

# **AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA EM PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA LEVE**

TERESA SILVEIRA LOPES

Tese de Doutoramento em Gerontologia e Geriatria

2015

TERESA SILVEIRA LOPES

## **AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA EM PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA LEVE**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria Especialidade em Gerontologia

Programa Doutoral da Universidade do Porto (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e da Universidade de Aveiro)

Orientador - Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

Categoria – Professora Auxiliar

Afiliação – Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior.

Co-orientador - Professor Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro

Categoria – Professor Auxiliar Convidado

Afiliação – Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.

## PENSAMENTO

*Sócrates: E ele terá ciência, sem que ninguém lhe tenha ensinado, mas sim interrogado, recuperando ele mesmo, de si mesmo, a ciência, não é?*

*Menon: Sim.*

*Sócrates: Mas, recuperar alguém a ciência, ele mesmo em si mesmo, não é lembrar?*

*Menon: Perfeitamente.*

(Platão, In *Ménon*, 2001: 65)

*“Memory for personal experience is not a direct and unalterable copy of past experience, but rather is partially «reconstructed»”.*

(Bluck & Levine, 1998: 187)

*“It appears, however, that one central function of remembering is to create a much-needed sense of self-continuity that allows the diverse, sophisticated behavior that we exhibit as humans”*

(Bluck & Liao, 2013: 8).

## AGRADECIMENTOS

“*A construção de uma tese é um caminho solitário*”. Ouvi e li esta frase incontáveis vezes ao longo deste percurso. Apesar de muitos momentos de ansiedade, angústia e solidão, várias pessoas significativas cruzaram e acompanharam este meu caminho. Sem a sua preciosa ajuda e apoio, de todos quantos acreditaram em mim, a realização deste trabalho seria muito mais penosa.

Primeiramente um agradecimento especial para a Professora Doutora Rosa Marina Afonso, orientadora desta tese, pelo seu empenho, dedicação, capacidade de trabalho, sistematização e sobretudo empatia. Agradecer também a ajuda do meu coorientador, Professor Doutor Óscar Manuel Ribeiro que aceitou o desafio proposto e veio complementar este trabalho com uma visão crítica e inovadora.

Um obrigado particular a todos os participantes deste estudo, que mostraram interesse e colaboraram com entusiasmo nas terapias e avaliações, sem eles esta investigação não seria possível. Um agradecimento é devido aos profissionais que colaboraram na colheita de dados e recrutamento dos participantes: Enf<sup>o</sup> Henrique Quelhas, Dra. Dora Pereira, Enf<sup>o</sup> Manuel Freitas, Dra. Sara Alvarinhas, Enf<sup>o</sup> Joaquim, Dra. Isabel Fazendeiro, Dra. Isabel Manaça, Dra. Carolina, Enf<sup>a</sup> Telma Lourenço, Dra. Cidália Ferreira, Enf<sup>a</sup> Ana Raquel Lebre. Um obrigado a todos os profissionais das instituições que tornaram a realização deste trabalho mais simples através da sua colaboração com os investigadores, nomeadamente os diretores das instituições, a Sara Oliveira e a Liliana Cruz.

Quero expressar um agradecimento aos meus pares de profissão, colegas e amigos do serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar Cova da Beira, pelos incontáveis favores e “*trocas*” que me permitiram. Um obrigado especial aos Enf<sup>o</sup> João Pinto, Enf<sup>o</sup> Frederico Esteves e Mestre Luís Cruz, meus “*editores de texto*”, responsáveis pelo primeiro olhar crítico sobre as minhas prosas. Para o meu “*padrinho*” o Professor Doutor António João Rodrigues um bem-haja pelos conselhos e apoio constante, ao longo de todo a minha carreira profissional, e principalmente por acreditar em mim, mesmo em momentos que nem eu já acreditava. Um agradecimento também é devido ao meu Enf<sup>a</sup> Chefe, António Fonseca, pelas flexibilidades permitidas, sem as quais a minha vida de trabalhadora estudante seria ainda mais complicada.

Para o Enf<sup>o</sup> Manuel Freitas, que mais uma vez provou o seu altruísmo e capacidade de entrega desprendida, não tenho palavras para agradecer.

Um obrigado aos meus parceiros da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, particularmente à Professora Doutora Constança Paúl, coordenadora do Programa Doutoral e à professora Doutora Laeticia Teixeira. Manifestar também o meu apreço à Helena Martins, que me salvou de várias deslocações e constrangimentos administrativos.

Agradecer à minha família e amigos pelo apoio incondicional e manutenção da minha saúde mental e bem-estar. Peço desculpa pelo tempo que este trabalho vos roubou em afectos e momentos de convívio convosco. Ao fim de quatro anos, vocês são provavelmente as pessoas que mais entendem de reminiscência e défices da cognição. Um particular obrigado ao João, “gestor” da minha ansiedade, pela presença nesta caminhada.

Para o meu avô Vicente, que partiu durante a realização desta investigação, agradeço-lhe todos os momentos que partilhou comigo, ao longo da vida. Com ele compartilhei vários momentos de reminiscência transmissiva e aprendi na prática o valor deste processo na criação de laços interpessoais.

**Bem-haja a todos.**

## PUBLICAÇÕES

A presente tese deu origem às seguintes publicações, que são capítulos e subcapítulos deste trabalho:

### Artigos publicados:

- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2013). Memória Autobiográfica e Doença de Alzheimer: Revisão da literatura. *Actas de Gerontologia*, 1 (1), 1-9.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2013). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 107-118. ISSN: 0214-9877.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: Revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (3), 597-611. doi: 10.15309/14psd150304.
- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., & Freitas, M. (2014). Impacto de um programa de terapia de reminiscência livre e individual em pessoas idosas com déficit cognitivo institucionalizadas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD, Revista de Psicología*, 2(1), 105-111. doi: 10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.012.

### Artigos que aguardam publicação:

- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., Quelhas, H., & Pereira, D. (2015). The effect of a reminiscence program in institutionalized older persons with dementia: a pilot study. *International Journal of Nursing*,

### Artigos submetidos a revisão:

- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (submetido em Agosto, 2015). Reminiscence studies in dementia: participants, interventions and methodology – an integrative review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., Quelhas, H., & Pereira, D. (submetido em Agosto, 2015). Impacto de um programa de reminiscência com pessoas idosas: estudo de caso. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (submetido em Outubro, revisto em Novembro, 2015). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., & Quelhas, H. (submetido em Dezembro, 2015). Percepções de pessoas idosas com declínio cognitivo após participação num programa de terapia de reminiscência: análise de conteúdo. *Revista de Psiquiatria Clínica*.

### **Comunicações orais:**

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. In *Retos Del Envejecimiento Actual: X Congreso Hispano-Luso de Gerontología*, Zamora, 12-14 Fevereiro.

