profundidade sobre a sua personalidade e preferências, informações inestimáveis que potenciam o desenvolvimento de cuidados verdadeiramente individualizados. Essa abordagem permite a promoção de valores como a liberdade de escolha, comunicação efetiva e foco nas potencialidades da pessoa idosa com compromisso cognitivo, os quais influenciam a sua autoimagem e autoconceito<sup>(20)</sup>.

Na maioria dos estudos incluídos nesta revisão, a abordagem à TR foi realizada por um programa estruturado, com foco na evocação e partilha de memórias associadas a temáticas generalistas (infância, músicas antigas, épocas festivas, família, entre outras), 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 na cognição, verificou-se que sua avaliação foi realizada de forma transversal, utilizando o MMSE, embora não seja clara a justificação para o seu uso pelos autores incluídos. Reconhecendo que a TR incide nas memórias autobiográficas das pessoas idosas, 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, reconhece-se que a TR possibilita ao idoso relembrar vivências passadas e recordar conhecimentos, competências e estratégias apreendidas outrora. Ao se deparar com esse rol de experiências, a pessoa idosa 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 os idosos institucionalizados podem experienciar emoções negativas devido à sua dificuldade na adaptação aos novos contextos institucionais. A TR em dinâmica de grupo potencializa as capacidades de socialização e interação, assente na partilha de experiências significativas que podem contribuir para melhorar o bem-estar psicológico<sup>(6)</sup>.

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 da pessoa idosa com compromisso cognitivo institucionalizada. Em nenhum dos estudos incluídos foi avaliada a qualidade de vida das pessoas idosas, ainda

que se reconheça que este domínio é profundamente afetado com a progressão do compromisso cognitivo e institucionalização da pessoa idosa.

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 em médio e longo prazo da pessoa idosa com compromisso cognitivo.

É de igual importância 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 que liderem as sessões, disponibilização de materiais e equipamentos necessários para evocação de memórias e existência de espaços adequados e com privacidade para a sua condução. Essas dificuldades poderão explicar a inexistência de estudos prolongados, com avaliações de acompanhamento pós-intervenção.

As intervenções não farmacológicas, como a TR, requerem tempos de exposição consideráveis, para 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<sup>(19)</sup>, não obstante não ser claro, nos estudos incluídos, o percurso formativo dos dinamizadores das sessões de TR, como por exemplo, horas de treino prévio, o que pode ter influenciado os resultados obtidos.

Ainda nesta linha, em nenhum dos estudos desenvolvidos foi verificada a dinamização das sessões de TR por enfermeiros, ainda que os estudos tenham sido desenvolvidos em instituições nas quais sua presença seja comum (ou em algumas instâncias, obrigatória). Reconhecendo o contacto privilegiado entre enfermeiro e pessoa idosa (e o seu percurso de vida), assim como as suas competências para a aplicação desse tipo de intervenção terapêutica, mais estudos devem ser realizados para explorar o papel do enfermeiro enquanto profissional dinamizador de sessões nesse âmbito terapêutico.

Tradicionalmente, a prestação de cuidados por enfermeiros à pessoa idosa com compromisso 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 utilizados comumente pelas figuras de gestão como razão para a não implementação e desenvolvimento desses programas<sup>(21)</sup>, existindo pressão para que profissionais qualificados como os enfermeiros se centrem na prestação de cuidados que envolvam conhecimentos ou procedimentos altamente diferenciados e complexos nesses 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<sup>(20)</sup>.

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 metanálise dos dados. As diferentes abordagens da 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 compromisso 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<sup>(22)</sup>.

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 correspondessem aos critérios de inclusão desejados. Além disto, não foram realizadas pesquisas nas bases de dados ligadas à área da psicologia, assim como em *websites* de organizações profissionais, o que poderá também ter limitado o número de achados finais.

Revisões sistemáticas futuras 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 idosas com compromisso cognitivo institucionalizadas.

## CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que a TR se pode afigurar como uma intervenção eficaz na manutenção da função cognitiva e redução da sintomatologia depressiva em pessoas idosas com compromisso cognitivo institucionalizadas. Nos estudos em que se verificaram melhorias significativas, os participantes incluídos no grupo de reminiscência apresentaram-nas superiores nesses 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 avaliassem a eficácia da TR na qualidade de vida das pessoas idosas com compromisso cognitivo institucionalizadas. Igualmente relevante é a inexistência de estudos com avaliação de *follow-up* pós-intervenção, o 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.

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 da pessoa idosa com compromisso cognitivo. A TR constitui uma abordagem centrada na pessoa, reconhecendo a sua individualidade e dignidade, valores que devem ser valorizados e privilegiados em contexto institucional.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a melhor evidência disponível sobre a eficácia da Terapia de Reminiscência na cognição, sintomatologia depressiva e qualidade de vida em idosos com compromisso cognitivo. **Método:** Utilizou-se da metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. Foram considerados estudos centrados na Terapia de Reminiscência em grupo, dirigida a pessoas idosas com idade superior ou igual a 65 anos, com compromisso cognitivo e institucionalizadas. A análise crítica, extração e síntese de resultados foi desenvolvida por dois investigadores independentes. **Resultados:** Foram incluídos quatro ensaios clínicos randomizados e dois estudos quasi-experimentais (n=296); as características heterogêneas dos estudos encontrados impossibilitaram a metanálise. 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 Terapia de Reminiscência apresenta potencial eficácia na manutenção da cognição e diminuição da sintomatologia depressiva na população-alvo.

## DESCRITORES

Idoso; Cognição; Depressão; Qualidade de Vida; Revisão.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la mejor evidencia disponible acerca de la efectividad de la Terapia de Reminiscencia en la cognición, sintomatología depresiva y calidad de vida en ancianos con compromiso cognitivo. **Método:** Se utilizó la metodología propuesta por el *Joanna Briggs Institute*. Fueron considerados estudios centrados en la Terapia de Reminiscencia en grupo, dirigida a personas mayores con edad superior o igual a 65 años, con compromiso cognitivo e institucionalizadas. El análisis crítico, extracción y síntesis de resultados los desarrollaron dos investigadores independientes. **Resultados:** Fueron incluidos cuatro ensayos clínicos randomizados y dos estudios cuasi-experimentales (n=296); las características heterogéneas de los estudios encontrados imposibilitaron el metaanálisis. De los seis

estudios incluidos, dos presentaron resultados estadísticamente significativos para la efectividad en la cognición y tres para la efectividad en la reducción de sintomatología depresiva. En ninguno de los estudios se evaluó la calidad de vida de los ancianos. **Conclusión:** La Terapia de Reminiscencia presenta potencial efectividad en el mantenimiento de la cognición y disminución de la sintomatología depresiva en la población meta.

## DESCRIPTORES

Anciano; Cognición; Depresión; Calidad de Vida; Revisión.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric; 2013.
2. Kuske B, Luck T, Hanns S, Matschinger H, Angermeyer M, Behrens J, et al. Training in dementia care: a cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(2):295-308.
3. Hughes J, Beatty A. Understanding the person with dementia: a clinicophilosophical case discussion. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19(5):337-43.
4. Hesel K, Wagner M, Wiese B, Prokein J, Ernst A, König H, et al. Associations between dementia outcomes and depressive symptoms, leisure activities, and social support. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2014;4(3):481-93.
5. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: a review. *Maturitas*. 2012;72(3):203-5.
6. Dempsey L, Murphy K, Cooney A, Casey D, O'Shea E, Devane D, et al. Reminiscence in dementia: a concept analysis. *Dementia*. 2012;13(2):176-92.
7. Cappeliez P, O'Rourke N. Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61(4):P237-44.
8. Thorgrimsen L, Schweitzer P, Orrell M. Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *Arts Psychother*. 2002;29(2):93-7.
9. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Action Plan: 2013 - 2020. Geneva: WHO; 2013.
10. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001120.
11. Huang H, Chen Y, Chen P, Huey-Lan Hu S, Liu F, Kuo Y, et al. Reminiscence therapy improves cognitive functions and reduces depressive symptoms in elderly people with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1087-94.
12. Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z. *The Joanna Briggs Institute reviewer's manual*. Adelaide: JBI; 2017.
13. Wang J. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(12):1235-40.
14. Nakamae T, Yotsumoto K, Tatsumi E, Hashimoto T. Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: a pilot randomized controlled study. *Hong Kong J Occup Th*. 2014;24(1):13-9.
15. Akanuma K, Meguro K, Meguro M, Sasaki E, Chiba K, Ishii H, et al. Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2011;192(3):183-7.
16. Deponte A, Missan R. Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007;44(2):113-7.
17. Gonzalez J, Mayordomo T, Torres M, Sales A, Meléndez J. Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(10):1731-7.
18. Aşiret G, Kapucu S. The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2015;29(1):31-7.
19. Van Bogaert P, Tolson D, Eerlingen R, Carvers D, Wouters K, Paque K, et al. SolCos model-based individual reminiscence for older adults with mild to moderate dementia in nursing homes: a randomized controlled intervention study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(9-10):568-575.
20. Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(5):545-55.
21. Kirkley C, Bamford C, Poole M, Arksey H, Hughes J, Bond J. 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 Soc Care Community*. 2011;19(4):438-448.
22. World Health Organization. Ageing and life course. Geneva: WHO; 2002.

## Apoio financeiro

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.



# APÊNDICE V



# Geriatric Nursing

## 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.

--Manuscript Draft--

<b>Manuscript Number:</b>	GN-D-19-00029
<b>Article Type:</b>	Research Paper
<b>Keywords:</b>	Aged; Quality of Life; Psychometrics
<b>Corresponding Author:</b>	Paulo Costa, RN, MSc Escola Superior de Enfermagem de Coimbra Coimbra, Coimbra PORTUGAL
<b>First Author:</b>	Isabel Gil, RN, MSc
<b>Order of Authors:</b>	Isabel Gil, RN, MSc Elzbieta Bobrowicz-Campos, PhD Paulo Costa, RN, MSc Liliana B. Sousa, PhD Manuela Vilar, PhD João Apóstolo, PhD, Aggregation in Nursing
<b>Abstract:</b>	<p>To develop and validate a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults who resort to geriatric care facilities, a psychometric validation study was conducted in two phases. Initially, qualitative and quantitative analyses of the WHOQOL-OLD general items and facets were performed to select the items with the highest content validity and create an 18-item version of the instrument, which was tested with nursing home residents. Based on the Classical Test Theory item-total statistics, the most representative items were identified and the 8-item version of the instrument was proposed. This 8-item WHOQOL-OLD was administered to 125 participants recruited in geriatric care facilities. The Item Response Theory-based analyses showed that the 8-item WHOQOL-OLD has satisfactory psychometric properties while exempt of moderate/severe misfit or differential functioning. In conclusion, the 8-item WHOQOL-OLD constitutes a valid alternative for the assessment of the quality of life in Portuguese seniors integrating geriatric care facilities.</p>

Paulo Costa

The Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra

Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001 | 3046-851 Coimbra, Portugal

E-mail: paulocosta@esenfc.pt

Telephone: 00351 967405475

**Dear Dr. Barbara Resnic and Ardis O'Meara  
Editor and Managing Editor of the Journal of Geriatric Nursing**

Coimbra, September 19, 2019

I am pleased to submit our manuscript entitled “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” by the authors Isabel Gil, Elzbieta Bobrowicz-Campos, Paulo Costa, Liliana B. Sousa, Manuela Vilar and João Apóstolo, for consideration for publication in Journal of Geriatric Nursing.

The manuscript submitted describes the results of our study aiming at development of a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD, using the Classical Test Theory and the Item Response Theory. The WHOQOL-OLD is a comprehensive instrument proposed by the World Health Organization to evaluate quality of life in older adults. Its European Portuguese version includes 28 items integrated in seven facets (Sensory abilities, Autonomy, Past, present and future activities, Social participation, Death and dying, Intimacy, and Family/Family Life). Unfortunately, instruments with many items need more time to be completed, a reality that can be considered problematic among older people with sensory, physical and/or cognitive disability or serious illness. Short versions of the instruments are easier to apply, thus being easily integrated into the care routine or used in studies with large samples of participants. For all these reasons, the development of abbreviated versions of instruments used for geriatric assessment purposes is highly recommended.

To the best of our knowledge, there **are no published studies concerning the development and validation of a Portuguese short version of the WHOQOL-OLD scale**, constituting a great opportunity **for current researchers in Portugal and Brazil to use and reference this instrument in their future work**. We believe that

researchers and clinicians who read your journal will consider our finding as being of great interest.

We wish to confirm that this study has not been previously published nor has been submitted to another journal. We also wish to confirm that there are no known conflicts of interest associated with this publication and there has been no significant financial support for this work that could have influenced its outcome. All authors meet the criteria for authorship, have approved the final article and that all those entitled to authorship are listed as authors.

Thank you for receiving our manuscript and considering it for review. We appreciate your time and look forward to your response.

Sincerely,

Paulo Costa

RN, MSc, Ph.D. Student in Nursing

Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal

## Highlights

- The 8-item WHOQOL-OLD constitutes a valid scale for Quality of Life assessment.
- Depressive symptomatology significantly impacts the 8-item WHOQOL-OLD scores.
- Geriatric care setting significantly impacts the 8-item WHOQOL-OLD scores.

**Title:** 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.

**Running title:** Validation of the Portuguese WHOQOL-OLD-8 scale

**Authors (in order):**

Isabel Gil<sup>1,2</sup>, RN MSc ([igil@esenfc.pt](mailto:igil@esenfc.pt)), <https://orcid.org/0000-0002-5387-8285>

Elzbieta Bobrowicz-Campos<sup>2</sup>, PhD ([elzbieta.campos@esenfc.pt](mailto:elzbieta.campos@esenfc.pt)), <http://orcid.org/0000-0001-5889-5642>

Paulo S. Costa<sup>2</sup>, RN, MSc ([paulocosta@esenfc.pt](mailto:paulocosta@esenfc.pt)), <https://orcid.org/0000-0003-0761-6548>

Liliana B. Sousa<sup>2</sup>, PhD ([baptliliana@esenfc.pt](mailto:baptliliana@esenfc.pt)), <https://orcid.org/0000-0002-8914-6975>

Manuela Vilar<sup>3</sup>, PhD ([mvilar@fpce.uc.pt](mailto:mvilar@fpce.uc.pt)), <https://orcid.org/0000-0001-5245-7000>

João Apóstolo<sup>1,2</sup>, RN PhD ([apostolo@esenfc.pt](mailto:apostolo@esenfc.pt)), <https://orcid.org/0000-0002-3050-4264>

<sup>1</sup> Department of Elderly Nursing, Nursing School of Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> The Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Coimbra, Coimbra, Portugal

**Corresponding author:** Prof. Isabel Gil

E-mail: [igil@esenfc.pt](mailto:igil@esenfc.pt)

**Full postal address:** Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001, 3046-851 Coimbra, Portugal

**Telephone number:** + 351 239 487 200)

**Fax:** +351 239 442 648

## **Abstract**

**Aims and objectives:** To develop and validate a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults who resort to geriatric care facilities.

**Methods:** Psychometric validation study, conducted in two phases. Initially, the qualitative and quantitative analyses of WHOQOL-OLD general items and facets were performed to select the items with the highest content validity and to extract the experimental reduced version of the instrument. This experimental WHOQOL-OLD version, comprising 18 items, was tested in a sample of nursing home residents. Based on the Classical Test Theory item-total statistics, the most representative items were identified and the 8-item version of the instrument was proposed. This 8-item WHOQOL-OLD was administrated to 125 participants recruited in geriatric care facilities. **Results:** The Item Response Theory-based analyses showed that the 8-item WHOQOL-OLD has satisfactory psychometric properties, with none of the items being a source of moderate/severe misfit or revealing a differential functioning. **Conclusions:** The 8-item WHOQOL-OLD constitutes an interesting alternative for the assessment of the quality of life in Portuguese seniors integrating geriatric care facilities. However, its performance needs to be studied in populations of older adults with different sociodemographic and clinical profiles.

**Keywords:** Aged; Quality of Life; Psychometrics

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

## 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.

**Aims and objectives:** To develop and validate a short version of the European Portuguese WHOQOL-OLD for older adults who resort to geriatric care facilities. **Methods:** Psychometric validation study, conducted in two phases. Initially, the qualitative and quantitative analyses of WHOQOL-OLD general items and facets were performed to select the items with the highest content validity and to extract the experimental reduced version of the instrument. This experimental WHOQOL-OLD version, comprising 18 items, was tested in a sample of nursing home residents. Based on the Classical Test Theory item-total statistics, the most representative items were identified and the 8-item version of the instrument was proposed. This 8-item WHOQOL-OLD was administrated to 125 participants recruited in geriatric care facilities. **Results:** The Item Response Theory-based analyses showed that the 8-item WHOQOL-OLD has satisfactory psychometric properties, with none of the items being a source of moderate/severe misfit or revealing a differential functioning. **Conclusions:** The 8-item WHOQOL-OLD constitutes an interesting alternative for the assessment of the quality of life in Portuguese seniors integrating geriatric care facilities. However, its performance needs to be studied in populations of older adults with different sociodemographic and clinical profiles.

**Keywords:** Aged; Quality of Life; Psychometrics

### Introduction

With the remarkable recent demographic changes, it becomes increasingly important to reflect on the inferences of this phenomenon in the quality of life (QoL) in old age and, consequently, to move towards adopting principles of care centered on the aged person, assuring their dignity. Since the early 1990s, the World Health Organization (WHO) Quality of Life Group (The WHOQOL Group) has developed general measures for QoL assessment (such as WHOQOL-

100, WHOQOL-Bref or EUROHIS-QOL-8) and, posteriorly, WHOQOL-OLD module for older adults, using as reference the multidimensional definition of this construct.<sup>1</sup> The instrument included 24 items integrated into six facets. In 2009, the validation of WHOQOL-OLD for the Portuguese population has started, following the methodological matrix proposed in the international studies and by the WHOQOL Group. This version comprised a new facet *Family/Family life* with four additional items,<sup>2</sup> which contributed to a better understanding of older adults' perceptions and increased the psychometric robustness of the instrument. The studies on the WHOQOL-OLD conducted in Portugal identified the need to develop and validate a short version of the scale. The abbreviated versions allow establishing an individual profile without affecting the duration and validity of the assessment process, thus constituting a user-friendly and low-cost solution, sustainable in both healthcare services and research. Currently, the application of abbreviated versions of the instruments is widely suggested. In the case of the WHOQOL-OLD, the shorter options have already been proposed in different international settings.<sup>3,4</sup>

The aim of this study was to develop a short version of the WHOQOL-OLD from the 28-item European Portuguese version,<sup>2,5</sup> with one item from each facet of the original Portuguese version and a general QoL item, and to examine its psychometric properties in the aged population that resort to geriatric care facilities.

## **Materials and Methods**

The study was conducted in two phases. Nevertheless, as a starting point, a preliminary effort was carried out with the objective of elaborating a reduced experimental version of the European Portuguese WHOQOL-OLD. For this purpose, the analyses of qualitative and quantitative parameters were performed and, based on the results of these analyses, the 18-item version of the instrument was created. In the first phase of the study, the 18-item experimental version of the WHOQOL-OLD was provided to the sample of older adults in order to identify the eight items most representative of the scale (one general item and one item from each of the seven facets). This process resulted in the creation of an 8-item version of the WHOQOL-OLD.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

In the second phase, the psychometric properties of the 8-item version of the instrument were examined through the Item Response Theory (IRT) Rasch model. The study protocol was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Research Unit: Nursing of the Nursing School of Coimbra (P406-03/2017). The formal authorization of each participating institution was also obtained. All subjects who agreed to participate in the study gave their written and informed consent. The study complied with the STROBE Statement (<https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>) for cross-sectional studies and with the principles of the Declaration of Helsinki and its recommendations.

### ***Starting point***

The reduced experimental version of the European Portuguese WHOQOL-OLD was developed from the 28-item European Portuguese version of the instrument.<sup>2,5</sup> Initially, the items to be included in the experimental short version of the WHOQOL-OLD were extracted, being considered for this purpose both qualitative and quantitative parameters. It was decided to use a mixed-method approach to ensure the best structural equivalence between the reduced and long versions of the instrument. The rationale for choosing the mixed-method approach is based on the fact that there is no single solution for the reduced version of the WHOQOL-OLD and that this reduced version can be constructed based on the characteristics of the population of interest or context in which the scale will be used.

The qualitative part of the extraction process included content analysis performed by experts from health sciences, nursing and psychology (including the first author of the European Portuguese version of the instrument), and took into account the conceptual adequacy of each item in relation to the facet in which it is represented, as well as the sociodemographic characteristic of Portuguese elderly attending day centers and nursing homes. The same approach was used for the selection of one general item. The qualitative approach resulted in the selection of items with the most representative content for the instrument.

After the completion of the qualitative analysis, exploratory quantitative analyses were carried out. These analyses aimed at confrontation of the selected items with statistical

1 indicators (such as item-total correlations and values of Cronbach's alpha if item deleted from  
2 the Classical Test Theory, and *outfit* and *infit* values from the Item Response Theory), available  
3 from the WHOQOL-OLD studies for the general population. The selected items proved to be an  
4 adequate option since they coincided with those that previously presented the best psychometric  
5 properties. The statistical indicators used for the comparison purpose were taken from different  
6 sources,<sup>3,4</sup> including data from the validation study of the European Portuguese WHOQOL-  
7 OLD.<sup>2</sup>

8  
9 Based on the mixed-method approach, the 18-item version of the WHOQOL-OLD was  
10 constructed. The list of those 18 items is presented in Table 1.

11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22 [Insert Table 1 about here]  
23  
24  
25

### 26 ***Phase I: Development of the 8-item version of the WHOQOL-OLD from the 18-item*** 27 ***experimental version of the instrument***

28  
29 This 18-item version of the instrument was administrated in a sample of older adults, in order to  
30 perform the reliability analyses and, based on the item-total statistics, to choose the 8 items to  
31 be included in the reduced version of the instrument.  
32  
33  
34  
35  
36  
37

### 38 *Sample*

39  
40 The convenience sample of older adults was recruited from a nursing home. The persons  
41 considered for inclusion had to be aged 65 years or more and be able to understand and answer  
42 the questions provided by the researchers. The initial sample included 11 males and 19 females;  
43 however, due to the non-eligibility of one male participant (age < 65 years), only results of 29  
44 persons were considered in the analyses.  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51

### 52 *Measures*

53  
54 All participants completed the reduced experimental version of WHOQOL-OLD with 18 items.  
55  
56 Rating of items was based on a 5-point Likert scale, with score 1 meaning *not at all* and score 5  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 meaning *an extreme amount*. The intermediate categories were *a little* (score 2), *a moderate*  
2 *amount* (score 3) and *very much* (score 4). It should be noted that in the Portuguese version of  
3 the instrument the response options for each facet vary at a semantic level; however, these  
4 options always correspond to the amount indicated in the original scale. Due to the nature of the  
5 questions, the items included on the facets Sensory abilities and Death and dying are inversely  
6 coded.  
7  
8  
9

10 The participants were also given the Mini-Mental State Examination (MMSE),<sup>6</sup>  
11 validated for Portugal<sup>7</sup> to evaluate cognitive status, more specifically, orientation, memory,  
12 ability to follow verbal and written commands, attention and visuospatial capacities. The  
13 MMSE score ranges from 0 to 30, where higher values indicate better cognitive functioning.  
14 The optimal thresholds for cognitive impairment in the Portuguese adults aged  $\geq 65$  years are  $\leq$   
15 26 for older adults with four years or less of formal education and  $\leq 28$  for older adults who  
16 have completed at least 5 years of formal education.<sup>8</sup>  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29

### 30 *Procedures*

31 Data were collected in April 2017. The potential participants were identified and informed about  
32 the study by the nursing home team. The persons who showed availability to participate in the  
33 study were contacted personally by the researchers. At this time, information about the study's  
34 objectives and methods was provided in a written and verbal form, and potential participants  
35 had the opportunity to ask questions if something was not clear. They have also been assured  
36 that their participation in the study is voluntary and that anonymity of their identity and  
37 confidentiality of data obtained will be preserved. After giving their informed consent, the  
38 participants were invited to respond to questions from the 18-item WHOQOL-OLD and MMSE.  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50

### 51 *Statistical Analysis*

52 Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 24.0. The  
53 analyses were performed to calculate item-total statistics, including corrected item-total  
54 correlations and values of Cronbach's alpha if item deleted. The data obtained fulfilled the  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 assumptions for the use of parametric tests. Thus, Student's *t*-test was performed to analyze the  
2 differences between the subgroups of the study sample, and Pearson correlations to examine the  
3 associations between the 18-item WHOQOL-OLD and MMSE score. The probability levels of  
4 .05 were considered significant. For the interpretation of correlation values, the orientations of  
5 Pestana and Gageiro<sup>9</sup> were followed. Thus, the coefficients below  $\pm 0.4$  were considered as  
6 indicators of weak associations, ranging from  $\pm 0.4$  to  $\pm 0.69$  as indicators of moderate  
7 associations, varying from  $\pm 0.7$  to  $\pm 0.89$  as indicators of strong associations, and equal to or  
8 higher than  $\pm 0.9$  as indicators of very strong associations.  
9

### 10 ***Phase 2: IRT validation of the 8-item WHOQOL-OLD version***

11 Posteriorly, the psychometric properties of the 8-item WHOQOL-OLD (extracted in the first  
12 phase of the study) were examined through IRT analyses.  
13  
14

#### 15 *Sample*

16 The study sample included older adults recruited in six nursing homes and nine day centers. The  
17 inclusion criteria were identical to those of the first phase of the study. A total of 125  
18 participants were included, of whom 94 were female and 31 were male.  
19

#### 20 *Measures*

21 The participants who voluntarily accepted to participate in the study were given the 8-item  
22 WHOQOL-OLD, the 10-item Geriatric Depression Scale (GDS-10) and the 6-item Cognitive  
23 Impairment Test (6-CIT).  
24

25 The 8-item WHOQOL-OLD includes one general question about the overall QoL and 7  
26 specific items that cover 7 facets of the 28-item European Portuguese WHOQOL-OLD. All  
27 items are rated on a five-point scale. The classification method for items on sensory abilities and  
28 death and dying is reversed. For the remaining six items, the classification is direct. Thus,  
29 higher scores indicate better QoL.  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 The 6-CIT is a cognitive screening test.<sup>10</sup> It includes six questions that assess time-space  
2 orientation, working memory and attention, and verbal memory. The scoring system is reversed,  
3 with lower scores indicating better cognitive functioning. The cut-off points for cognitive  
4 impairment, proposed for the Portuguese population are  $\geq 12$  for older adults with two or less  
5 years of formal education,  $\geq 10$  for older adults with three to six years of formal education, and  
6  $\geq 4$  for older adults with seven or more years of formal education.<sup>11</sup>

7  
8  
9  
10  
11  
12  
13 The GDS-10, a brief version of the GDS-30,<sup>12,13</sup> is an instrument used to assess the  
14 presence of depressive symptomatology in older adults. The internal consistency of the  
15 Portuguese version of this instrument was shown to be high ( $\alpha = 0.84$ ). The GDS-10 items are  
16 scored on a two-point scale. The items 2, 3, 6, 8 and 10 are scored 0 in the absence of  
17 symptomatology, and 1 when the symptom is present. The classification of the remaining five  
18 items is inverted. The threshold for depression is  $\geq 2$ .<sup>14</sup>

### 27 *Procedures*

28  
29 Data collection was undertaken between May 2017 and April 2018. The initial contact with  
30 potential participants was made by the institutional staff. After showing interest and availability  
31 to participate in the study, older adults were contacted personally by the research team. The  
32 procedures for presenting the study and obtaining informed consent were the same as those  
33 performed in the first phase of the study.

### 43 *Statistical Analysis*

44  
45 Descriptive statistics were computed with the SPSS, version 24.0. Rasch analyses were  
46 performed in WINSTEPS.<sup>15</sup> The *Rating Scale Model* (RSM) for the polytomous items was used  
47 due to multiple response categories of the WHOQOL-OLD items.<sup>16,17</sup> It was represented as *log*  
48  $(P_{nik}/P_{ni(k-1)} = B_n - D_i - F_k)$ , where:

49  
50  $P_{nik}$  is the probability that person  $n$  chooses category  $k$  for the response to item  $i$ ;

51  
52  $P_{ni(k-1)}$  is the probability that person  $n$  chooses category  $k-1$  for the response to item  $i$ ;

53  
54  $B_n$  is the overall ability level of person  $n$ ;

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

$D_i$  is the difficulty of item  $i$ ;

$F_k$  is the likelihood of choosing a response from category  $k$  relative to  $k-1$ .

As the Rasch models are highly dependent on unidimensionality,<sup>18</sup> the dimensionality of the 8-item WHOQOL-OLD was analyzed, using a *Principal Component Analysis* (PCA) of the residuals. This analysis looks for patterns in the residuals, and attempt to find a component that explains the largest amount of variance in the residuals under the assumption that the residuals do not represent random noise. The criteria for fundamental unidimensionality<sup>15</sup> include (i) small eigenvalue of the first component of the residuals (usually  $< 2.0$ ); and (ii) large percentage of the raw explained variance (usually  $> 50\%$ , as a rule thumb).

The response categories were analyzed using the Linacre criteria<sup>19</sup>: (i) a minimum of 10 observations from each category; (ii) a regular distribution of the observations among the categories; (iii) a monotonic increase in the average measure in each category; (iv) an average residual (*infit* and/or *outfit*) with a value less than 2.0; and (v) a monotonic increase in the step calibration between categories. The model fit was analyzed for persons and items using *outfit* (mean of the squared standardized residuals) and *infit* (mean of the squared standardized residuals, weighted by the information function indexes) values. For interpretation, the Linacre criteria<sup>15</sup> were used, with values between 0.5 and 1.5 indicating important items for the measure, values between 1.5 and 2.0 indicating that the items produce a moderate misfit to the measure, and values higher than 2.0 indicating that the items produce a severe misfit to the measure and should be excluded from it.

The Rasch models assume the *specific objectivity*,<sup>20</sup> considering that individuals with the same ability will have the same likelihood of correctly answering an item, regardless of whether they belong to different groups. The *Differential Item Functioning* (DIF) detection procedure is based on the *Item Characteristic Curve* (ICC; a proportion of individuals at the same ability level who answer a given item correctly). In this study, the absence of DIF was tested by the difference between the estimators of the item parameter of difficulty for each focal and reference group ( $D_f - D_r$ ), controlling for the possible differences between them in the latent

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

variable. The *t*-test with the Bonferroni adjustment was used to analyze the significance levels.<sup>21</sup> Based on the analysis of the contingency tables corresponding to the different levels in which the variable has been divided, the Delta Mantel-Haenszel (MH) was established. The DIF is usually considered substantial if Delta MH value reveals size higher than .64 and significant  $\chi^2$  statistic.<sup>22</sup>

In this study, DIF analyses were performed to explore whether the 8-item WHOQOL-OLD items work differently for different categories of variables such as gender (male and female), age (65-74 years, 75-84 years and  $\geq 85$  years), education level (0-4 years and  $\geq 5$  years), cognitive status (with and without cognitive decline), depressive symptomatology (with and without depressive symptomatology) and setting (day center and nursing home). The DIF for variable marital status was not analyzed as some of the variable categories were represented by a very low number of participants (e.g. *divorced*).

