

IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA COM PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE CASO

Teresa Lopes^{1,2}, Rosa Afonso^{1,3}, Óscar Ribeiro^{1,4}, Henrique Quelhas⁵, & Dora de Almeida⁵

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; ²Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE;

³Universidade da Beira Interior; ⁴ISSSP e Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro; ⁵Santa Casa da Misericórdia de Belmonte

RESUMO: Enquadramento: Apesar da popularidade da reminiscência como estratégia de intervenção para melhorar a saúde mental e bem-estar na velhice, a literatura aponta para a necessidade de mais investigação de qualidade, que sustente o impacto deste tipo de terapia, em pessoas com declínio cognitivo. Objectivo: Avaliar o impacto da terapia de reminiscência, nos domínios cognição, comportamento, humor e memória autobiográfica, em pessoas idosas institucionalizadas, com declínio cognitivo. Metodologia: Foram descritos os efeitos da terapia de reminiscência livre individual, de carácter narrativo e que estimula a recuperação de eventos positivos em 2 participantes com declínio cognitivo, através da metodologia de estudo de caso, de análise quantitativa e qualitativa. Resultados: A terapia de reminiscência conduziu à melhoria das variáveis em estudo nos 2 participantes, nomeadamente nas componentes cognição, humor, comportamentos observados e memória autobiográfica. Conclusões: A reminiscência demonstrou, nos casos aqui relatados, o seu impacto positivo, como terapia não farmacológica, em pessoas com declínio cognitivo, através da estimulação e valorização das vivências passadas do indivíduo.

Palavras-chave: Reminiscência; Défice Cognitivo; Idoso; Estudo de Caso

IMPACT OF A REMINISCENCE PROGRAM WITH OLDER PERSONS: A CASE SYUDY

ABSTRACT: Background: Despite the popularity of reminiscence as an intervention strategy to improve mental health and well-being in old age, the literature points to the need for more quality research, to sustain the impact of this therapy in people with cognitive decline. Objective: To evaluate the impact of reminiscence therapy in cognition, behavior, mood and autobiographical memory in institutionalized participants with cognitive decline. Methodology: The effects of individual free reminiscence therapy, with a narrative character and that stimulate recovery of positive events were described in 2 participants with cognitive decline, through the case report methodology, with quantitative and qualitative analysis. Results: The reminiscence therapy led to improvement of the variables under study in the participants, especially in cognition components, humor, observed behaviors and autobiographical memory. Conclusions: Reminiscence demonstrated in the cases reported here, its positive impact, such as a non-pharmacological therapy, in people with cognitive decline by stimulating and enhancing past experiences of the individual.

✉ Largo dos Condes nº 1, 6250-111 Caria, Portugal; Telf.: 965756754; E-mail: aseret.lopes@gmail.com

Keywords: Reminiscence; Middle Cognitive Impairment; Aged; Case Reports

Recebido em 13 de Julho de 2015/ Aceite em 09 de Junho de 2016

O envelhecimento populacional observado em Portugal, coloca os profissionais de saúde perante novos fenómenos de saúde e doença. No decurso do envelhecimento humano, caracterizado pelo processo de adaptação às alterações físicas, psicológicas e circunstanciais, a demência e a depressão destacam-se como determinantes importantes que comprometem a saúde mental de pessoas idosas (Passos, Sequeira, & Fernandes, 2014). A demência é uma das principais causas de incapacidade na velhice, coexistindo frequentemente, com distúrbio mental e cognitivo e com doenças crónicas multiorgânicas, nesta população (Passos et al., 2014; WHO, 2012), conduzindo a problemas de saúde físicos, muitas vezes subestimados (WHO, 2013).

O défice cognitivo ligeiro consiste num estado de alteração heterogénea do funcionamento cognitivo, sem existência de compromisso nas atividades de vida diária, classificando-se como um estágio inicial de demência (Cooper, Li, Lyketsos, & Livingston, 2013). Afeta cerca de 19 % das pessoas idosas e cerca de metade dos casos evolui para demência em menos de 3 anos (Cooper et al., 2013).

Pessoas com alteração com alteração da saúde mental apresentam níveis de incapacidade e mortalidade muito superiores à população em geral. A Organização Mundial de Saúde (2013) estima que nos países desenvolvidos 35 a 50 % das pessoas com distúrbios mentais severos não recebem cuidados de saúde, existindo uma lacuna entre as necessidades de tratamento e a prestação dos sistemas de saúde. Apesar do impacto da demência na autonomia das pessoas, na estabilidade emocional, na capacidade para o trabalho, na capacidade de envolvimento social, e no conseqüente agravamento da depressão, a sua importância para a saúde pública continua a ser pouco considerada (WHO, 2012).