Lopes, T., Afonso, R., & Quelhas, H. (2014). Perceções de pessoas idosas com declínio cognitivo após participação num programa de terapia de reminiscência: análise de conteúdo. In *Cuidar e Qualidade de Vida: Cuidados de Enfermagem Baseados na Evidência: Congresso Cuidar e Qualidade de Vida 2014*, Castelo Branco, 3-4 Out.

### **Posters:**

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2013). Memória Autobiográfica e Doença de Alzheimer: Revisão da literatura. In *Serviços para a Pessoa com Demência: V Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, Porto, 9-10 Maio.

Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., & Freitas, M. (2014). Impacto de um programa de terapia de reminiscência livre e individual em pessoas idosas com défice cognitivo institucionalizadas. In *A saúde do adulto idoso: Investigação e Intervenção: VII Jornadas de Saúde do Idoso, XI Congresso Hispano-Luso de Gerontologia*, Covilhã, 5-8 Novembro.

## RESUMO

A investigação sobre o impacto da terapia de reminiscência em pessoas idosas com declínio cognitivo e demência leve sugere a existência de alguns benefícios deste tipo de intervenção, contudo, os resultados não são conclusivos. Os estudos de intervenção de reminiscência simples em formato individual com indivíduos com défice cognitivo são escassos, indicando que não existe um impacto significativo da intervenção, ao invés do constatado com as investigações focadas em reminiscência estruturada e revisão de vida com pessoas sem défice cognitivo. Considerando a escassez de estudos é necessário clarificar o impacto da reminiscência simples e individual, nomeadamente de programas personalizados.

Este trabalho pretende construir e analisar o impacto de um Programa de Reminiscência em pessoas idosas portuguesas institucionalizadas com défice cognitivo leve e moderado. Para tal procedeu-se à construção de um programa de reminiscência para pessoas idosas com défice cognitivo e à realização de dois estudos (1 e 2) para análise do seu impacto ao nível da cognição, recuperação de memórias autobiográficas, sintomatologia depressiva, ansiedade e comportamento.

O estudo 1 consistiu numa investigação prospectiva, com avaliação pré e pós teste de 6 participantes. Tratou-se de uma amostragem por conveniência e foram usados métodos de investigação quantitativa e qualitativa. Os resultados revelaram uma percepção manifestamente positiva dos participantes em relação à participação na terapia de reminiscência. Quanto à comparação dos resultados entre os momentos pré e pós teste, observaram-se melhorias nas pontuações, contudo, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas.

O estudo 2 consistiu numa investigação quási-experimental, com avaliação pré e pós teste. Participaram no estudo 41 participantes, distribuídos por um grupo experimental e de controlo, de forma aleatória. Os participantes do grupo experimental apresentaram melhores resultados comparativamente ao grupo controlo na cognição, ansiedade e depressão, um maior número de eventos autobiográficos recuperados, especificidade de memórias evocadas e valência positiva de eventos, assim como menores tempos de latência para recuperar eventos e menor número de eventos negativos evocados.

Os resultados deste estudo suportam o valor da terapia de reminiscência na melhoria da memória autobiográfica, podendo ser útil para manter ou melhorar a função cognitiva, diminuir a ansiedade e controlar os sintomas depressivos e comportamento alterado de pessoas com défice cognitivo. Contudo, é necessária mais investigação para descrever os mecanismos subjacentes ao impacto desta intervenção e para esclarecer os seus efeitos a longo prazo.



## **ABSTRACT**

Research about the impact of reminiscence therapy in older persons with cognitive impairment and mild dementia suggests that there are some benefits of this type of intervention; however, the results are not conclusive. Studies about simple reminiscence interventions in individual format with individuals with cognitive impairment are scarce, indicating that there is no significant impact of the intervention, rather than the observed with the investigations focused on structured reminiscence and life review with people without cognitive impairment. Considering the scarcity of studies, the impact of simple and individual reminiscence needs to be clarified, namely through individualized programs.

This work intends to build and analyze the impact of a Reminiscence Program in Portuguese institutionalized older persons with mild and moderate cognitive impairment. To do this we proceeded to the construction of a reminiscence program for older persons with cognitive impairment and two studies (1 and 2) to analyze its impact on cognition, retrieval of autobiographical memories, depressive symptoms, anxiety and behavior.

Study 1 is a prospective investigation, with pre and post test of 6 participants. The participants of the study were sampled for convenience and were used methods of qualitative and quantitative investigation. The results showed a clearly positive perception of the participants with regard to participation in reminiscence therapy. Comparing the results between the pre and post-test moments, there were improvements in scores; however, the differences were not statistically significant.

Study 2 is a quasi-experimental research with pre and post test. In this study 41 persons participated, spread over an experimental and control group randomly. Participants in the experimental group showed better results compared to the control group in cognition, anxiety and depression, a greater number of recovered autobiographical events, specificity evoked memories and positive valence events as well as lower latency times to retrieve events and fewer evoked negative memories.

The results of this study support the value of reminiscence therapy in improving the autobiographical memory, which may be useful to maintain or improve cognitive function, reduce anxiety and control the depressive symptoms and abnormal behavior of people with cognitive impairment. However, more research is needed to describe the mechanisms underlying the impact of this intervention and to clarify its long-term effects.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADAS-não Cog	Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Não Cognitiva
AMT	<i>Autobiographical Memory Test/ Prova de Memória Autobiográfica</i>
CSDD	<i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i>
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Defeito Cognitivo Ligeiro
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorder, fourth revision</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorder, fifth revision</i>
DV	Demência Vascular
DP	Desvio Padrão
GAI	<i>Geriatric Anxiety Inventory</i>
GDetS	<i>Global Deterioration Scale</i>
GDS-5	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GEECD	Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências
INE	Instituto Nacional de Estatística
MA	Memória Autobiográfica
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
n.d.	<i>No Date</i>
ND	<i>Not Described</i>
RFS	<i>Reminiscence Functions Scale</i>
SD	<i>Standard Deviation</i>
SW	<i>Shapiro-Wilk Test</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

## **ÍNDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO GERAL</b>	<b>20</b>
1. DÉFICE COGNITIVO NA VELHICE	23
1.1. Demência na velhice	25
1.2. Sintomas associados a déficit cognitivo na velhice	28
1.2.1. Depressão	30
1.2.2. Ansiedade	32
1.2.3. Sintomas comportamentais	33
1.3. Intervenções não farmacológicas na demência	34
2. REMINISCÊNCIA, CONCEITO, FUNÇÕES E TIPOS	40
2.1. Reminiscência: conceito	41
2.2. Tipos e funções da reminiscência	45
3. REMINISCÊNCIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA VELHICE	48
3.1. Estudos de revisão teórica sobre terapia de reminiscência na velhice	48
3.2. Síntese de estudos empíricos sobre terapia de reminiscência em pessoas sem déficit cognitivo	50
4. BIBLIOGRAFIA	53
<b>CAPÍTULO I. REMINISCÊNCIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA DEMÊNCIA</b>	<b>64</b>
1.1. IMPACTO DE INTERVENÇÕES DE REMINISCÊNCIA EM IDOSOS COM DEMÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA.	65
1.1.1. Resumo e Palavras-chave	66
1.1.2. Introdução	67
1.1.3. Método	69
1.1.4. Resultados	70
1.1.5. Discussão	77
1.1.6. Referências	79
1.2. REMINISCENCE STUDIES IN DEMENTIA: PARTICIPANTS, INTERVENTIONS AND METHODOLOGY – AN INTEGRATIVE REVIEW.	84
1.2.1. Abstract and Keywords	85
1.2.2. Introduction	86