## Results

### *Phase 1: Development of the 8-item version of the WHOQOL-OLD from the 18-item experimental version of the instrument*

#### *Sample characteristics*

The mean age of the 29 participants was 82.74 ( $\pm 6.92$ ; range 69-97) years, and the mean education level was 4.86 ( $\pm 4.68$ ; range 0-17) years. Thirteen participants were widowed, 10 were married and the remaining six were divorced or single. The overall score on the MMSE was 20.59 ( $\pm 5.62$ ; range 8-30), with 86% of the sample showing mild to severe changes in cognitive functioning.

#### *18-item WHOQOL-OLD score*

The overall mean score on the 18-item WHOQOL-OLD was 64.07 ( $\pm 11.00$ ; range 41-83) and there was no difference in the score obtained by male and female participants ( $t(27) = -.199$ ;  $p = .844$ ). There was no significant correlation between the 18-item WHOQOL-OLD and MMSE

1 score ( $r = .124$ ;  $p = .523$ ). The lack of significant association was also verified for the 18-item  
2 WHOQOL-OLD score and age ( $r = -.040$ ;  $p = .843$ ), and for the 18-item WHOQOL-OLD score  
3 and education level ( $r = .037$ ;  $p = .853$ ).  
4  
5  
6  
7

#### 8 *Selection of 8 items for the reduced version of WHOQOL-OLD*

9

10 As presented in Table 2, the means of the 18 items included in the experimental short version of  
11 WHOQOL-OLD ranged from 2.76 (item 2) to 4.28 (items 11 and 12). With regard to the item-  
12 total correlations, four were shown to be weak (items 2, 3, 5 and 6), two were found to be strong  
13 (items 16 and 17), and the remaining 12 were revealed to be moderate. The analysis of the item-  
14 total correlations allowed the identification of the items with the highest coefficient values,  
15 either for general items or for each facet. Based on these data, and additionally considering the  
16 Cronbach's alpha if item deleted, the eight items for the reduced version of WHOQOL-OLD  
17 were selected.  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

31 [Insert Table 2 about here]  
32  
33  
34

35 The item-total statistics for the selected eight items were calculated (see Table 2). The  
36 item-total correlations of the 8-item version of the WHOQOL-OLD ranged from .357 (Death  
37 and Dying facet) to .760 (Social Participation facet), while the corrected item-total correlations  
38 varied from .251 (Death and Dying facet) to .633 (Past, Present and Future Activities facet).  
39 Internal consistency of the 8-item WHOQOL-OLD estimated by Cronbach's alpha was shown  
40 to be satisfactory ( $\alpha = .756$ ).  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47

48 Exploratory analyses of combinations of items other than those listed in Table 3 showed  
49 less satisfactory results. It was therefore decided that the reduced version of the instrument  
50 would include the following items from the 28-item European Portuguese WHOQOL-OLD:  
51 items 3, 6, 10, 14, 19, 23 and 28, and the first general item of QoL.  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59

60 [Insert Table 3 about here]  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4 **Phase 2: IRT validation of the 8-item WHOQOL-OLD version**  
5  
6

7 *Sample characteristics*  
8  
9

10 The mean age of the sample included in the second phase of the study was 80.69 ( $\pm 7.88$ ; range  
11 65-99) years, and the mean education level was 4.54 ( $\pm 3.36$ ; range 0-17) years. The majority of  
12 participants (61.6%) were widowed, 24% were married, 8.8% were single and the remaining  
13 5.6% were divorced. The sociodemographic characteristics of the study sample are reported in  
14 Table 4. Table 4 also presents the descriptive statistics for the GDS-10 and 6-CIT.  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

23 [Insert Table 4 about here]  
24  
25  
26  
27  
28

29 *Fit indexes for items and persons*  
30  
31

32 IRT item and person parameters are presented in table 5. The difficulty parameters observed for  
33 the 8-item WHOQOL-OLD items ranged between  $-.67$  (item 8) and  $.57$  (item 3) logits. The  
34 reliability of this measurement was shown to be high (Standard Error:  $M = 0.09$ ;  $SD = 0.01$ ),  
35 with item separation reliability reaching the value of 0.93. The item-total correlations, ranging  
36 between 0.48 (item 8) and 0.65 (item 4), were also satisfactory ( $M = 0.54$ ;  $SD = 0.06$ ). The item  
37 fit to the model was shown to be excellent, with none of the items revealing moderate or severe  
38 misfit within the *infit* and *outfit* parameters (values below 1.5 logits). With regard to the fit  
39 indexes for persons, the person separation reliability and the Cronbach's alpha were below the  
40 acceptable (0.63 and 0.65, respectively). In addition, considering the *infit* parameters, 10.4% of  
41 items were associated with moderate misfit and 8% with a severe misfit. For *outfit* parameters,  
42 the moderate and severe misfit was reported in relation to 10.4% and 7.2% of items,  
43 respectively.  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

[Insert Table 5 about here]

### *Dimensionality*

The percentage of the raw variance explained by the Rasch measures was only 35.8%. Moreover, the eigenvalue of the first component of residuals was higher than 2.0. These results are showing that the 8-item WHOQOL-OLD has no fundamental unidimensionality. However, the unexplained variance of the first factor was only 14.4% and the latter result, associated with the lack of items with moderate and severe misfit, supports the flexible consideration of the scale's unidimensionality.

### *Response categories*

The results of the response categories analysis are presented in Table 6. The *infit* and *outfit* parameters for all response categories were below 1.5 logits, showing that none of the response categories could be considered as a source of misfit.

[Insert Table 6 about here]

However, the analysis of the steps revealed that there is at least one category that functions inadequately. The visual inspection of the category characteristic curves confirmed this finding, further showing that the category with inadequate functioning is the intermediate category.

### *Differential Item Functioning*

No DIF was associated with age, gender, education level, cognitive status and depressive symptomatology (for interpretation of *p* values, the Bonferroni correction was used; thus the probability levels considered as significant were of  $.05/8 = .00625$ ). Regarding the setting, there were two items (items 6 and 8) that revealed DIF. As can be seen in Table 7, the benefits of these items were balanced, since one of them favored the group recruited in day centers, and

1  
2 another favored the group recruited in nursing homes. Thus, although there were items with  
3 DIF, the variable setting did not introduce any bias in the scale functioning.  
4  
5

6 [Insert Table 7 about here]  
7  
8  
9

10 *Analysis of group differences on the 8-item WHOQOL-OLD score*  
11

12 The 8-item WHOQOL-OLD mean score was 26.75 ( $\pm 5.02$ ) for female participants and 26.59  
13 ( $\pm 4.15$ ) for male participants (Table 8). In relation to the variable age, the mean scores of the  
14 QOL measure were 25.76 ( $\pm 5.30$ ) for the category of 65-74 years, 26.39 ( $\pm 3.92$ ) for the  
15 category of 75-84 years and 27.87 ( $\pm 5.27$ ) for the category  $\geq 85$  years. The participants with  
16 education level  $\leq 4$  years obtained the mean score of 26.09 ( $\pm 4.73$ ). For the remaining  
17 participants (education level  $\geq 5$  years), the mean score on the 8-item WHOQOL-OLD was  
18 28.41 ( $\pm 4.88$ ).  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

31 [Insert Table 8 here]  
32  
33  
34

35 The average values of the scale obtained in day centers and nursing homes were 27.20  
36 ( $\pm 4.65$ ) and 25.98 ( $\pm 5.07$ ), respectively. None of these variables (gender, age, education level,  
37 and setting) have a significant effect on the 8-item WHOQOL-OLD overall scores. The same  
38 was verified for the variable cognitive status, assessed through the 6-CIT (mean score on the  
39 QoL measure for the participants with cognitive decline:  $26.67 \pm 5.1$ ; and without cognitive  
40 decline:  $26.82 \pm 4.46$ ). The additional analysis of correlations between the 8-item WHOQOL-  
41 OLD and 6-CIT score confirmed the absence of significant relationships between these two  
42 variables ( $r = -.119$ ).  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52

53 The variable depressive symptomatology was shown to have a significant effect on the  
54 distribution of the 8-item WHOQOL-OLD score. The participants with clinically relevant  
55 depressive symptoms revealed to score lower on the QoL measure as compared to participants  
56 without clinically relevant depressive symptoms (mean score for the participants with GDS-10  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 score  $\geq 2$ :  $25.26 \pm 4.68$ ; and for the participants with the GDS-10 score  $< 2$ :  $29.85 \pm 3.37$ ). The  
2 existence of significant relationships between the 8-item WHOQOL-OLD and GDS-10 score  
3 was also confirmed through correlation analysis. The association met was negative and of  
4 moderate magnitude ( $r = -.661, p < .001$ ).  
5  
6  
7

## 8 9 10 **Discussion**

11  
12 This study aimed to develop and validate an abbreviated version of the European Portuguese  
13 WHOQOL-OLD.<sup>2,5</sup> In the preparatory phase, it was decided to extract the items that are the  
14 most representative of each WHOQOL-OLD facet. For this purpose, a mixed-method approach  
15 was used, since it has the potential to improve the instrument being developed, making it more  
16 reliable, precise, valid and decisive.<sup>23</sup> The qualitative component included content analysis  
17 performed by specialists in health sciences, and the quantitative component considered  
18 statistical indicators taken from the national and international sources. This effort resulted in the  
19 elaboration of the 18-item experimental version of the WHOQOL-OLD.  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29

30 The internal consistency of the 8-item version of the WHOQOL-OLD, extracted from  
31 the 18-item experimental version of the instrument, was shown to be satisfactory (.756). Other  
32 studies, performed at an international level, have obtained less acceptable results, identifying the  
33 internal consistency values of .681, .678 or .649.<sup>3</sup>  
34  
35  
36  
37  
38

39 Comparatively, in one study examining the properties of the EUROHIS-QOL-8 in the  
40 Portuguese population, the Cronbach's alpha of .83 was obtained,<sup>24</sup> while other studies,  
41 conducted in several European countries, the Middle East and Brazil, obtained the internal  
42 consistency values for the EUROHIS-QOL-8 between .74 and .85.<sup>25,26</sup>  
43  
44  
45  
46  
47

48 A second application of the scale in a larger sample from day centers and nursing homes  
49 was conducted. Based on the TRI analyses, it was found that the unidimensionality of the 8-item  
50 WHOQOL-OLD is only moderately robust. However, the analysis of other indicators (the  
51 unexplained variance of the first factor and items with moderate and severe misfits) supported  
52 the flexible consideration of the scale's unidimensionality and, therefore, the use of the Rasch  
53 analysis. Non-achievement of the robust unidimensionality can be justified by the  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 comprehensive and multidimensional nature of the QoL construct used by the WHOQOL  
2 Group. Similar findings were reported in relation to the 28-item European Portuguese version of  
3 the scale.<sup>5</sup>  
4  
5

6 The reduced number of scale items usually has a significant impact on the robustness of  
7 its psychometric properties. The fit indexes for persons obtained in this study for the 8-item  
8 WHOQOL-OLD reflect this impact quite well. However, the analysis of the item statistics  
9 revealed that the selection of the items for the WHOQOL-OLD short version was adequate  
10 since none of the items included shows moderate to severe misfit.  
11  
12  
13  
14  
15  
16

17 The 8-item WHOQOL-OLD items performed well with four from five response  
18 categories, showing a lower distribution of responses for the intermediate category. Similar  
19 results were found in the study that validated the 28-item European Portuguese version of the  
20 scale.<sup>5</sup> Since the 8-item WHOQOL-OLD is expected to be used in older adults with or without  
21 cognitive decline, its response format should be simplified to fit the particularities of the overall  
22 aged population. Thus, future studies should examine the functioning of the 8-item WHOQOL-  
23 OLD with the reduced range of responses, to verify if this alternative is more suitable than the  
24 original (with five response options).  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

35 Another aspect that emerges from the TRI analysis is related to the identification of  
36 geriatric care setting as a source of DIF. There were two items that functioned differently in day  
37 centers and nursing homes. In day centers, the item less quoted in comparison to nursing homes  
38 was the one asking about the satisfaction with the way the older person uses her/his time. This  
39 finding can be justified by the fact that the moment in which the older persons start attending  
40 day center can be considered as a moment of transition. According to Schlossberg,<sup>27</sup> a person  
41 faces a transitional situation when an event causes changes in her/his relationships, routines  
42 and/or roles, which affect the person's perception of the world around. A change from an  
43 earlier, more active period of life is often associated with an experience of a loss of self-control  
44 and decision-making.<sup>28</sup>  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56

57 The “sense of worth within the family” corresponds to the item less quoted by the  
58 nursing homes residents, as compared to day center attendees, which may reflect the perception  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1 that the family is more absent. In fact, admission to nursing homes often happens as a  
2 consequence of the loss of a partner, children or other relatives. It also emerges as an alternative  
3 to home care, when informal caregivers are not able to respond to the needs of their elderly  
4 familiars. In Portugal, institutionalization associated with aging arises as an alternative in the  
5 expansion. According to the Portuguese Ministry of Labor and Social Solidarity, in 2015, about  
6 10% of the nursing homes residents stayed for 10 or more years.<sup>29</sup>  
7  
8  
9  
10  
11  
12

13 Given the two items with DIF counterbalanced each other, it can be concluded that the  
14 geriatric care setting did not introduce the bias in the scale functioning. Thus, the 8-item  
15 WHOQOL-OLD meet criteria that allow its use in both day centers and nursing homes.  
16  
17  
18  
19

20 The 8-item WHOQOL-OLD showed to be able to differentiate between older adults  
21 with and without clinically significant depressive symptoms. In this study, as in the study  
22 centered on the 28-item WHOQOL-OLD by Vilar and associates,<sup>5</sup> the older adults with  
23 depressive symptomatology had worse scores in QoL indicators. The impact of depressive  
24 symptoms on the reduction of QoL measured through the WHOQOL scales was also  
25 documented.<sup>30</sup> Similar results were also obtained by Pereira and associates in relation to the  
26 EUROHIS-QOL-8.<sup>24</sup>  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

35 Cognitive status, sociodemographic variables, and recruitment setting, did not influence  
36 the distribution of the 8-item WHOQOL-OLD results; therefore, the WHOQOL-OLD is  
37 suitable for use in the older adults without cognitive decline, but also in the older adults who  
38 have mild to moderate changes in cognitive functioning, regardless of gender, age, formal  
39 education level or geriatric care setting.  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46

47 The sample included in the different phases of the study was not representative of the  
48 entire Portuguese aged population that resort to geriatric care facilities. The samples recruited in  
49 both phases of the study included older adults with mild to severe changes in cognitive  
50 functioning, which could influence the results obtained. According to Lucas-Carrasco and  
51 associates,<sup>31</sup> some instruments proposed by the WHOQOL Group are suitable for use in the  
52 assessment of QoL in the older adults in the early stages of neurocognitive disorders. However,  
53 the suitability of the WHOQOL instruments has not been confirmed for more advanced stages.  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Secondly, the regional (central area of Portugal) location of participating geriatric care settings may have conditioned the development of the 8-item WHOQOL-OLD scale. This is noteworthy since QoL is influenced by various systems, including the community (mesosystem) and culture, the country and its general organization (macro-system) in which the older adults are comprised.<sup>32</sup> Thirdly, the non-use of an additional short QoL assessment measure did not allow the analysis of convergent validity with the scale developed. Therefore, larger and longitudinal studies, with robust methodological designs, are still needed in order to consider the full applicability of the 8-item WHOQOL-OLD scale.

Based on these analyses it can be concluded that the 8-item WHOQOL-OLD has acceptable psychometric properties, being an interesting alternative for the assessment of the QoL in Portuguese older adults who resort to geriatric care facilities. Given its short format, the 8-item WHOQOL-OLD is suitable for use in epidemiological studies and in clinical care practice, allowing the evaluation of the impact of intervention programs in the health area. However, since the validation of an instrument is a continuous process, further studies are needed to examine the performance of the 8-item WHOQOL-OLD in older adults with different sociodemographic and clinical profiles, including community-dwelling older adults.

### **Acknowledgements**

The authors would like to thank all older adults who took part in the study for their time and contribution. The authors would also like to acknowledge all the institutions and organizations that collaborate in the development of the study: Associação de Bem-estar Cultural e Desenvolvimento Social de S. Romão, Associação Nacional de Apoio ao Idoso, Cáritas Diocesana de Coimbra - Lar S. José, Centro Social e Paroquial de Carapinheira do Campo, Centro Social Paroquial de Pedrulha, Centro Social e Paroquial de S. Silvestre, Centro Sociocultural Polivalente de São Martinho, Fundação Beatriz Santos Lorsenior (Domus Vitae and Domus Aeminium), Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais, Lar Doce Viver (Bruscos), Obra Social de Torre de Vilela, Quinta Verde - Repouso e Lazer Lda, Santa Casa de

1 Misericórdia de Cantanhede, Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho and Santa Casa  
2 da Misericórdia da Vila de Pereira.  
3  
4

### 5 **Declaration of conflicting interests**

6  
7  
8 The authors declared no conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or  
9 publication of this article.  
10  
11

### 12 **Funding**

13  
14 The research was developed in the context of the project “Cognitive stimulation in elderly:  
15 intervention on cognitive frailty and promotion of self-care” [ECOG/2015] and co-financed by  
16 Nursing School of Coimbra.  
17  
18  
19  
20  
21  
22

### 23 **References**

- 24  
25  
26  
27 1. Power M, Quinn K, Schmidt S, & The WHOQOL-OLD Group. Development of the  
28 WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*. 2005;14:2197-2214.  
29
- 30  
31  
32 2. Vilar M, Simões MR, Lima MP, Cruz C, Sousa LB, Sousa AR, et al. Adaptação e  
33 validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: Resultados da  
34 implementação de grupos focais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação*  
35 *Psicológica*. 2014;37:73-97.  
36  
37  
38
- 39  
40  
41 3. Fang J, Power M, Lin Y, Zhang J, Hao Y, Chatterji, S. Development of short versions  
42 for the WHOQOL-OLD module. *The Gerontologist*. 2012;52(1):66-78.  
43  
44
- 45  
46 4. Urzúa A, Navarrete M. Calidad de vida en adultos mayores: Análisis factoriales de las  
47 versiones abreviadas del WHOQOL-OLD en población chilena. *Revista Medica de*  
48 *Chile*. 2013;141:28-33.  
49  
50
- 51  
52 5. Vilar M, Sousa LB, Simões MR. The European Portuguese WHOQOL-OLD module  
53 and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life*  
54 *Research*. 2016;25:2367–2372.  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*. 1975;12:189-198.
7. Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994;1:9-10.
8. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Mini Mental State Examination (MMSE): Normative study for the Portuguese population in a community stratified sample. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2015;22:311-319.
9. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 4th ed. Lisbon: Edições Sílabo; 2005.
10. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 Item Cognitive Impairment Test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1999;14:936-940.
11. Apóstolo J, Paiva D, Silva R, Santos E, Schultz T. Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*. 2018;22:1184-1189.
12. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*; 1983;17:37-49.
13. Apóstolo J, Loureiro L, Reis I, Silva I, Cardoso D, Sfetcu R. Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014;4:65-73.
14. Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Reis I, Henriques S, Correia C. Screening capacity of Geriatric Depression Scale with 10 and 5 items. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018;4:29-38.
15. Linacre JM. *A User's Guide to WINSTEPS & MINISTEP*. Rash-Model Computer Programs. Program Manual 3.74.0. [winsteps.com](http://winsteps.com); 2012.

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65
16. Andrich D. A rating formulation for order response categories. *Psychometrika*. 1978;43:561-573.
17. Wright BD. Model selection: rating scale or partial credit? *Rasch Measurement Transactions*. 1999;12:641-642.
18. Tennant A, Pallant JF. Unidimensionality matters. *Rasch Measurement Transactions*. 2006;20:1048-1051.
19. Linacre JM. Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of Applied Measurement*. 2002;3:85-106.
20. Andrich D. *Rasch models for measurement*. London: Sage; 1988.
21. Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society B*. 1995;57:289-300.
22. Zwick R, Ercikan K. Analysis of differential item functioning in the NAEP history assessment. *Journal of Educational Measurement*. 1989;26:55-66.
23. Nora C, Zoboli E, Vieira M. Validation by experts: importance in translation and adaptation of instruments. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38:e64851.
24. Pereira M, Melo C, Gameiro S, Canavarro M. Psychometric studies of the European Portuguese version of the quality of life index EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*. 2011;9:109-123.
25. Pires A, Fleck M, Power M, da Rocha N. Psychometric properties of the EUROHIS-QOL 8-item index (WHOQOL-8) in a Brazilian sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2018;40:249-255.
26. Schmidt S, Mühlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *The European Journal of Public Health*. 2006;16:420-428.
27. Schlossberg N. A model for analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*. 1981;9:2-18.

- 1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65
28. Yamada Y, Siersma V, Avlund K, Vass M. Formal home help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54:e52-e56.
  29. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Carta social. Rede de serviços e equipamentos [report]. Lisbon; 2015. Available from: <http://www.gep.msess.gov.pt/cartasocial/pdf/csosocial2015.pdf>
  30. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*. 2008;48:593-602.
  31. Lucas-Carrasco R, Skevington SM, Gómez-Benito J, Rejas J, March J. Using the WHOQOL-BREF in persons with dementia. A validation study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. 2011;25:345-351.
  32. Canavarro MC. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In: Canavarro MC, Vaz Serra A, editors. *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. F.C. Gulbenkian; 2010. p. 3-21.

Table 1. The 18 items selected from the general dimension and each facet of the Portuguese WHOQOL-OLD.

Dimension/Facet	Items
<b>General</b>	<i>How would you rate your quality of life?</i> <i>How satisfied are you with your health?</i>
<b>Sensory abilities</b>	<i>Impairments to senses affect daily life</i> <i>Loss of sensory affect participation in activities</i>
<b>Death and dying</b>	<i>Concerned about the way you will die</i> <i>Fear pain before death</i>
<b>Past, present and future activities</b>	<i>Satisfied with what you've achieved in life</i> <i>Happy with things to look forward to</i>
<b>Intimacy</b>	<i>Experience love in your life</i> <i>Opportunities to love</i>
<b>Family/ Family life</b>	<i>Satisfaction with family relationships</i> <i>Sense of worth within the family</i>
<b>Autonomy</b>	<i>Freedom to make own decisions</i> <i>People around you are respectful of your freedom</i> <i>Able to do things you'd like</i>
<b>Social participation</b>	<i>Satisfied with the way you use your time,</i> <i>Have enough to do each day</i> <i>Satisfied with the level of activity</i>

Table 2. Statistics of the item and of the item with the total 18-item WHOQOL-OLD

Item	Item mean (standard deviation)	Item-total correlation	Corrected item-total correlation	Cronbach Alpha if item deleted
1 (WP General item 1). How would you rate your quality of life	3.24 (1.02)	<b>.665</b>	.608	.831
2 (WP General item 2). How satisfied are you with your health	2.76 (1.12)	.366	.273	.845
3 (WP 1). Impairments to senses affect daily life	3.03 (1.35)	.363	.250	.848
4 (WP 3). Loss of sensory affect participation in activities	3.79 (1.29)	<b>.478</b>	.380	.841
5 (WP 7). Concerned about the way you will die	3.55 (1.45)	.201	.070	.860
6 (WP 10). Fear pain before death	3.03 (1.40)	.357	.238	.850
7 (WP 19). Satisfied with what you've achieved in life	4.03 (0.94)	<b>.622</b>	.565	.833
8 (WP 12). Happy with things to look forward to	3.07 (1.00)	<b>.517</b>	.446	.838

1	9 (WP 22). Experience love in	4.10 (0.94)	<b>.470</b>	.399	.840
2	your life				
3	10 (WP 23). Opportunities to	3.83 (0.93)	<b>.648</b>	.595	.832
4	love				
5	11 (WP 25). Satisfaction with	4.28 (0.96)	<b>.489</b>	.418	.839
6	family relationships				
7	12 (WP 28). Sense of worth	4.28 (1.13)	<b>.584</b>	.510	.835
8	within the family				
9	13 (WP 4). Freedom to make	3.52 (1.38)	<b>.572</b>	.478	.836
10	own decisions				
11	14 (WP 11). People around	4.03 (0.94)	<b>.612</b>	.554	.834
12	you are respectful of your				
13	freedom				
14	15 (WP 6). Able to do things	3.07 (1.22)	<b>.626</b>	.551	.832
15	you'd like				
16	16 (WP 14). Satisfied with the	3.69 (1.20)	<b>.760</b>	.708	.824
17	way you use your time				
18	17 (WP 17). Have enough to	3.28 (1.31)	<b>.757</b>	.698	.824
19	do each day				
20	18 (WP 16). Satisfied with	3.48 (1.12)	<b>.584</b>	.557	.832
21	level of activity				

**Item-total correlation in Bold:** significant correlation with  $p < .05$ ; **(WP):** numbering of items according the 28-item Portuguese version of WHOQOL-OLD

Table 3. Statistics of the item and of the item with the total 8-item WHOQOL-OLD

Item*	Item-total correlation	Corrected item-total correlation	Scale mean if item deleted	Scale variance if item deleted	Cronbach Alpha if item deleted
1. [1 (WP General item 1)]. How would you rate your quality of life	<b>.665</b>	.492	25.72	25.35	.725
2. [4 (WP 3)]. Loss of sensory affect participation in activities	<b>.478</b>	.340	25.17	25.36	.754
3. [6 (WP 10)]. Fear pain before death	.357	.251	25.93	25.92	.776
4. [7 (WP 19)]. Satisfied with what you've achieved in life	<b>.622</b>	.633	24.93	24.64	.705
5. [10 (WP 23)]. Opportunities to love	<b>.648</b>	.530	25.14	25.62	.721
6. [12 (WP 28)]. Sense of worth within the family	<b>.584</b>	.423	24.69	25.37	.736
7. [15 (WP 6)]. Able to do	<b>.626</b>	.509	25.90	23.88	.720

things you'd like  
 8. [16 (WP 14)]. Satisfied  
 with the way you use your  
 time

<b>.760</b>	.584	25.28	23.28	.705
-------------	------	-------	-------	------

---

\* The item numbering provided in [ ] refers to the numbering of the 18-item version.

**Item-total correlation in Bold:** significant correlation with  $p < .05$ ; **(WP):** numbering of items according the 28-item Portuguese version of WHOQOL-OLD

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Table 4. Descriptive statistics of the sample recruited in the second phase of the study

Variable Mean ( $\pm$ SD; Min – Max)	Categories	N = 125 (%)
<b>Gender</b>	Male	31 (24.8)
	Female	94 (75.2)
<b>Setting</b>	Day Center	82 (65.6)
	Nursing home	43 (34.4)
<b>Estado civil</b>	Married	30 (24.0)
	Divorced	7 (5.6)
	Widow	77 (61.6)
	Single	11 (8.8)
<b>Age</b> 80.69 ( $\pm$ 7.88; 65-99)	65-74 years	29 (23.2)
	75-84 years	51 (40.8)
	$\geq$ 85 years	45 (36.0)
<b>Education</b> 4.54 ( $\pm$ 3.36; 0-17)	0-4 years	93 (74.4)
	$\geq$ 5 years	32 (25.6)
<b>GDS-10</b> 3.56 ( $\pm$ 3.07; 0-10)	With depressive symptomatology	84 (67.2)
	Without depressive symptomatology	41 (32.8)
<b>6CIT</b> 10.09 ( $\pm$ 5.82; 0-25)	With cognitive decline	70 (56.0)
	Without cognitive decline	55 (44.0)

**Max:** maximum; **Min:** minimum; **SD:** standard deviation

Table 5. The 8-item WHOQOL-OLD: Statistics for items and persons

Statistics	Item statistics					Person statistics				
	Ri X	D	SE	Infit	Outfit	X	B	SE	Infit	Outfit
<b>Item 1</b>	.62	.11	.09	.49	.53					
<b>Item 2</b>	.49	-.15	.10	1.28	1.24					
<b>Item 3</b>	.51	.57	.09	1.28	1.30					
<b>Item 4</b>	.65	.50	.09	.72	.71					
<b>Item 5</b>	.51	-.28	.10	.80	.77					
<b>Item 6</b>	.52	-.16	.10	.86	.85					
<b>Item 7</b>	.50	.08	.09	1.39	1.36					
<b>Item 8</b>	.48	-.67	.11	1.24	1.13					
<b>Total</b>										
Mean	0.5 4	.00	.09	1.01	.99	26. 9	.32	.38	1.00	.99
SD	0.0 6	.38	.01	.31	.29	4.9	.72	.07	.61	.62
Maximum	0.6 5	.57	.11	1.39	1.36	38. 0	2.88	.78	2.80	3.11
Minimum	0.4 8	-.67	.09	.49	.53	14. 0	-1.42	.34	.06	.06
<b>% Moderate misfit</b>				0%	0%				10.4%	10.4%
<b>% Severe misfit</b>				0%	0%				8%	7.2%

---

ISR = .93

PSR = .63

Cronbach Alpha = .65

---

**RiX:** Item-total correlation; **D:** Difficulty parameter; **SE:** Standard Error; **Infit and Outfit:** Rasch model adjustment parameters; **X:** Classic results; **B:** Rasch results (logits); **ISR:** Item Separation Reliability; **PSR:** Person Separation Reliability.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Table 6. The 8-item WHOQOL-OLD: Response categories analysis

Category	Chosen <i>f</i>	(%)	Observed Average B	Infit	Outfit	Step
1	79	8	-.43	1.24	1.30	none
2	186	19	-.29	.82	.74	-1.25
3	197	20	.06	.92	.93	-.08
4	375	38	.66	.72	.76	-.30
5	163	16	.96	1.21	1.14	1.62

**Average B:** The average of the measures that are modeled to produce the responses observed in each category; **Chosen *f* (%):** Observed count and % of occurrences in each category; **Infit/Outfit:** The average of the infit and outfit mean-squares associated with the responses in each category; **Step:** Rating scale threshold between two adjacent categories *K* and *K*-1.