A eficácia dos fármacos para a demência é limitada, o que originou interesse sobre a investigação acerca de estratégias não farmacológicas (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012). Um estudo de revisão sobre o tratamento do défice cognitivo ligeiro, como tentativa de prevenir a deterioração cognitiva e a evolução para demência, demonstrou que não existiam resultados efetivos, quer das terapias farmacológicas quer das não farmacológicas (Cooper et al., 2013). Estes dados apontam para a inexistência de um tratamento que reduza a progressão degenerativa da demência (Cooper et al., 2013; Cotelli et al., 2012). Por outro lado, a investigação alerta para a necessidade e para o impacto positivo da utilização combinada de terapias farmacológicas e não farmacológicas nos casos de demência (WHO, 2013), nomeadamente em situações de défice cognitivo e estádios mais ligeiros de demência (Lin, 2010). Surge, assim, a necessidade de se implementar e analisar o impacto das terapias psicossociais, fundamentadas em boas práticas e baseadas em evidências científicas (WHO, 2013). No entanto, a falta de acesso a terapias não farmacológicas, assim como de profissionais com treino nestas intervenções, surgem como barreiras ao cuidado adequado a pessoas com alterações da saúde mental (WHO, 2013).

Entre as intervenções não farmacológicas identificadas como sendo potencialmente benéficas em pessoas idosas com défice cognitivo e com demência encontra-se a terapia de reminiscência (Peix, 2009). A reminiscência consiste na recuperação de memórias pessoais relevantes do passado (Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008), sendo um processo que tende a ocorrer de forma espontânea nas interações e dia a dia das pessoas mais velhas (Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Contudo, apesar da popularidade desta terapia a nível internacional, e de se assumir que a

reminiscência é adaptativa na velhice, a literatura aponta para a necessidade de mais investigação de qualidade, por forma a testar a eficácia e efetividade desta intervenção (Cotelli et al., 2012; Lin, Dai, & Hwang, 2003; Piquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010; Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2005).

Este estudo pretende contribuir para a investigação sobre impacto da terapia de reminiscência livre em pessoas idosas com défice cognitivo residentes em instituições, ao nível cognição, comportamento, sintomatologia depressiva e memória autobiográfica. Dada a escassez de estudos sobre esta temática com esta população alvo, recorreu-se à metodologia de estudo de casos, com uma análise exploratória e descritiva.

Baseados no pressuposto de que estimular as funções positivas e desencorajar as funções negativas da reminiscência pode melhorar a saúde mental (Cappeliez et al., 2008) as investigações sobre o processo de recuperação de memórias autobiográficas, veio consolidar o caminho para a investigação da reminiscência como intervenção terapêutica. A meta análise realizada por Piquart e Forstmeier (2012), constata que a reminiscência promove a autoaceitação e bem-estar, observando-se melhoria da cognição, humor, integridade do ego, maestria, bem-estar, integração social e propósito de vida nos participantes submetidos a terapias pela reminiscência.

Os resultados sobre o impacto das intervenções reminiscência na melhoria da saúde mental e tem suscitado a atenção de investigadores de diferentes áreas científicas (nomeadamente ciências sociais, comportamentais, biológicas, de saúde), mais especificamente da enfermagem, a psicologia, a gerontologia. Contudo, as evidências sobre a eficácia da reminiscência em pacientes com demência e défice cognitivo não são tão consistentes como as constatadas para pessoas idosas no geral. No entanto, a reminiscência é considerada uma técnica com potencial para a intervenção para a população com demência e défice cognitivo (Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005). O impacto da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência aponta para melhorias no funcionamento cognitivo (Cotelli et al., 2012; Jahanbin, Mohammadnejad, & Sharif, 2014; Wang, 2007; Woods et al., 2005), do comportamento (Cotelli et al., 2012; Azcurra, 2012), do humor (Cotelli et al., 2012), do bem-estar (Lin, 2010), da qualidade de vida (Azcurra, 2012) e diminuição da sintomatologia depressiva (Wang, 2007).

De referir, algumas fragilidades metodológicas nas investigações sobre o impacto da reminiscência em pessoas com demência, que limitam a análise da eficácia deste tipo de intervenção. Os estudos sobre esta temática apresentam baixa qualidade metodológica, nomeadamente, amostras reduzidas, ausência de avaliação cega, grande heterogeneidade dos grupos e falta de modelo de intervenção estruturado que fundamente a prática da reminiscência, o que pode estar na base dos resultados inconsistentes constatados (Cotelli et al., 2012; Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008).