1.2.3. Method	87
1.2.3.1. Search Strategy	87
1.2.3.2. Study Selection	87
1.2.4. Results	88
1.2.4.1. Study participants	88
1.2.4.2. Characteristics of interventions of reminiscence therapy	90
1.2.4.3. Methodological issues	92
1.2.5. Discussion	93
1.2.6. References	95
<b>CAPÍTULO II. MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA NO DÉFICE COGNITIVO</b>	<b>99</b>
2.1. CARACTERÍSTICAS DA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA	100
2.1.1. Funções da memória autobiográfica	101
2.1.2. Estrutura hierárquica	103
2.1.3. Distribuição das memórias autobiográficas na velhice	104
2.2. MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA E DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO DA LITERATURA	109
2.2.1. Resumo e Palavras-chave	110
2.2.2. Introdução	111
2.2.3. Metodologia	111
2.2.4. Resultados	112
2.2.5. Discussão	113
2.2.6. Conclusão	115
2.2.7. Referências	115
<b>CAPÍTULO III. PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA SIMPLES PARA PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA</b>	<b>118</b>
3.1. PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA SIMPLES PARA PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA	119
3.1.1. Resumo e Palavras-chave	120
3.1.2. Antecedentes	121
3.1.3. Objetivos	123
3.1.4. Participantes	125
3.1.5. Método	125
3.1.6. Resultados	127
3.1.7. Discussão	129

3.1.8. Referências	129
<b>CAPÍTULO IV. ESTUDO 1</b>	<b>133</b>
4.1. THE EFFECT OF A REMINISCENCE PROGRAM IN INSTITUTIONALIZED OLDER PERSONS WITH DEMENTIA: A PILOT STUDY	134
4.1.1 Abstract e Keywords	135
4.1.2. Introduction	136
4.1.2.1. Reminiscence therapy for dementia	136
4.1.2.2. Autobiographical memory in dementia	137
4.1.2.3. Reminiscence and autobiographical memory	138
4.1.3. Methods	139
4.1.3.1. Settings and subjects	140
4.1.3.2. Outcome measures	140
4.1.3.3. Procedures	141
4.1.3.4. Reminiscence intervention	141
4.1.3.5. Statistical analysis	141
4.1.4. Results	142
4.1.4.1. Sample characteristics	142
4.1.4.2. Changes in individual outcome measures	143
4.1.4.3. Changes in outcome measures	144
4.1.5. Discussion	145
4.1.5.1. Limitations	147
4.1.6. Conclusions	148
4.1.7. References	149
4.2. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA COM PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE CASO.	155
4.2.1. Resumo e palavras-chave	156
4.2.2. Introdução	157
4.2.3. Método	160
4.2.3.1. Participantes	160
4.2.3.2. Procedimento	161
4.2.3.3. Instrumentos	162
4.2.4. Resultados	162
4.2.4.1. Apresentação do caso 1	162
4.2.4.2. Apresentação do caso 2	164
4.2.5. Discussão dos resultados	165

4.2.6. Conclusões	168
4.2.7. Referências	168
<b>4.3. PERCEÇÕES DE PESSOAS IDOSAS COM DECLÍNIO COGNITIVO APÓS PARTICIPAÇÃO NUM PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA: ANÁLISE DE CONTEÚDO</b>	<b>171</b>
4.3.1. Resumo e palavras-chave	172
4.3.2. Introdução	173
4.3.3. Método	174
4.3.3.1. Participantes	174
4.3.3.2. Procedimentos	175
4.3.3.3. instrumentos	175
4.3.4. Apresentação dos resultados	176
4.3.4.1. Opinião sobre a terapia	176
4.3.4.2. Importância de lembrar o passado	177
4.3.4.3. Sentimentos durante a recuperação de acontecimentos autobiográficos	178
4.3.4.4. Sentimentos após as sessões	178
4.3.5. Discussão	179
4.3.6. Conclusões	181
4.3.7. Referências bibliográficas	181
<b>CAPÍTULO V. ESTUDO 2</b>	<b>185</b>
<b>5.1. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA LIVRE E INDIVIDUAL EM PESSOAS IDOSAS COM DÉFICE COGNITIVO INSTITUCIONALIZADAS.</b>	<b>186</b>
5.1.1. Resumo e Palavras-chave	187
5.1.2. Introdução	188
5.1.3. Método	189
5.1.3.1. Participantes	189
5.1.3.2. Instrumentos	190
5.1.3.3. Procedimentos	191
5.1.4. Resultados	192
5.1.5. Discussão	193
5.1.6. Conclusão	194
5.1.7. Bibliografia	195
<b>5.2. A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY OF A REMINISCENCE PROGRAM</b>	<b>198</b>

<b>FOCUSED ON AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY IN INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT</b>	
5.2.1. Abstract and key-words	199
5.2.2. Introduction	201
5.2.2.1. Reminiscence therapy in cognitive decline	202
5.2.2.2. Reminiscence and autobiographical memory	203
5.2.3. Methods	204
5.2.3.1. Participants and procedures	204
5.2.3.2. Outcome measures	206
5.2.3.3. Reminiscence intervention	208
5.2.3.4. Statistical analyses	209
5.2.4. Results	210
5.2.4.1. Participants´ characteristics at baseline	210
5.2.4.2. Differences between groups after reminiscence intervention	210
5.2.4.3. Differences in groups across time	211
5.2.5. Discussion	213
5.2.6. Conclusions	216
5.2.7. References	217
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</b>	225
1. DISCUSSÃO GERAL	226
1.1. Construção de um programa de reminiscência para pessoas idosas com déficit cognitivo	226
1.2. Estudo piloto sobre programa de reminiscência para pessoas idosas com déficit cognitivo	227
1.3. Análise do impacto do programa de reminiscência em pessoas idosas com déficit cognitivo	230
1.3.1. Impacto do programa de reminiscência ao nível da cognição	231
1.3.2. Impacto do programa de reminiscência ao nível da sintomatologia depressiva	232
1.3.3. Impacto do programa de reminiscência ao nível da ansiedade	234
1.3.4. Impacto do programa de reminiscência ao nível das alterações comportamentais	234
1.3.5. Impacto do programa de reminiscência ao nível da memória	235

autobiográfica	
2. POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES	237
3. BIBLIOGRAFIA	242
<b><u>ANEXOS</u></b>	252
<b>ANEXO I.</b> Carta de explicação do estudo 2.	253
<b>ANEXO II.</b> Consentimento informado do estudo 2.	254
<b>ANEXO III.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo 2.	255