Table 7. The 8-item WHOQOL-OLD: Differential Item Functioning (DIF) for setting

	Item	Groups	D	Contrast	Welch <i>t</i>	<i>p</i> *	Delta Mantel-Haenszel
<b>Setting</b>	6	Day Center	-.44	-.73	-3.68	.0004	-1.75
		Nursing	.29		<i>df</i> =103		
		Home					
	8	Day Center	-.41	.80	3.32	.0013	1.82
		Nursing	-1.21		<i>df</i> =91		
		Home					

\* Bonferroni correction:  $p = .05/8 = .00625$ ; **D:** Difficulty parameter

Table 8. The analysis of group differences on the 8-item WHOQOL-OLD score

Variable	Groups	Measure	SE	Reliability	Mean difference	Welch <i>t</i>
<b>Gender</b>	1 (female)	.35	.08	.73	.07	$t(66) = 0.56$ ; $p = .578$
	2 (male)	.27	.11	.58		
<b>Age</b>	1 (65-74 years)	.16	.13	.70	1vs2: -.07	$t(45) = -0.45$ ; $p = .653$
	2 (75-84 years)	.22	.07	.48		
	3 ( $\geq 85$ years)	.55	.13	.77		
<b>Education level</b>	1 (0-4 years)	.23	.07	.68	-.39	$t(47) = -2.47$ ; $p = .017$
	2 ( $\geq 5$ years)	.62	.14	.71		
<b>Setting</b>	1 (Day Center)	.39	.08	.70	.18	$t(83) = 1.30$ ; $p = .198$
	2 (Nursing Home)	.21	.11	.72		
<b>Cognitive status</b>	1 (with decline)	.31	.09	.72	-.03	$t(119) = -$ $0.26$ ; $p = .793$
	2 (without decline)	.35	.09	.69		

<b>Depressio</b>	1 (with depression)	.12	.08	.71	-.62	<b><i>t</i> (93) = -5.16;</b>
<b>n</b>	2 (without depression)	.74	.09	.49		<b><i>p</i> &lt; .001</b>

---

\* Bonferroni correction:  $p = .05/8 = .00625$

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

Paulo Costa

The Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra

Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001 | 3046-851 Coimbra, Portugal

E-mail: paulocosta@esenfc.pt

Telephone: 00351 967405475

**Dear Dr. Barbara Resnic and Ardis O'Meara  
Editor and Managing Editor of the Journal of Geriatric Nursing**

Coimbra, September 19, 2019

The authors of the manuscript entitled “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” wish to confirm that this study has not been previously published nor has been submitted to another journal. We also wish to confirm that there are no known conflicts of interest associated with this publication and there has been no significant financial support for this work that could have influenced its outcome. All authors meet the criteria for authorship, have approved the final article and that all those entitled to authorship are listed as authors.

Thank you for receiving our manuscript and considering it for review. We appreciate your time and look forward to your response.

Sincerely,

Paulo Costa

RN, MSc, Ph.D. Student in Nursing

Health Sciences Research Unit: Nursing, Nursing School of Coimbra, Portugal



# APÊNDICE VI



[ Manual de Dinamizador ]

# PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

Isabel Gil  
Paulo Costa  
Elzbieta Bobrowicz-Campos  
João Apóstolo



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

## FICHA TÉCNICA / COPYRIGHT PAGE

---

### TÍTULO / TITLE

Programa de Terapia de Reminiscência. Manual de Dinamizador.

### EDITOR DA VERSÃO PORTUGUESA / PUBLISHER OF PORTUGUESE VERSION

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

### AUTORES / AUTHORS

Isabel Gil, Paulo Costa, Elzbieta Bobrowicz-Campos, João Apóstolo

### COPYRIGHT

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Todos os direitos reservados. Esta publicação contém páginas que podem ser fotocopiadas. No entanto, a menos que esteja especificado na página, nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou transmitida de qualquer forma ou de qualquer meio, eletrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação de informações sem permissão por escrito dos editores.

### O REGISTRO DE CATÁLOGO PARA VERSÃO PORTUGUESA DO LIVRO / THE CATALOG REGISTRY FOR PORTUGUESE VERSION OF THE BOOK

ISBN: 978-989-99556-6-0

### MAQUETIZAÇÃO E PAGINAÇÃO / LAYOUT & DTP

Eurico Nogueira

### ANO DE PUBLICAÇÃO / YEAR OF PUBLICATION

2019

---

Os autores deste manual não se responsabilizam por quaisquer inconvenientes ou prejuízos causados aos participantes do Programa de Terapia de Reminiscência pela implementação indevida e não supervisionada do mesmo

---

[ Manual de Dinamizador ]

# PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

---

Isabel Gil  
Paulo Costa  
Elzbieta Bobrowicz-Campos  
João Apóstolo

© Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

2019





## CONTEÚDOS

---

	Pág.
Mensagem aos dinamizadores	7
Princípios fundamentais da Terapia de Reminiscência	9
Estrutura do programa	11

### Sessões do Programa Principal

1. Apresentação e origens	14
2. A minha família	16
3. Primeiros aromas e refeições	18
4. Jogos, brinquedos e amigos de infância	20
5. Dias de escola	22
6. Juventude	24
7. Músicas de outros tempos	25
8. Vida profissional e ocupações	26
9. Casamento, uniões e filhos	27
10. Jardinagem e agricultura	28
11. Meios de comunicação e informação	30
12. Meios de transporte, viagens e férias	32
13. Feriados e épocas festivas	34
14. Sessão final do programa principal	35
a) Sessão Expressão Artística e Trabalhos Manuais	35
b) Sessão de Encerramento	36

## Sessões do Programa de Manutenção

1. Ambições e sonhos	38
2. Dias na praia	39
3. A Moda ao longo dos tempos	41
4. Celebrações culturais: dia da liberdade	42
5. Lojas e produtos de outros tempos	43
6. Celebração de aniversários	44
7. Sessão de encerramento	45
Bibliografia	47

## Mensagem aos dinamizadores

---

A Terapia de Reminiscência (TR) constitui-se como uma modalidade terapêutica que foi proposta inicialmente por Butler, em 1963. O autor caracterizou-a como um processo mental e natural de recuperação de memórias, partindo da tendência evolutiva que se constata nas pessoas mais velhas em relatar o seu próprio passado, o que vai permitir estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos com diversos desígnios terapêuticos.

Tem sido destacada a importância desta intervenção terapêutica na promoção da autoestima, da identidade e da individualidade. O sentido de identidade pessoal é encorajado pela estimulação das memórias autobiográficas e pela possibilidade de as comunicar, sendo que, neste caso, a reminiscência constitui uma ponte comunicacional pela partilha de recordações e emoções com efeitos no fortalecimento das relações.

A reminiscência funciona, deste modo, como promotora de uma boa comunicação e, ao estimular a memória a longo prazo, contribui para a melhoria da função cognitiva. Vários estudos têm, ainda, confirmado os efeitos benéficos da TR no humor, bem-estar e qualidade de vida.

A TR configura-se numa estratégia terapêutica com potencial para contribuir para a capacitação das pessoas mais velhas com declínio cognitivo, contudo, a ausência de modelos de intervenção estruturados tem sido apontada como um dos principais obstáculos à sua implementação.

Não existindo, até ao momento, nenhum programa de TR estruturado e passível de ser replicado no contexto português a equipa da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) decidiu responder a este desafio. Assim, de molde a suportar financeiramente este desígnio, em 2015, o projeto ECOG (Estimulação cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado) foi submetido a uma candidatura de projeto a fundos perdidos e foi financiado em 30 000.00 euros pela ESEnfC. Este projeto contempla, numa das suas tarefas, a construção de um programa de reminiscência.

Neste seguimento, foi construído e validado um programa de TR que seguiu as orientações e recomendações do *Medical Research Council* para o desenvolvimento de intervenções complexas, em quatro fases.

Numa primeira fase, fase preliminar, foi construída uma primeira versão do programa, composta por uma vertente principal (14 sessões) e uma vertente de manutenção (7 sessões). Neste sentido, partiu-se de uma base de evidências emergentes a nível nacional e internacional, com o intuito de identificar as forças e limitações dos programas existentes. Foram ainda concebidos os materiais digitais de apoio a cada sessão, considerando que os estímulos desencadeantes da reminiscência que envolvem o uso de imagens antigas ou músicas, podem ser usados com a finalidade de desencadear as memórias.

Numa segunda fase, fase de modelagem, foram conduzidos grupos focais de peritos no sentido de validar os materiais concebidos na primeira fase deste processo. Discutiram-se os aspetos relacionados com a estrutura do programa, duração, conteúdos e dinâmicas das sessões.

Na terceira fase, fase de campo, foram testadas cada uma das 21 sessões do programa com o envolvimento de sete enfermeiros e nove residentes de uma instituição de longa permanência da região centro do país.

A Fase de Conferência de Consensos correspondeu à síntese de todos os contributos e desafios.

É de salientar que durante a construção e validação do programa, de forma consensual, os peritos e potenciais utilizadores do programa consideraram esta intervenção como relevante e necessária no contexto nacional.

De todo este processo emergiu a necessidade de construir este manual, dirigido aos dinamizadores, onde se descreve a estrutura do programa de TR, as sessões que o compõem e a sua operacionalização.

**Isabel Gil**, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem do Idoso e Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**João Apóstolo**, Professor com Agregação em Ciências de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Vice-Coordenador de Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Diretor de Portugal Centre for Evidence Based Practice: A JBI Centre of Excellence.

## Princípios fundamentais da Terapia de Reminiscência

---

Com o aumento da esperança média de vida, torna-se, sem dúvida, cada vez mais importante equacionar os cenários que podem influenciar positivamente o envelhecimento e 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. Estima-se que, em Portugal, existam pelo menos 60 mil pessoas com Perturbações neurocognitivas (PNC) e mais de 100 mil pessoas idosas com perturbações depressivas, frequentemente subdiagnosticadas e que, como tal, não são devidamente tratadas. Ao nível mundial, estima-se que em 2010 existiam 35,6 milhões de pessoas com PNC esperando-se que estes números venham a duplicar a cada 20 anos, com 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Prince et al. 2013).

As demências implicam um declínio em relação a um nível cognitivo prévio, que não decorre apenas de forma transitória e que é suficientemente grave para interferir com o desempenho social ou profissional (Mendonça e Verdelho, 2013). Assim, a demência designa um conjunto de patologias que se caracterizam pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas e da capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia (Cerejeira & Lagarto, 2014).

Os estudos têm demonstrado que a gestão terapêutica ativa pode melhorar de forma significativa a qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores (Alzheimer's Association, 2012), contudo, ainda que os fármacos existentes possam melhorar temporariamente a sintomatologia, nenhum se mostrou capaz, até ao presente momento, de alterar o percurso degenerativo e terminal da doença. Assim, perante os limites constatados nas terapias farmacológicas, urge a necessidade de recorrer a intervenções não-farmacológicas capazes de atrasar a progressão degenerativa da demência (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012) e que possam ser aplicados nas instituições ou na residência dos indivíduos, pelos seus familiares, mediante uma articulação estreita e supervisão dos profissionais de saúde.

A Terapia de Reminiscência (TR) pode-se configurar numa atividade agradável e estimulante, que contribui para redução do isolamento social revelando-se como uma estratégia para promover o relacionamento (Cooney et al., 2014; Gibson, 2004). Tem sido relatada como uma intervenção associada ao prazer, segurança e sentido de pertença (Cappeliez & O' Rourke, 2006). A TR aparece na literatura como uma opção terapêutica de baixo custo (Siveró & Burgová), constituindo uma estratégia de intervenção que consiste num processo psicológico de recuperação de experiências pessoais, vividas no passado, que são utilizadas para fins terapêuticos (Butler, 2002).

A TR fundamenta-se no pressuposto de que se pode melhorar a saúde mental através da estimulação das memórias autobiográficas positivas e pelo desencorajamento das memórias autobiográficas negativas, na medida em que, a recuperação das memórias autobiográficas positivas está associada a alegria e orgulho ao invés das negativas que podem motivar sensações de stress (Levine, Lench & Safer, 2009).

Subramanian e Woods, em 2012, advertem, que dada a escassez de estudos sobre reminiscência se torna necessário clarificar o seu impacto. Por sua vez, Cinthya Stinson (2009) preconiza que se desenvolvam protocolos bem definidos e que possam ser replicados e salienta a necessidade de se investir na formação contínua dos enfermeiros de molde a que se possam organizar, implementar e avaliar este tipo de programas de intervenção.

Neste sentido, pretendeu-se construir um programa de reminiscência para pessoas mais velhas com compromisso cognitivo institucionalizadas.

## Estrutura do programa

---

O presente protocolo de TR em grupo encontra-se estruturado em programa principal (14 sessões) e programa de manutenção (7 sessões). O programa principal deverá ser desenvolvido ao longo de 7 semanas, com sessões bissemanais com a duração máxima de 60 minutos cada. O programa principal será complementado por um programa de manutenção de 7 semanas, com uma sessão semanal, também com duração máxima de 60 minutos.

Caso o programa principal seja complementado com o programa de manutenção de forma contínua, os dinamizadores deverão conduzir a décima quarta sessão do programa principal intitulada “Sessão final do programa principal”, opção a - Expressão Artística e Trabalhos Manuais (ver página 35). Todavia, caso o programa principal seja aplicado isoladamente, ou o programa de manutenção seja aplicado tardiamente, os dinamizadores deverão considerar a “Sessão final do programa principal”, opção b - Sessão de Encerramento (ver página 36).

Cada sessão terá um tema relacionado com o percurso de vida que integra a escola, a vida profissional, as viagens, épocas festivas e momentos históricos. As sessões serão apoiadas por uma plataforma de conteúdos digitais que será criada para disponibilizar os materiais do programa de reminiscência e que inclui fotografias, vídeos, músicas.

No decorrer de cada sessão, o dinamizador deverá ser capaz de rentabilizar o tempo disponível, colocando maior ênfase na fase de discussão de cada temática. Considera-se viável que se disponibilizem cerca de 15 minutos para a apresentação, 35 minutos para a discussão temática e 10 minutos para o encerramento da sessão, embora estes tempos não sejam rígidos.

Em algumas sessões, são apresentadas sugestões de atividades complementares, as quais podem ser organizadas em parceria com as instituições de acolhimento. Todavia, deverá ser dado ênfase às memórias autobiográficas dos participantes, independentemente da natureza da atividade a realizar.

A condução das sessões deverá atender às histórias de vida e identidade própria de cada participante, podendo existir temas que suscitem memórias negativas. Deverá existir o cuidado entre os dinamizadores de analisar continuamente as dinâmicas de grupo, reação e envolvimento individual, de forma a alterar as atividades propostas e as questões elencadas neste manual. Os dinamizadores devem ser sensíveis a mudanças emocionais e comportamentos que possam ser despoletadas, devendo atuar no sentido preservar o bem-estar e segurança dos participantes.

Por último, torna-se importante relembrar que as sessões devem envolver não só os participantes, mas também outros profissionais da organização e familiares, quando adequado. A integração destas figuras de referência pode motivar os participantes ao longo do programa, assim como reforçar as ligações de partilha e cumplicidade.

## Sessões do Programa Principal

---

# 1. Apresentação e origens

---

## Material necessário

- Mapa de Portugal (real ou em suporte digital, projetado);
- Computador com colunas de som e projetor (opcional);
- Papel, caneta (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas ao grupo. Deverá ser brevemente explicada a estrutura do programa de Reminiscência a desenvolver. Deverá ser dado tempo para que cada participante se apresente, indicando o nome próprio. Neste momento, um dos dinamizadores deverá providenciar um mapa de Portugal em tamanho ampliado, real ou projetado.

## Questões para discutir...

- Memórias agradáveis relacionadas com o seu nome.
- Nome pelo qual era tratado em casa.
- A terra onde nasceu/cresceu.
- As primeiras recordações da terra onde nasceu/cresceu.
- Episódio particularmente feliz vivenciado na terra onde cresceu.
- Situação mais marcante e feliz vivenciada na casa onde cresceu.
- Teve algum animal de estimação? Conte uma história feliz vivida com o seu animal de estimação.

**Nota:** poderá ser incutido aos participantes que tentem localizar a sua terra no mapa de Portugal. Se o participante não o conseguir, o dinamizador deverá adotar algumas estratégias de reorientação da conversa como: localizar pelo participante o local de nascença e comparar a distância ao local habitual; comparar o local onde se encontram até à capital de Portugal; comparar o local onde se encontram até ao distrito mais próximo, entre outros.

## Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com a família.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 2. A minha família

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Fotografias antigas de famílias (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as fotografias antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista fotografias antigas dos participantes, se adequado.

### Questões para discutir...

- Quem era a pessoa da sua família com quem, durante a infância, mantinha uma relação mais próxima? Recorda algum momento especial com essa pessoa?
- Um dia da sua infância em que os seus pais ou outros familiares o tenham levado a um local que o tenha deixado muito satisfeito. Como foi?
- Tinha irmãos? Consegue recordar algum dia que tenham passado juntos e que tenha sido especial por ter sido muito divertido?

**Nota:** se não tinha irmãos pense em alguém que tenha sido especial para si durante a sua infância.

- Algum familiar lhe ofereceu algum presente, quando era criança, que o tenha deixado muito feliz? Descreva esse momento.
- Algo que o seu pai ou a sua mãe tenham feito que recorde como um acontecimento feliz?
- Lembra-se dos seus avós? Recorda algum momento feliz vivido com os avós?

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- O dinamizador deverá lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com sabores e aromas de outros tempos.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

### 3. Primeiros aromas e refeições

---

#### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Fotografias antigas de utensílios de cozinha, pratos tradicionais, etc. (incluídas na *flashdrive*);
- Utensílios antigos de cozinha ou alguns pratos tradicionais/ típicos da região já confecionados (opcional);
- Alimentos ou outros produtos (ex: ervas aromáticas) que estimulem os sentidos (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as fotografias antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os utensílios, alimentos ou produtos à disposição, se adequado.

#### Questões para discutir...

- Alimentos/pratos favoritos.
- Refeições do dia-a-dia ou realizadas em casa com mais frequência.
- Refeições típicas da região onde viviam.
- Refeições em dias de festa.
- Recorda alguma receita em especial? Gostaria de a partilhar?
- Dia especial passado na cozinha a confecionar uma refeição especial. Como foi?

#### Proposta de atividade complementar...

Incentivar à realização de um livro de receitas da autoria dos participantes, que invoque memórias e tradições passadas.

#### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.

- Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com jogos de infância, brinquedos e amigos.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 4. Jogos, brinquedos e amigos de infância

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Fotografias antigas de brinquedos e jogos de infância (incluídas na *flashdrive*);
- Brinquedos antigos como piões, berlindes, etc. (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as fotografias antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos jogos e brinquedos tradicionais recolhidos (ex: berlindes, macaca, pião, cabra-cega, dança das cadeiras, jogo da corda, malha, mata, jogo do lencinho, 4 cantinhos, jogo do botão, reis e rainhas e outros). Pode ser solicitado aos participantes que demonstrem como se joga e relatem livremente as recordações da infância relacionadas com estas vivências.

### Questões para discutir...

- Jogos favoritos.
- Quais os principais amigos de brincadeiras, como se chamavam?
- Primeiro amigo/a, que recordação mantém?
- Primeiros brinquedos.
- Brinquedos incomuns.
- Brinquedos favoritos.
- Brinquedos feitos em casa.
- Recorda algum dia particularmente feliz que tenha passado a brincar na companhia dos seus amigos? Porque é que esse dia foi especial?

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com os dias de escola.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 5. Dias de escola

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Fotografias antigas de escolas, salas de aula e material escolar (incluídas na *flashdrive*);
- Material escolar antigo (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as fotografias antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais escolares antigos recolhidos.

### Questões para discutir...

- Primeiro dia de escola.
- Como era o seu professor/professora? Conte um episódio agradável que se lembre de ter vivido com o seu professor/professora.
- Quais as matérias de que gostava mais?
- Como ia para a escola? Como eram as roupas que se usavam na escola?
- Quem era o seu colega de carteira?

**Nota:** caso o participante não tenha frequentado a escola, orientar a conversa com as seguintes questões.... Aprendeu a ler e a escrever? Quem o ensinou? Como ocupava os seus dias? O que é que mais gostava de fazer? Quem era o seu melhor amigo?

### Proposta de atividade complementar...

Propor aos participantes que dramatizem um dia de escola, assumindo o papel de professor e alunos.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.

- Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com a juventude.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 6. Juventude

---

### Material necessário

- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser relembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá colocar à vista as fotografias antigas dos participantes, se adequado.

### Questões para discutir...

Durante a juventude recorda:

- Um dia ou momento de grande felicidade?
- Quais as pessoas que estiveram próximas de si e das quais guarda memórias felizes?
- Primeiro/a namorado/a e/ou amigos especiais/confidentes?
- Algum momento em que tenha considerado que fez uma conquista que o deixou muito realizado/a?
- Algum momento em que se tenha sentido realmente bonito/a e/ou especial?
- Algum momento em que se tenha sentido apaixonado/a?
- A pessoa a quem está mais agradecida por ter feito algo determinante para si?

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com as músicas de outros tempos.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 7. Músicas de outros tempos

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Músicas antigas portuguesas, vídeos de interpretações dos Festivais da Canção, etc. (incluídas na *flashdrive*);
- Instrumentos e discos antigos (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar os vídeos de atuações antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os instrumentos e discos antigos recolhidos. Ouvir algumas músicas tradicionais (existes na *flashdrive* ou disponibilizadas pelos participantes), podendo ser incentivada a participação de todos com palmas e canto ao som da música, se adequado.

### Questões para discutir...

- Reconhece a música e os cantores?
- Associa memórias agradáveis a alguma canção em especial?
- Identifica alguma canção como tendo um significado especial?
- Tem uma “música da sua vida”? Qual?
- Gostava de dançar? Costumava ir a bailes? se sim, recorda algum momento especial que gostasse de partilhar?

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com a sua profissão/carreira.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 8. Vida profissional e ocupações

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Imagens antigas de profissões e ocupações (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais recolhidos.

### Questões para discutir...

- Primeiro emprego/ocupação.
- Momentos agradáveis no emprego/vida doméstica/voluntariado.
- Caminhos escolhidos/opções profissionais.
- Progressões na carreira ou situação profissional/ocupação que mais o realizou.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com o casamento e filhos.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 9. Casamento, uniões e filhos

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Imagens antigas de casamentos, filhos, etc. (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais recolhidos.

### Questões para discutir...

- Propostas amorosas e datas marcantes.
- Nome do/a companheiro/a.
- Momento em que percebeu que tinha uma relação muito importante com outra pessoa e que o fazia feliz.
- Casou? Descreva um momento particularmente feliz desse dia.
- Momento de maior alegria ao lado do/a companheiro/a.
- Tem filhos? Como se chamam? Momentos felizes passados com os filhos. (se não tem filhos que momentos de alegria viveu com sobrinhos, afilhados ou outras crianças com quem mantinha uma relação próxima).
- Um dia em que tivesse uma criança nos braços (filho ou outra) e em que sentisse uma grande felicidade.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com jardinagem e agricultura.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 10. Jardinagem e agricultura

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Imagens antigas de jardinagem, máquinas e utensílios usados no cultivo (incluídas na *flashdrive*);
- Utensílios antigos de jardinagem (opcional);
- Alimentos (ex: cebolas, cenouras) ou ervas aromáticas (ex: salsa) para estimular os sentidos (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais recolhidos, possibilitando o contacto com os mesmos.

### Questões para discutir...

- Nomes de flores e plantas.
- Flores e plantas favoritas.
- Plantações, sementeiras e colheitas.
- Momentos especialmente felizes passados no campo (vindimas, colheitas,...).
- Significado da vida das plantas, do seu crescimento

### Proposta de atividade complementar...

Proporcionar um dia para a plantação de uma árvore, ervas aromáticas ou plantas de vaso que serão cuidadas pelos elementos do grupo.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com formas de comunicação/informação.

- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 11. Meios de comunicação e informação

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Imagens antigas de meios de comunicação como telefones, telegramas, jornais, cartas (incluídas na *flashdrive*);
- Anúncios publicitários antigos (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas e vídeos existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais recolhidos.

### Questões para discutir...

- Na sua juventude/idade adulta qual o meio que mais usava para comunicar com as pessoas significativas. Consegue descrever os instrumentos usados?
- Escreveu e recebeu cartas de alguém especial? Tem algum episódio especial que queira relatar?
- Que formas utilizou para dizer a alguém especial que gostava dela?
- Qual o meio que utilizava para se manter informado sobre o que se passava no seu país e no mundo?
- Lembra-se de algum anúncio televisivo e radiofónico de que gostasse em particular? Consegue descrevê-lo?
- Quando teve a sua primeira televisão? De que momentos felizes se lembra relacionados com a televisão?

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com meios de transporte de outros tempos, viagens e férias.

- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 12. Meios de transporte, viagens e férias

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Imagens antigas de meios de transporte, viagens e destinos turísticos (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas e vídeos existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais recolhidos.

### Questões para discutir...

- Durante a sua juventude/idade adulta qual o meio de transporte que mais usava?
- Costumava andar de bicicleta? Tem a algum episódio agradável associado a um passeio de bicicleta?
- Fez alguma viagem particularmente importante e agradável de comboio ou de autocarro? Para onde foi? Como foi?
- Costumava conduzir automóveis e/ou motorizadas? Quando teve o seu primeiro carro e/ou motorizada? Como foi? Qual era a marca? Tem alguma recordação feliz associada a esse carro e/ou motorizada?
- Qual a viagem mais agradável que fez na sua vida? Quem o/a acompanhou? Onde foi? Qual o momento mais marcante dessa viagem?
- Habitualmente, costumava ir de férias? Qual o destino de férias preferido?
- Com quem gostava de passar férias e viajar? Descreva um momento feliz vivenciado nas férias e que recorda com carinho.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.

- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com feriados e épocas festivas.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 13. Feriados e épocas festivas

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Imagens antigas várias ocasiões festivas como o Natal, Entrudo, Carnaval, Festas religiosas, festas da aldeia, etc. (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas e vídeos existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os materiais recolhidos.

### Questões para discutir...

- Qual das ocasiões festivas tem mais significado para si?
- Como costumava comemorar os feriados e/ou dias Santos?
- Como eram as refeições nos dias festivos?
- Roupas dos dias festivos.
- Momento feliz que recorda associado à comemoração dos feriados e/ou dias Santos.
- Vivências familiares nos dias festivos.
- Presentes que tenha recebido numa data festiva e que recorde com alegria.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte que será a de encerramento do programa.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 14. Sessão final do programa principal

---

### a) Sessão Expressão Artística e Trabalhos Manuais

#### Material necessário

- Materiais de desenho ou pintura como folhas, lápis, canetas, tintas, etc. (opcional);
- Materiais como barro ou plasticina (opcional);
- Materiais reutilizáveis como garrafas, cartão e lã para realização de trabalhos manuais (opcional);
- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Fotografias antigas de formas de expressão artística ou trabalhos manuais (incluídas na *flashdrive*).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as fotografias antigas existentes na *flashdrive* e colocar à vista todos os utensílios e materiais conseguidos para a sessão.

#### Questões para pensar...

- Formas de expressão artística favoritas.
- Trabalhos manuais que recorda com mais carinho.
- Formas de expressão artística típicas da zona onde nasceu.
- Ainda realiza algum tipo trabalho manual que queira partilhar com o grupo?
- Alguém na sua família gostava de desenhar, pintar, modelar, entre outros?
- Aprendeu alguma forma de expressão artística? Foi através de família, amigos, escola ou outros?

#### Proposta de atividade complementar

Incentivar à realização de trabalhos manuais com os materiais existentes para exposição na instituição. Esta exposição poderá ter uma temática comum a todos os elementos do grupo, mas deverá sempre apelar ao reviver de memórias antigas.

### **Ao encerrar a sessão...**

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com ambições e sonhos.
- Relembrar que a frequência das sessões futuras passará a ser de uma vez por semana. Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## **b) Sessão de Encerramento**

### **Material necessário**

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Músicas antigas referidas pelos participantes na sessão 7 (opcional);
- Refrescos e chá (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá promovido um momento para que os participantes partilhem com o grupo as suas experiências com o programa. Na restante duração da sessão deverá ser mantido um ambiente de convívio, com disponibilização de refrescos e música de fundo.

### **Ao encerrar a sessão...**

- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## Sessões do Programa de Manutenção

---

# 1. Ambições e sonhos

---

## Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (opcional);
- Papel, caneta (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão

## Questões para discutir...

- O que de mais importante fez na vida.
- Maior conquista da qual sente muito orgulho.
- Momento que vivenciou com maior alegria.
- Maior alegria que alguém lhe deu.
- Situação mais significativa com a qual teve de lidar.
- Momento da vida que guarda com mais carinho.

## Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter feedback sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com dias passados na praia.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 2. Dias na praia

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor;
- Imagens antigas de atividades na praia e imagens onde estejam visíveis conchas, búzios, etc. (incluídas na *flashdrive*);
- Sons do mar e gaivotas (incluídos na *flashdrive*);
- Ambientador com cheiro a mar (opcional);
- Conchas, búzios, areia de praia ou outros elementos figurativos (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas e colocar o som ambiente existentes na *flashdrive*. Todo o material existente e recolhido deverá ser colocado à disposição dos participantes.

### Questões para discutir...

- Praias que costumava frequentar.
- A praia mais bonita que conhece.
- O melhor dia passado na praia.
- Com quem gostava de ir à praia.
- O que mais gostava de fazer quando estava na praia.
- Episódio particularmente feliz passado na praia.

**Nota:** no caso de existirem participantes nunca tenham ido à praia, a discussão será feita em torno da ida ao rio, lago, jardim, entre outros.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com moda de outros tempos.

- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

### 3. A Moda ao longo dos tempos

---

#### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor;
- Imagens antigas de moda ao longo dos tempos (incluídas na *flashdrive*);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas e existentes na *flashdrive*. Todo o material existente e recolhido deverá ser colocado à disposição dos participantes.

#### Questões para discutir...

- O que mais gostava de vestir quando era jovem?
- Quem fazia a sua roupa?
- Costumava fazer algumas peças de roupa ou adereços?
- O que mais gostou na evolução da moda?
- Recorda algum momento feliz da sua vida em que usava uma roupa que lhe era muito querida?

#### Proposta de atividade complementar...

Propor aos participantes que organizem um desfile com roupas antigas, ou uma exposição de fatos e trajes tradicionais.

#### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com as vivências do 25 de abril de 1974.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 4. Celebrações culturais: dia da liberdade

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor;
- Imagens e músicas associadas à “Revolução dos Cravos” (incluídas na *flash-drive*);
- Cravos (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas existentes na *flashdrive*. Todo o material existente e recolhido deverá ser colocado à disposição dos participantes. Ouvir algumas músicas da revolução (existes na *flashdrive* ou disponibilizadas pelos participantes), podendo ser incentivada a participação de todos com palmas e canto ao som da música, se adequado.

### Questões para discutir...

- Onde estava no dia 25 de abril de 1974? Guarda alguma memória feliz da comemoração desse dia?
- Quais é que considera que foram as principais conquistas de Abril?
- Sentiu que a conquista da liberdade se revelou como um momento importante para si?
- Recorda alguma música associada ao 25 de abril e que tenha sido marcante para si?
- Recorda algum cantor em particular associado ao 25 de abril?
- Incentivar a cantar e bater palmas.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com lojas e produtos de outros tempos.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 5. Lojas e produtos de outros tempos

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor;
- Imagens de lojas, mercearias, frutarias, drogarias e vídeos de anúncios e produtos de outros tempos (incluídas na *flashdrive*);
- Produtos tradicionais ou instrumentos antigos (ex: balanças e pesos) utilizados em lojas (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Neste momento, um dos dinamizadores deverá projetar as imagens antigas e existentes na *flashdrive*. Todo o material existente e recolhido deverá ser colocado à disposição dos participantes.