A terapia pela reminiscência consiste na recuperação de memórias emocionalmente significativas do passado, que pode ser facilitada através da apresentação de estímulos sensoriais (fotografias, músicas, texturas, sabores). Como se trata de um tipo de memórias frequentemente preservadas em pessoas com défice cognitivo e em fases iniciais de demência, a reminiscência tornou-se uma terapia popular, que se centra nas competências preservadas da pessoa ao invés de focar-se nas suas limitações (Cotelli et al., 2012). A reminiscência valoriza, assim, a dimensão humana da pessoa idosa, a sua idiossincrasia e a sua trajetória de vida, através da mobilização dos recursos cognitivos preservados e da valorização e reestruturação da história de vida que permite um sentido de continuidade intrapsíquica (Peix, 2009). A história de vida de pessoas com défice cognitivo e/ou com demência pode, assim, constituir uma ferramenta para o acto de cuidar, na

medida em que permite recontar as memórias relevantes do passado, responde à necessidade básica de comunicar e, simultaneamente, facilita o sentido de identidade e de existência (Peix, 2009).

Este estudo piloto pretende implementar e analisar o impacto de um programa de terapia de reminiscência para pessoas idosas com défice cognitivo e/ou demência em fase leve, institucionalizadas. Trata-se de uma intervenção de reminiscência simples, de aplicação individual, que estimula uma reminiscência do tipo narrativa, direccionado para eventos com uma valência afectiva positiva.

Em relação ao tipo de reminiscência, são identificados três tipos de intervenções de reminiscência: reminiscência simples, revisão de vida e terapia de revisão de vida (Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010). A opção pela reminiscência simples, no âmbito deste estudo deve-se ao facto de estimular as funções sociais da reminiscência (comunicação, ensino, informação) através da recuperação de acontecimentos autobiográficos positivos de forma não estruturada (Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010). Quanto às funções da reminiscência, constata-se que, embora existam outros tipos de reminiscência mais adaptativos na velhice, nomeadamente a instrumental e a integrativa (Westerhof et al., 2010), a reminiscência do tipo narrativo seria mais adequada ao tipo de objectivos pretendidos e às características da população alvo. Consiste no relato de eventos de vida, sem um carácter avaliativo ou interpretativo (Cappeliez et al., 2008; Westerhof et al., 2010), não exigindo um funcionamento cognitivo elevado. A reminiscência narrativa proporciona ocasiões de partilha de informações que potenciam um humor mais positivo. É o tipo de reminiscência que ocorre mais frequentemente, estando associada a emoções positivas (induzindo-as, mantendo-as ou amplificando-as) contribuindo para estados afectivos positivos de carácter imediato, tais como a alegria, prazer, relaxamento, curiosidade e orgulho (Cappeliez et al., 2008).

Sendo tipicamente as demências, doenças degenerativas de evolução lenta, as pessoas vivem durante muitos anos após o aparecimento dos sintomas, podendo ainda contribuir para a sociedade e ter uma boa qualidade de vida, com o suporte social e de saúde apropriados (WHO, 2012). Enquanto os profissionais de saúde focam a sua avaliação na perda de funções cognitivas e capacidade para as actividades de vida diária, para os cuidadores e pessoas com demência, a preocupação centra-se nos sintomas comportamentais e psicológicos da doença (WHO, 2012). As alterações comportamentais mais frequentemente constatadas na demência e défice cognitivo são a agitação, agressividade, apatia, deambulação, alterações do padrão de sono, lúem a ansiedade, depressão, alucinação e delírio (WHO, 2012), sendo estes sintomas, frequentemente, causa de institucionalização da pessoa com demência, devido à sobrecarga que provocam no cuidador. Estas alterações psicológicas e comportamentais correspondem a problemas de saúde mental frequentes, em contexto de prestação de cuidados a pessoas com demência (Passos et al., 2014).

Tendo por base estes pressupostos, pretendeu-se avaliar os efeitos da terapia de reminiscência, não apenas no seu impacto sobre aspetos cognitivos e de memória mas também nas vertentes comportamental e psicológica, através de instrumentos de medida quantitativos e qualitativos.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo de casos, de carácter misto (qualitativo e quantitativo), exploratório e descritivo. Os participantes deste estudo foram seleccionados de uma população de 112 residentes

num lar de terceira idade do distrito de Castelo Branco, Portugal. Foram convidadas a participar no estudo piloto sobre reminiscência pessoas que reuniam os seguintes critérios de inclusão: 1) 65 ou mais anos de idade; 2) Montreal Cognitive Assessment (MoCA) com pontuação entre 26 e 12; 3) Global Deterioration Scale (GDS) entre 2 e 4, correspondente, respectivamente, a declínio cognitivo muito ligeiro, ligeiro e moderado; 4) Consentimento escrito livre e voluntário do participante e família/representante legal.