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Fluxograma do estudo de revisão.	70
<b>Figura 2.</b>	Flow diagram of the study selection process.	88
<b>Figura 3.</b>	Estrutura do conhecimento de base da memória autobiográfica	104
<b>Figura 4.</b>	Flow diagram of the participants' through the study	206

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b>	Número de artigos encontrados em cada uma das bases de dados consultadas por palavras-chave usadas.	69
<b>Quadro 2.</b>	Dimensões avaliadas e instrumentos usados no estudo do impacto da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência.	74
<b>Quadro 3.</b>	Avaliação pré e pós teste da cognição, sintomatologia depressiva e comportamentos observados no pré e pósteste.	163
<b>Quadro 4.</b>	Avaliação pré e pós-teste na prova de memória autobiográfica.	164
<b>Quadro 5.</b>	Matriz da categoria “Opinião sobre a terapia”.	176
<b>Quadro 6.</b>	Matriz sobre a categoria “Importância de lembrar o passado”.	177
<b>Quadro 7.</b>	Matriz da categoria “Sentimentos durante a recuperação de eventos”.	178
<b>Quadro 8.</b>	Matriz da categoria “Sentimentos após sessões”.	179

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Características associadas aos diferentes tipos de demência.	27
<b>Tabela 2.</b>	Síntese de artigos de revisão sobre terapias não farmacológicas aplicadas a pessoas com déficit cognitivo.	36
<b>Tabela 3.</b>	Análise das principais terapias não farmacológicas direcionadas para o tratamento sintomatológico de pessoas com déficit cognitivo.	38
<b>Tabela 4.</b>	Perspetivas e desenvolvimentos do conceito de reminiscência.	43
<b>Tabela 5.</b>	Síntese de artigos de revisão sobre terapia através de reminiscência.	49
<b>Tabela 6.</b>	Síntese de estudos empíricos sobre aplicação de reminiscência em pessoas idosas, sem demência.	51
<b>Tabela 7.</b>	Search results in each database.	87
<b>Tabela 8.</b>	Participant's characteristics by study.	89
<b>Tabela 9.</b>	Characterization of the interventions in the included studies.	91
<b>Tabela 10.</b>	Internal validity of included studies based on SIGN 50 subscales criteria	92
<b>Tabela 11.</b>	Síntese da pesquisa eletrónica efetuada	112
<b>Tabela 12.</b>	Síntese das características e resultados obtidos nos estudos incluídos na revisão.	112
<b>Tabela 13.</b>	Pressupostos teóricos da aplicação de terapia de reminiscência a pessoas idosas.	122
<b>Tabela 14.</b>	Fundamentação teórica do programa de reminiscência em pessoas idosas com demência.	123
<b>Tabela 15.</b>	Pressupostos teóricos tidos em conta para a aplicação do programa de reminiscência.	126
<b>Tabela 16.</b>	Resumo do programa de intervenção de reminiscência para pessoas idosas com demência.	127
<b>Tabela 17.</b>	Baseline participant characteristics.	142
<b>Tabela 18.</b>	Spearman's rho correlations coefficients between scales at the pre test.	143
<b>Tabela 19.</b>	Individual evolution of the participants on MoCA, CSDD and ADAS n Cog (pre and post-test).	144
<b>Tabela 20.</b>	Individual evolution of the participants on AMT (pre and post-	144

	test).	
<b>Tabela 21.</b>	Changes in outcome measures after reminiscence intervention	144
<b>Tabela 22.</b>	Spearman's rho correlations coefficients between scales at the post test.	145
<b>Tabela 23.</b>	Caracterização da amostra no pré teste.	189
<b>Tabela 24.</b>	Resultados dos grupos no Pré Teste.	189
<b>Tabela 25.</b>	Resultados dos grupos no Pós Teste.	192
<b>Tabela 26.</b>	Participants' characteristics and difference between groups at baseline (pre test).	210
<b>Tabela 27.</b>	Changes between groups, in outcome measures, after reminiscence intervention at post test	211
<b>Tabela 28.</b>	Changes in outcome measures after reminiscence, in the intervention group.	212
<b>Tabela 29.</b>	Changes in outcome measures in the control group, between pre and posttest.	212
<b>Tabela 30.</b>	Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo 2, por grupos.	
<b>Tabela 31.</b>	Estatística descritiva e inferencial inicial dos participantes, distribuídas por grupos, nas escalas MoCA, CSDD, GDS, ADAS n Cog, GAI e AMT.	

## INTRODUÇÃO GERAL

O envelhecimento populacional, decorrente de importantes avanços em várias áreas, coloca-nos perante novos reptos e problemas associados à crescente longevidade, aos quais a ciência, a política, a comunidade e cada indivíduo tenta dar resposta (Paúl & Ribeiro, 2012). Deste modo, é necessário investigar de que maneira o aumento do tempo de vida poderá ser uma mais-valia para as pessoas idosas e como pode a ciência contribuir para um envelhecimento satisfatório, saudável e digno das gerações vindouras.

Os últimos dados demográficos portugueses apontam para um aumento da população idosa em Portugal (19.03% em 2011), sendo este valor superior no centro do país (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2012). As pessoas idosas com alteração da saúde mental apresentam níveis de incapacidade e mortalidade desproporcionalmente superiores à população em geral (World Health Organization-WHO, 2013). De uma forma particular, a diminuição do desempenho cognitivo é, provavelmente, a mais incapacitante condição em pessoas idosas (Singh-Manoux et al., 2012). A demência é uma das principais causas de incapacidade na velhice, coexistindo, frequentemente, com distúrbio mental e doenças crónicas multiorgânicas, nesta população (Passos, Sequeira, & Fernandes, 2014; WHO, 2012).

A prevalência global de demência foi estimada em 35.6 milhões de pessoas no ano de 2010, sendo que as previsões apontam para a duplicação deste número a cada 20 anos (Ferri, Prince, Brayne, Brodaty, Fratiglioni, & Ganguli, 2005; Prince, Bryce, Albanese, Wimo, Ribeiro, & Ferri, 2013; Sosa-Ortiz, Acosta-Castillo, & Prince, 2012). Os estudos revelam que a sequência de alterações biológicas responsáveis pelas demências começam muitos antes da perda de memória e declínio funcional, considerando-se atualmente o défice cognitivo ligeiro (DCL) como um estágio inicial de demência (Sperling et al., 2011). A prevalência em Portugal de DCL foi de 12.3% e a de demência apontou para valores de 2.7% numa população do norte do país, entre os 55 e os 79 anos, aumentando com a idade, doença cerebrovascular, comorbilidades, fatores de risco vasculares, baixos níveis de educação e viver em meio rural (Nunes, Silva, Cruz, Roriz, Pais, & Silva, 2010).