### Questões para discutir...

- Onde costumava fazer as compras dos diversos produtos que eram usados no dia-a-dia?
- Como eram as lojas e as mercearias? E as relações entre o comerciante e os clientes?
- Com quem costumava ir às compras?
- Que produtos se lembra de ter adquirido e que recorda com carinho?
- Episódio divertido associado a um dia de compras.

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte.
- Sugerir que, se possível, reúnam materiais para a sessão seguinte relacionados com a celebração de aniversários.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 6. Celebração de aniversários

---

### Material necessário

- Computador com colunas de som e projetor (opcional);
- Imagens ou outros materiais disponibilizados pelos participantes (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá ser lembrado o tema da sessão. Todo o material existente e recolhido deverá ser colocado à disposição dos participantes.

### Questões para discutir...

- Como costumava celebrar os seus aniversários?
- Qual o aniversário que mais o marcou de forma especial? Como foi?
- Qual foi o momento mais importante e feliz da sua vida?
- Que aquisições importantes fez com o avançar da idade?
- O que é que a vida lhe trouxe de mais positivo?
- Como gostaria de ser recordado pelas pessoas que lhe são queridas?

### Ao encerrar a sessão...

- Resumir e obter *feedback* sobre a atividade realizada.
- Lembrar a data, hora e tema da sessão seguinte que será a de encerramento do programa.
- Proporcionar um momento de relaxamento com técnica de respiração abdominal.
- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.

## 7. Sessão de encerramento

---

### **Material necessário**

- Computador com colunas de som e projetor (ou ligação a televisão);
- Músicas antigas referidas pelos participantes na sessão 7 do Programa Principal (opcional);
- Refrescos e chá (opcional).

A sessão inicia-se com a apresentação dos dinamizadores e momento de boas-vindas individual, utilizando o nome dos participantes. Deverá promovido um momento para que os participantes partilhem com o grupo as suas experiências com o programa. Na restante duração da sessão deverá ser mantido um ambiente de convívio, com disponibilização de refrescos e música de fundo.

### **Ao encerrar a sessão...**

- Despedir-se individualmente de cada participante e agradecer pela sua participação.



## Bibliografia

---

- 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, 183-187. doi: 10.1016/j.pscychresns.2010.11.012.
- Alzheimer's Association. (2012). Alzheimer's Association report 2012: Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 131-168. doi:10.1016/j.jalz.2012.02.001.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). (American Psychiatric Association, Ed.). Arlington.
- 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), 1.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300.
- Butler, R. N. (2002). Age, death, and life review. *Living with grief: Loss in later life*, 3-11.
- Cappeliez P, O'Rourke N (2006) Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 61, 4, 237-244.
- Cerejeira & Lagarto (2014). Alterações psicopatológicas nas perturbações mentais, orgânicas ou induzidas por estados físicos gerais - o diagnóstico diferencial. In Correia D.T. (Coord.) *Manual de Psicopatologia* (pp. 175-211). 2ª Edição Lisboa, Portugal: Lidel.
- 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.
- Chung, J. (2009). An intergenerational reminiscence programme for older adults with early dementia and youth volunteers: values and challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 259-264.

- 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.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205.
- Dempsey, L., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., O'Shea, E., Devane, D., ... & Hunter, A. (2012). Reminiscence in dementia: a concept analysis. *Dementia*, 1471301212456277.
- Direção Geral da Saúde (2015) - Portugal Saúde Mental em Números - 2015. *Programa Nacional para a Saúde Mental*. 75-86. Recuperado de [http://www.apah.pt/media/publicacoes\\_tecnicas\\_sector\\_saude\\_2/Saude\\_Mental.pdf](http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.pdf).
- Gibson, F. (2004). The past in the present: Using reminiscence in health and social care. *Baltimore, MD: Health Professions Press*.
- Goldwasser, A. N., Auerbach, S. M., & Harkins, S. W. (1987). Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, 25(3), 209-222.
- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27(10), 1731-1737.
- Haight, B., Bachman, D., Hendrix, S., Wagner, M., Meeks, A., & Johnson, J. (2003). Life Review: Treating the Dyadic Family Unit with Dementia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 165-174. doi: 10.1002/cpp.367.
- Haight, B., Gibson, F., & Michel, Y. (2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 256-58. doi: 10.1016/j.jalz.2005.12.003.
- Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., Bevins, A., Ravenscroft, S., & Tonks, J. (2010). The social treatment: the benefits of group interventions in residential care settings. *Psychology and aging*, 25(1), 157.
- 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.
- Hsu, Y. C., & Wang, J. J. (2009). Physical, affective, and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan. *Nursing Research*, 58(4), 294-299.
- Huang, H. C., Chen, Y. T., Chen, P. Y., Hu, S. H. L., 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.

- Huang, S., Li C., Yang, C., & Chen, J. (2009). Application of reminiscence treatment on older people with dementia: a case study in Pingtung, Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 17, 112-119. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181a53f1b.
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Recuperado de <https://www.ine.pt>.
- Ito, T., Meguro, K., Akanuma, K., Ishii, H., & Mori, E. (2007). A randomized controlled trial of the group reminiscence approach in patients with vascular dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24(1), 48-54.
- 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.
- Levine, L.J., Lench, H.C., & Safer, M.A. (2009). Functions of Remembering and Misremembering Emotion. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 23(8), 1059-1075.
- Lin, Y. C., Dai, Y. T., & Hwang, S. L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297-306.
- Mendonça, A.; Verdelho, A. (2013). Declínio cognitivo e demência . In Ferreira, F. & Pimentel, J.(Coord.) *Neurologia fundamental: Princípios, diagnóstico e tratamento* (pp.207-221). Lisboa, Portugal: Lidel.
- 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.
- Nawate, Y., Kaneko, F., Hanaoka, H., & Okamura, H. (2008). Efficacy of Group Reminiscence Therapy for Elderly Dementia Patients Residing at Home: A Preliminary Report. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 26, 57-68. doi: 10.1300/J148v26n03\_04.
- O'Rourke, J., Tobin, F., O'Callaghan, S., Sowman, R., & Collins, D. R. (2011). "YouTube": a useful tool for reminiscence therapy in dementia? *Age and Ageing*, 40, 742-744. doi:10.1093/ageing/afr100.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016) - *Saúde Procuram-se novos caminhos. Relatório primavera de 2016*. Recuperado de <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio-de-Primavera-2016-OPSS-14-06-2016.pdf>.
- Okumura, Y., Tanimukai, S., & Asada, T. (2008). Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Psychogeriatrics*, 8, 124-133. doi:10.1111/j.1479-8301.2008.00236.x.
- 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.

- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 16*(5), 541-558.
- Pordata Bases de dados Portugal Contemporâneo (2015). *Indicadores de envelhecimento em Portugal* [em linha] PORDATA (Web site). Recuperado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia, 9*(1), 63-75.
- Pringle, A., & Somerville, S. (2013). Computer-assisted reminiscence therapy: developing practice. *Mental Health Practice* (through 2013), *17*(4), 34.
- Serrani Azcurra, D. J. L. (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.
- Serrano, J.P. (2002). *Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos*. Ph.D.Thesys, Universidad de Castilla La Mancha, Albacete, Espanha.
- Siverová, J., & Bužgová, R. (2014). Influence Reminiscence Therapy on Quality of Life Patiens in the Long-Term Hospital. *Ošetř. Porod. Asist.*,*5*(1):21-28
- Stinson, C. K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing, 40*(11), 521-528.
- Su, T. W., Wu, L. L., & Lin, C. P. (2012). The prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy—a longitudinal, single- blind, randomized control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 27*(2), 187-196.
- 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.
- Tadaka, E., & kanagawa, K (2004). A randomized controlled trial of a group care program for community-dwelling elderly people with dementia. *Japan Journal of Nursing Science, 1*(1), 19-25.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics & Gerontology International, 7*(2), 167-173.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy, 29*(2), 93-97.
- 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.

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.

Waters, T. E., Bauer, P. J., & Fivush, R. (2014). Autobiographical memory functions served by multiple event types. *Applied Cognitive Psychology*, 28(2), 185-195.

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.

Woods, R., Bruce, E., Edwards, R., Elvish, R., Hoare, Z., & Hounscome, B., ...& Russell, I. (2012). REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technology Assessment*, 16(48), pp.1-142. doi: 10.3310/hta16480

Yasuda, K., Kuwabara, K., Kuwahara, N., Abe, S., & Tetsutani, N. (2009). Effectiveness of personalized reminiscence photo videos for individuals with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 19, 603-619.10.1002/acp.1610.

[ Manual de Dinamizador ]

# PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

---

Isabel Gil  
Paulo Costa  
Elzbieta Bobrowicz-Campos  
João Apóstolo

**ANEXOS**



# **ANEXO I**





**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
NURSING  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM

DATA: 23 / 03 / 2017

**De:** Isabel Maria de Assunção Gil

**Para:** Exmo. Sr. Enfermeiro António Mendes Coelho

**Assunto: Validação de um Programa de Terapia de Reminiscência.**

Eu, Isabel Maria de Assunção Gil, venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnfC, estabelecido para o ano letivo 2016/2017 na sua instituição, de um estudo de validação de um Programa de Terapia de Reminiscência.

O presente estudo encontra-se no âmbito do projeto ECOG - Estimulação Cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado. O mesmo insere-se nas atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E). O presente estudo será mais-valia no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, permitindo desenvolver as competências necessárias para o estudo da construção e desenvolvimento de intervenções complexas. Neste sentido, foi obtido parecer favorável dos professores orientadores do ensino clínico, que irão supervisionar a sua implementação.

Serão acautelados todos os princípios éticos. Não estão previstos quaisquer prejuízos ou custos para os idosos e instituição. Quanto aos benefícios, estes prendem-se com a possibilidade de contribuir para a validação de um programa de Terapia de Reminiscência estruturado para idosos institucionalizados com declínio cognitivo, o qual não existe em contexto nacional. O projeto aguarda a apreciação da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnfC.

Sem outro assunto, apresento os melhores cumprimentos e a expressão da mais elevada estima e consideração.

Pede Deferimento

Coimbra, 23 de março de 2017

Isabel Maria de Assunção Gil

**INFORMAÇÃO**

Autorizo,  
o Directora  
Técnica

23/03/2017



# **ANEXO II**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Parecer N° P406-03/2017**

**Título do Projeto:** Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos

### Identificação dos Proponentes

**Nome(s):** João Luís Alves Apóstolo

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

**Investigador Responsável/Orientador:** - João Luís Alves Apóstolo

**Relator:** José Carlos Amado Martins

### Parecer

O investigador pretende desenvolver estudo multicêntrico, randomizado, controlado, tendo como objetivos "avaliar o efeito do programa de estimulação cognitiva em idosos com fragilidade e comparar a sua eficácia com o programa de reminiscência" e "validar a versão abreviada da escala de qualidade de vida WHOQLQ.OLD". No estudo serão incluídas pessoas com 65 anos ou mais, recrutadas em centros de dia, lares e estruturas residenciais de idosos. São claramente definidos os critérios de inclusão e exclusão. São também definidos os critérios para alocação dos participantes, cumprindo-se os princípios de justiça. As pessoas que não cumprirem os critérios de inclusão serão incluídas em grupos de "tertúlias temáticas" evitando-se assim constrangimentos individuais e institucionais.

O estudo decorrerá entre abril e julho de 2017, nos seguintes locais: Junta de freguesia de Stº António dos Olivais (apresentada autorização); Centro Sociocultural Polivalente de S. Martinho; - Centro Social e Paroquial de Carapinheira do Campo; Obra Social de Torre de Vilela; Centro Social Paroquial de Pedrulha; Associação Nacional de Apoio ao Idoso; Santa Casa de Misericórdia de Cantanhede (apresentada autorização); Centro de Apoio Social de Pais e Amigos da Escola; Doce Viver - Residencial Sénior (para estudo de validação).

São definidos e apresentados os instrumentos de recolha de dados. São definidos os programas das diferentes intervenções. A confidencialidade dos dados está garantida. É definida estratégia para garantir o emparelhamento das respostas sem necessidade de colher dados que permitam a identificação dos participantes.

Serão utilizados instrumentos para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento. Não se identificam riscos nem custos para os participantes. Há potencial de benefício para todos os grupos.

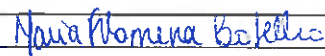
Face ao exposto, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à concretização do estudo. O presente parecer não dispensa a autorização de todas as instituições onde o mesmo acontecer.

O relator:



Data: 19/04/2017

A Presidente da Comissão de Ética:



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FCT/FCTUC



Escola Superior de  
Enfermagem  
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENFC)

Parecer Nº P433-06/2017

**Título do Projecto:** Terapia de reminiscência em grupo para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional

### Identificação do Proponente

Nome(s): Isabel Maria de Assunção Gil

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Isabel Maria de Assunção Gil

**Relator:** Maria Filomena Botelho

### Parecer

O projecto tem como objectivo avaliar a eficácia de um programa de Terapia de Reminiscência na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional.

Segundo os autores trata-se de um estudo multicêntrico, randomizado controlado em que a alocação dos participantes será feita sem o seu conhecimento. Após o processo de randomização, os participantes serão distribuídos aleatoriamente pelo grupo experimental (onde se aplicará o programa de reminiscência composto por programa principal e vertente de manutenção) ou pelo grupo de cuidados institucionais habituais. A avaliação dos participantes será efetuada individualmente e decorrerá em quatro momentos distintos, de acordo com o desenho do projecto.

O estudo decorrerá nas seguintes instituições: Cáritas Diocesana de Coimbra (Lar de S. José); Doce Viver (Alojamento Sénior de Qualidade); Fundação Beatriz Santos (Domus Aeminium e Domus Vitar); Quinta Verde (Repouso e Lazer Lda.); Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira; e Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho.

Os critérios de inclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo o presente parecer não dispensa a autorização formal das entidades onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 19/7/2017

O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



escola superior da  
enfermagem  
de coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



# **ANEXO III**



## **PROJETO DE INVESTIGAÇÃO**

### **1. Identificação do projeto principal**

Este projeto está ancorado no projeto estruturante Envelhecimento Saúde e Cidadania da UICISA:E

### **2. Título dos projetos associados**

1. *Estimulação Cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado*
2. *Frailty Management Optimisation through EIP AHA Commitments and Utilisation of Stakeholders Input*

### **3. Equipa de investigação**

Investigador Responsável

- João Luís Alves Apóstolo, professor coordenador da ESEnfC

Equipa

- Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, professora coordenadora da ESEnfC
- Maria Paula Assis de Almeida Cordeiro, professora coordenadora da ESEnfC
- Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, professor adjunto da ESEnfC
- Susana Filomena Cardoso Duarte, professora adjunta da ESEnfC
- Isabel Maria da Assunção Gil, professora adjunta da ESEnfC
- Sérgio Abrunheiro, Enfermeiro CHUC
- Elżbieta Małgorzata Bobrowicz-Campos, bolsreira da UICISA:E
- Paulo Jorge dos Santos Costa, bolsreiro da UICISA:E
- Daniela Cardoso, bolsreira da UICISA:E
- Cátia Grenha, estudante do curso de licenciatura em enfermagem da ESEnfC
- Filipa Couto, estudante do curso de licenciatura em enfermagem da ESEnfC
- Mariana Santos, estudante do curso de licenciatura em enfermagem da ESEnfC

### **4. Resumo**

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas. Esse declínio tem, necessariamente, um impacto negativo na autonomia e bem-estar dos idosos, levando frequentemente a incapacidade funcional e aumento de prevalência de sintomatologia neuropsiquiátrica. Um dos fatores de risco que aumentam a probabilidade de

declínio progressivo em várias áreas de funcionamento, incluindo os domínios físico e cognitivo, é a fragilidade (Feng et al., 2016). A fragilidade é um estado de vulnerabilidade de natureza multifatorial, associado ao envelhecimento, que resulta da redução de reservas fisiológicas e cognitivas, e da diminuição da capacidade de resposta aos fatores de stress (Rodriguez-Manas et al., 2013). Ao nível físico, a fragilidade manifesta-se através de fraqueza global com baixa resistência muscular, lentidão global, perda involuntária de peso, fadiga ou cansaço, e/ou baixa atividade física (Fried et al., 2001). Quanto às alterações ao nível cognitivo, estas ocorrem, sobretudo, nos domínios de função executiva, atenção e velocidade de processamento, mas não nos domínios de memória semântica ou episódica (Langlois et al., 2012; Robertson, Savva, & Kenny, 2013). A fragilidade é uma condição reversível, sendo que na maioria dos casos existe a necessidade de aplicação de um tratamento especial (por ex., um programa de treino cognitivo ou de exercício físico, ou uma intervenção de suplementação nutricional) que facilita o regresso ao estado de saúde. Em casos mais avançados, a aplicação de um programa de intervenção pode resultar no adiamento do processo de deterioração. Por outro lado, a falta de tratamento da fragilidade pode resultar no desenvolvimento ou intensificação de síndromas geriátricos e processos neurodegenerativos. Nesta perspetiva, a fragilidade é uma condição clínica que emerge como uma das prioridades no sistema de saúde pública, requerendo a ativação de vários recursos de comunidade e exigindo a atenção dos profissionais de saúde.

A resposta atempada aos primeiros sinais de fragilidade pode contribuir também para a manutenção da saúde cognitiva. A saúde cognitiva tem um impacto substancial para a qualidade de vida e bem-estar do idoso, pois previne a instalação do quadro demencial ou, então, atrasa a sua evolução. A sua manutenção pode ser efetuada através de treino cognitivo, participação em atividades intelectuais e estimulação cognitiva. Destas três opções, a estimulação cognitiva parece ser mais promissora para prevenir/atrasar o declínio cognitivo, pois por ser efetuada em grupos pequenos e por envolver atividades de partilha num contexto social, reduz a sensação de isolamento e/ou solidão, tão frequentemente experienciadas por pessoas idosas. As experiências de isolamento e solidão podem contribuir para desencadeamento da sintomatologia depressiva, e, tal como evidenciam alguns estudos, os doentes com depressão têm maior risco de desenvolver défices cognitivos. Neste contexto, os efeitos positivos da estimulação cognitiva parecer ser mais vastos do que os efeitos de treino cognitivo e participação em atividades intelectuais. Curiosamente, a participação num programa de estimulação cognitiva conduz também à melhoria do estado depressivo. Uma outra vantagem de aplicação deste tipo de programas prende-se com a sua suscetibilidade de ter uma boa relação custo-benefício.

A reminiscência é uma outra intervenção não farmacológica com efeitos terapêuticos em pessoas com défices cognitivos. Esta intervenção baseia-se no relato de vivências passadas, permitindo estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos com diversos desígnios, com incidência particular na resolução de conflitos do passado. A reminiscência

configura-se numa atividade agradável e estimulante que contribui para redução do isolamento social, revelando-se como uma estratégia para promover as relações interpessoais (Cooney et al., 2014; Gibson, 2004). Tem sido relatada como uma intervenção associada ao prazer, segurança e sentido de pertença (Cappeliez & O' Rourke, 2006). É também uma opção terapêutica de baixo custo (Siveró & Burgová, 2014).

Por todas as razões acima enumeradas, as intervenções que se focam na estimulação de determinadas funções cognitivas (tais como a estimulação cognitiva e a reminiscência) deverão ser iniciadas o mais precocemente possível, abrangendo, necessariamente, as pessoas com fragilidade. O projeto aqui apresentado pretende responder a esta necessidade emergente através de implementação de um programa de estimulação cognitiva dedicado aos adultos idosos da comunidade, e a comparação da sua eficácia com um programa de reminiscência. A população alvo serão as pessoas com a idade superior a 65 anos que apresentam sintomas de fragilidade física. O programa de estimulação cognitiva será composto por um conjunto de exercícios que estimulam a atenção, linguagem, gnóscias, memória, praxias e funções executivas. O programa de reminiscência constará na estimulação das memórias autobiográficas. Ambos os programas serão aplicados em centros de dia da região Centro de Portugal.

## **5. Objetivos**

- Avaliar o efeito do programa de estimulação cognitiva em idosos com fragilidade e comparar a sua eficácia com o programa de reminiscência.
- Validar a versão abreviada da escala da qualidade de vida WHOQOL-OLD.

## **6. Estado de Arte**

Nos últimos anos, a comunidade científica reconheceu que o sistema de saúde público está enfrentar um desafio novo, relacionado com a necessidade de redefinição das linhas de atuação no sentido de acompanhar de uma forma mais sustentada as pessoas idosas e de prevenir o surgimento precoce de dependência e incapacidade funcional (Cesari et al., 2016). Neste contexto, a condição da fragilidade foi identificada como uma das prioridades emergentes que necessita de um acompanhamento de proximidade por parte dos diferentes profissionais de saúde, integrados em equipas multidisciplinares. Define-se por fragilidade um estado de vulnerabilidade de natureza multifatorial associado ao envelhecimento (Fried et al., 2001), que resulta da diminuição de reservas em vários sistemas fisiológicos (Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013; Lang, Michel, & Zekry, 2009) e que se caracteriza pela capacidade reduzida de responder adequadamente aos fatores de *stress* internos e/ou externos (Rodriguez-Manas et al., 2013). A fragilidade provoca declínio progressivo em vários domínios do funcionamento individual, aumentando o risco de desenvolvimento de síndromes geriátricas, predispondo os

idosos para a ocorrência de situações adversas, tais como quedas e fraturas, perda da autonomia, hospitalização, institucionalização e morte (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, & Anderson, 2004; Lipsitz, 2008; Topinkova, 2008). De acordo com Collard e colaboradores (Collard, Boter, Schoevers, & Oude Voshaar, 2012), a prevalência da fragilidade entre os idosos da comunidade com 65 ou mais anos de idade é bastante elevada, variando entre 4 a 17%. Estes valores tendem a aumentar quando a população em estudo inclui pessoas com mais idade, pessoas de sexo feminino, pessoas provenientes de meios socioeconômicos desfavoráveis e/ou pessoas com doenças crônicas ou outras condições concomitantes.

Até ao momento, foram propostas várias definições operacionais da fragilidade, sendo as mais utilizadas pela comunidade científica a definição baseada em marcadores fenotípicos de Fried et al (2001) e a definição de acumulação de défices de Rockwood, Hogan, e Macknighth (2000). Mais especificamente, Fried et al. (2001) indicam que a fragilidade pode ser diagnosticada na presença de três ou mais dos seguintes sintomas: fraqueza global com baixa resistência muscular (sobretudo preensão), lentidão global (maioritariamente alterações na velocidade de marcha), perda involuntária de peso, fadiga ou cansaço e baixa atividade física. Quando a pessoa idosa apresenta apenas um ou dois dos sintomas supracitados, o seu estado é denominado como pré-fragilidade. Rockwood et al. (2000) propuseram uma definição mais abrangente, não limitada apenas ao domínio físico, e descreveram a fragilidade como um estado de vulnerabilidade que resulta de acumulação dos défices nos domínios físico, cognitivo, comportamental, de saúde mental e funcional. Nesta definição o termo "pré-frágil" não é utilizado. Em vez disso, é proposta uma avaliação que discrimina entre graus ligeiro, moderado e grave de fragilidade.

A inclusão da dimensão da cognição na definição de fragilidade deu origem à investigação sobre fragilidade cognitiva. No âmbito desta investigação, Langlois et al. (2012) demonstraram que os idosos frágeis, quando comparados com idosos saudáveis, apresentam défices ao nível de funções executivas e velocidade de processamento. Contudo, no que diz respeito ao desempenho nas tarefas de memória de trabalho, memória episódica ou raciocínio verbal abstrato, este permanece intacto. De acordo com outros autores (Robertson et al., 2013), os domínios cognitivos que de forma consistente apresentam-se como deficitários em pessoas com a fragilidade são os de funções executivas e atenção. Curiosamente, os resultados obtidos por Langlois et al. (2012) sugerem que os indicadores do funcionamento cognitivo global (por ex., a pontuação total no *Mini Mental State Examination*) podem não ser suficientemente sensíveis para demonstrar as alterações que ocorrem no desempenho dos idosos frágeis. Nesta linha de pensamento, pode ser necessária neste grupo de pessoas a utilização de ferramentas de avaliação que permitem detetar a diminuição das capacidades cognitivas mesmo nas fases precoces do processo de declínio.

Em simultâneo ao desenvolvimento da investigação sobre funcionamento cognitivo das pessoas com fragilidade, a comunidade científica procurou operacionalizar o termo de fragilidade

cognitiva, no sentido de possibilitar a sua identificação no contexto clínico e de facilitar o delineamento das intervenções adequadas para prevenir ou, então, retardar o seu agravamento. Em 2013, um painel de consenso internacional, composto por membros de *The International Academy on Nutrition and Aging* e *The International Association of Gerontology and Geriatrics*, sugeriu considerar a fragilidade cognitiva como a manifestação clínica do processo de redução de reservas cognitivas que é causado por fatores heterógenos, diferentes dos associados ao envelhecimento fisiológico do sistema neuronal central (Kelaiditi et al., 2013). De acordo com estes autores, o processo de redução de reservas cognitivas pode ser observado através de presença simultânea dos indicadores de fragilidade física e declínio cognitivo. Contudo, os indicadores referidos não devem surgir como consequência da perturbação neuro-cognitiva major, nem como sintomas de perturbações neuro-degenerativas pré-existentes (Kelaiditi et al., 2013). A fragilidade cognitiva é potencialmente reversível (Buchman & Bennet, 2013; Qingwei et al. 2015), sendo que na ausência de um tratamento atempado e apropriado, a mesma confere maior risco de incidência de perturbações neuro-cognitivas ligeiras ou major (Feng et al., 2016). Adicionalmente, segundo Feng et al. (2016), os idosos frágeis e pré-frágeis que apresentam défices cognitivos, quando comparados com idosos cognitivamente intactos, são mais propensos a diminuir a sua capacidade funcional e autonomia, e, por consequência, o seu bem-estar e a qualidade de vida. Neste grupo de idosos observa-se também uma elevada taxa de mortalidade.

Como mencionado anteriormente, o impacto negativo da condição de fragilidade cognitiva pode ser reduzido através de um tratamento atempado, que se foca num domínio específico do funcionamento individual ou que, então, abrange um conjunto de necessidades emergentes. Este tratamento envolve frequentemente a gestão terapêutica não-farmacológica, uma vez que, até ao momento presente, os fármacos existentes, apesar de melhorar temporariamente a sintomatologia associada ao declínio cognitivo, não se mostraram capazes de alterar o percurso evolutivo do mesmo (Alzheimer's Association, 2012). Perante os limites constatados, foram propostas intervenções não-farmacológicas capazes de atrasar a evolução dos processos neuro-degenerativos (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012). Estas intervenções são, habitualmente, simples de aplicar nas instituições ou na residência dos indivíduos, podendo ser desenvolvidas por cuidadores formais ou informais do idoso. Todavia, um dos requisitos comuns associados a estas intervenções é que as mesmas sejam realizadas em articulação estreita e com a supervisão dos profissionais de saúde. Para que tal se torne uma realidade, é crucial a elaboração de programas estruturados que possam ser replicados nos diversos contextos.

Neste contexto, os programas de estimulação cognitiva e de reminiscência surgem com soluções promissoras para prevenir/atrasar o declínio cognitivo. Ambos os programas são efetuados em grupos pequenos, envolvendo atividades de partilha num contexto social. Este enquadramento permite reduzir a sensação de isolamento e/ou solidão, tão frequentemente experienciados por pessoas idosas (Munk, 2007; Steffens, 2012). Trata-se de um efeito

secundário mas de máxima importância, na medida em que as experiências de isolamento e solidão podem contribuir para o desencadeamento da sintomatologia depressiva (Munk, 2007) e, tal como evidenciam alguns estudos (Gabryelewicz et al., 2007; Modrego & Ferrandez, 2004), a ocorrência de perturbações depressivas em pessoas com declínio cognitivo constitui um dos preditores de progresso para perturbações neuro-cognitivas maior. Curiosamente, a participação em programas de estimulação cognitiva ou reminiscência tende a ser benéfica para a melhoria dos sintomas depressivos (Apóstolo, Cardoso, Paúl, Rodrigues, & Macedo, 2016; Pinquart & Forstmeir, 2012), ainda que as alterações observadas nem sempre mostram ser estatisticamente significativas (Woods, Aguirre, Spector, 2012 & Orrell,). Uma outra vantagem da aplicação deste tipo de programas prende-se com a possibilidade dos mesmos apresentarem uma boa relação custo-benefício (Knapp et al., 2016), embora as evidências encontradas até ao momento necessitam de ser reforçadas em estudos futuros.

A intervenção baseada em estimulação cognitiva oferece uma gama de atividades cognitivas que se inserem nos domínios de atenção, raciocínio e memória, e cuja execução contribui para o aumento da densidade sináptica cerebral, responsável pela dinâmica e plasticidade cerebral (Souza & Chaves, 2005). Por plasticidade cerebral entende-se a capacidade do sistema nervoso para mudar a sua organização estrutural através de proliferação neural, migração e interações sinápticas, e para recuperar uma função por meio de alteração de estratégias de comportamento (Santos, Andrade, & Bueno, 2009). Dadas a suas características, a plasticidade cerebral é considerada como essencial para restabelecimento da saúde cognitiva. Com o intuito de maximizar o potencial de atividades desenvolvidas no âmbito do programa de estimulação cognitiva, os seus autores propuseram um conjunto de princípios que, por um lado, relembram a necessidade de manter a pessoa idosa ativa e envolvida e, por outro, incentivam o uso por esta pessoa de diferentes competências cognitivas e sociais, reforçando o seu sentimento de autoeficácia (Yates, Orgeta, Leung, Spector, & Orrell, 2016). Assim, por exemplo, na dinamização de atividades procura-se usar uma abordagem em que as preferências e opiniões dos participantes são respeitadas, e em que se promove o desenvolvimento de novas ideias, pensamentos e associações. Fortalece-se a ligação com o aqui e o agora. Além disto, oferece-se ainda a possibilidade de passar o tempo de forma agradável e divertida.

Numa revisão sistemática, Woods et al. (2012) sintetizaram as evidências sobre a eficácia do programa de estimulação cognitiva, tendo como base 15 estudos clínicos randomizados com 718 participantes. A análise dos dados provenientes destes estudos revelou que a estimulação cognitiva está associada de forma consistente com a melhora da função cognitiva, e que estes efeitos benéficos podem manter-se entre um a três meses após a aplicação do programa. Realça-se que as melhorias no funcionamento cognitivo foram observadas quer nos idosos com declínio ligeiro, quer nos idosos com declínio moderado, e que a extensão destas melhorias era superior à da demonstrada em relação ao tratamento farmacológico. Além disto, as evidências encontradas sugeriram que o programa de estimulação cognitiva pode ser benéfico para a

qualidade de vida e bem-estar dos participantes idosos. Contudo, são poucos os estudos em que este efeito foi observado, existindo a necessidade de corroboração do mesmo. A eficácia do programa de estimulação cognitiva para a melhoria da função cognitiva foi observada também em estudos desenvolvidos em Portugal, que incluíram idosos em centros de dia ou institucionalizados (Apóstolo, Cardoso, Rosa, & Paúl, 2014a; Apóstolo, Rosa, Castro, Cardoso, 2013).