Procedimento

Após o rastreio do estado cognitivo (MoCA), que decorreu entre Janeiro e Fevereiro de 2014, aos 27 sujeitos com capacidade de resposta aos instrumentos e que reuniam os critérios de inclusão, constitui-se uma amostra de 9 participantes que aceitaram participar na terapia. Os casos seleccionados para este estudo correspondem aos 2 participantes que apresentavam um estado cognitivo mais deteriorado na avaliação inicial, correspondendo a pessoas idosas com declínio cognitivo ligeiro (segundo a aplicação do MoCA) e com sintomatologia depressiva, segundo a Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD). Assim sendo, foi utilizado um método de amostragem não probabilístico, por selecção racional (de conveniência), que permite explorar e descrever 2 casos específicos dos participantes no estudo.

O estudo decorreu entre Janeiro e Abril de 2014, após autorização formal da administração da instituição para realização do mesmo. O desenho do estudo foi transversal, sem grupo de controlo, com avaliação pré e pós teste dos participantes. As avaliações, assim como o recrutamento e rastreio cognitivo dos participantes foram realizados por um enfermeiro e uma psicóloga da instituição, independentes aos objetivos do estudo. Foi obtido consentimento escrito com o participante e com o familiar/representante legal em reunião individual e com a presença da psicóloga da instituição.

A intervenção aplicada aos participantes consistiu na realização de 5 sessões individuais de terapia de reminiscência simples, baseada num protocolo direccionado para pessoas idosas com demência, institucionalizadas, criado pelos autores do estudo. A terapia de reminiscência foi aplicada por uma enfermeira, externa à instituição, com frequência semanal, entre Fevereiro e Março de 2014. Cada sessão teve a duração aproximada de 30 a 40 minutos e foi realizada numa sala cedida pela instituição, com ambiente que preservava a intimidade do participante, calmo, iluminado naturalmente, arejado e confortável.

Material

Para a avaliação dos efeitos da terapia de reminiscência foram aplicados os seguintes instrumentos nas 2 semanas antes (pré teste) e após (pós teste) aplicação da terapia de reminiscência:

1) O MoCA, validado para a população portuguesa por Freitas, Simões, Alves, & Santana (2013). Trata-se de um instrumento de rastreio cognitivo sensível para estádios mais ligeiros de declínio cognitivo, sendo um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos, com sensibilidade para a demência. O MoCA, em comparação com o Mini Mental State Examination (MMSE) apresenta maior capacidade discriminativa quer entre o envelhecimento

normal e o declínio cognitivo, quer entre o declínio cognitivo ligeiro e a demência (Freitas et al., 2013).

2) Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Não Cognitiva (ADAS n Cog) traduzida e aferida para português pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Guerreiro, Fonseca, Barreto e Garcia (2008). Esta escala avalia o comportamento observado, através de um cuidador com contacto diário ou de pessoa próxima do participante. A escala avalia 10 domínios do comportamento, associados a alterações frequentemente presentes em pessoas com demência. A escala é interpretada de forma qualitativa uma vez que ainda não está validada para Portugal.

3) A CSDD, traduzida para português pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Vieira, Lopes, & Vieira (2008), aplicada ao cuidador formal e avalia 5 manifestações de sintomas depressivos. O instrumento foi selecionado devido à sua especificidade para esta população, sendo, também, considerado sensível aos efeitos da aplicação de terapia de reminiscência (Wang, 2007). Os resultados obtidos implicam, igualmente, uma interpretação qualitativa devido ao facto da escala não se encontrar validada para a população portuguesa.

4) Prova de Memória Autobiográfica (AMT), adaptada para a população portuguesa por Afonso (2007). Trata-se de uma prova que avalia a velocidade e o tipo de memórias autobiográficas recuperadas, mediante apresentação de palavras-estímulo.

RESULTADOS

Apresentação do caso 1:

A participante 1 (P1) é uma mulher, com 68 anos de idade, divorciada, com escolaridade básica (4ª classe) e residente na instituição há mais de 1 ano. Foram identificadas 5 patologias em relação a esta participante: dislipidemia, osteoporose, osteoartrose, psicose, cardiopatia isquémica e depressão. A participante não apresentava défices sensoriais relevantes que impedissem a sua participação nas sessões de reminiscência. Tomava diariamente 10 fármacos (média de 11 comprimidos/dia), dos quais 6 eram psicofármacos, somados com 2 medicamentos em SOS (1 ansiolítico e 1 anti-inflamatório), 1 fármaco de administração semanal (ácido alendrónico) e outro de administração mensal (haloperidol decanoato 50 mg). A participante apresentava, ainda o diagnóstico de demência há mais de 2 anos, sem tipologia definida e sem medicação direcionada para a demência. No pré teste, a P1 apresentou uma pontuação de 12 no MoCA (correspondente a demência), score de 3 na GDS (declínio cognitivo ligeiro) e 13 na CSDD (depressão). Apresentava uma pontuação de 18 na ADAS n Cog, particularmente elevada nas dimensões choro, sintomas depressivos e delírio.