Indivíduos com DCL têm maior probabilidade de desenvolver quadros demenciais, pelo que se torna fulcral uma intervenção precoce (Sousa & Sequeira, 2012). Todavia, no estado da arte atual, as terapias para tratamento do DCL, como tentativa de prevenir a deterioração cognitiva e a evolução para demência demonstram que não existem resultados efetivos, apontando para a presente carência de um tratamento farmacológico

que reduza a progressão degenerativa da demência (Cooper, Li, Lyketsos & Livingston, 2013; Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012). Os limites da eficácia das terapias farmacológicas e a necessidade de uma maior gama de opções de intervenção enfatizam a necessidade de avaliações consistentes de intervenções não farmacológicas no défice cognitivo (Olazarán et al., 2010, Vasse et al., 2012). O valor das intervenções não farmacológicas é cada vez mais enfatizado na literatura, embora a inclusão destas orientações na abordagem do défice cognitivo seja limitada na Europa e seja necessária uma atenção especial para a implementação de terapias psicossociais fundamentadas em práticas baseadas na evidência (Olazarán et al., 2010; Vasse et al., 2012).

De entre as terapias não farmacológicas recomendadas para pessoas idosas com demência, encontra-se a terapia através de reminiscência (Kwon, Cho, & Lee, 2013; Olazarán et al., 2010; Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005). A reminiscência consiste num processo mental de recuperação de memórias pessoalmente relevantes do passado, relacionadas com o esquema atual sobre si mesmo (Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; Piquart & Forstmeier, 2012; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010).

As intervenções baseadas na reminiscência fundamentam-se na ideia de que a estimulação das suas funções positivas e o desencorajar das suas funções negativas melhoram a saúde mental (Piquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010). As intervenções podem destinar-se a diversos grupos alvo (pessoas com doenças mentais ou crónicas, veteranos de guerra), a diferentes contextos (lares, comunidade, ambientes hospitalares) e podem recorrer a diversas estratégias como a escrita autobiográfica ou ferramentas da internet (Lin, Dai, & Huang, 2003; Syed Elias, Neville, & Scott, 2015).

A reminiscência tornou-se uma terapia utilizada em variados contextos de apoio social e prestação de cuidados a pessoas idosas (Lin et al., 2003; Westerhof & Bohlmeijer, 2014), sendo aplicada por diferentes profissionais (enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) e até pelos cuidadores informais (Allen et al., 2015).

Os estudos relativos ao impacto da terapia de reminiscência em pessoas com demência apresentam resultados inconclusivos (Cotelli et al., 2012; Kwon et al., 2013; Woods et al., 2005). No entanto, existe evidência científica que aponta para um impacto positivo desta terapia, na melhoria da cognição, humor, comportamento e da qualidade de vida (Cotelli et al., 2012; Kwon et al., 2013; Woods et al., 2005). Apesar de a reminiscência ser aplicada como terapia, há cerca de cinco décadas, o seu uso em Portugal, na população idosa está pouco documentado, particularmente em pessoas com DCL ou demência.

O objetivo geral deste estudo é analisar o impacto de um Programa de Reminiscência em pessoas idosas portuguesas com défice leve a moderado da cognição, institucionalizadas.

De uma forma mais específica, o presente trabalho pretende:

- I. Construir um Programa de Reminiscência para pessoas idosas portuguesas com demência leve, institucionalizadas.
- II. Analisar o impacto de um Programa de Reminiscência em pessoas idosas portuguesas com demência leve, nas seguintes dimensões:
  - i. Cognição;
  - ii. Recuperação de Memórias Autobiográficas;
  - iii. Comportamento;
  - iv. Humor e sintomatologia depressiva;
  - v. Ansiedade

Esta tese encontra-se dividida em 5 capítulos, em formato de artigos científicos, precedidos de uma introdução geral aos conceitos base do estudo e finalizada por uma discussão e conclusões gerais.

Na introdução geral apresentam-se os principais antecedentes tidos em conta para o estudo de pessoas idosas com declínio cognitivo: conceitos, tipologia, sintomas, terapias e estratégias de intervenção. Ao falarmos de reminiscência é necessário diferenciar dois processos distintos, que fazem uso do mesmo conceito: reminiscência enquanto processo normativo de pensar sobre o seu passado, e reminiscência enquanto estratégia estruturada de intervenção na velhice (Afonso, 2011; Gonçalves, 2006). A seguir são apresentados os capítulos:

- I. O Capítulo I aborda o estado da arte relativo à aplicação de terapia de reminiscência em pessoas idosas com declínio cognitivo: caracterização das intervenções, dos participantes, dos métodos e resultados encontrados na literatura.
- II. O Capítulo II apresenta alguns conceitos associados à memória autobiográfica (MA), sua relação com a reminiscência na velhice e interesse na população com demência.
- III. O Capítulo III apresenta um artigo sobre a construção de um programa de reminiscência para pessoas idosas com demência leve institucionalizadas, onde são descritos os seus fundamentos teóricos, objetivos da intervenção, instrumentos e metodologia adotada na criação do programa.
- IV. O Capítulo IV relata, em três artigos, os principais resultados, limitações e conclusões obtidas no estudo piloto - Estudo 1. Apresenta-se e discute-se o impacto da terapia de reminiscência nos participantes e aspetos

metodológicos, relacionados com os instrumentos e procedimentos utilizados.

- V. O Capítulo V reporta-se aos resultados do estudo quási – experimental - Estudo 2. É descrito o impacto do programa de terapia de reminiscência nas variáveis cognição, comportamento, ansiedade, depressão e memória autobiográfica. Segue-se um artigo com os resultados globais do estudo quási-experimental.

Para finalizar esta tese serão tecidas conclusões sobre o trabalho de pesquisa realizado, onde são sumarizados os principais resultados, limitações e perspetivas futuras na prática e investigação em terapia de reminiscência em pessoas idosas com declínio da cognição.

## 1. DÉFICE COGNITIVO NA VELHICE

O DCL 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 et al., 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).

O processo fisiopatológico que origina a demência, particularmente a doença de Alzheimer (DA), começa muito antes do aparecimento da sintomatologia ser percebida pela pessoa e do diagnóstico de demência, sendo esta fase pré clínica uma oportunidade para intervenções terapêuticas precoces (Prince, Bryce, & Ferri, 2011; Sperling et al., 2011).

Como o progresso da demência é lento e insidioso torna-se particularmente complexo identificar pontos de transição nos indivíduos, nomeadamente entre a fase assintomática da doença para a fase pré-demência e seguidamente para a fase demencial (Albert et al., 2011). O DCL é um período de transição entre o envelhecimento normal e a instalação de demência leve, podendo esta fase de mudança apresentar períodos de sobreposição, visto que as queixas cognitivas podem ser muito subtis (Sousa & Sequeira, 2012).