Quanto à terapia de reminiscência, esta fundamenta-se no pressuposto de que se pode melhorar a saúde mental através da estimulação das memórias autobiográficas positivas e pelo desencorajamento das memórias autobiográficas negativas, na medida em que, a recuperação das vivências pessoais de carácter positivo está associada aos sentimentos de alegria e orgulho, e a recuperação das vivências pessoais negativas pode motivar as sensações de stress (Levine, Lench & Safer, 2009). As memórias autobiográficas são referidas como construções mentais de carácter dinâmico e transitório que são geradas a partir do conhecimento de base que a pessoa tem acerca de si própria, sendo o acesso às mesmas modulado pela metas pessoais predominantes no momento (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, Singer, & Tagini, 2004). A partilha de memórias autobiográficas assume uma função social ao criar relações sociais mediante a partilha de histórias e experiências entre indivíduos, e atinge uma função diretiva quando, através da reflexão, ajuda a resolver problemas ou a direccionar comportamentos futuros (Bluck, 2003; Waters, Bauer, & Fivush, 2014).

A terapia de reminiscência é particularmente benéfica para os idosos com perturbações neuro-cognitivas, pois providencia um contexto em que a pessoa pode aceder a suas memórias a longo prazo, que nesta condição clínica permanecem, geralmente, intactas (Thorgrimsen, Schitzer & Orrel, 2002). De acordo com Thorgrimsen et al. (2002), este enquadramento permite reduzir a experiência de fracasso que é frequentemente sentida por estas pessoas. As sessões de reminiscência são tipicamente realizadas com recurso a estímulos que desencadeiam as memórias de vivências pessoais remotas. A dinâmica das sessões de reminiscência pode assumir um formato de intervenção interpessoal, em grupo ou de sessões individuais. Na perspectiva de Pinquart e Forstmeir (2012), as sessões individuais podem ser facilmente adaptadas às necessidades dos participantes, tornando a pessoa mais predisposta a falar sobre as suas vivências. Por outro lado, a intervenção em grupo pode assumir um carácter impulsionador da interação social. Partindo de uma base de evidência emergente baseada em estudos primários, revisões da literatura e meta-análises, a reminiscência surge como uma intervenção com potencial terapêutico para ser implementada na promoção da saúde mental das pessoas mais velhas e, em particular, em programas específicos dirigidos a pessoas com demência. A título de exemplo, o estudo de Pinquart e Forstmeir (2012) destaca o efeito da reminiscência nas variáveis psicossociais, especificamente na promoção de melhorias ligeiras a moderadas na sintomatologia depressiva, integridade do ego, bem-estar, propósito na vida, maestria, integração social e preparação para a morte. Por outro lado, Westerhof, Bolmmeijer e

Webster (2010) salientam que a troca de memórias autobiográficas através da reminiscência pode produzir ganhos cognitivos consideráveis e mensuráveis para os idosos com demência, que se refletem na diminuição da desorientação e o aumento da fluência verbal. Perante o exposto, considera-se que a implementação de um programa estruturado de reminiscência pode 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 compromisso cognitivo.

Por todas as razões anteriormente enumeradas, as intervenções que se focam na estimulação de determinadas funções cognitivas (tais como a estimulação cognitiva e a reminiscência) deverão ser iniciadas o mais precocemente possível, abrangendo, necessariamente, as pessoas com fragilidade. O projeto aqui apresentado pretende responder a esta necessidade emergente através de implementação de um programa de estimulação cognitiva dedicado aos adultos idosos da comunidade, e a comparação da sua eficácia com um programa de reminiscência. A população alvo serão as pessoas com a idade superior a 65 anos que apresentam sintomas de fragilidade física. Ambos os programas serão aplicados em centros de dia da região Centro de Portugal.

## **7. Método**

### **7.1. Desenho do estudo.**

- O estudo de eficácia dos programas de intervenção será de carácter multicêntrico, randomizado controlado;
- O estudo de validação da escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD versão abreviada culminará no processo de validação psicométrica dos itens selecionados, com o intuito de identificar os 7 itens que melhor representam as 7 facetas compreendidas na escala referida.

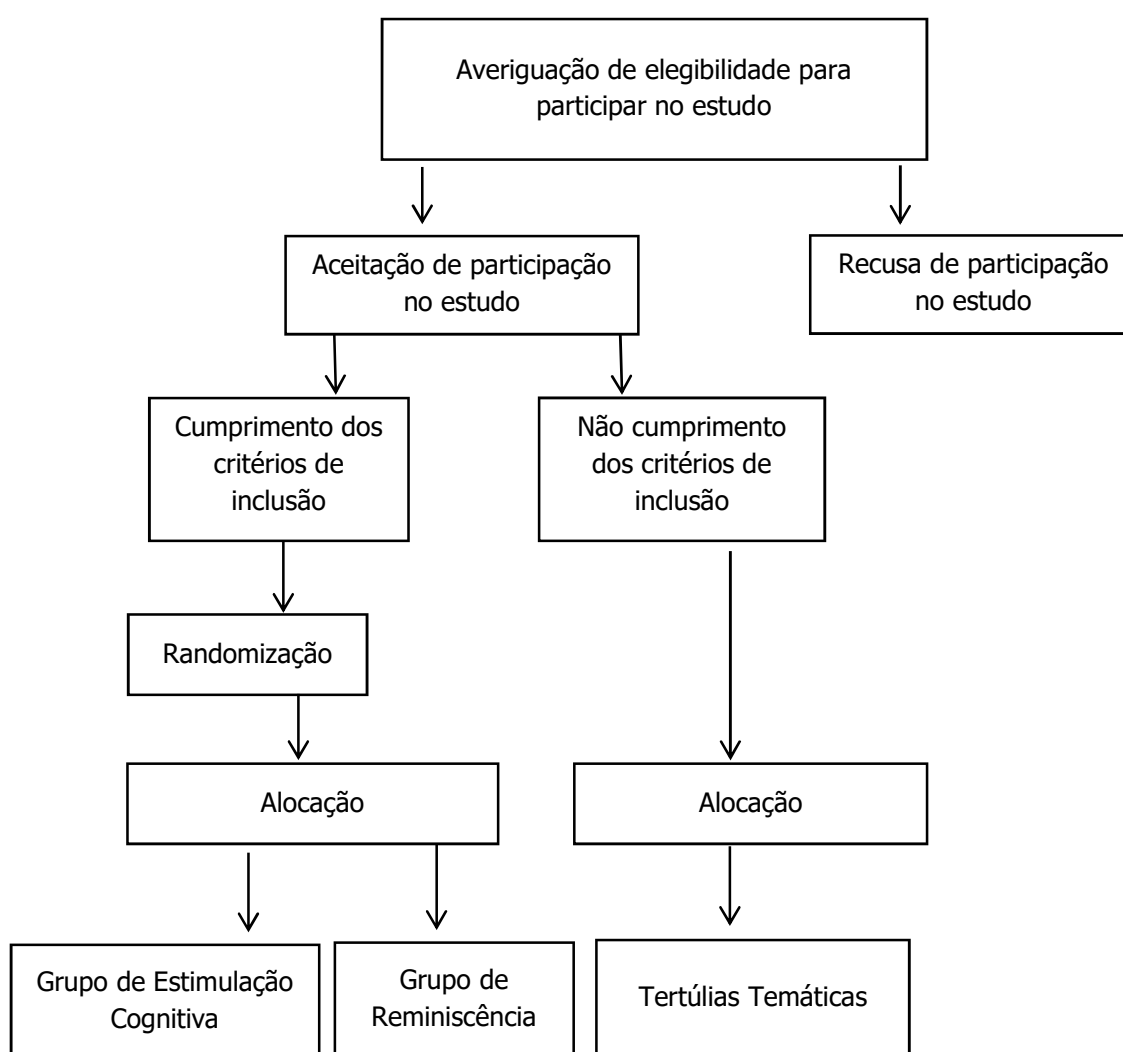
### **7.2. Seleção de participantes e alocação.**

Para o estudo de eficácia dos programas de intervenção, a amostra será constituída por pessoas com idade de 65 anos ou mais, recrutadas em Centros de Dia. Serão consideradas como elegíveis para participar no estudo os idosos que: (i) têm capacidade de consentir, de forma informada, a sua participação no estudo; (ii) têm capacidade de permanecer em grupo no período de tempo de 45 a 60 minutos; (iii) têm capacidade auditiva suficiente para participar em discussões; (iv) têm capacidade visual suficiente para ver as imagens que integram o programa aplicado; (v) apresentam sintomas de fragilidade cognitiva. Para evitar a influência das variáveis interferentes, serão excluídas do estudo as pessoas que no período de intervenção tomam a medicação do tipo inibidores da colinesterase e/ou do tipo antipsicótico. Serão excluídas também as pessoas que apresentam quadro clínico instável. A todas as pessoas que não cumpram critérios de inclusão no presente estudo será oferecida a possibilidade de

participação num grupo de tertúlias temáticas, de modo minimizar eventuais constrangimentos intrainstitucionais.

Após a averiguação dos critérios de inclusão e exclusão, efetuar-se-á a avaliação de base que permitirá recolher os dados sobre o estado funcional dos participantes em domínios físico, cognitivo e emocional.

Em seguida, proceder-se-á aos processos de randomização e alocação aleatória dos participantes incluídos nos grupos de intervenção em que aplicar-se-á o programa de estimulação cognitiva ou programa de reminiscência. A alocação nos grupos será oculta do conhecimento dos participantes. O processo de seleção e de alocação dos participantes está apresentado na figura nº 1.



**Figura 1: Diagrama do processo de seleção e alocação dos participantes**

Quanto ao estudo de validação da escala de qualidade de vida WHOQOL-OLD versão abreviada, a amostra será constituída por pessoas com idade de 65 anos ou mais, recrutadas em centros

de dia, lares e residenciais dos idosos. A inclusão destas pessoas no estudo dependerá da sua capacidade de consentir de forma informada a sua participação no mesmo.

**7.3. Outcomes.** Para efeitos do estudo de eficácia dos programas de intervenção será utilizada a definição da fragilidade cognitiva de Kelaiditi et al. (2013). De acordo com esta definição, a fragilidade cognitiva pode ser diagnosticada na presença simultânea de manifestações de fragilidade física e de deterioração cognitiva, sendo que estas manifestações não podem ser explicadas pela presença de quadro demencial ou problemas neurológicos pré-existentes. Tendo em conta essa definição, decidiu-se que os *outcomes* de interesse incluirão os indicadores do funcionamento individual, focando-se especialmente na fragilidade física, desempenho cognitivo e independência na realização das atividades instrumentais da vida diária. Além destes indicadores do funcionamento individual, foi considerada como o *outcome* de interesse a presença de sintomas depressivos, e isso pela sua influência marcante para o desempenho físico e cognitivo. Decidiu-se também avaliar a qualidade de vida. Na conclusão do programa de intervenção, os participantes e os profissionais envolvidos na aplicação do mesmo serão questionados sobre a sua satisfação com a intervenção. Os profissionais serão questionados ainda sobre recursos utilizados no decorrer do programa.

Em relação ao estudo em que se pretende validar a versão abreviada da escala da qualidade de vida WHOQOL-OLD, o *outcome* de interesse é correlação existente entre os itens e o total da versão abreviada da escala, de modo a conseguir extrair 7 itens da versão final, representativos de cada faceta incluída na versão original.

**7.4. Avaliação.** A avaliação dos participantes no estudo de eficácia dos programas de intervenção será efetuada individualmente e decorrerá em dois momentos. O primeiro momento de avaliação está previsto para o início do estudo, antes dos processos de randomização e alocação. O segundo momento de avaliação decorrerá entre aproximadamente 8 semanas após a randomização. Com base num teste-piloto efetuado com uma pessoa idosa, estima-se que cada avaliação individual tenha uma duração de aproximadamente 60 minutos. Para tornar este processo mais agradável e menos cansativo, os testes e questionários que avaliam diferentes domínios do funcionamento serão intercalados. Aos membros de equipa que avaliarão o impacto de programas de intervenção nos participantes será ocultado a que tipo de intervenção (estimulação cognitiva, reminiscência ou tertúlias temáticas) os participantes foram submetidos.

No estudo de validação da escala WHOQOL-OLD versão abreviada, os instrumentos de colheita de dados serão aplicados num único momento.

**7.5. Instrumentos.**

### **7.5.1. Instrumentos de rastreio utilizados no estudo de eficácia dos programas de intervenção:**

Para a verificação de elegibilidade para participar no estudo serão utilizados os seguintes instrumentos de rastreio:

- Índice de Fragilidade de Tilburg (TFI) de Gobbens, van Assen, Luijckx, Wijnen-Sponselee e Schols (2010), adaptado e validado para Portugal por Coelho, Santos, Paúl, Gobbens e Fernandes (2015);
- Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT) de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015);
- Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody, de Lawton e Brody (1969), validado para Portugal por Elias, País Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins (2008).

O TFI será utilizado com o objetivo de detetar a presença de determinantes sociodemográficas da fragilidade, bem como dos seus componentes físicos, psicológicos e sociais. A escolha deste teste baseia-se nos resultados da revisão *Umbrella* realizada por Apóstolo et al. (*in press*), segundo qual o TFI é um instrumento fidedigno e com a validade comprovada para o rastreio da fragilidade em idosos que recebem os cuidados de saúde primários. O uso de 6CIT permitirá identificar os idosos com défice cognitivo instalado. Trata-se aqui dum instrumento breve e de fácil aplicação que devido a sua elevada sensibilidade é aconselhado como referência a nível dos cuidados primários.

A Escala de atividades instrumentais da vida diária de Lawton e Brody (1969) será usada para determinar o nível de independência na realização das atividades instrumentais. A versão portuguesa desta escala foi apresentada por vários autores, entre quais Azeredo e Matos (2003), Madureira e Vedelho (2007) ou Sequeira (2007). Quanto aos estudos de validação, estes foram realizados por Elias et al. (2008). Segundo Elias et al. (2008), a versão policotómica da escala (isso é, a versão em que as respostas dadas descrevem vários níveis de dependência, variando entre zero a quatro pontos) demonstra ter melhores propriedades psicométricas do que a sua versão dicotómica (isso é, a versão em que respostas dadas são do tipo categórico, variando entre dependente e independente). Assim, no estudo presente privilegiar-se-á o uso de versão policotómica da escala, validada por Elias et al. (2008), sendo excluídas todas as pessoas que apresentam os sinais de dependência grave ou total.

### **7.5.2. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo de eficácia dos programas de intervenção:**

A fragilidade física será avaliada com recurso ao teste Levantar-se de Cadeira e Caminhar (*Timed-Up-and-Go Test*, TUGT), que consiste em levantar-se de cadeira e caminhar a distância

de 6 metros, como descrito em Podsiadlo e Richardson (1991). O TUGT apresenta sensibilidade alta e especificidade moderada para diagnosticar a fragilidade em idosos da comunidade (Apóstolo et al., *in press*). Para obter os dados sobre o funcionamento cognitivo, utilizar-se-á o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) de Nasreddine et al. (2005), adaptado e validado para Portugal por Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana (2010). De acordo com alguns autores (Langlois et al., 2012; Robertson et al., 2013), os idosos frágeis, quando comparados com os idosos saudáveis, tendem a obter piores resultados sobretudo nas tarefas que avaliam atenção, funções executivas e velocidade do processamento. Tendo em conta que o teste MoCA não permite obter os dados sobre a velocidade de processamento, o protocolo do estudo incluirá adicionalmente a forma A do *Trail Making Test*. Este teste foi originalmente desenvolvido como a parte de *Army Individual Test Battery* (1944). A sua validação para a Portugal foi efetuada por Cavaco et al. (2013).

A avaliação de humor focar-se-á na identificação dos sintomas de depressão. Para este fim utilizar-se-á a Escala de Depressão Geriátrica, desenvolvida por Sheikh e Yesavage (1986) e adaptada para Portugal por Apóstolo et al. (2014b).

O *outcome* da qualidade de vida será avaliado com recurso à WHOQOL-OLD versão abreviada. Esta escala foi originalmente desenvolvida pelo WHOQOL-OLD Group (2006), tendo sido adaptada e validada para Portugal por Vilar et al. (2014). No presente estudo utilizar-se-á a versão abreviada, resultante da análise de conteúdo por grupo de peritos (incluindo a primeira autora da versão portuguesa da escala), seguida de comparação dos itens selecionados com indicadores estatísticos internacionais e nacionais. Estes dois processos permitiram a extração de 18 itens, que serão submetidos ao processo de validação psicométrica em contexto semelhante ao do presente estudo. A análise de correlações entre os itens e o total da versão abreviada da escala possibilitará a identificação de 7 itens que melhor representam as 7 facetas compreendidas na escala referida.

Todos os instrumentos supracitados serão utilizados na avaliação de base e na avaliação final. Na avaliação final aplicar-se-á adicionalmente o questionário de satisfação com a intervenção, elaborado pela equipa do presente estudo. Este questionário será administrado aos participantes e aos profissionais envolvidos nos programas de intervenção. Os profissionais preencherão também um questionário relativo à utilização de recursos, construído por autores deste estudo. Este questionário incluirá as perguntas sobre as instalações, equipamento e ferramentas usadas no decorrer do programa.

### **7.5.3. Instrumentos utilizados no estudo de validação da escala WHOQOL-OLD versão abreviada**

Neste estudo serão utilizados dois instrumentos: a versão abreviada da escala WHOQOL-OLD, descrita no ponto anterior, e Mini-Mental State Examination de Folstein, Folstein, & McHugh (1975), adaptado para Portugal por Guerreiro et al. (1994).

## **7.6. Programas de intervenção.**

Os programas de intervenção e tertúlias temáticas serão desenvolvidos ao longo de 14 sessões, cada uma com a duração de 45 a 60 minutos, a decorrer durante 7 semanas, duas vezes por semana. As sessões serão desenvolvidas em grupo com um mínimo de quatro e um máximo de oito participantes. A dinamização das sessões prevê a existência de um líder e co-líder. Estas funções serão desempenhadas por profissionais de saúde, com a formação na área de envelhecimento, das instituições. No entanto, pretende-se envolver os estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem no desenvolvimento das atividades propostas, numa ótica de desenvolvimento de competências e conhecimentos. Este envolvimento será monitorizado pelos assistentes externos convidados, responsáveis por cada campo de ensino clínico onde se desenvolverá o projeto. Além disso, a equipa de investigação supervisionará todo o processo no sentido de apoiar os intervenientes, colmatar as dificuldades sentidas e garantir qualidade das intervenções.

**7.6.1. Programa de estimulação cognitiva.** Esta intervenção baseia-se no programa "Fazer a Diferença" (Aguirre et al., 2012b; Spector, Thorgrimsen, Woods, & Orrell, 2006), destinado às pessoas com declínio cognitivo, e adaptado para Portugal por Apóstolo e Cardoso (2013). Cada sessão do programa iniciará com um momento de apresentação que focará informação pessoal e de orientação, incluindo o nome e a música do grupo, escolhidos pelos participantes. Durante este momento, relembrar-se-ão as atividades desenvolvidas na sessão anterior. Discutir-se-á também os acontecimentos recentes, divulgados através de notícias em jornais, rádio ou televisão, ou falar-se-á sobre os acontecimentos ocorridos na instituição em que decorre o programa (e.g. falar sobre a última refeição). Após a apresentação introduzir-se-á a atividade principal composta por exercícios que permitem estimular atenção (e.g. seleção de informação relevante, comparação de semelhanças e diferenças), linguagem (e.g. compreensão de ordens, leitura, escrita por cópia e sob ditado, nomeação), gnóscias (e.g. reconhecimento visual, auditivo, tátil, olfativo, paladar), memória (e.g. evocação e reconhecimento de conhecimento geral, de objetos, imagens e palavras isoladas ou contextualizadas num texto ou numa tarefa, e de acontecimentos pessoais recentes e remotos, exercícios de memória prospetiva), praxias (e.g. cópia de desenhos, pintura, uso de objetos, mímica, exercícios físicos) e funções executivas (e.g. semelhanças, diferenças, sequências de ação, sequências lógicas, cálculo). Os exercícios propostos terão carácter lúdico, incentivando o interesse dos participantes e a comunicação interpessoal. Depois de finalizada a atividade, segue-se o encerramento da sessão durante qual os participantes recebem o feedback sobre os exercícios realizados e os agradecimentos pela participação. É relembrada também a data e a hora da sessão seguinte e apresentado o tema a desenvolver nesta mesma sessão.

**7.6.2. Programa de reminiscência.** Foi construído um programa de reminiscência para ser utilizado neste projeto. Para a elaboração do programa de reminiscência foram consultados

protocolos existentes, destacando-se o de Stinson (2009) e Gonzalez e colaboradores (Gonzalez, Mayordomo, Torres, Sales, & Meléndez, 2015). Mediante a sua análise, verificou-se que as orientações apontam para a intervenção através da reminiscência estruturada. Tendo por base estas considerações, optou-se por sintetizar os programas que integram uma meta-análise composta por onze estudos randomizados controlados, os quais se focam no impacte da terapia de reminiscência na melhoria das funções cognitivas e redução dos sintomas depressivos em pessoas idosas com demência (Huang et al., 2015). Esta revisão culminou no desenho e estruturação do programa de reminiscência por uma das investigadoras deste projecto.

O programa foca-se no percurso de vida do participante, integrando a escola, a vida profissional, as viagens, épocas festivas e momentos históricos, entre outros. As sessões serão apoiadas por uma plataforma de conteúdos digitais que será criada para disponibilizar os materiais do programa de reminiscência e que inclui fotografias, vídeos, músicas. No decorrer de cada sessão, o dinamizador deverá ser capaz de rentabilizar o tempo disponível, colocando maior ênfase na fase de discussão de cada temática. Considera-se viável que se disponibilizem cerca de 15 minutos para a apresentação, 35 minutos para a discussão temática e 10 minutos para o encerramento da sessão, embora estes períodos podem ser flexibilizados de acordo com as necessidades dos participantes. Em algumas sessões, são apresentadas sugestões de atividades complementares, as quais podem ser organizadas em parceria com as instituições de acolhimento. Todavia, deverá ser dado ênfase às memórias autobiográficas dos participantes, independentemente da natureza da atividade a realizar. Por último, torna-se importante lembrar que as sessões devem motivar os participantes ao longo do programa, assim como se reforçar as ligações de partilha e cumplicidade.

**7.6.3. Tertúlias Temáticas.** Estas atividades serão conduzidas por um profissional de instituição que irá incentivar a análise e a discussão de notícias ou eventos atuais, sendo utilizado para este efeito recortes de jornais, clipes de anúncios televisivos ou outros materiais audiovisuais. A duração e frequência destas atividades serão idênticas a dos programas de intervenção acima descritos.

**7.7. Considerações e procedimentos éticos.** O presente projeto de investigação insere-se no âmbito da Investigação Clínica, apresentando as características de estudo clínico com intervenção e envolvendo seres humanos. Este enquadramento do projeto exige por parte da equipa de investigação o cumprimento dos mais elevados padrões éticos. Para assegurar o cumprimento destes padrões, o projeto compreenderá às recomendações da Declaração de Helsínquia e será submetido à avaliação (i) da comissão de ética da UICISA-E da Escola Superior da Enfermagem de Coimbra e das (ii) entidades responsáveis pelas instituições participantes.

Os potenciais participantes serão informados verbalmente e por escrito sobre os objetivos de estudo, a sua metodologia e procedimentos (com a duração e frequência das sessões a organizar), e sobre os riscos e benefícios associados. Receberão também a garantia de confidencialidade e anonimato, bem como a garantia de que os dados recolhidos destinam-se unicamente a fins de investigação científica. Para este efeito, as folhas de respostas serão codificadas, sendo armazenadas separadamente do consentimento informado, o que permitirá preservar a anonimidade dos informantes. No estudo de eficácia dos programas de intervenção será criado um código não identificável por terceiros, sendo oferecido aos participantes um cartão único e intransmissível, com um símbolo de referência (animal). O código atribuído constará nas folhas de resposta nos momentos de avaliação pré e pós-intervenção, e na base de dados, salvaguardando assim a proteção dos participantes. Este cartão será pedido na avaliação pós-intervenção.

Além disso, no processo de consentimento informado, os potenciais participantes serão informados que a sua decisão de participar no estudo ou não é totalmente voluntária e qualquer que seja esta decisão, a mesma não influenciará os cuidados médicos e terapêuticos que são prestados a esta pessoa no centro de dia. Por fim, os potenciais participantes terão conhecimento de que podem desistir da sua participação no estudo em qualquer momento, sem sofrer quaisquer consequências por isso. Após a anuência do consentimento livre, específico, informado será estabelecido o programa de trabalho que respeitará a disponibilidade dos participantes e as rotinas relacionadas com o funcionamento da instituição em que decorrerá o programa.

**7.7.1. Benefícios associados à investigação.** Relativamente aos benefícios decorrentes do estudo de eficácia dos programas de intervenção, como é evidenciado na literatura, as intervenções baseadas em programa de estimulação cognitiva e reminiscência estão associados a ganhos em saúde, nomeadamente em funções cognitivas (principalmente a memória), humor, bem-estar, comunicação, qualidade de vida, bem como na relação com cuidador e na diminuição da perceção de sobrecarga por sua parte. Os benefícios relacionados ao estudo de validação da escala WHOQOL-OLD versão abreviada prendem-se com a possibilidade de contribuir para a validação de um instrumento que permite numa forma breve identificar um conjunto de condições relacionadas com o bem-estar físico, psicológico e emocional.

**7.7.2. Riscos associados à investigação.** No que respeita aos riscos ou danos, no processo de avaliação a decorrer no estudo de eficácia dos programas de intervenção, os investigadores identificam o risco de desequilíbrio e queda na realização do teste de rastreio “Levantar-se da Cadeira e Caminhar”, apesar de probabilidade da sua ocorrência ser reduzida. Assim, os investigadores comprometem-se a salvaguardar de forma criteriosa e constante as condições necessárias para a realização deste teste em segurança. A equipa de investigação será multidisciplinar, incluindo enfermeiros os quais reúnem competências e conhecimentos para colmatar eventuais situações de risco, por exemplo, retirando atempadamente do trajeto da

caminhada os tapetes ou outras barreiras, avaliando e aconselhando o uso de calçado apropriado para marcha, ou assegurando a utilização de meios auxiliares de marcha se adequado. Caso ocorra queda serão prestados cuidados imediatos ao participante, com avaliação do seu estado físico e prestação de assistência apropriada à situação. Se justificável, serão acionados os meios de emergência médica locais. Em relação ao programa de estimulação cognitiva, não são previstos danos ou qualquer prejuízo para os sujeitos participantes no estudo, apenas o desconforto que provém do tempo despendido para a realização das tarefas. Do que se conhece, não está referenciado na literatura do assunto qualquer dano ou prejuízo causado pela estimulação das funções cognitivas como atenção, linguagem, gnóscias, memória, praxias e funções executivas. Referente ao programa de reminiscência, é referenciado na literatura a possibilidade de desencadear memórias autobiográficas negativas, que podem motivar sensações de stress aos participantes (Levine, Lench, & Safer, 2009). Contudo, para reduzir a possibilidade de surgimento de qualquer situação de risco, a equipa responsável pela avaliação do estado funcional dos participantes e pela aplicação dos programas de intervenção será composta por profissionais com formação na área em que se insere o estudo e com competências adequadas para identificar os potenciais danos ou prejuízos, e atuar, caso necessário.

No estudo de validação de escala WHOQOL-OLD versão abreviada não são previstos quaisquer danos ou riscos.

**7.7.3. Custos associados à investigação.** A participação em ou a desistência do estudo de eficácia dos programas de intervenção não acarretam custos para os participantes e para a instituição. A intervenção será desenvolvida nos locais onde os indivíduos habitualmente se encontram (centros de dia). O mesmo ocorre para o estudo de validação da escala WHOQOL-OLD versão abreviada.

## **8. Descrição das tarefas**

No âmbito do presente projeto de investigação realizar-se-ão as seguintes tarefas:

- (i) Preparação dos exercícios de intervenção e da bateria de instrumentos de avaliação e de intervenção;
- (ii) Recolha de dados relativas ao preenchimento da escala WHOQOL-OLD constituída por 18 itens;
- (iii) Análise de dados obtidos quanto à escala WHOQOL-OLD e extração de 7 itens mais representativos de cada faceta da escala;
- (iv) Preparação e treino das equipas que irão desenvolver as avaliações e a intervenção;
- (v) Apresentação do estudo aos potenciais participantes, o processo de consentimento informado e atribuição de um código único e intransmissível;

- (vi) Avaliação de triagem, seleção das amostras e constituição dos diferentes grupos que vão ser alvo de intervenção;
- (vii) Avaliação inicial de funcionamento individual e estado de saúde dos participantes;
- (viii) Aplicação dos programas de intervenção e tertúlias temáticas;
- (ix) Avaliações pós-intervenção de funcionamento individual dos participantes e da sua satisfação com a intervenção;
- (x) Recolha de dados relativos à utilização de recursos junto aos profissionais de saúde que aplicaram o programa e avaliação da sua satisfação com a intervenção;
- (xi) Inserção, tratamento e análise dos dados colhidos;
- (xii) Redação de comunicações e de artigos científicos para serem apresentados à comunidade científica e em revistas científicas de referência.

## **9. Instituições participantes**

Segue-se a lista das instituições que serão contactadas e convidadas para participar no estudo de eficácia dos programas de intervenção:

- (i) Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais
- (ii) Centro Sociocultural Polivalente de São Martinho
- (iii) Centro Social e Paroquial de Carapinheira do Campo
- (iv) Obra Social de Torre de Vilela
- (v) Centro Social Paroquial de Pedrulha
- (vi) Associação Nacional de Apoio ao Idoso
- (vii) Santa Casa de Misericórdia de Cantanhede
- (viii) Centro de Apoio Social de Pais e Amigos da Escola (CASPAE)

Quanto ao estudo de validação da escala WHOQOL-OLD versão abreviada, este efetuar-se-á no Doce Viver - Residencial Sénior, Bruscos.

## **Referências Bibliográficas**

- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2012a). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia: Who benefits most? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (3), 284–290.
- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods B., & Orrell, M. (2012b). *Making a Difference 2 - An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia*. London: Hawker Publications.
- Alzheimer's Association. (2012). Alzheimer's Association report 2012: Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 131-168. doi10.1016/j.jalz.2012.02.001.

- Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). *Operacionalização do programa de estimulação cognitiva em idosos "Fazer a diferença"*. Coimbra, Portugal: Author.
- Apóstolo J., Cardoso, D., Paúl, C, Rodrigues M., & Macedo, M. (2016). Effect of cognitive stimulation in elderly community. *Enfermeria Clínica, 26* (2), 111-120.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Rosa, A., & Paúl, C. (2014a). The Effect of Cognitive Stimulation on Nursing Home Elders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship, 46* (3), 157-166.
- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano A, ... Holland, C. (2017). Predicting risk and outcomes for frail older adults: an umbrella review of available frailty screening tools. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. Accepted for publication.
- Apóstolo, J., Loureiro, L.M., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014b). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale-15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, 3*, 65-73.
- Apóstolo, J., Rosa, A., Castro, I., & Cardoso, D. (2013). Cognitive Stimulation in Elderly People, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 10*, 24-28.
- Army Individual Test Battery. (1944). *Manual of directions and scoring*. Washington, DC: War Department, Adjutant General's Office.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 8* (4), 199-204.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: exploring its functions in everyday life. *Memory, 11* (2), 113-123.
- 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.
- Buchman A. S., & Bennet, D. A. (2013). Cognitive frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 17*(9), 738-741.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences, 61* (4), 237-244.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I.,... Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of clinical Neuropsychology, 28*, 189-198.
- 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.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet, 381*, 752-762.
- Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R., & Fernandes, L. (2015). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatrics Gerontology International, 15*, 951-960.
- Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., & Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of the American Geriatric Society, 60*, 1487-1492.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, Ch. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the Self-Memory System. *Psychological Review, 107* (2), 261-288.

- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004b). The self and autobiographical memory: correspondence and coherence. *Social Cognition, 22* (5), 491-529.
- 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.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas, 72* (3), 203-205.
- Elias, M. F. A., País Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em psicologia e saúde* (pp. 218-220). Lisboa: ISPA edições.
- Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Gao, Q., Feng, L., Mmed, K. B. Y., & Ng. (2016). Cognitive frailty and adverse health outcomes: Findings from the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS). *JAMDA*. In press.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. E. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana I. (2010). Adaptation studies of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) to the Portuguese population. *Avaliação Psicológica, 9*(3), 345-357.
- 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 Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences, Medical Sciences, 59*, 255-263.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences, Medical Sciences, 56* (3), M146-M156.
- Gabryelewicz, T., Styczynska, M., Luczywek, E., Barczak, A., Pfeffer, A., Androsiuk, W., ... Barcikowska, M. (2007). The rate of conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22* (6), 563-567.
- Gibson, F. (2004). *The past in the present: Using reminiscence in health and social care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Gobbens, R.J.J., van Assen, MALM, Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.Th., Schols, J.M.G.A. (2010). The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *Journal of the American Medical Directors Association, 11* (5), 344-355.
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics, 27*(10), 1731-1737.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia, Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia, 20-21 de Maio, Coimbra, Supl. Nº 1*, 9-10.
- Huang, C., Chen, T., Chen, Y., Hu, L., Liu, F., Kuo, L., & Chiu, 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.

- 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.
- Knapp, M., Thorgrimsen, L., Patel, A., Spector, A., Hallam, A., Woods, B., & Orrel, M. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*, 188, 574-580.
- Lang, P. O., Michel, J. P., Zekry, D. (2009). Frailty Syndrome: A transitional State in a Dynamic Process. *Gerontology*, 55, 539-549.
- Langlois, F., Vu, T. T., Kergoat, M. J., Chasse, K., Dupuis, G., & Bherer, L. (2012). The multiple dimensions of frailty: physical capacity, cognition, and quality of life. *International psychogeriatrics / IPA*, 24, 1429-36.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Levine, L. J., Lench, H. C., & Safer, M. A. (2009). Functions of Remembering and Misremembering Emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1059-1075.
- Lipsitz, L. A. (2008). Dynamic models for the study of frailty. *Mechanisms of Ageing and Development*, 129, 675-676.
- Madureira, S., & Verdelho, A. (2007). Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (IADL). In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Ed.). *Escalas e testes na demência* (pp. 113-115). Porto: Author.
- Modrego, P. J., & Ferrandez, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. *Archives of Neurology*, 61, 1290-1293.
- Munk, K. (2007). Late-life depression. Also a field for psychotherapists! Part one. *Nordic Psychology*, 59(1), 7-26.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- 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).
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Ageing & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Qingwei, R., Zhuowei, Y., Ma, Ch., Zhijun, B., Jin, I., & Wei, H. (2015). Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing Research Reviews*, 20, 1-10.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- 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, 840-851.

- Rockwood, K., Hogan, D., & Macknigh, C. (2000). Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs & Aging, 17*(4), 295-302.
- Rodriguez-Manas, L., Feart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., ... FOD-CC group. (2013). Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement: the frailty operative definition-consensus conference project. *The Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences, Medical Sciences, 68*, 62-67.
- Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em estudo, 14* (1), 3-10.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist, 5* (1-2), 165-173.
- 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
- Souza, J. N., & Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem USP, 39* (1), 13-19.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T., & Orrell, M. (2006). *Making a difference: an evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.
- Steffens, D. C. (2012). Depressive symptoms and mild cognitive impairment in the elderly: an ominous combination. *Biological Psychiatry, 71* (9), 762-764.
- Stinson, K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing, 40* (11), 521-528.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy, 29*, 93-97.
- Topinková E. (2008). Aging, Disability and Frailty. *Annals of Nutrition & Metabolism, 52* (suppl 1), 6-11.
- 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: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos [Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population: Results of focus groups implementation]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 37*, 71-95.
- Waters, T. E., Bauer, P. J., & Fivush, R. (2014). Autobiographical memory functions served by multiple event types. *Applied Cognitive Psychology, 28* (2), 185-195.
- 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.
- WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office.
- 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, 2*, CD005562.
- Yates, L. A., Orgeta, V., Leung, P., Spector, A., & Orrell, M. (2016). Field-testing phase of the development of individual cognitive stimulation therapy (iCST) for dementia. *BMC Health Service Research, 16* (1), 233.

(Preencher pela Enfermeiro/a)

NOP \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Escolaridade (Anos) \_\_\_\_\_

Antidepressivos: Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

**SIX ITEM COGNITIVE IMPAIRMENT TEST (6CIT) - TESTE DE DIMINUIÇÃO COGNITIVA DE 6 ITENS**

Adaptação - João Apóstolo e Diana Paiva (2015)

1. Em que ano estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 4 pontos	
2. Em que mês estamos?	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
Peça ao doente que memorize uma frase com um endereço/morada de 5 componentes, ex: Abel, Silva, nº 42, Rua da Sofia, Coimbra.		
3. Que horas são (aproximadamente)? (margem de erro de 1 hora)	Correcto: 0 pontos Incorrecto: 3 pontos	
4. Conte na ordem inversa de 20 para 1.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
5. Diga os meses do ano na ordem inversa.	Correcto: 0 pontos Um erro: 2 pontos Mais do que um erro: 4 pontos	
6. Repita a frase com o endereço/morada	Correcto: 0 pontos 1 erro: 2 pontos 2 erros: 4 pontos 3 erros: 6 pontos 4 erros: 8 pontos Tudo errado: 10 pontos	

**Bibliografia:** Almeida, M. (2015). Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test. In J. Apóstolo, & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp.21-36). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

# MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.)

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ anos DATA: \_\_/\_\_/\_\_.

## I. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? \_\_\_\_\_
2. Em que mês estamos? \_\_\_\_\_
3. Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_
4. Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_
5. Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_
6. Em que País estamos? \_\_\_\_\_
7. Em que Distrito vive? \_\_\_\_\_
8. Em que Terra vive? \_\_\_\_\_
9. Em que casa estamos? \_\_\_\_\_
10. Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

## II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.”

As palavras são:

PERA                      GATO                      BOLA

“Repita as três palavras”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA                      \_\_\_\_\_  
GATO                      \_\_\_\_\_  
BOLA                      \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

## III. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar”

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro)

(30)      (27)      (24)      (21)      (18)      (15)      NOTA \_\_\_\_\_

#### IV. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi à pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA \_\_\_\_\_ GATO \_\_\_\_\_ BOLA \_\_\_\_\_ NOTA \_\_\_\_\_

#### V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” \_\_\_\_\_ NOTA \_\_\_\_\_

b) Mostrar un lápis

“Como se chama isto?” \_\_\_\_\_ NOTA \_\_\_\_\_

c) Repetir a frase:

“O rato roi a rolha” ?” \_\_\_\_\_ NOTA \_\_\_\_\_

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.”

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos)

Pega no papel com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra o papel ao meio \_\_\_\_\_

Coloca o papel no chão \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”

(Mostrar o cartão com a frase:

“FECHE OS OLHOS”

f) “Escreva uma frase”

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de trocas de letras não contam como erros)

NOTA \_\_\_\_\_

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”

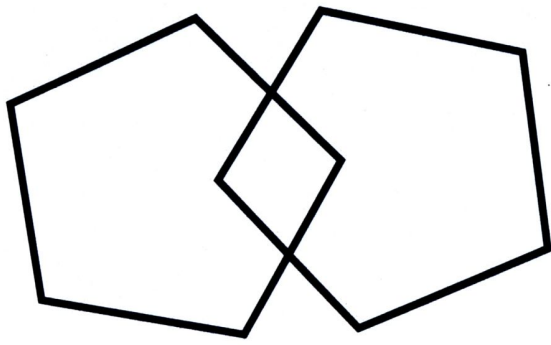
(Mostrar o desenho num cartão)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar interseccionados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)

NOTA \_\_\_\_\_

**NOTA TOTAL** \_\_\_\_\_

# FECHE OS OLHOS



Pontes de Corte (População portuguesa)

Idade superior a 40 anos, considera-se com defeito cognitivo:

Analfabetos:  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

## Paulo Costa

---

**De:** Elzbieta Campos [elzbieta.campos@gmail.com]  
**Enviado:** terça-feira, 27 de junho de 2017 16:22  
**Para:** Paulo Costa  
**Assunto:** Fwd: FW: Ao cuidado da Dra. Manuela Guerreiro  
**Anexos:** MMSE validacao.pdf; Cut-off scores in MMSE a moving target2010 May17(5)692-5.pdf; 0806-Sinapse\_V9N2\_19-25[1].pdf

---

**De:** labling  
**Enviada:** sexta-feira, 6 de julho de 2012 12:27  
**Para:** diana paiva

Bom dia

Em resposta ao seu mail, autorizo a utilização do MMSE para fins científicos.

Junto envio o resumo sobre a validação e chama-se "Adaptação à população portuguesa do "Mini Mental State Examination" (MMSE). M Guerreiro, AP Silva, MA Botelho, O Leitão, A Castro-Caldas, C Garcia. Revista Portuguesa de Neurologia, Reunião da Primavera da Soc. Port. de Neurologia, Coimbra, 20-21 Maio de 1994, Supl. Nº 1, 9-10.

Junto envio dois artigos mais recentes do Laboratório de Estudos de Linguagem (ingles e portugues) dos novos valores do MMSE aferidos à nossa população e pode utilizar-se o mais antigo e/ou estes dois.

Se precisar de qualquer outro esclarecimento relacionado com este assunto, pode voltar a contactar-me.

Com os cumprimentos.  
Manuela Guerreiro

### Advertência/Warning

Esta mensagem (incluindo eventuais ficheiros anexos) pode conter informação confidencial ou privilegiada. Se não for o destinatário pretendido, por favor contacte o remetente por e-mail e apague a mensagem do seu sistema informático. This message and any files transmitted with it may contain confidential information or privileged material. If you are not the intended recipient, please notify the sender by e-mail and delete this message from your system.

Escola de Lawton y Brody	Pontuação
<b>1 Capacidade para usar o telefone:</b> 3 Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números. 2 É capaz de marcar alguns números familiares 1 Atende o telefone mas não marca números 0 Não é capaz de usar o telefone	
<b>2 Fazer compras:</b> 3 Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias 2 Realiza sozinho(a) as compras pequenas 1 Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra 0 Totalmente incapaz de ir às compras	
<b>3 Preparação da comida:</b> 3 Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha 2 Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos 1 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada. 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	
<b>4 Cuidado com a casa:</b> 4 Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados) 3 Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama 2 Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza 1 Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	
<b>5 Lavar a roupa:</b> 2 Lava sozinho(a) toda a sua roupa 1 Lava sozinho(a) apenas peças pequenas 0 Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	
<b>6 Usar os meios de transporte:</b> 4 Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 3 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte 2 Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém 1 Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros 0 Não viaja	
<b>7 Responsabilidade com a sua medicação:</b> 2 É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	
<b>8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:</b> 2 Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... .. 0 Incapaz de gerir o dinheiro	
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	

Tipo de :Preenchimento

- 1 Auto-preenchimento
- 2 Entrevista

Tempo de preenchimento: \_\_\_\_\_ minutos

Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade

## Paulo Costa

---

**De:** elzbietacampos [elzbietacampos@esenfc.pt]  
**Enviado:** terça-feira, 27 de junho de 2017 15:06  
**Para:** paulocosta@esenfc.pt  
**Assunto:** FW: Pedido de autorização para utilização num estudo científico de versão portuguesa de Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody  
**Anexos:** IAWTON\_PESSOAL\_a.pdf

-----Mensagem original-----

**De:** [araujo@esenf.pt](mailto:araujo@esenf.pt) [<mailto:araujo@esenf.pt>]  
**Enviada:** quarta-feira, 1 de março de 2017 17:06  
**Para:** elzbietacampos  
**Assunto:** Re: Pedido de autorização para utilização num estudo científico de versão portuguesa de Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody

Boa tarde Dr<sup>a</sup> Elizabete

Em resposta ao solicitado anexo a versão validada por mim e colaboradores.  
Desde já desejo-lhe um excelente trabalho e que os resultados sejam mais um contributo para melhorar a qualidade de vida e bem estar das pessoas.

Atenciosamente  
Prof Fatima Araujo

Exma. Sra. Professora Maria de Fátima de Araújo Lopes Elias

>  
> Bom dia  
>  
> Meu nome é Elzbieta Bobrowicz Campos. Sou Especialista em Psicologia  
> Clínica e de Saúde, com a especialidade avançada em Neuropsicologia,  
> reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula nº 9016).  
> Sou também a detentora do grau de doutor em Psicologia – Especialidade  
> em Avaliação Psicológica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da  
> Educação da Universidade de Coimbra.  
>  
> Este email serve para solicitar a Sua autorização para utilizar num  
> estudo científico a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária  
> de Lawton e Brody (1969), validado para Portugal numa amostra de  
> idosos não institucionalizados por Elias, Ribeiro, Oliveira e Pinto  
> (2007).  
>  
> Desde já agradeço a Sua disponibilidade  
>  
> Atenciosamente  
>  
> Elzbieta Bobrowicz Campos  
>  
>  
>  
> Elzbieta Bobrowicz-Campos, PhD  
>  
> Specialist in Clinical and Health Psychology  
>  
>  
>  
> Nursing School of Coimbra (ESENFC)  
> The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E)

- >
- > Avenida Bissaya Barreto
- > 3046-851 Coimbra
- >
- >
- >
- >



## Paulo Costa

---

**De:** elzbietacampos [elzbietacampos@esenfc.pt]  
**Enviado:** terça-feira, 27 de junho de 2017 15:05  
**Para:** paulocosta@esenfc.pt  
**Assunto:** FW: Pedido de autorização para utilização num estudo científico de versão portuguesa de escala Montreal Cognitive Assessment  
**Anexos:** MoCA - Version 1.pdf; Manual MoCA - Version 1.pdf; 2011\_Freitas et al\_MoCA - Normative study for the Portuguese population.pdf

**De:** Sandra Freitas [mailto:sandrafreitas0209@gmail.com]  
**Enviada:** segunda-feira, 13 de fevereiro de 2017 11:56  
**Para:** elzbietacampos  
**Assunto:** Re: Pedido de autorização para utilização num estudo científico de versão portuguesa de escala Montreal Cognitive Assessment

Cara Elzbieta,

Junto envio a versão portuguesa do MoCA, bem como o manual de administração de cotação e o estudo normativo para a população portuguesa que poderá ser útil no âmbito da sua investigação.

Ao dispor para qualquer esclarecimento necessário.

Cumprimentos,

### Sandra Freitas

Neuropsychology, PhD  
Centre for Neuroscience and Cell Biology (CNC)  
Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo Comportamental (CINEICC)  
Psychological Assessment Lab., Faculty of Psychology and Educational Sciences  
University of Coimbra, Portugal  
E-mail: sandrafreitas0209@gmail.com

No dia 13 de fevereiro de 2017 às 10:41, elzbietacampos <elzbietacampos@esenfc.pt> escreveu:

Exmo. Sra. Doutora. Sandra Freitas

Bom dia

Meu nome é Elzbieta Bobrowicz Campos. Sou Especialista em Psicologia Clínica e de Saúde, com a especialidade avançada em Neuropsicologia, reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula nº 9016). Sou também a detentora do grau de doutor em Psicologia – Especialidade em Avaliação Psicológica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Este email serve para solicitar a **Sua autorização** para utilizar num estudo científico a escala *Montreal Cognitive Assessment* de Nasreddine et al. (2005), adaptado para português por Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana (2010).

Desde já agradeço a Sua disponibilidade

Atenciosamente

Elzbieta Bobrowicz Campos

Elzbieta Bobrowicz-Campos, PhD

Specialist in Clinical and Health Psychology

Nursing School of Coimbra (ESEnfC)

The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E)

Avenida Bissaya Barreto  
3046-851 Coimbra

## Versão portuguesa do *Tilburg Frailty Indicator* (TFI)

Coelho, T., Santos, R., Paúl, C., Gobbens, R. J. J., & Fernandes, L. (2014). Portuguese version of the Tilburg Frailty Indicator: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Geriatr Gerontol Int*, n/a-n/a. doi: 10.1111/ggi.12373

### Parte A: Determinantes de fragilidade

1. Qual é o seu sexo?

masculino  feminino

2. Qual é a sua idade?

\_\_\_\_\_ anos

3. Qual é o seu estado civil?

casado(a)/vive com um parceiro(a)

separado(a)/divorciado(a)

solteiro(a)

viúvo(a)

4. Em que país nasceu?

\_\_\_\_\_

5. Quantos anos de escolaridade completou?

\_\_\_\_\_ anos

6. Em que categoria inclui o rendimento mensal do seu agregado familiar?

250€ ou menos

501€ a 750€

1001€ a 1500€

2001€

251€ a 500€

751€ a 1000€

1501€ a 2000€

ou mais

7. Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

Saudável

nem muito nem pouco saudável

não saudável

8. Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

sim  não

9. Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

- a morte de uma pessoa querida  sim  não

- uma doença grave em si próprio  sim  não

- uma doença grave numa pessoa querida  sim  não

- um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante  sim  não

- um acidente de viação  sim  não

- um crime  sim  não

10. Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

sim  não

### Parte B: Componentes de fragilidade

*B1: Componentes físicos*

---

11. Sente-se fisicamente saudável?

sim  não

---

12. Perdeu muito peso recentemente sem desejar fazê-lo? ('muito' é: 6 kg ou mais, durante os últimos seis meses, ou 3 kg ou mais, durante o último mês)

sim  não

---

Tem problemas na sua vida diária devido a:

---

13. ....dificuldade em andar?

sim  não

---

14. ....dificuldade em manter o seu equilíbrio?

sim  não

---

15. ....dificuldade de audição?

sim  não

---

16. ....dificuldade de visão?

sim  não

---

17. ....falta de força nas suas mãos?

sim  não

---

18. ....cansaço físico?

sim  não

---

*B2: Componentes psicológicos*

---

19. Tem problemas com a sua memória?

sim  por vezes  não

---

20. Tem-se sentido em baixo durante o último mês?

sim  por vezes  não

---

21. Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o último mês?

sim  por vezes  não

---

22. É capaz de lidar bem com os problemas?

sim  não

---

*B3: Componentes Sociais*

---

23. Vive sozinho?

sim  não

---

24. Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta?

sim  por vezes  não

---

25. Recebe suficiente apoio de outras pessoas?

sim  não

---

<b>Pontuação da Parte B: Componentes de fragilidade (varia: 0 – 15)</b>	
<p>Questão 11: sim = 0, não = 1</p> <p>Questão 12 – 18: não = 0, sim = 1</p> <p>Questão 19: não e por vezes = 0, sim = 1</p> <p>Questão 20 e 21: não = 0, sim e por vezes = 1</p>	<p>Questão 22: sim = 0, não = 1</p> <p>Questão 23: não = 0, sim = 1</p> <p>Questão 24: não = 0, sim e por vezes = 1</p> <p>Questão 25: sim = 0, não = 1</p>
<p><b>Pontuação final:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Pontuação B1 (domínio físico):</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Pontuação B2 (domínio psicológico):</b></p> <p>_____</p> <p><b>Pontuação B3 (domínio social):</b></p> <p>_____</p>

**Ponto de corte: 6**

## Paulo Costa

---

**De:** elzbietacampos [elzbietacampos@esenfc.pt]  
**Enviado:** terça-feira, 27 de junho de 2017 15:09  
**Para:** paulocosta@esenfc.pt  
**Assunto:** FW: Pedido de autorização para utilização num estudo científico de versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator  
**Anexos:** GGI12373\_supp-0003-Portuguese version of TFI\_SupplInfo 3 (2).pdf; Coelho\_et\_al-2015-Geriatrics\_&\_Gerontology\_International (2).pdf

**De:** [tfc@eu.ipp.pt](mailto:tfc@eu.ipp.pt) [<mailto:tfc@eu.ipp.pt>] **Em nome de** Tiago Coelho  
**Enviada:** terça-feira, 14 de fevereiro de 2017 16:33  
**Para:** elzbietacampos  
**Assunto:** Re: Pedido de autorização para utilização num estudo científico de versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator

Boa tarde,  
Tem a nossa autorização para utilizar a versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator.  
Envio-lhe em anexo o artigo de validação e a versão portuguesa do instrumento.  
Ao dispor para qualquer apoio adicional.  
Com os melhores cumprimentos,  
Tiago Coelho

No dia 14 de fevereiro de 2017 às 15:35, elzbietacampos <[elzbietacampos@esenfc.pt](mailto:elzbietacampos@esenfc.pt)> escreveu:

Exmo. Sr. Doutor Tiago Coelho

Bom dia

Meu nome é Elzbieta Bobrowicz Campos. Sou Especialista em Psicologia Clínica e de Saúde, com a especialidade avançada em Neuropsicologia, reconhecida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (cédula nº 9016). Sou também a detentora do grau de doutor em Psicologia – Especialidade em Avaliação Psicológica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Este email serve para solicitar a **Sua autorização** para utilizar num estudo científico o **Tilburg Frailty Indicator** de Gobbens et al. (2010), adaptado e validado para português por Coelho, Santos, Paúl, Gobbens, & Fernandes (2015).

Desde já agradeço a Sua disponibilidade

Atenciosamente

Elzbieta Bobrowicz Campos

Elzbieta Bobrowicz-Campos, PhD

Specialist in Clinical and Health Psychology

Nursing School of Coimbra (EEnfC)  
The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E)

Avenida Bissaya Barreto  
3046-851 Coimbra

--



POLITÉCNICO DO PORTO. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

---

**Tiago Coelho, PhD**

Professor Adjunto Convidado

M Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 400. 4200-072 PORTO. PORTUGAL

T [+351 222 061 000](tel:+351222061000) F [+351 222 061 001](tel:+351222061001)



## WHOQOL-OLD: Versão portuguesa de 8 itens

**Instruções** Este questionário procura conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

### 1. Como avaliaria a sua qualidade de vida?

- Muito Má
- Má
- Nem Má Nem Boa
- Boa
- Muito Boa

### 2. As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades?

- Nada
- Pouco
- Nem Muito Nem Pouco
- Muito
- Muitíssimo

### 3. Receia sofrer antes de morrer?

- Nada
- Pouco
- Nem Muito Nem Pouco
- Muito
- Muitíssimo

### 4. Consegue fazer aquilo que gosta?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

### 5. Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

- Muito Insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem Satisfeito(a) Nem Insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito Satisfeito(a)

### 6. Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

- Muito Insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem Satisfeito(a) Nem Insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito Satisfeito(a)

### 7. Tem oportunidade para amar alguém?

- Nada
- Pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Completamente

### 8. Sente que a sua família lhe dá valor?

- Nada
- Pouco
- Nem Muito Nem Pouco
- Muito
- Muitíssimo

**Adaptada de:** 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: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos [Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population: Results of focus groups implementation]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95.

## Paulo Costa

---

**De:** Elzbieta Campos [elzbieta.campos@gmail.com]  
**Enviado:** terça-feira, 27 de junho de 2017 15:12  
**Para:** Paulo Costa  
**Assunto:** Fwd: material WHOQOL-OLD  
**Anexos:** versão final itens\_WHOQOL-OLD.pdf

----- Mensagem encaminhada -----

**De:** Joao Apostolo <[apostolo.joao@gmail.com](mailto:apostolo.joao@gmail.com)>  
**Data:** 8 de março de 2017 às 15:29  
**Assunto:** Fwd: material WHOQOL-OLD  
**Para:** Paulo Costa <[paulocosta.15@gmail.com](mailto:paulocosta.15@gmail.com)>, Isabel Gil <[igil@esenfc.pt](mailto:igil@esenfc.pt)>, Elzbieta Campos <[elzbieta.campos@gmail.com](mailto:elzbieta.campos@gmail.com)>

Enviado do meu iPhone

Início da mensagem reencaminhada:

**De:** Maria Manuela Vilar <[mvilar@fpce.uc.pt](mailto:mvilar@fpce.uc.pt)>  
**Data:** 8 de março de 2017 14:44:42 GMT  
**Para:** <[apostolo.joao@gmail.com](mailto:apostolo.joao@gmail.com)>  
**Assunto:** material WHOQOL-OLD

Prof. JApóstolo,

como solicitado, segue em anexo o inventário WHOQOL-OLD, versão portuguesa de 28 itens.

votos de bom trabalho/projecto

cordiais saudações

MVilar

**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO**

Este questionário de satisfação deverá ser respondido pela pessoa **idosa** depois da aplicação do programa Terapia de Reminiscência

Para as seguintes informações selecione apenas uma das opções:

1. Estou satisfeito com o programa implementado

- Concordo plenamente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo plenamente

2. Estou satisfeito com a forma como o programa foi aplicado.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo plenamente

3. Estou satisfeito com os temas e atividades desenvolvidos no programa.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo plenamente

4. O programa aplicado foi-me útil.

- Concordo plenamente
- Concordo
- Não concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo plenamente

Pontos Fortes do Programa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pontos a Melhorar no Programa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Parecer N° P406-03/2017**

**Título do Projeto:** Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos

### Identificação dos Proponentes

**Nome(s):** João Luís Alves Apóstolo

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

**Investigador Responsável/Orientador:** - João Luís Alves Apóstolo

**Relator:** José Carlos Amado Martins

### Parecer

O investigador pretende desenvolver estudo multicêntrico, randomizado, controlado, tendo como objetivos "avaliar o efeito do programa de estimulação cognitiva em idosos com fragilidade e comparar a sua eficácia com o programa de reminiscência" e "validar a versão abreviada da escala de qualidade de vida WHOQLQ.OLD". No estudo serão incluídas pessoas com 65 anos ou mais, recrutadas em centros de dia, lares e estruturas residenciais de idosos. São claramente definidos os critérios de inclusão e exclusão. São também definidos os critérios para alocação dos participantes, cumprindo-se os princípios de justiça. As pessoas que não cumprirem os critérios de inclusão serão incluídas em grupos de "tertúlias temáticas" evitando-se assim constrangimentos individuais e institucionais.

O estudo decorrerá entre abril e julho de 2017, nos seguintes locais: Junta de freguesia de Stº António dos Olivais (apresentada autorização); Centro Sociocultural Polivalente de S. Martinho; - Centro Social e Paroquial de Carapinheira do Campo; Obra Social de Torre de Vilela; Centro Social Paroquial de Pedrulha; Associação Nacional de Apoio ao Idoso; Santa Casa de Misericórdia de Cantanhede (apresentada autorização); Centro de Apoio Social de Pais e Amigos da Escola; Doce Viver - Residencial Sénior (para estudo de validação).

São definidos e apresentados os instrumentos de recolha de dados. São definidos os programas das diferentes intervenções. A confidencialidade dos dados está garantida. É definida estratégia para garantir o emparelhamento das respostas sem necessidade de colher dados que permitam a identificação dos participantes.

Serão utilizados instrumentos para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento. Não se identificam riscos nem custos para os participantes. Há potencial de benefício para todos os grupos.

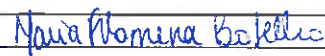
Face ao exposto, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à concretização do estudo. O presente parecer não dispensa a autorização de todas as instituições onde o mesmo acontecer.

O relator:



Data: 19/04/2017

A Presidente da Comissão de Ética:



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FCT/FUNDAÇÃO



Escola Superior de  
Enfermagem  
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



# **ANEXO IV**



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é João Luís Alves Apóstolo, sou professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou, em conjunto com a minha equipa, a realizar um estudo de investigação intitulado “Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos”. O objetivo deste estudo é avaliar o efeito destas intervenções em dimensões como cognição, humor e qualidade de vida em idosos com fragilidade.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo. Para que a sua decisão seja tomada de forma informada, gostava de esclarecer alguns aspetos de investigação que são considerados pertinentes e que se pretendem cumprir rigorosamente. Caso tenha alguma dúvida ou questão, não hesite em solicitar mais informações.

**Procedimentos:** Este projeto visa implementar um programa de intervenção composto por um conjunto de sessões desenvolvidas em grupo que terão um carácter lúdico-didático, privilegiando-se atividades recreativas, o interesse e a comunicação interpessoal. Além disso, serão aplicados testes e questionários que permitem avaliar as funções cognitivas, o estado emocional, saúde física, capacidade funcional e qualidade de vida.

O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados contactando diretamente com o investigador.

**Riscos e custos:** Não existem danos ou custos associados à sua participação neste projeto. A sua decisão de fazer ou não parte deste projeto não terá nenhuma influência para o seu tratamento clínico presente ou futuro.