O Quadro 1 apresenta quantitativamente as pontuações da P1 nas escalas MoCA, CSDD e Adas n Cog nos momentos pré e pós teste. Observou-se uma melhoria da cognição com aumento de 1 ponto no valor total da escala MoCA. A P1 aumentou 1 ponto nos componentes linguagem, nomeação e orientação, após intervenção, e diminuiu 1 ponto na subescala atenção. Quanto à sintomatologia depressiva, observou-se a diminuição de 1 ponto no valor total da CSDD. O valor das subescalas ansiedade, tristeza, suicídio, baixa auto-estima e pessimismo diminuíram. Contudo, o valor das subescalas: falta de reatividade a eventos, lentificação de movimentos, discurso ou

reações e perda de interesse ou menor envolvimento nas atividades habituais aumentaram após a terapia de reminiscência. Ao nível de comportamentos observados no pré e no pós-teste verificou-se uma diminuição do valor total da escala Adas n Cog em 1 ponto. Os cuidadores observaram melhoria na componente concentração/dispersão, delírio e alucinação, tendo-se observado aumento dos tremores e falta de colaboração nos testes.

Quadro 1.

Avaliação pré e pós teste da cognição, sintomatologia depressiva e comportamentos observados no pré e pós teste.

Instrumento	MoCA		CSDD		Adas n Cog	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
P1 (Pontuação)	12	13	13	12	18	17
P2 (Pontuação)	15	19	17	15	18	8

Na avaliação da prova de memória autobiográfica verificou-se que após a terapia de reminiscência, a participante recuperou mais eventos de vida, aumentando o número de respostas de 9 para 10 e diminuindo o tempo médio de latência entre o pré (6,4 segundos) e o pós-teste (4,6 segundos). Os eventos recuperados foram mais específicos, ocorrendo diminuição de respostas de carácter geral e de valência mais positiva. O Quadro 2 apresenta os resultados obtidos no AMT no pré e pós teste da P1.

Quadro 2.

Avaliação pré e pós-teste na prova de memória autobiográfica

Instrumento	AMT							
	Eventos positivos		Eventos negativos		Eventos específicos		Eventos gerais	
Momento de avaliação	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
P1 (Pontuação)	2	4	7	6	2	5	7	5
P2 (Pontuação)	5	7	4	3	4	4	5	6

Apresentação do caso 2:

O participante 2 (P2) é do género masculino, casado, com 84 anos de idade, com a 4ª classe, institucionalizado há mais de 1 ano. P2 apresentava as seguintes patologias: hipertensão arterial, diabetes, insuficiência venosa, dislipidémia e depressão. P2 não tinha diagnóstico clínico de demência e tomava diariamente 6 fármacos diferentes, dos quais 2 antidepressivos (trazadona 50 mg por dia e escitalopram 10 mg por dia), e 1 analgésico em SOS.

No pré teste observou-se que o P2 apresentava uma pontuação de 15 no MoCA (que correspondente a demência), score de 3 na GDS (declínio cognitivo ligeiro) e 17 na CSDD (depressão). P2 apresentava uma pontuação de 18 na ADAS n Cog, particularmente elevada nas dimensões choro, sintomas depressivos, delírio, alucinação e comportamento alimentar.

O Quadro 1 apresenta as pontuações obtidas por P2 nas escalas MoCA, CSDD e Adas n Cog nos momentos pré e pós teste. Observou-se melhoria ao nível da cognição, com aumento de 4 pontos no valor total da escala MoCA, mais especificamente nas componentes nomeação, atenção, abstração e evocação diferida, tendo piores resultados no pós-teste a nível da função visuo-espacial/executiva e na orientação. Quanto à sintomatologia depressiva observou-se uma diminuição de 2 valores na pontuação total da CSDD. O valor das subescalas ansiedade, irritabilidade, queixas somáticas múltiplas, suicídio, baixa auto-estima e pessimismo diminuíram, contudo, o valor na subescala lentificação de movimentos apresentou um valor superior após a intervenção de reminiscência. Em relação aos comportamentos observados no pré e no pós-teste verificou-se uma diminuição do valor total da escala Adas n Cog em 10 pontos. Os cuidadores observaram melhoria na componente sintomas depressivos, concentração/dispersão, delírio e alucinação, com manutenção do valor nas subescalas choro e comportamento alimentar em valores moderados.