Apesar destas dificuldades e incertezas no diagnóstico precoce, tornou-se importante incorporar estas alterações contínuas da capacidade cognitiva na prática clínica e académica, surgindo a necessidade de emanar recomendações para o diagnóstico de DCL (Albert et al., 2011). As recomendações incluem um conjunto de achados clínicos, presentes em pessoas com DCL, que podem ser aplicados em

qualquer contexto, sem necessidade de procedimentos e testes altamente especializados, com critérios definidos pelos *National Institute on Aging* e a *Alzheimer's Association* para o diagnóstico de déficit cognitivo ligeiro, que incluem (Albert et al., 2011): evidência de preocupação do indivíduo ou família com a mudança no desempenho cognitivo, declínio em pelo menos um domínio da cognição e preservação da independência funcional, mas com eventuais limitações na realização de tarefas complexas. Estas alterações cognitivas são ligeiras, não causando dificuldades na socialização e nas atividades diárias, apesar de representarem um declínio em relação ao padrão esperado para aquele indivíduo (Albert et al., 2011).

Para encontrar evidência objetiva do declínio cognitivo é importante ter em conta as informações fornecidas pela pessoa e pelo cuidador, assim como a aplicação de testes cognitivos. Em pessoas com DCL, a avaliação revela valores 1 a 1.5 abaixo da média normativa prevista para a idade e educação (Albert et al., 2011). Os testes cognitivos breves são instrumentos vocacionados para a identificação do déficit cognitivo a nível comunitário e dos cuidados primários de saúde e em consultas específicas, sendo úteis no controlo de evolução do déficit cognitivo e na avaliação da eficácia dos medicamentos anti demenciais ou outras estratégias de intervenção (Direção Geral da Saúde - DGS, NP 053, 2011). Os testes de avaliação cognitiva deverão avaliar a memória episódica (o seu declínio associa-se a evolução para DA), a capacidade de evocação, retenção, atenção, funções executivas, linguagem e capacidade visuo espacial (Albert et al., 2011).

O diagnóstico precoce, em fases iniciais da demência permite planear o futuro, enquanto a pessoa ainda tem capacidades para tomar decisões importantes. *Prince* et al., (2011) realizaram uma revisão dos estudos sobre a importância do diagnóstico precoce para o indivíduo e família, identificando alguns benefícios do mesmo:

- I. Otimização dos cuidados de saúde: gestão de sintomas, nomeadamente a depressão e irritabilidade, riscos vasculares, nutrição, atividade, estimulação e medicação. Existe evidência de que a medicação para a demência, principalmente a DA apresenta benefícios quando administrada em fases precoces, estabilizando o declínio cognitivo.
- II. Alívio pela compreensão da sintomatologia: melhoria da perceção dos sintomas e da adaptação às alterações cognitivas e comportamentais.
- III. Maximização da autonomia: facilita o envolvimento da pessoa e família no planeamento de intervenções adequadas às suas necessidades e expectativas.
- IV. Melhoria do acesso a serviços.
- V. Redução dos riscos: de delírio, acidentes, erros de medicação.



- VI. Planeamento do futuro: aspetos relacionados com a segurança da pessoa, atividades de vida básicas e instrumentais, medicação, segurança financeira.
- VII. Melhoria dos resultados de saúde: as intervenções precoces (farmacológicas e não farmacológicas) desaceleram o declínio cognitivo, prolongam a independência e reduzem os gastos para o indivíduo e seu cuidador (Toepper, Beblo, Thomas, & Driessen, 2008).
- VIII. Diminuição de custos futuros: atraso da institucionalização, melhoria da qualidade de vida da pessoa e cuidador, tratamento precoce dos sintomas e comorbidades, reduzindo os episódios de hospitalização, *stress* do cuidador e outras despesas associadas.
- IX. O diagnóstico precoce como um direito humano: promoção da independência e autonomia.

Numa investigação longitudinal, com pessoas idosas sem défice cognitivo no momento de recrutamento, verificou-se que cerca de 37.4% dos participantes evoluiu para DCL até 5 anos (Wilson, Boyle, James, Leurgans, Buchman, & Bennett, 2015).

Outro estudo longitudinal em pessoas diagnosticadas com DCL constatou que cerca de 22.4% dos participantes evoluiu para demência durante os 3 anos da investigação e cerca de 41.5% obteve um desempenho cognitivo normal, com remissão da sintomatologia (Kaduszkiewicz et al., 2014). O risco de desenvolver demência foi maior nos participantes com depressão, alteração de mais do que uma habilidade cognitiva e idade mais avançada (Kaduszkiewicz et al., 2014). Os dados apontam para a importância de intervenções precoces visto que cerca de um quarto dos casos de DCL evolui para demência, no entanto, os autores notam que a abordagem diagnóstica deve ter em conta que a maioria dos casos se mantém estável, não ocorrendo deterioração cognitiva.

### **1.1. Demência na velhice**

O termo demência descreve uma variedade de patologias e condições clínicas que surgem quando existem lesões irreversíveis nas células nervosas, causando alterações na memória, comportamento e pensamento (Alzheimer's Association, 2012, 2013). De um modo geral, a demência representa um conjunto de doenças neurológicas degenerativas e irreversíveis, caracterizadas por alterações da cognição capazes de limitar a independência nas atividades de vida diária do indivíduo.

Existem diversos critérios médicos para definir demência, no entanto, os mais utilizados, são os do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 2000). Os mesmos baseavam-se essencialmente

no déficit de memória e alteração cognitiva presente e sua influência nas atividades de vida diária. No entanto, estes critérios de demência foram recentemente revistos, de forma a englobar o espectro diversificado de sintomas e permitir a sua aplicação, quer em contextos clínicos quer em contextos académicos, com ou sem acesso a meios complementares de diagnósticos mais complexos (McKhann et al., 2011).

A quinta versão da DSM (DSM-V) classifica as demências como alterações neurocognitivas (American Psychiatric Association, 2013), no entanto, para manter a coerência ao longo deste trabalho, serão abordadas pelo termo original de demências. Considera-se a presença de uma alteração neurocognitiva grave quando existe um declínio cognitivo significativo ao ponto de interferir com a independência na realização das atividades de vida diária. (American Psychiatric Association, 2013). Por outro lado, se o declínio na cognição for reduzido e permitir a manutenção da autonomia nas atividades de vida, apesar de os indivíduos necessitarem de um maior esforço para as realizarem, considera-se a presença de uma alteração neurocognitiva leve (American Psychiatric Association, 2013).