**Benefícios:** Prevê-se que melhore a sua memória, capacidade para comunicar e orientar-se no espaço e tempo, entre outras.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre a alternativa de não completar o teste ou não responder ao questionário, parcial ou integralmente. Além disto, pode abandonar

o estudo em qualquer momento. Esta decisão não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conheça a fonte da qual provém a informação.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 914552332.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por João Luís Alves Apóstolo, com o título “Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos”, fui informado sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos e custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas verbalmente e por escrito. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ /201\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ /201\_\_



# **ANEXO V**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Parecer N° P406-03/2017**

**Título do Projeto:** Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos

### Identificação dos Proponentes

**Nome(s):** João Luís Alves Apóstolo

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

**Investigador Responsável/Orientador:** - João Luís Alves Apóstolo

**Relator:** José Carlos Amado Martins

### Parecer

O investigador pretende desenvolver estudo multicêntrico, randomizado, controlado, tendo como objetivos "avaliar o efeito do programa de estimulação cognitiva em idosos com fragilidade e comparar a sua eficácia com o programa de reminiscência" e "validar a versão abreviada da escala de qualidade de vida WHOQLQ.OLD". No estudo serão incluídas pessoas com 65 anos ou mais, recrutadas em centros de dia, lares e estruturas residenciais de idosos. São claramente definidos os critérios de inclusão e exclusão. São também definidos os critérios para alocação dos participantes, cumprindo-se os princípios de justiça. As pessoas que não cumprirem os critérios de inclusão serão incluídas em grupos de "tertúlias temáticas" evitando-se assim constrangimentos individuais e institucionais.

O estudo decorrerá entre abril e julho de 2017, nos seguintes locais: Junta de freguesia de Stº António dos Olivais (apresentada autorização); Centro Sociocultural Polivalente de S. Martinho; - Centro Social e Paroquial de Carapinheira do Campo; Obra Social de Torre de Vilela; Centro Social Paroquial de Pedrulha; Associação Nacional de Apoio ao Idoso; Santa Casa de Misericórdia de Cantanhede (apresentada autorização); Centro de Apoio Social de Pais e Amigos da Escola; Doce Viver - Residencial Sénior (para estudo de validação).

São definidos e apresentados os instrumentos de recolha de dados. São definidos os programas das diferentes intervenções. A confidencialidade dos dados está garantida. É definida estratégia para garantir o emparelhamento das respostas sem necessidade de colher dados que permitam a identificação dos participantes.

Serão utilizados instrumentos para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento. Não se identificam riscos nem custos para os participantes. Há potencial de benefício para todos os grupos.

Face ao exposto, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à concretização do estudo. O presente parecer não dispensa a autorização de todas as instituições onde o mesmo acontecer.

O relator:



Data: 19/04/2017

A Presidente da Comissão de Ética: 



## elzbietacampos

---

**De:** João Apostolo <apostolo@esenfc.pt>  
**Enviado:** quinta-feira, 27 de abril de 2017 21:34  
**Para:** elzbietacampos  
**Assunto:** Fwd: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Enviado do meu iPhone

Início da mensagem reencaminhada:

**De:** "Centro Social e Paroquial da Pedrulha" <geral@cspedrulha.pt>  
**Data:** 27 de abril de 2017 19:23:27 GMT+2  
**Para:** "'apostolo'" <apostolo@esenfc.pt>  
**Assunto:** RE: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Ex.mo Dr. João Apóstolo.

Relativamente ao pedido apresentado por V. Ex. relativamente à realização de um programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Enfermagem, serve o presente para confirmar a autorização.

Respeitosos cumprimentos

A Direção

---

*Centro Social e Paroquial da Pedrulha*  
+351 919 240 438  
+351 964 348 990  
+351 239 432 316

**De:** apostolo [mailto:apostolo@esenfc.pt]  
**Enviada:** segunda-feira, 13 de Março de 2017 15:53  
**Para:** geral@cspedrulha.pt  
**Cc:** 'Maria de Lurdes Almeida'  
**Assunto:** Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Exmo. Sr. Padre Luciano Nogueira  
Dígnmo. Presidente da Direção do Centro Social Paroquial da Pedrulha

Boa tarde

Venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnFC, estabelecido para o ano letivo 2016/2017 na sua instituição, de um programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas.

Envia-se em anexo o pedido de autorização, bem como o protocolo do estudo em que se enquadra a dita intervenção.

Com a mais elevada consideração e respeitosos cumprimentos  
João Apóstolo

## Paulo Costa

---

**De:** Isabel Gil [igil@esenfc.pt]  
**Enviado:** quarta-feira, 3 de maio de 2017 16:39  
**Para:** 'Paulo Costa'  
**Assunto:** FW: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

**De:** Obra Social [mailto:dir.tecnica.ostv@gmail.com]

**Enviada:** 27 de abril de 2017 19:53

**Para:** igil@esenfc.pt

**Assunto:** Re: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Boa tarde

A Obra Social de Torre de Vilela informa que autoriza a realização do trabalho solicitado, em contexto de ensino clínico, agradecendo mais uma vez a parceria com a ESENFEC.

Com os melhores cumprimentos

A Diretora Técnica

Sandra Nabo

No dia 27 de abril de 2017 às 09:18, <obrasocialtv@sapo.pt> escreveu:

----- Mensagem encaminhada de Isabel Gil <igil@esenfc.pt> -----

Data: Wed, 26 Apr 2017 16:29:35 +0100

De: Isabel Gil <igil@esenfc.pt>

Assunto: FW: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Para: obrasocialtv@sapo.pt

Cara Dr.ª Sandra,

al como combinado, reencaminho pedido de autorização.

Com os meus respeitosos cumprimentos

Isabel Gil

---

**De:** apostolo [mailto:apostolo@esenfc.pt]

**Enviada:** 13 de março de 2017 15:55

**Para:** obrasocialtv@sapo.pt

**Cc:** 'Isabel Maria da Assunção Gil' <igil@esenfc.pt>

**Assunto:** Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Exma. Sra. Dra. Sandra Nabo,

Digma. Diretora Técnica da Obra Social de Torre de Vilela

Boa tarde

Venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do

## elzbietacampos

---

**De:** cspc <secretaria@centrospc.com>  
**Enviado:** terça-feira, 13 de junho de 2017 11:42  
**Para:** elzbietacampos  
**Assunto:** Re: Ensino Clínico - Pedido de autorização - Carapinheira

Exm. Sr.

Bom dia

O Centro Social e Paroquial da Carapinheira vem por este meio confirmar a autorização solicitada para a realização no contexto do Ensino Clínico dos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Com os melhores cumprimentos

Diretora Técnica

Fátima Soares

----- Mensagem original -----

De: "elzbietacampos" <[elzbietacampos@esenfc.pt](mailto:elzbietacampos@esenfc.pt)>

Para: [secretaria@centrospc.com](mailto:secretaria@centrospc.com)

Cc: "'Maria de Lurdes Almeida'" <[mlurdes@esenfc.pt](mailto:mlurdes@esenfc.pt)>

Enviado(s): 09-06-2017 10:05:24

Assunto: Ensino Clínico - Pedido de autorização - Carapinheira

Bom dia

Ao pedido da Professora Maria de Lurdes Almeida, venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnfC, estabelecido para o ano letivo 2016/2017 na sua instituição, de um programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas.

Envia-se em anexo o pedido de autorização, bem como o protocolo do estudo em que se enquadra a dita intervenção.

Com a mais elevada consideração e respeitosos cumprimentos

Elzbieta Bobrowicz Campos

Elzbieta Bobrowicz-Campos, PhD  
Specialist in Clinical and Health Psychology  
with Advanced Specialty in Neuropsychology

Nursing School of Coimbra (ESEnfC)  
The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E)

Avenida Bissaya Barreto  
3046-851 Coimbra

**De:** João Apostolo <apostolo@esenfc.pt>  
**Enviado:** quarta-feira, 15 de março de 2017 15:54  
**Para:** Paulo Costa; elzbietacampos  
**Assunto:** Fwd: Resposta a pedido de colaboração - Programa de Intervenção no Contexto de Ensino Clínico

Enviado do meu iPhone

Início da mensagem reencaminhada:

**De:** CSF SAO <[csfsao@hotmail.com](mailto:csfsao@hotmail.com)>  
**Data:** 15 de março de 2017 15:38:09 GMT  
**Para:** "[apostolo@esenfc.pt](mailto:apostolo@esenfc.pt)" <[apostolo@esenfc.pt](mailto:apostolo@esenfc.pt)>  
**Assunto:** Resposta a pedido de colaboração - Programa de Intervenção no Contexto de Ensino Clínico

Exmo. Senhor Professor João Apóstolo

No seguimento da solicitação que V. Exa. nos dirigiu, a qual mereceu a nossa melhor atenção, vimos por este meio manifestar a nossa disponibilidade em colaborar, uma vez mais, com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra como já tem acontecido de há uns anos a esta parte. Relativamente ao programa que V. Exa. pretende implementar junto dos alunos seniores que vierem a manifestar disponibilidade para participar, tal como aconteceu em 2012 e 2013, temos algumas questões práticas que necessitamos de abordar antes de darmos a conhecer a vossa pretensão. Para o efeito sugerimos a realização de uma reunião com a Assistente Social da Junta de Freguesia, Dra. Catarina Simões, a fim de serem definidos os dias e horas, número de alunos por grupos e forma de darem a conhecer o projeto e recrutar voluntários para participar. Podem contactar diretamente para este email, para o contato fixo 239 790902 (9h30 - 13h / 14h-17h30) ou telemóvel 96 8428165 que é utilizado pela Técnica.

Certos do interesse que este assunto irá merecer junto de V. Exa., subscrevo-me atenciosamente com os mais respeitosos cumprimentos.

O Presidente da Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais

Manuel Correia de Oliveira



Elzbieta Campos &lt;elzbieta.campos@gmail.com&gt;

---

## Fwd: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

---

Joao Apostolo &lt;apostolo@esenfc.pt&gt;

15 de março de 2017 às 16:18

Para: Elzbieta Campos &lt;elzbieta.campos@gmail.com&gt;, paulocosta@esenfc.pt

Início da mensagem reencaminhada:

De: Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede <[CantanhedeSantaCasa@sapo.pt](mailto:CantanhedeSantaCasa@sapo.pt)>

Assunto: RE: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Data: 15 de março de 2017, 16:17:19 WET

Para: "'apostolo'" <[apostolo@esenfc.pt](mailto:apostolo@esenfc.pt)>

Boa tarde Prof. João Apóstolo,

recebemos o seu e-mail, que mereceu a melhor atenção.

Relativamente ao pedido formulado, informamos a disponibilidade desta Santa Casa para a concretização do programa, que se nos afigura como uma mais valia para os utentes a envolver.

Com os melhores cumprimentos de estima e consideração

António Alexandre Henriques

Administrador Delegado

231422578

---

De: apostolo [<mailto:apostolo@esenfc.pt>]

Enviada: segunda-feira, 13 de março de 2017 15:51

Para: [cantanhedesantacasa@sapo.pt](mailto:cantanhedesantacasa@sapo.pt)

Cc: 'Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro'

Assunto: Pedido de autorização para realização dum programa de intervenção no contexto de Ensino Clínico

Exmo. Sr. Dr. Rui Filipe Trindade C. Heleno Rato

Digmo. Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Cantanhede

Boa tarde

Venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnFC, estabelecido para o ano letivo 2016/2017 na sua instituição, de um programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas.

Envia-se em anexo o pedido de autorização, bem como o protocolo do estudo em que se enquadra a dita intervenção.

Com a mais elevada consideração e respeitosos cumprimentos

João Apóstolo

Exmº Senhor Professor Doutor  
João Luis Alves Apóstolo  
Escola Superior de Enfermagem  
Rua 5 de Outubro SMB  
3046-851 Coimbra

Coimbra, 2017.05.03

CSCPSM/012/2017

*Assunto: Autorização para realização, no contexto de ensino clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de programa de intervenção para idosos.*

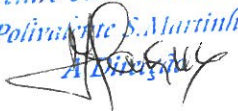
Na sequência do pedido formulado por V.Exª, sou a informar, que autorizo a implementação do programa em contexto do Ensino Clínico dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Assim teremos todo o gosto em receber os alunos no período indicado.

Sem mais de momento, subscrevemo-nos

Atentamente

Pel'A Direcção do CSCPSM

A Presidente  
Centro Sócio - Cultural  
Polivalente S. Martinho  


(Margarida Alexandra Moreira da Silva)

**De:** Paula Cordeiro <cordeiro@esenfc.pt>  
**Enviado:** quarta-feira, 17 de maio de 2017 11:25  
**Para:** elzbietacampos  
**Assunto:** FW: Ensino Clínico - pedido de autorização de realização do estudo

Bom Dia !  
Recebi mail da Dr<sup>a</sup> Sónia Vinagre que reencaminho.  
Att,  
Paula Cordeiro

---

**De:** ANAI Oficina [<mailto:anai.ofci@sapo.pt>]  
**Enviada:** quarta-feira, 17 de maio de 2017 10:34  
**Para:** 'Paula Cordeiro'  
**Assunto:** RE: Ensino Clínico - pedido de autorização de realização do estudo

Bom dia Dr.<sup>a</sup> Paula,  
Se me pudessem reencaminhar pedido inicial, agradecia.  
Não vem no corpo do texto nem como anexo.  
A ANAI autoriza a realização do estudo pois sempre existiu um espírito de colaboração e entreajuda entre as duas entidades mas era só para ficar com o pedido para informar o presidente da Direção.  
Muito grata por tudo Até breve

**Sónia Vinagre**

*(Diretora Técnica)*



---

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE APOIO AO IDOSO – ANAI - COIMBRA**

Rua Pedro Monteiro, n.º 68 /3000 - 329 COIMBRA

Telefone: 239826030 / 239827412

Fax: 239826030 / Telemóvel: 969831538

[anaigeral@sapo.pt](mailto:anaigeral@sapo.pt)      [www.anai.pt](http://www.anai.pt)

**Oficina do Idoso / Centro de Dia:** Rua João Cabreira, n.º 18 / 3000 - 233 COIMBRA

Telefone: 239852720

Fax: 239852729 / Telemóvel: 969831537

[anai.ofci@sapo.pt](mailto:anai.ofci@sapo.pt)      [www.anai.pt](http://www.anai.pt)



# **ANEXO VI**



## PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

### **TERAPIA DE REMINISCÊNCIA EM GRUPO PARA PESSOAS IDOSAS COM DECLÍNIO COGNITIVO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL**

#### **1. Identificação do projeto principal**

Este projeto está ancorado no projeto estruturante Envelhecimento Saúde e Cidadania da UICISA:E

#### **2. Título dos projetos associados**

1. *Estimulação Cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado*

#### **3. Equipa de investigação**

Investigadora Responsável

- Isabel Maria de Assunção Gil, professora adjunta da ESEnfC

Equipa

- João Luís Alves Apóstolo, professor coordenador da ESEnfC
- Maria de Lurdes Ferreira de Almeida, professora coordenadora da ESEnfC
- Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, professor adjunto da ESEnfC
- Paulo Jorge dos Santos Costa, bolsheiro da UICISA:E
- Vitor Sérgio de Oliveira Parola, assistente convidado da ESEnfC
- Adriana Raquel Neves Coelho, assistente convidada da ESEnfC
- Eduardo José Santos, assistente convidado da ESEnfC
- João Paulo Almeida Tavares, assistente convidado da ESEnfC
- Elżbieta Małgorzata Bobrowicz-Campos, bolsheira da UICISA:E

#### **4. Resumo**

Em contexto nacional, dados significativos enquadrados no relatório de Saúde Mental em Números (Direcção-Geral de Saúde, 2016, p.75) apontam para níveis de incidência de défice cognitivo ligeiro em pessoas idosas com mais de 65 anos entre 9,9% a 21,5%, prevendo-se que este número triplique até 2050. Os idosos com declínio cognitivo perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga na família, que culminam frequentemente com a sua institucionalização.

De acordo com Kuske et al. (2009), cerca de 60% das pessoas institucionalizadas em países industrializados apresenta um quadro demencial, o que acarreta novos desafios para estas instituições e para os seus profissionais. Este processo associa-se, inevitavelmente, a um aumento da prevalência de doenças crónicas degenerativas, particularmente das perturbações neurocognitivas (PNC). A categoria das PNC inclui o conjunto das perturbações nas quais o défice clínico primário é na função cognitiva, sendo esse défice (documentado por testes neurológicos estandardizados ou por avaliação clínica quantitativa) adquirido, isto é, representa um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento (APA, 2013).

Neste linha sequencial, torna-se prioritário o delineamento das intervenções que, de forma eficaz, se foquem na estimulação das melhores práticas para um envelhecimento ativo, visando a implementação de medidas que minimizem o impacto das PNC, ao retardar a sua progressão ou modulando o seu curso, reduzindo assim sintomatologia associada (Direcção-Geral de Saúde, 2016; Organização Mundial de Saúde, 2015).

Sabendo que os fármacos até agora introduzidos na prática clínica se restringem ao controlo sintomático, não sendo capazes de impedir a progressão da doença, as intervenções não-farmacológicas têm vindo a adquirir especial destaque. A literatura enfatiza o valor da Reminiscência como estratégia terapêutica para pessoas com défices cognitivos. Esta intervenção baseia-se no relato de vivências passadas, permitindo estimular a recuperação de acontecimentos de vida significativos com diversos desígnios, com incidência particular na resolução de conflitos do passado.

A Reminiscência configura-se numa atividade agradável e estimulante que contribui para redução do isolamento social, revelando-se como uma estratégia para promover as relações interpessoais (Cooney et al., 2014; Gibson, 2004). Tem sido relatada como uma intervenção associada ao prazer, segurança e sentido de pertença (Cappeliez & O'Rourke, 2006). É também uma opção terapêutica de baixo custo (Siverová & Bužgová, 2014). Além disto, e de acordo com Westerhof, Bohlmeijer e Webster (2010), 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 bem como no aumento da fluência verbal.

Perante o exposto, considera-se que a implementação de um programa estruturado de Reminiscência pode maximizar o funcionamento cognitivo, melhorar os sintomas depressivos e promover a qualidade de vida, facilitando o processo de adaptação às transições da vida contribuindo para a promoção da dignidade das pessoas com declínio cognitivo e que se encontram a frequentar instituições quer em regime de centro de dia ou em Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI). O projeto aqui apresentado pretende responder a esta necessidade emergente através da implementação de um programa de Terapia de

Reminiscência dedicado a pessoas idosas em contexto institucional, e a comparação da sua eficácia com os cuidados institucionais habituais. A população alvo serão as pessoas com a idade igual ou superior a 65 anos que apresentam declínio cognitivo. O programa de Reminiscência constará na estimulação das memórias autobiográficas. Este estudo será conduzido em ERPI da Região Centro de Portugal.

## **5. Objetivos**

- Avaliar a eficácia de um programa de Terapia de Reminiscência na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional.

## **6. Estado de Arte**

Em contexto nacional, dados do último Relatório da Primavera (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2016), que reforçam que as pessoas mais velhas integram os grupos vulneráveis em que se constata uma maior prevalência de problemas de saúde mental, estimam que existam pelo menos 60 mil pessoas com PNC e mais de 100 mil pessoas idosas com perturbações depressivas. Estes dados são igualmente destacados no Programa Nacional para a Saúde Mental – Saúde Mental em Números (2016), ressaltando que, com base na evidência científica, a institucionalização se considera também um importante fator de risco para o desenvolvimento de demência. Concordantemente, a comunidade científica reconhece que o sistema de saúde público enfrenta um desafio novo, relacionado com a necessidade de redefinição das suas linhas de atuação no sentido de acompanhar de uma forma mais sustentada as pessoas idosas e de prevenir o surgimento precoce de dependência e incapacidade funcional (Cesari et al., 2016).

Nesta linha de pensamento, as intervenções não farmacológicas têm vindo a ganhar especial destaque por desempenharem um papel privilegiado ao nível dos modelos multidimensionais que integram a dimensão cognitiva, funcional, comportamental e afetiva nas PNC. Portanto, as intervenções psicossociais afiguram-se no seu potencial terapêutico com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas com declínio cognitivo (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012).

A Terapia de Reminiscência fundamenta-se no pressuposto de que se pode melhorar a saúde mental através da estimulação das memórias autobiográficas positivas e pelo desencorajamento das memórias autobiográficas negativas, na medida em que, a recuperação das vivências pessoais de carácter positivo está associada aos sentimentos de alegria e orgulho, e a recuperação das vivências pessoais negativas pode motivar as sensações de stress (Levine, Lench & Safer, 2009). As memórias autobiográficas são referidas como construções mentais de carácter dinâmico e transitório que são geradas a partir do conhecimento de base que a pessoa tem acerca de si própria, sendo o acesso às mesmas modulado pela metas pessoais predominantes no momento (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, Singer, & Tagini, 2004). A partilha de memórias autobiográficas assume uma função social ao criar relações

sociais mediante a partilha de histórias e experiências entre indivíduos, e atinge uma função diretiva quando, através da reflexão, ajuda a resolver problemas ou a direcionar comportamentos futuros (Bluck, 2003; Waters, Bauer, & Fivush, 2014).

A partir da realização de uma meta-análise, Pinquart e Forstmeir (2012) destacam o efeito da Reminiscência nas variáveis psicossociais, especificamente na promoção de melhorias ligeiras a moderadas na sintomatologia depressiva, integridade do ego, bem-estar, propósito na vida, maestria, cognição, integração social e preparação para a morte, revelando, deste modo, os efeitos positivos da Reminiscência na saúde mental das pessoas mais velhas. Os autores salientam que a investigação sobre os efeitos da TR deverá incluir dimensões inovadoras como a avaliação do bem-estar, da identidade, da satisfação com a vida, da qualidade de vida, da felicidade e da maestria, ao invés de se focarem apenas na diminuição dos sintomas patológicos. Por sua vez, a revisão da literatura realizada por Cotelli et al. (2012) sobre os efeitos da terapia de Reminiscência nas pessoas com demência aponta para o impacto positivo desta terapia na melhoria da cognição, humor, comportamento e qualidade de vida. Os autores consideraram, contudo, algumas limitações nos estudos analisados, nomeadamente a escassez de estudos experimentais e as lacunas na aleatorização dos participantes.

Também os resultados de uma revisão da literatura realizada por Lopes, Afonso e Ribeiro (2014) sugerem um impacto globalmente positivo da Reminiscência nos indivíduos com demência, destacando-se o efeito positivo ao nível da cognição, humor, sintomatologia depressiva, qualidade de vida e comunicação. Todavia, parece importante realçar que também estes autores advertem para a falta de investigações metodologicamente consistentes, com amostras alargadas, critérios de inclusão definidos e desenhos longitudinais que permitam conclusões mais fundamentadas sobre o efeito da Reminiscência em pessoas com demência.

Por todas as razões acima enumeradas, as intervenções que se focam na estimulação de determinadas funções cognitivas (tais como a Reminiscência) deverão ser iniciadas o mais precocemente possível, abrangendo, necessariamente, as pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional. O projeto aqui apresentado pretende responder a esta necessidade emergente através de implementação de um programa de Terapia de Reminiscência recentemente construído e dedicado às pessoas idosas em contexto institucional, comparando a sua eficácia com os cuidados institucionais habituais. A população alvo serão as pessoas com a idade igual ou superior a 65 anos que apresentam declínio cognitivo. Este estudo será conduzido em ERPI da Região Centro de Portugal.

## **7. Método**

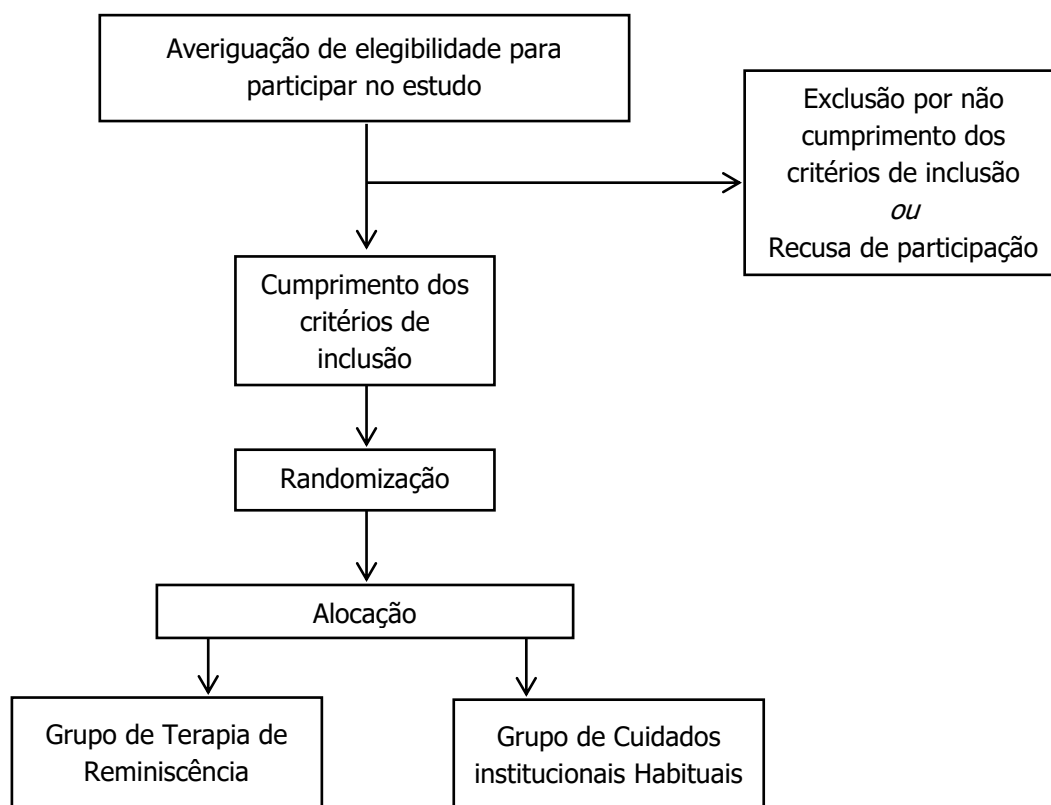
### **7.1. Desenho do estudo**

- O estudo de eficácia do Programa de Terapia de Reminiscência será de carácter multicêntrico, randomizado controlado.

## 7.2. Seleção de participantes e alocação

Para o estudo de eficácia do programa de Terapia de Reminiscência, a amostra será constituída por pessoas com idade de 65 anos ou mais, recrutadas em ERPI da Região Centro de Portugal. Serão consideradas como elegíveis para participar no estudo pessoas idosas que: (i) têm capacidade de consentir, de forma informada, a sua participação no estudo; (ii) têm capacidade de permanecer em grupo no período de tempo de 60 minutos; (iii) têm capacidade auditiva suficiente para participar em discussões; (iv) têm capacidade visual suficiente para ver as imagens que integram o programa aplicado; (v) critérios de declínio cognitivo rastreado pelo instrumento 6CIT. Serão excluídas as pessoas que apresentam quadro clínico instável ou não desejem participar no estudo.

Após a averiguação dos critérios de inclusão e exclusão, efetuar-se-á a avaliação de base que permitirá recolher os dados sobre o estado funcional dos participantes em domínios físico, cognitivo e emocional. Em seguida, proceder-se-á aos processos de randomização e alocação aleatória dos participantes incluídos no grupo de intervenção (programa de Reminiscência) ou grupo de cuidados institucionais habituais. A alocação nos grupos será oculta do conhecimento dos participantes. O processo de seleção e de alocação dos participantes está apresentado na Figura 1.



**Figura 1 - Diagrama do processo de seleção e alocação dos participantes**

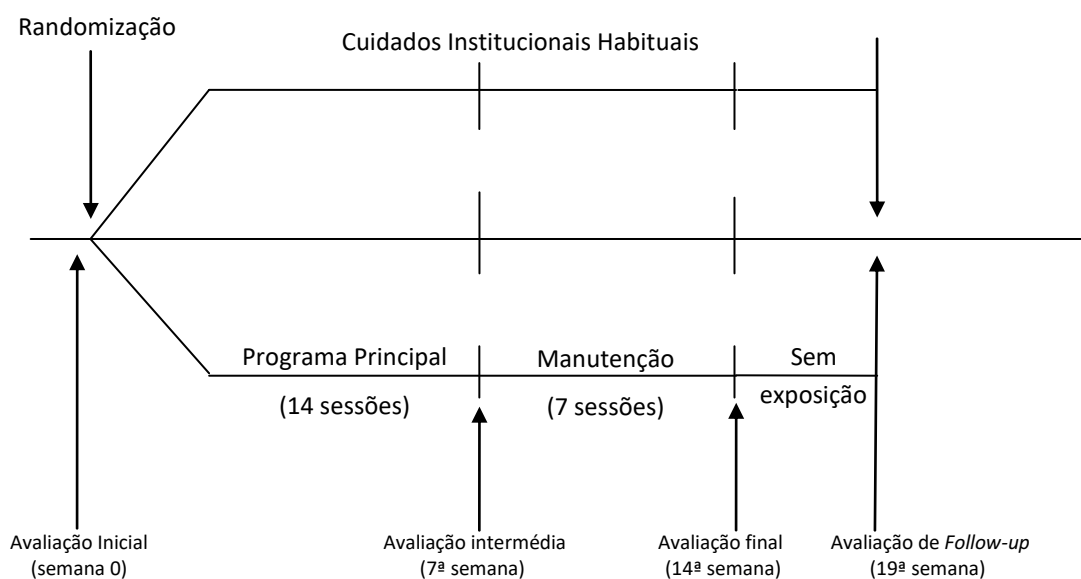
De modo a minimizar eventuais constrangimentos intrainstitucionais, será oferecida a possibilidade de participação no programa de Terapia de Reminiscência a todas pessoas que não cumpram critérios de inclusão no presente estudo, após a conclusão do mesmo.

### 7.3. Outcomes

Para efeitos do estudo de eficácia do programa de Terapia de Reminiscência, foi considerada como o *outcome* de interesse a cognição, presença de sintomas depressivos e qualidade de vida. Na conclusão do programa de intervenção, os participantes e os profissionais de saúde envolvidos na aplicação do mesmo serão questionados sobre a sua satisfação com a intervenção. Os profissionais serão questionados ainda sobre recursos utilizados no decorrer do programa.

### 7.4. Avaliação

A avaliação dos participantes no estudo de eficácia da Terapia de Reminiscência será efetuada individualmente e decorrerá em quatro momentos distintos (Figura 2).



**Figura 2 - Representação gráfica do desenho do estudo**

O primeiro momento de avaliação está previsto para o início do estudo, antes dos processos de randomização e alocação. O segundo momento de avaliação (avaliação intermédia) decorrerá aproximadamente 7 semanas após a randomização, com o término do programa principal de Terapia de Reminiscência. O terceiro momento de avaliação (avaliação final) decorrerá 14 semanas após a randomização, com o término da vertente de manutenção de Terapia de Reminiscência. Dezanove semanas após a randomização, e após cinco semanas sem exposição dos participantes a qualquer tipo de intervenção estruturada, decorrerá a avaliação de *follow-up*.

Com base num teste-piloto efetuado com uma pessoa idosa, estima-se que cada avaliação individual tenha uma duração de aproximadamente 60 minutos. Para tornar este processo mais agradável e menos cansativo, os testes e questionários que avaliam diferentes domínios do funcionamento serão intercalados. Aos membros de equipa que avaliarão o impacto de programas de intervenção nos participantes será ocultado em que grupo (Terapia de Reminiscência ou Cuidados Institucionais Habituais) os participantes foram alocados.