Após aplicação das sessões de reminiscência individual observou-se que o número de eventos recuperados no AMT aumentou de 9 para 10, diminuindo o tempo médio de latência para recuperação do evento de 6,3 segundos (pré teste) para 4,5 segundos (pós-teste). O Quadro 2 apresenta o número de eventos recuperados no AMT, nos momentos pré e pós-teste do P2, em relação à sua valência e especificidade. Verificou-se aumento do número de eventos positivos recuperados, com diminuição das respostas de valência negativa. No entanto, a especificidade das memórias diminuiu, pois ocorreu aumento de número de eventos gerais, apesar da manutenção do número de recuperações de acontecimentos específicos.

DISCUSSÃO

Os resultados observados nos dois casos relatados revelam melhorias na cognição, o que corrobora os resultados de outros estudos neste âmbito (e. g. Cotelli et al., 2012; Jahanbin, Mohammadnejad, & Sharif, 2014; Wang, 2007), tendo o P2 apresentado um aumento da pontuação do MoCA (4 pontos) superior à P1 (1 ponto). Estes resultados podem dever-se à possibilidade de aceder, através de reminiscência, a conteúdos mais específicos da memória autobiográfica (Cotelli et al., 2012), aproveitando a reserva cognitiva da pessoa (Peix, 2009; Woods et al., 2005). A perda de memória recente, presente em pessoas com défice cognitivo, pode dificultar a perceção de um sentido claro de identidade pessoal, ocorrendo desconexão entre o passado e o presente (Woods et al., 2005). A melhoria da capacidade de comunicação e da memória autobiográfica, atribuídas à reminiscência poderão explicar o impacto positivo desta terapia no funcionamento cognitivo global (Woods et al., 2005).

A utilização do MoCA como instrumento de avaliação do impacto da intervenção revelou-se adequado dada a sua especificidade para a população com défice cognitivo (Freitas et al., 2013) que permite avaliar a condição cognitiva dos participantes. Contudo, o facto de se ter usado o MoCA, não permitiu a comparação destes resultados com os de outras investigações sobre este tema em que se optou pela utilização do MMSE (e. g. Cotelli et al., 2012; Jahanbin, Mohammadnejad, & Sharif, 2014). Assim, no atual estado da arte, uma das inovações deste estudo é o facto de se usarem escalas mais específicas para pessoas idosas com demência, o que constitui, simultaneamente, uma das suas limitações na medida em que não foram encontradas outras publicações com recurso ao MoCA, que permitam a comparação dos dados.

Os resultados indicaram uma redução da sintomatologia depressiva nos casos analisados, sendo esta mais evidente no P2. Estudos sobre o impacto da terapia de reminiscência aplicada a pessoas idosas com défice cognitivo relatam resultados semelhantes ao nível da depressão (Wang, 2007) e consequente melhoria do humor (Cotelli et al., 2012). Estes resultados são congruentes com a função narrativa da reminiscência que, na maior parte dos casos, despoleta emoções positivas, uma vez que a pessoa tende a relatar, de forma seletiva, eventos de carácter positivo (Cappeliez et al., 2008). De acordo com a teoria da seletividade socio-emocional, as pessoas idosas valorizam o estado emocional, focando-se em experiências positivas (Cappeliez et al., 2008; Westerhof et al., 2010). A reminiscência narrativa proporciona, deste modo, a ocasião e o conteúdo para reviver experiências emocionais positivas, na companhia de outros permitindo melhorar a autoestima e o bem-estar (Cappeliez et al., 2008).

Os resultados obtidos na CSDD dos participantes apontam, ainda, para melhoria ao nível da ansiedade, o que alerta para a necessidade de, em estudos posteriores, se avaliar até que ponto a terapia de reminiscência poderá ter impacto nesta dimensão. Observaram-se, igualmente, melhorias na subescala das perturbações do pensamento (suicídio, baixa auto-estima e pessimismo) da CSDD, congruentes com a diminuição do delírio e da alucinação observados nas subescalas da Adas n Cog, nos dois participantes. Estes resultados corroboram o constatado por outros autores que referem que à medida que o declínio cognitivo aumenta, as pessoas tendem a apresentar sintomatologia depressiva (e.g. Malta, Afonso, & Ortiz, 2013), e que a terapia de reminiscência pode constituir uma estratégia para se reverter esta tendência ao transmitir sentido de pertença (Wang, 2007), melhorar a auto-aceitação e propósito de vida (Pinquart & Forstmeier, 2012), na medida em que valoriza e reestrutura a história pessoal, permitindo preservar um sentido de continuidade intrapsíquica (Peix, 2009). Apesar dos benefícios observados através da aplicação da CSDD, deve referir-se, como limitação, o facto de esta escala não ser aplicada ao próprio participante, mas sim aos cuidadores, o que pode ter contribuído para o enviesamento dos resultados observados. Para superar esta limitação do estudo, sugere-se, em investigações futuras, a utilização de escalas de auto relato ou a utilização concomitante de outra escala para avaliação do humor.