De acordo com as recomendações do *National Institute on Aging e a Alzheimer's Association* (McKhann et al., 2011), a demência diagnostica-se quando aparecem sintomas cognitivos e comportamentais que interferem com a capacidade de trabalho e atividades diárias e representam um declínio em relação à performance anterior. Estes sintomas não são associados a delírio nem patologia psiquiátrica major e incluem:

- I. O diagnóstico de declínio cognitivo através de história clínica e um exame cognitivo objetivo;
- II. O déficit cognitivo ou comportamental altera no mínimo dois dos seguintes domínios:
  - i. Capacidade para adquirir e recordar novas informações: questões repetidas, conversas repetidas, esquecimento de objetos e eventos.
  - ii. Raciocínio e execução de tarefas complexas: pobreza de julgamento, incapacidade para gerir as finanças, incapacidade para planear tarefas complexas e sequenciais.
  - iii. Habilidades visuo espaciais: incapacidade para reconhecer rostos e objetos comuns, vestir.
  - iv. Funções da linguagem: dificuldade em pensar em palavras comuns durante a fala, hesitação no discurso.
  - v. Personalidade e comportamento: flutuações do humor, agitação, apatia, perda de empatia, comportamentos obsessivos ou compulsivos.

Após o diagnóstico deve ser identificado o tipo de demência que causa a sintomatologia (Alzheimer's Association, 2012, 2013). A tabela 1 descreve os diferentes tipos de demência e respetiva sintomatologia associada.

**Tabela 1.** Características associadas aos diferentes tipos de demência.

Tipo de demência	Características associadas
Doença de Alzheimer (DA)	Dificuldade em recordar nomes e acontecimentos recentes (sintoma precoce). Apatia e depressão. Dificuldade de raciocínio, desorientação, confusão, alteração do comportamento. Dificuldade na fala, marcha e deglutição (sintomas tardios). Marcadores: depósito de fragmentos proteicos beta amiloides (placas), fios entrançados de proteína TAU ( <i>tangles</i> ), evidência de lesão da célula nervosa cerebral.
Demência Vascular (DV)	Dificuldade de raciocínio (sintoma precoce). Ocorre devido a lesão cerebral, por hemorragia ou bloqueio da corrente sanguínea. A localização da lesão determina como o pensamento e funcionamento físico são afetados.
Demência de Corpos de Lewis	Sintomatologia semelhante à DA. Distúrbios do sono, alucinações visuais (sintomas precoces), rigidez muscular e movimentos parkinsonianos. Os corpos de Lewis são aglomerados anormais de proteína a-synuclein que se desenvolvem no córtex cerebral. Também podem surgir em indivíduos com doença de Parkinson mas apresentam um padrão diferente.
Demência Mista	Sintomatologia mista de DA, DV ou Demência de Corpos de Lewis.
Demência de Parkinson	A evolução da Doença de Parkinson, em alguns casos, conduz ao aparecimento de demência severa, semelhante à doença de Alzheimer e de corpos de Lewis. Problemas de mobilidade (sintoma precoce). Acumulação de proteína a-synuclein na substância negra cerebral. Pensa-se que estes aglomerados causam degeneração das células nervosas produtoras da dopamina.
Demência frontotemporal lobar	Inclui demências tais como a frontotemporal, afasia primária progressiva, doença de Pick e paralisia supranuclear. Os sintomas surgem em idades mais precoces e sobrevivem menos anos que doentes com Alzheimer. Alteração da personalidade e comportamento, dificuldade na linguagem. As células nervosas da região frontal e áreas adjacentes são mais afetadas, no entanto não existem alterações microscópicas associadas em todos os casos de demência.
Doença de Creutzfeldt–Jakob	Doença rapidamente fatal que causa incapacidades na memória e coordenação. Dificuldade na marcha, perda de memória, incontinência urinária. Hidrocefalia. Resulta de uma infeção causada por um príão que causa erros de replicação nas proteínas cerebrais.

**Fonte:** Adaptado de Alzheimer's Association, 2012:133.

Para além dos subtipos atrás descritos, a DSM-V lista também os casos de desordem neurocognitiva devida a traumatismo craniano, desordem neurocognitiva por infeção pelo vírus de imunodeficiência adquirida, desordem cognitiva induzida por substâncias, doença de Huntington's (American Psychiatric Association, 2013). Quando dois ou mais tipos de demência estão presentes no mesmo indivíduo, simultaneamente,

considera-se a presença de Demência Mista (Alzheimer's Association, 2012). Existe evidência científica crescente, baseada em estudos longitudinais e anatomopatológicos que indicam que muitos indivíduos com demência, especialmente pessoas idosas, têm anomalias cerebrais associadas a mais do que um tipo de demência (Alzheimer's Association, 2015). No passado, a evidência de demência vascular era utilizada para excluir o diagnóstico de DA e vice-versa. Esta prática já não é considerada consistente visto que alterações cerebrais dos dois tipos de demência podem aparecer simultaneamente. Alterações cerebrais presentes na demência com corpos de Lewis também podem coexistir com as causadas por outras doenças (Alzheimer, vascular), contribuindo cada entidade para o desenvolvimento de demência (Alzheimer's Association, 2012).

## **1.2. Sintomas associados ao déficit cognitivo na velhice**

O declínio cognitivo da demência é frequentemente acompanhado por um conjunto heterogêneo de alterações psicológicas e do comportamento, definidas como sintomas comportamentais e psicológicos da demência (Firmino, 2011; O'Shea et al., 2011). Estas alterações são causa frequente de sofrimento e diminuição da qualidade de vida da pessoa e seu cuidador, sobrecarga da família, motivo de procura de ajuda de cuidados de saúde e institucionalização (Firmino, 2011, Petrovic et al., 2007; Steinberg et al., 2003; Van der Linde, Dening, Matthews, & Brayne, 2014). Embora os sintomas cognitivos fossem o principal foco de interesse da investigação em demência, tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de incluir os sintomas psicológicos e comportamentais na prestação de cuidados e abordagem clínica desta patologia (Douglas, James, & Ballard, 2004).

O aparecimento precoce de sintomas neuro psicológicos e comportamentais aumenta o risco de conversão do DCL em demência, comparando com indivíduos sem sintomatologia (Forrester, Gallo, Smith, & Leoutsakos, 2014; Ismail et al., 2015, in press; Palmer et al, 2007). No caso de DCL a prevalência de sintomas comportamentais e psicológicos ronda os 44%, de entre os quais 37% apresenta distúrbios afetivos (depressão, ansiedade, irritabilidade, alterações do sono) e 7% alterações mais severas (agitação, apatia, desinibição). A presença de sintomas afetivos aumenta 1.5 vezes o risco de progressão para demência e a presença de sintomatologia mais severa duplica esse risco (Forrester et al., 2014). Num estudo de revisão, observou-se que a presença de sintomatologia depressiva aumentava o risco de aparecimento de DCL e demência (Gao et al., 2013), dados corroborados por *Vilalta-Franch et al. (2013)* e *Bennett e Thomas (2014)* que constataram um risco de aparecimento de demência semelhante, particularmente em indivíduos com diagnóstico inicial de depressão na velhice.