## **7.5. Instrumentos**

### **7.5.1. Instrumentos de rastreio utilizados no estudo de eficácia do programas de Terapia de Reminiscência**

Para averiguação de elegibilidade para participar no estudo serão utilizados enquanto instrumentos de rastreio o "Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens (6CIT)" de Brooke e Bullock (1999), adaptado para Portugal por Paiva e Apóstolo (2015). O uso de 6CIT permitirá identificar as pessoas idosas com défice cognitivo instalado. Trata-se aqui dum instrumento breve e de fácil aplicação que devido a sua elevada sensibilidade é aconselhado como referência a nível dos cuidados primários.

Serão aplicado um breve questionário sociodemográfico, construído pelos autores deste estudo.

### **7.5.2. Instrumentos de avaliação utilizados no estudo de eficácia dos programas de intervenção**

Para obter os dados sobre o funcionamento cognitivo, utilizar-se-á o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) de Nasreddine et al. (2005), adaptado e validado para Portugal por Freitas, Simões, Martins, Vilar e Santana (2010). De acordo com alguns autores (Langlois et al., 2012; Robertson et al., 2013).

A avaliação de humor focar-se-á na identificação dos sintomas de depressão. Para este fim utilizar-se-á a Escala de Depressão Geriátrica, desenvolvida por Sheikh e Yesavage (1986) e adaptada para Portugal por Apóstolo et al. (2014b).

O *outcome* da qualidade de vida será avaliado com recurso à WHOQOL-OLD versão abreviada de 8 itens. Esta escala foi originalmente desenvolvida pelo WHOQOL-OLD Group (2006), tendo sido adaptada e validada para Portugal por Vilar et al. (2014). No presente estudo utilizar-se-á a versão abreviada de 8 itens, resultante da análise de conteúdo por grupo de peritos (incluindo a primeira autora da versão portuguesa da escala).

Todos os instrumentos supracitados serão utilizados na avaliação de inicial (semana 0), avaliação intermédia (7ª semana), avaliação final (14ª semana) e avaliação de *follow-up* (19ª semana). No momento de avaliação final aplicar-se-á adicionalmente o questionário de satisfação com a intervenção, elaborado pela equipa do presente estudo. Este questionário será administrado aos participantes e aos profissionais envolvidos nos programas de intervenção. Os profissionais preencherão também um questionário relativo à utilização de recursos, construído

por autores deste estudo, que incluirá perguntas sobre as instalações, equipamento e ferramentas usadas no decorrer do programa.

### **7.6. Desenvolvimento do Programa de Terapia de Reminiscência**

A nível internacional, o processo de construção e validação de protocolos de Terapia de Reminiscência utilizados em estudos controlados nem sempre se encontra definido, o que se revela como uma possível limitação metodológica e explicativa de resultados inconsistentes entre diferentes estudos de eficácia (Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007; Cotelli et al., 2012; Stinson, 2009). Mesmo em estudos recentes que pretendem desenvolver um protocolo de intervenção de qualidade, como o de Stinson (2009), verifica-se que a sua construção é baseada em trabalhos e recomendações puramente teóricas, não existindo nenhum processo de validação da conformidade e aplicabilidade destas recomendações.

Em Portugal, é escassa a evidência que suporte a eficácia da TR, não tendo sido encontrados estudos para a população portuguesa centrados nos idosos com declínio cognitivo em contexto institucional. Deste modo, considerou-se relevante a construção e validação de um protocolo de TR construído, a ser aplicado a pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional. Para tal, foram seguidas as orientações e recomendações do Medical Research Council (Craig et al., 2008) para o desenvolvimento de intervenções complexas. O seu desenvolvimento baseou-se na identificação da evidência existente, modelagem do processo de forma a refinar o desenho da intervenção e avaliação da aceitabilidade e efetividade da intervenção em campo (Craig et al., 2008). Este processo decorreu em quatro fases distintas, recorrendo-se a estratégias como: (i) entrevistas preliminares com potenciais utilizadores do programa e com profissionais de saúde em contexto institucional, focadas no levantamento de temáticas de interesse, aceitabilidade e potencial de replicação da intervenção; (ii) condução de grupos focais compostos por peritos multidisciplinares das áreas de enfermagem de saúde do idoso, enfermagem de saúde mental, psiquiatria, psicologia, pedagogia e gerontologia, para análise crítica do protocolo construído e discussão da sua pertinência e aplicabilidade; (iii) teste de campo de todas as sessões integradas no protocolo criado com grupo de idosos e profissionais de saúde em contexto institucional; (iv) painel de consenso por peritos, sintetizando os dados recolhidos e analisando convergências, do qual resultou a versão final do Programa de Terapia de Reminiscência.

A eficácia do programa de Terapia de Reminiscência construído e validado foi estudada através da condução de um estudo multicêntrico, randomizado controlado, em comparação com um programa de estimulação cognitiva. A população alvo deste estudo foram pessoas com a idade superior a 65 anos que apresentam sintomas de fragilidade física, em Centros de Dia da região Centro de Portugal. Este estudo obteve parecer favorável pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Parecer nº P406-03/2017).

### **7.6.1. Características do Programa de Terapia de Reminiscência**

O programa de Terapia de Reminiscência construído e validado é composto por: (i) programa principal que decorre durante 7 semanas, com sessões bissemanais (14 sessões); (ii) vertente de manutenção, que decorre durante 7 semanas, uma vez por semana (7 sessões).

Foca-se no percurso de vida do participante, integrando a escola, a vida profissional, as viagens, épocas festivas e momentos históricos, entre outros. As sessões serão apoiadas por uma plataforma de conteúdos digitais que será criada para disponibilizar os materiais do programa de Reminiscência e que inclui fotografias, vídeos, músicas. No decorrer de cada sessão, o dinamizador deverá ser capaz de rentabilizar o tempo disponível, colocando maior ênfase na fase de discussão de cada temática.

A duração de cada sessão é de 60 minutos por sessão, considerando-se viável que se disponibilizem cerca de 15 minutos para a apresentação, 35 minutos para a discussão temática e 10 minutos para o encerramento da sessão, embora estes períodos podem ser flexibilizados de acordo com as necessidades dos participantes. Em algumas sessões, são apresentadas sugestões de atividades complementares, as quais podem ser organizadas em parceria com as instituições de acolhimento. Todavia, deverá ser dada ênfase às memórias autobiográficas dos participantes, independentemente da natureza da atividade a realizar. Por último, torna-se importante relembrar que as sessões devem motivar os participantes ao longo do programa, assim como se reforçar as ligações de partilha e cumplicidade.

As sessões serão desenvolvidas em grupo com um mínimo de quatro e um máximo de oito participantes. A dinamização das sessões prevê a existência de um líder e co-líder. Estas funções serão desempenhadas por profissionais de saúde, com a formação na área de envelhecimento, das instituições. No entanto, pretende-se envolver os estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem no desenvolvimento das atividades propostas, numa ótica de desenvolvimento de competências e conhecimentos. Este envolvimento será monitorizado pelos assistentes externos convidados, responsáveis por cada campo de ensino clínico onde se desenvolverá o projeto. Além disso, a equipa de investigação supervisionará todo o processo no sentido de apoiar os intervenientes, colmatar as dificuldades sentidas e garantir qualidade das intervenções.

### **7.6.2. Cuidados Institucionais Habituais**

Entendem-se por cuidados institucionais habituais todas as atividades conduzidas por um profissional da instituição, de forma não estruturada, frequência e duração variável. Exemplos destes cuidados são tertúlias temáticas e de viagens, atividades de pintura e expressão plástica, atividades de música e canto, atividades de exercício físico, dança, clubes de leitura e cinema, clube de jardinagem, entre outros.

## **7.7. Considerações e procedimentos éticos**

O presente projeto de investigação insere-se no âmbito da Investigação Clínica, apresentando as características de estudo clínico com intervenção e envolvendo seres humanos. Este enquadramento do projeto exige por parte da equipa de investigação o cumprimento dos mais elevados padrões éticos. Para assegurar o cumprimento destes padrões, o projeto compreenderá às recomendações da Declaração de Helsínquia e será submetido à avaliação (i) da comissão de ética da UICISA-E da Escola Superior da Enfermagem de Coimbra e das (ii) entidades responsáveis pelas instituições participantes.

Os potenciais participantes serão informados verbalmente e por escrito sobre os objetivos de estudo, a sua metodologia e procedimentos (com a duração e frequência das sessões a organizar), e sobre os riscos e benefícios associados. Receberão também a garantia de confidencialidade e anonimato, bem como a garantia de que os dados recolhidos destinam-se unicamente a fins de investigação científica. Para este efeito, as folhas de respostas serão codificadas, sendo armazenadas separadamente do consentimento informado, o que permitirá preservar a anonimidade dos informantes. Para o presente estudo será criado um código não identificável por terceiros, sendo oferecido aos participantes um cartão único e intransmissível, com um símbolo de referência (animal). O código atribuído constará nas folhas de resposta nos momentos de avaliação ao longo do estudo, e na base de dados, salvaguardando assim a proteção dos participantes. Este cartão será pedido na avaliação de *follow-up* (19ª semana).

Além disso, no processo de consentimento informado, os potenciais participantes serão informados que a sua decisão de participar, ou não, no estudo é totalmente voluntária e qualquer que seja esta decisão, a mesma não influenciará os cuidados de saúde e terapêuticos que são prestados a esta pessoa na instituição. Por fim, os potenciais participantes terão conhecimento de que podem desistir da sua participação no estudo em qualquer momento, sem sofrer quaisquer consequências por isso. Após a anuência do consentimento livre, específico, informado será estabelecido o programa de trabalho que respeitará a disponibilidade dos participantes e as rotinas relacionadas com o funcionamento da instituição em que decorrerá o programa.

### **7.7.1. Benefícios associados à investigação**

Relativamente aos benefícios decorrentes do estudo de eficácia do programa de Terapia de Reminiscência, como é evidenciado na literatura, as intervenções baseadas nestes programas estão associados a ganhos em saúde, nomeadamente em funções cognitivas (principalmente a memória), humor, bem-estar, comunicação, qualidade de vida, bem como na relação com cuidador e na diminuição da perceção de sobrecarga por sua parte.

### **7.7.2. Riscos associados à investigação**

No que respeita aos riscos ou danos, os investigadores identificaram na literatura a possibilidade de se desencadearem memórias autobiográficas negativas, que podem motivar

sensações de stress aos participantes (Levine et al., 2009). Contudo, para reduzir a possibilidade de surgimento de qualquer situação de risco, a equipa responsável pela avaliação do estado funcional dos participantes e pela aplicação dos programas de intervenção será composta por profissionais com formação na área em que se insere o estudo e com competências adequadas para identificar os potenciais danos ou prejuízos, e atuar, caso necessário.

### **7.7.3. Custos associados à investigação**

A participação em ou a desistência do estudo de eficácia do programa de Terapia de Reminiscência não acarretam custos para os participantes e para a instituição. A intervenção será desenvolvida nos locais onde os indivíduos habitualmente se encontram (ERPI).

## **8. Descrição das tarefas**

No âmbito do estudo de eficácia do programa de Terapia de Reminiscência, realizar-se-ão as seguintes tarefas:

- i. Preparação dos exercícios de intervenção e da bateria de instrumentos de avaliação e de intervenção;
- ii. Preparação e treino das equipas que irão desenvolver as avaliações e a intervenção;
- iii. Apresentação do estudo aos potenciais participantes, o processo de consentimento informado e atribuição de um código único e intransmissível;
- iv. Avaliação de triagem, seleção das amostras e constituição dos diferentes grupos que vão ser alvo de intervenção;
- v. Avaliação inicial de funcionamento individual dos participantes;
- vi. Aplicação do programa principal de Terapia de Reminiscência;
- vii. Avaliação intermédia do funcionamento individual dos participantes;
- viii. Aplicação da vertente de manutenção de Terapia de Reminiscência;
- ix. Avaliação final do funcionamento individual dos participantes e da sua satisfação com a intervenção;
- x. Recolha de dados relativos à utilização de recursos junto aos profissionais de saúde que aplicaram o programa e avaliação da sua satisfação com a intervenção;
- xi. Avaliação de *follow-up* do funcionamento individual dos participantes (cinco semanas após a avaliação final);
- xii. Inserção, tratamento e análise dos dados colhidos;
- xiii. Redação de comunicações e de artigos científicos para serem apresentados à comunidade científica e em revistas científicas de referência.

## **9. Instituições participantes**

Segue-se a lista das instituições que serão contactadas e convidadas para participar no estudo de eficácia do programa de Terapia de Reminiscência:

- i. Cáritas Diocesana de Coimbra
- ii. Doce Viver - Alojamento Sénior de Qualidade
- iii. Fundação Beatriz Santos - Domus Aeminium
- iv. Fundação Beatriz Santos – Domus Vitae
- v. Quinta Verde - Repouso e Lazer Lda.
- vi. Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira
- vii. Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho

### **Referências Bibliográficas**

- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>a</sup> ed.).(American Psychiatric Association, Ed.). Arlington.
- Apóstolo, J., Loureiro, L.M., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014b). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale-15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV, 3*, 65-73.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: exploring its functions in everyday life. *Memory, 11* (2), 113-123.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health, 11*(3), 291-300.
- 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.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology: Series B Psychological Sciences and Social Sciences, 61* (4), 237-244.
- 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.
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, Ch. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the Self-Memory System. *Psychological Review, 107* (2), 261-288.
- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: correspondence and coherence. *Social Cognition, 22* (5), 491-529.
- 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.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas, 72*(3), 203-205.

- 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. doi: 10.1136/bmj.a1655
- Direção Geral da Saúde. (2016). Portugal Saúde Mental em Números – 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. 75-86. Recuperado de [http://www.apah.pt/media/publicacoes\\_tecnicas\\_sector\\_saude\\_2/Saude\\_Mental.pdf](http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.pdf)
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana I. (2010). Adaptation studies of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) to the Portuguese population. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Gibson, F. (2004). *The past in the present: Using reminiscence in health and social care*. Baltimore: Health Professions Press.
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27 (10), 1731-1737.
- Huang, C., Chen, T., Chen, Y., Hu, L., Liu, F., Kuo, L., & Chiu, 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.
- 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(2), 295–308. <https://doi.org/10.1017/S1041610208008387>
- Levine, L. J., Lench, H. C., & Safer, M. A. (2009). Functions of Remembering and Misremembering Emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1059-1075.
- Lopes, T. S., Afonso, R. M. L. B. M., & Ribeiro, O. M. S. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 107-118.
- Nasreddine, Z., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016) – Saúde Procuram-se novos caminhos. Relatório primavera de 2016. Recuperado de <http://www.aenfermagemasleis.pt/wp/wp-content/uploads/2016/06/Relatorio-de-Primavera-2016-OPSS-14-06-2016.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). First WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia, 3–4. doi: 10.1016/S1470-2045(03)01154-9
- 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).

- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16 (5), 541-558.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5 (1-2), 165-173.
- 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
- Stinson, K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (11), 521-528.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 93-97.
- 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: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos [Adaptation and validation of the WHOQOL-OLD for the Portuguese population: Results of focus groups implementation]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95.
- Waters, T. E., Bauer, P. J., & Fivush, R. (2014). Autobiographical memory functions served by multiple event types. *Applied Cognitive Psychology*, 28 (2), 185-195.
- 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.
- WHOQOL-OLD Group. (2006). *The WHOQOL-OLD Manual*. Copenhagen: WHO/European Office.

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº P433-06/2017

**Título do Projecto:** Terapia de reminiscência em grupo para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional

### Identificação do Proponente

Nome(s): Isabel Maria de Assunção Gil

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Isabel Maria de Assunção Gil

**Relator:** Maria Filomena Botelho

### Parecer

O projecto tem como objectivo avaliar a eficácia de um programa de Terapia de Reminiscência na função cognitiva, sintomas depressivos e qualidade de vida em pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional.

Segundo os autores trata-se de um estudo multicêntrico, randomizado controlado em que a alocação dos participantes será feita sem o seu conhecimento. Após o processo de randomização, os participantes serão distribuídos aleatoriamente pelo grupo experimental (onde se aplicará o programa de reminiscência composto por programa principal e vertente de manutenção) ou pelo grupo de cuidados institucionais habituais. A avaliação dos participantes será efetuada individualmente e decorrerá em quatro momentos distintos, de acordo com o desenho do projecto.

O estudo decorrerá nas seguintes instituições: Cáritas Diocesana de Coimbra (Lar de S. José); Doce Viver (Alojamento Sénior de Qualidade); Fundação Beatriz Santos (Domus Aeminium e Domus Vitar); Quinta Verde (Repouso e Lazer Lda.); Santa Casa da Misericórdia da Vila de Pereira; e Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho.

Os critérios de inclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo o presente parecer não dispensa a autorização formal das entidades onde vai decorrer o estudo.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 19/7/2017

O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



escola superior da  
enfermagem  
de coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



## Paulo Costa

---

**De:** Sónia Ferreira [soniaferreira@caritascoimbra.pt]  
**Enviado:** sexta-feira, 14 de julho de 2017 11:14  
**Para:** paulocosta@esenfc.pt  
**Cc:** Catarina Bettencourt  
**Assunto:** RE: Solicitação de Parecer para Projeto de Investigação

Ex.mo Senhor  
Dr. Paulo Costa

No seguimento do seu email somos a comunicar que a Direção da Cáritas de Coimbra autoriza a realização do programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas, no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem anteriormente solicitado por V. Ex.as através do ofício n.º 121/EC-SCP/2017, para o ano letivo 2017/2018 a desenvolver na Casa de S. José.

Mais se comunica que foi aceite o pedido de ensino clínico para a Casa de S. José de três alunos nos períodos referidos no vosso ofício n.º 121/EC-SCP/2017.

Com os melhores cumprimentos,



Sónia Ferreira  
Cáritas Diocesana de Coimbra

Departamento Secretariado  
Telemóvel 925 418 698

---

**De:** Paulo Costa [mailto:paulocosta@esenfc.pt]  
**Enviada:** segunda-feira, 26 de junho de 2017 15:39  
**Para:** Cáritas Diocesana de Coimbra - Geral  
**Cc:** 'Isabel Gil'; 'Joao Apostolo'  
**Assunto:** Solicitação de Parecer para Projeto de Investigação

Exmo. Sr. Padre Luís Miguel Costa  
Digno. Presidente da Cáritas Diocesana de Coimbra - Lar S. José

Boa tarde

A pedido da Professora Isabel Gil, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnFC, estabelecido para o ano letivo 2017/2018 na sua instituição, de um programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas. A condução e supervisão das atividades desenvolvidas ficará a cargo do Professor responsável pelo Ensino Clínico.



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
NURSING  
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM**

DATA: 26/06/2017

**De:** Isabel Maria de Assunção Gil

**Para:** Exmo. Sr. Enf. António Mendes Coelho

Digmo. Gerente Delegado do Doce Viver - Alojamento Sénior de Qualidade.

**Assunto: Avaliação e programa de Terapia de Reminiscência em idosos.**

Eu, Isabel Maria de Assunção Gil, venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnC, estabelecido para o ano letivo 2017/2018 na sua instituição, de um programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas. Estas atividades serão realizadas bissemanalmente durante catorze semanas, sendo enquadradas em sessões de 60 minutos cada. A aplicação do programa será acompanhada de avaliação do estado funcional (nomeadamente, cognitivo e emocional) e da qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo encontra-se no âmbito do projeto ECOG - Estimulação Cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado. O mesmo insere-se nas atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E). O presente estudo será uma mais-valia no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, permitindo desenvolver as competências necessárias para a elaboração de um projecto de investigação. Neste sentido, foi obtido parecer favorável dos professores orientadores do ensino clínico, que irão supervisionar a sua implementação.

Serão acautelados todos os princípios éticos. Não estão previstos quaisquer prejuízos ou custos para os idosos e instituição. Espera-se que venham a ocorrer benefícios nas diferentes funções cognitivas que são estimuladas, tal como é evidenciado na literatura. O projeto aguarda a apreciação da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnC.

Sem outro assunto, apresento os melhores cumprimentos e a expressão da mais elevada estima e consideração.

Pede Deferimento

Coimbra, 26 de junho de 2017

Isabel Maria de Assunção Gil

**INFORMAÇÃO**

*António Mendes Coelho*  
*António Mendes Coelho*  
06/07/2017

## Paulo Costa

---

**De:** geral@scmmv.com  
**Enviado:** quarta-feira, 28 de junho de 2017 14:05  
**Para:** Paulo Costa  
**Cc:** igil@esenfc.pt; apostolo@esenfc.pt; macarro@sapo.pt; direcaotecnica@scmmv.com; equipasaude@scmmv.com  
**Assunto:** Re: Solicitação de Parecer para Projeto de Investigação

Exmo Senhor Dr. Paulo Costa  
Exma Senhora Dra. Isabel Gil,

A Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho acusa a recepção do vosso pedido de Avaliação e programa de terapia de Reminiscência em idosos, dos estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem para o ano lectivo de 2017-18.

Declaramos a nossa disponibilidade para a realização do programa de intervenção para os idosos e congratulamo-nos pela cooperação existente entre as Instituições que representamos.

Com a maior consideração e estima, apresentamos os melhores cumprimentos e subscrevemo-nos respeitosamente.

O Provedor,  
(Manuel Marques Carraco dos Reis, Dr.)

A 2017-06-26 15:37, Paulo Costa escreveu:  
> Exmo. Sr. Dr. Manuel Marques Carraco dos Reis  
>  
> Digno. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Montemor-o-Velho  
>  
> Boa tarde  
>  
> A pedido da Professora Isabel Gil, venho por este meio solicitar a



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
NURSING  
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM

DATA: 26/06/2017

**De:** Isabel Maria de Assunção Gil

**Para:** Exmo. Sra. Dra. Maria de Jesus Fernandes Pires

Digma, Diretora Técnica da Quinta Verde - Repouso e Lazer Lda.

**Assunto: Avaliação e programa de Terapia de Reminiscência em idosos.**

Eu, Isabel Maria de Assunção Gil, venho solicitar a Vossa Excelência autorização para a realização no contexto do Ensino Clínico dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a funcionar na ESEnFC, estabelecido para o ano letivo 2017/2018 na sua instituição, de um programa de intervenção para os idosos composto por atividades que visam estimular várias funções cognitivas. Estas atividades serão realizadas bissemanalmente durante catorze semanas, sendo enquadradas em sessões de 60 minutos cada. A aplicação do programa será acompanhada de avaliação do estado funcional (nomeadamente, cognitivo e emocional) e da qualidade de vida dos idosos.

O presente estudo encontra-se no âmbito do projeto ECOG - Estimulação Cognitiva em idosos: intervenção na fragilidade cognitiva e promoção do autocuidado. O mesmo insere-se nas atividades a serem desenvolvidas na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E). O presente estudo será uma mais-valia no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, permitindo desenvolver as competências necessárias para a elaboração de um projecto de investigação. Neste sentido, foi obtido parecer favorável dos professores orientadores do ensino clínico, que irão supervisionar a sua implementação.

Serão acautelados todos os princípios éticos. Não estão previstos quaisquer prejuízos ou custos para os idosos e instituição. Espera-se que venham a ocorrer benefícios nas diferentes funções cognitivas que são estimuladas, tal como é evidenciado na literatura. O projeto aguarda a apreciação da Comissão de Ética da UICISA-E da ESEnFC.

Sem outro assunto, apresento os melhores cumprimentos e a expressão da mais elevada estima e consideração.

Pede Deferimento

Coimbra, 26 de junho de 2017

Isabel Maria de Assunção Gil

Coimbra, 26 de junho de 2017

Declaro que autorizo o estudo proposto.

M<sup>ª</sup> Jesus

INFORMAÇÃO

# **ANEXO VII**



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é Isabel Maria de Assunção Gil, sou professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Estou, em conjunto com a minha equipa, a realizar um estudo de investigação intitulado “Terapia de Reminiscência em grupo para pessoas idosas com declínio cognitivo institucionalizadas”. O objetivo deste estudo é avaliar o efeito desta intervenção em dimensões como cognição, humor e qualidade de vida em idosos com declínio cognitivo institucionalizados.

Neste sentido, solicito a sua participação no estudo. Para que a sua decisão seja tomada de forma informada, gostava de esclarecer alguns aspetos de investigação que são considerados pertinentes e que se pretendem cumprir rigorosamente. Caso tenha alguma dúvida ou questão, não hesite em solicitar mais informações.

**Procedimentos:** Este projeto visa implementar um programa de intervenção composto por um conjunto de sessões desenvolvidas em grupo que terão um carácter lúdico-didático, privilegiando-se as atividades recreativas, o interesse e a comunicação interpessoal. Além disso, serão aplicados testes e questionários que permitem avaliar as funções cognitivas, o estado emocional, a qualidade de vida e a sua satisfação com o programa realizado.

O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho e não estará ao acesso de terceiros. O seu nome será substituído por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados contactando diretamente com a investigadora.

**Riscos e custos:** Não existem danos ou custos associados à sua participação neste projeto. A sua decisão de fazer ou não parte deste projeto não terá nenhuma influência para o seu tratamento clínico presente ou futuro.

**Benefícios:** Prevê-se que melhore a sua memória, capacidade para comunicar e orientar-se no espaço e tempo, entre outros.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre a alternativa de não completar o teste

ou não responder ao questionário, parcial ou integralmente. Além disto, pode abandonar o estudo em qualquer momento. Esta decisão não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conheça a fonte da qual provém a informação.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 968087568.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver por Isabel Maria de Assunção Gil, com o título “Terapia de Reminiscência em grupo para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional”, fui informado(a) sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos e custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas verbalmente e por escrito. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ /201\_\_

Assinatura do(a) investigador(a)

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ /201\_\_



# **ANEXO VIII**



1. Recentemente o/a senhor/a implementou o Programa de Reminiscência. Gostaríamos de lhe pedir para nos falar um pouco sobre a sua experiência de dinamização do programa.
2. Qual é a sua opinião relativamente à estrutura e duração do programa
3. Quais dos temas ou conteúdos que acha mais adequados à população do estudo? Porquê?
4. Quais as sessões em que sentiu mais dificuldades na dinamização? Quer falar mais destas dificuldades?
5. Sentiu-se motivado/a para dinamizar este programa? O que contribuiu para esta motivação?
6. Acha que o programa foi útil para os participantes? De que forma?
7. Considera que as sessões do programa oferecem uma variedade adequada de atividades?
8. Considera importante a implementação deste tipo de programas terapêuticos?
9. No âmbito da dinamização do programa considera que os materiais digitais disponibilizados foram uteis para envolver os participantes, estimulando as memórias de vivências anteriores?
10. O que é que, na sua opinião, a plataforma de materiais digitais deverá conter para facilitar dinamização do programa e motivação dos participantes?
11. Gostaria de propor algumas melhorias/sugestões ao programa?



# **ANEXO IX**



## GUIA DA ENTREVISTA

1. No passado a senhora participou no Programa de Estimulação Cognitiva onde se realizaram atividades em grupo durante 7 semanas. Gostaríamos de lhe pedir para nos falar um pouco sobre a sua experiência de participação no programa.

- Quais dos temas ou sessões que mais gostou? O que lhe fez gostar destas sessões? Foram os conteúdos, foi a forma como a sessão foi conduzida, foram os materiais utilizados?

- Achou que o programa lhe foi útil? De que forma?

2. No âmbito do estudo em que a senhora participou pensamos desenvolver uma plataforma digital interativa que permitirá aos idosos procurar informação sobre cognição e envelhecimento. Se a senhora tivesse possibilidade de aceder a esta plataforma gostaria de fazê-lo?

3. O que é que, na sua opinião, essa plataforma deverá conter para a senhora ter o interesse em aceder a ela?

### **Depois**

1. Sentiu-se motivado/a para participar neste programa? O que contribuiu para esta motivação?

2. Quais as sessões em que sentiu mais dificuldades? Quer falar mais destas dificuldades?

3. Gostaria de participar num outro programa com estas características?



# **ANEXO X**



## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é João Luís Alves Apóstolo, sou professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Sou responsável pelo estudo de investigação intitulado “Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos”. No seguimento deste estudo gostaríamos de conhecer as experiências de participação no Programa de Reminiscência realizado no presente ano.

Neste sentido, solicito a sua participação numa entrevista em que colocaremos algumas questões relacionadas com as suas vivências no respetivo programa. Esta entrevista terá a duração máxima de 30 minutos e será realizada com recurso a meios audiovisuais.

Solicitamos também a sua autorização para a divulgação posterior da entrevista gravada para fins pedagógicos e científicos. Para tal salvaguardaremos o seu anonimato e ser-lhe-á dada a oportunidade de validar a entrevista gravada.

**Riscos e custos:** Não existem danos ou custos associados à sua participação neste projeto. A sua decisão de participar nesta entrevista não terá nenhuma influência para o seu tratamento clínico presente ou futuro.

**Benefícios:** A sua opinião é decisiva para a implementação de futuros programas de intervenção psicossocial, uma vez que permite identificar as variáveis associadas à satisfação dos participantes.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre a alternativa de não completar a entrevista ou não responder a algumas das questões. Esta decisão não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conheça a fonte da qual provém a informação.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 914552332.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à entrevista integrada no estudo “Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos”, desenvolvido por João Luís Alves Apóstolo, fui informado(a) que a entrevista será realizada com recursos audiovisuais para fins pedagógicos e científicos. Fui informado(a) também sobre o âmbito, os objetivos, os riscos e custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas verbalmente e por escrito. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

## INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

O meu nome é João Luís Alves Apóstolo, sou professor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Sou responsável pelo estudo de investigação intitulado “Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos”. No seguimento deste estudo gostaríamos de conhecer as experiências de dinamização do Programa de Reminiscência.

Neste sentido, solicito a sua participação num grupo focal em que colocaremos algumas questões relacionadas com as suas experiências na dinamização do respetivo programa. O grupo focal terá a duração máxima de 2 horas e será realizado com recurso a meios audiovisuais.

**Riscos e custos:** Não existem danos ou custos associados à sua participação neste projeto.

**Benefícios:** A sua opinião é decisiva para a implementação de futuros programas de intervenção psicossocial, uma vez que permite identificar as variáveis associadas à satisfação dos participantes.

**Alternativas:** A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre a alternativa de não completar o grupo focal ou não responder a algumas das questões.

**Confidencialidade:** A garantia da confidencialidade será assegurada pelo anonimato da identidade do participante e dos dados obtidos, de modo a que mais ninguém além do investigador conheça a fonte da qual provém a informação.

**Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas:** Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 914552332.

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente ao grupo focal integrado no estudo “Avaliação, estimulação cognitiva e reminiscência em idosos”, desenvolvido por João Luís Alves Apóstolo, fui informado(a) que o mesmo será realizado com recursos audiovisuais para fins pedagógicos e científicos. Fui informado(a) também sobre o âmbito, os objetivos, os riscos e custos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas verbalmente e por escrito. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias às quais obtive resposta satisfatória e com a minha assinatura aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/201\_\_