Os resultados revelaram um agravamento da lentificação de movimentos nos participantes. Contudo, uma vez que, no âmbito deste estudo não se aplicaram instrumentos de avaliação da capacidade física, não é possível analisar as causas dessa lentificação, que poderá estar relacionada, por exemplo, com a sintomatologia depressiva ou que poderá estar associada à progressão do défice cognitivo inerente à condição demencial.

Em relação aos comportamentos observados, verificou-se diminuição dos sintomas comportamentais, nomeadamente da alucinação e delírio, atrás referidos, assim como da dispersão, sendo essa melhoria mais evidente no P2. Esta melhoria dos comportamentos associados ao declínio cognitivo em pessoas idosas foi relatada noutros estudos (e.g. Cotelli et al., 2012; Azcurra, 2012). Este resultado poderá ser explicado pelo facto da reminiscência, na velhice, proporcionar momentos

de interação social e a ativação de memórias tendencialmente positivas (Westerhof et al., 2010). Todavia, apesar da escala *Adas n Cog* ser específica para esta população e procurar refletir as alterações comportamentais associadas a sintomas psicológicos mais frequentes em pessoas com demência (WHO, 2012) a mesma não foi utilizada em estudos de reminiscência, pelo que os resultados obtidos não podem ser comparados com outros estudos. Para colmatar esta limitação, sugere-se, a validação de escalas de avaliação de comportamentos na demência para a população portuguesa que permita obter dados comparáveis aos existentes provenientes de investigação sobre esta temática.

Em relação à memória autobiográfica observou-se um aumento similar no número de eventos recuperados dos 2 participantes e diminuição do tempo de latência na recuperação dessas memórias. Os casos analisados recuperaram mais eventos positivos no pós-teste, o que apoia os resultados encontrados na literatura para populações com depressão após terapia de reminiscência (Afonso, 2007). Este aumento da recuperação de eventos positivos é consistente com a ideia de que uma das funções da reminiscência narrativa consiste no relato de experiências de vida positivas, que sirvam de base para a relação social com o outro (Cappeliez et al., 2008). As pessoas com défice cognitivo, tal como se constata nas pessoas com sintomatologia depressiva, tendem a fazer recuperações autobiográficas sobre generalizadas (Afonso, 2007). Esta tendência parece ter sido, também a observada nos casos analisados neste estudo, que evocaram, inicialmente, sobretudo memórias autobiográficas gerais. No pós-teste, a P1 aumentou o número de eventos específicos recuperados, enquanto o P2 manteve o número de recuperações. Estes dados vão de encontro a resultados prévios, que relataram a ausência de correlação entre a abrangência das memórias autobiográficas e a sintomatologia depressiva em indivíduos com défice cognitivo, podendo existir especificidades próprias nesta população (Malta et al., 2013). Embora se observe nos estudos que indivíduos deprimidos tendam a recuperar acontecimentos autobiográficos mais gerais (e.g. Afonso, 2007; Malta et al., 2013), a avaliação da especificidade da memória autobiográfica em populações com défice cognitivo é pouco explorada (Malta et al., 2013), pelo que esta investigação representa uma mais-valia na análise exploratória desta relação.

Para além das limitações já referidas anteriormente, relacionadas, sobretudo com os instrumentos de avaliação com pessoas com demência, pode, ainda mencionar-se a metodologia utilizada neste estudo. Trata-se de um estudo de caso, que permite uma análise mais pormenorizada do impacto desta intervenção, mas, simultaneamente reduz a possibilidade de generalizar os resultados à restante população. Este tipo de limitações metodológicas relacionadas com a reduzida dimensão da amostra, inexistência de grupo de controlo e amostragem não probabilística foram, também, referidos por outros autores (e.g. Cotelli et al., 2012; Gonçalves et al., 2008; Woods et al, 2005).

Outra limitação inerente a este estudo, mais especificamente em relação aos dois casos, foi a ausência de diagnóstico médico de demência em relação a ambos. A demência encontra-se sob diagnosticada, sendo, frequentemente, identificada só em fases avançadas do processo demencial, estimando-se que cerca de 50% dos casos de demência não se encontram diagnosticados (WHO, 2012). Neste sentido, os resultados alertam para a necessidade de uma avaliação e diagnóstico precoce de demência para que se possam fazer intervenções nas fases iniciais do processo, onde estas podem ter um maior impacto (Passos et al., 2014).

A análise do impacto da terapia de reminiscência nos casos analisados sugere melhorias nas dimensões cognitivas, depressão, comportamentos e memória autobiográfica. Os instrumentos revelaram-se adequados para uma análise exploratória do impacto deste tipo terapia direccionando

para pessoas com demência ou défice cognitivo. Os resultados sugerem outras dimensões em que poderá ser pertinente avaliar o impacto da reminiscência, nomeadamente ao nível da ansiedade e perturbações de pensamento. O estudo do impacto da reminiscência em pessoas com demência nestas dimensões, com instrumentos adequados, poderá evidenciar efeitos desta terapia, ainda não documentados no atual estado da arte.

Apesar das evidências sobre os efeitos da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência serem inconclusivas, havendo necessidade de mais estudos experimentais randomizados e estudos longitudinais (Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005), a reminiscência poderá trazer aos prestadores de cuidados de pessoas com demência uma nova dimensão do cuidar, mais terapêutica e humanizada Peix (2009).

AGRADECIMENTOS

O trabalho apresentado neste artigo é parte de um Projeto de Tese de Doutoramento em Gerontologia e Geriatria, aceite pela Unidade de Investigação e Formação de Adultos e Idosos (UNIFAI), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal. Um reconhecimento é devido aos colaboradores da UNIFAI que indiretamente participaram na construção deste artigo, nomeadamente no esclarecimento de dúvidas aos autores e suporte técnico. Agradecemos também o apoio organizacional da administração e profissionais da instituição de terceira idade onde foi realizada esta investigação, particularmente da animadora social Sara Oliveira. Um agradecimento especial é devido aos participantes e suas famílias.

REFERÊNCIAS

- Azcurra, D. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 422-433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008.
- Afonso, R.M. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatologia depressiva, la integridade del yo u el bienestar psicológico en población mayor portuguesa* (Tese de Doutoramento). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22, 266-272. doi:10.1016/j.jaging.2007.06.003.
- Claudia Cooper, C., Li, R., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2013). Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 255-264. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127811.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72, 203-205. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.04.008.
- Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment Validation Study for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease Association Disorders*, 27, 37-43. doi: 10.1097/WAD.0b013e3182420bfe.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência., Vieira, C., Lopes, R., & Vieira, O. (2008). Escala Cornell para a Depressão na Demência: Cornell Scale for Depression in

- Dementia. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (Eds.), *Escalas e Testes na Demência*, (2ª ed., pp. 73-76). Portugal: Autor.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência., Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2008). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer-EADA: Alzheimer Disease Assessment Scale_ADAS. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (Eds.), *Escalas e Testes na Demência*, (2ª ed., pp. 41-68). Portugal: Autor.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações, *Análise Psicológica*, 1 (26), 101-110. doi: 10.14417/ap.479.
- Jahanbin, I., Mohammadnejad, S., & Sharif, F. (2014). The Effect of Group Reminiscence on the Cognitive Status of Elderly People Supported by Ilam Welfare Organization in 2013: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2, 231-239.
- Lin, L. (2010). *Impact of the revised life-review program on quality of life for residents with Alzheimer's disease in South Taiwan's long-term care facilities* (Tese de doutoramento). University of Minnesota, Estados Unidos da América.
- Malta.T., Afonso, R., & Ortiz, P. (2013). Sintomatologia Depressiva e Memória Autobiográfica na demência de Alzheimer: Estudo realizado com pessoas idosas nas fases leve e moderada da demência, *Actas de Gerontologia*, 1 (1), 1-12.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, I. (2014). Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (2), 81-91. doi: 10.12707/RIV14002.
- Peix, R. (2009). Réminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 9, 163-165. doi:10.1016/j.npg.2008.12.007.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16, 1-18. doi: 10.1080/13607863.2011.651434.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240. doi: 10.1002/gps.1821.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Aging & Society*, 30, 697-721. doi: 10.1017/S0144686X09990328.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. doi: 10.1002/14651858.
- World Health Organization. Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia a public health priority*. Geneva, Suíça: Autor.
- World Health Organization. (2013). *Mental Health Action Plan: 2013 - 2020*. Geneva, Suíça: Autor.