As manifestações não cognitivas poderão deste modo ser encaradas como sinais prodrômicos do aparecimento de DCL e demência, surgindo de forma precoce e prévia à instalação de defeito cognitivo (Casanova, Starkstein, & Jellinger, 2011). O estudo de Palmer e seus colaboradores (2007) demonstrou que os sintomas psicológicos eram mais frequentes em pessoas com DCL em comparação com indivíduos sem deterioro da cognição. Na mesma investigação, reportaram que quer a existência concomitante de DCL e ansiedade (risco relativo=1.9-2.7), quer a ausência de incapacidade no funcionamento cognitivo mas com sintomas de depressão (risco relativo=1.9), prediziam o aparecimento de DA, até 3 anos (Palmer et al, 2007).

Deste modo, surge a necessidade de investigações que identifiquem e validem instrumentos e medidas psicológicas/comportamentais capazes de detectar manifestações precoces de demência (Sperling et al., 2011). Ainda existe carência de instrumentos multidimensionais que sejam, por um lado, sensíveis à deteção precoce de sintomas não cognitivos, avaliação do humor, capacidade funcional, interação social e simultaneamente de fácil administração à pessoa com defeito da cognição (Robert, Ferris, Gauthier, Ihl, Winblad, & Tennigkeit, 2010; Sperling et al., 2011). A criação de novas medidas seria de particular interesse na monitorização da eficácia das terapias e intervenções direcionadas para fases precoces de demência, nomeadamente no DCL (Robert et al., 2010; Sperling et al., 2011).

De acordo com a revisão da literatura efetuada, esses sintomas tendem a surgir associados (síndromas), existindo, inclusivamente, várias tentativas de agrupamento dos mesmos em 5 síndromas (McShane, 2000), em 4 síndromas (e.g. Aalten, et al., 2008; Petrovic et al., 2007; Robert et al., 2005) ou em 3 síndromas (Moran, Walsh, Lynch, Coen, Coakley, & Lawlor, 2004; Frisoni, Rozzini, Gozzetti et al., 1999).

Autores como *Gustafson* et al., (2011) consideram a divisão em 4 agrupamentos/*clusters* de sintomas através de análise fatorial de estudos longitudinais. Os autores detetaram 4 síndromes associados a demência e sua relação com cada uma delas, nomeadamente a presença de sintomas associados a DV, sintomas associados a demência fronto temporal e DA. A quarta síndrome (alterações do humor e dos afetos) estaria presente nas várias tipologias de demência.

Esta divisão constitui uma mais-valia pois a existência de subgrupos comportamentais, com especificidade de desenvolvimento poderão desencadear futuramente a criação de estratégias de intervenção diferentes e critérios de diagnósticos focados nestes sintomas não cognitivos (Firmino, 2011; Petrovic et al., 2007; Van der Linde et al., 2014). Por exemplo, um estudo conduzido em residências de terceira idade confirmou que o padrão de sintomas psicológicos e comportamentais diferia consoante o grau de declínio cognitivo, sendo a presença de depressão um fator que co agrava estes

(Prado-Jean et al., 2010). Apesar do interesse de estudar os sintomas comportamentais e psicológicos de forma agrupada, visto existir evidência de associação entre estes síndromas e a etiologia da demência base, grande parte da variação individual nos mesmos não pode ser explicada através de análise fatorial. No tratamento e estudo da sintomatologia, apesar da utilidade em avaliar a presença dos sintomas através de escalas (e.g. pontuação total em escalas comportamentais) aconselha-se a sua individualização, de forma a direcionar as estratégias para cada um dos sintomas observados em cada pessoa com demência (Savva, Zaccai, Matthews, Davidson, McKeith, & Brayne, 2009; Van der Linde et al., 2014).

Os estudos epidemiológicos apontam para a presença pelo menos um sintoma não cognitivo entre 68.9-88.6% (Steinberg et al., 2003) em 96% das pessoas diagnosticadas com demência (Petrovic et al., 2007), sendo os mais frequentemente reportados a apatia, a depressão e a ansiedade (Aalten, et al., 2008; Prado-Jean et al., 2010; Petrovic et al., 2007; Steinberg et al., 2003). Uma investigação longitudinal assinalou que 60 % das pessoas com demência apresentou pelo menos um sintoma psicológico e comportamental, no mês anterior, e que a percentagem de pessoas com estes sintomas, desde o início do declínio cognitivo ronda os 80% (Lyketsos, Lopez, Jones, Fitzpatrick, Breitner, & DeKosky, 2002). Outro estudo longitudinal de prevalência de sintomas psicológicos e comportamentais, na população idosa do Reino Unido, apontou para prevalências significativamente mais elevadas de apatia (50.3%), depressão (20.5%), irritabilidade (28.5%), agitação (9%) e outros sintomas comportamentais (complexos de perseguição, alucinações, deambulação, confabulação) em pessoas com demência comparativamente à população sem declínio da cognição (Savva et al., 2009).

No estudo de revisão desenvolvido por *Bergh e Selbaek* (2012) verificou-se que em pessoas com demência, institucionalizadas, os sintomas mais frequentemente citados foram a irritabilidade (31%), a agitação (27%), a apatia (26%), a depressão (20%), a ansiedade (22%) e o delírio (16%).

### 1.2.1. Depressão

A depressão consiste numa alteração dos afetos caracterizada pelo surgimento de sintomas depressivos, diminuição do prazer e interesse pelas atividades, sentimentos de inutilidade, culpa e diminuição da capacidade de concentração, sendo frequentemente um sintoma precoce de demência (Cohen-Mansfield, 2015). A presença de depressão major, assim como outras alterações do humor, tais como a incontinência emocional, são persistentes após a instalação da demência (Cohen-Mansfield, 2015).

Tanto o declínio cognitivo como a depressão são comuns na velhice e surgem, muitas vezes, concomitantemente, embora a natureza da relação entre ambas seja complexa e ainda pouco compreendida (Bennett & Thomas, 2014; Kobayashi & Kato, 2011). As teorias explicativas do aparecimento de depressão em pessoas com déficit cognitivo incluem a perspectiva cognitiva, que considera a depressão como consequência de esquemas cognitivos e percepções distorcidas, a teoria de que a depressão surgiria da aprendizagem da desesperança e sensação de perda de controle e, por fim, de que resultaria de um insuficiente reforço de experiências agradáveis (Cohen-Mansfield, 2015). Apesar do contributo destas perspectivas explicativas para a depressão na demência, são necessárias investigações longitudinais, que clarifiquem a relação entre ambas: serão fatores de risco, parte de um mesmo *continuum* ou patologias separadas que surgem no mesmo indivíduo (Bennett & Thomas, 2014).

Estudos sobre a prevalência de depressão em pessoas com diagnóstico de demência apontam para percentagens que rondam os 40 a 60% (Aalten, et al., 2008; Fritze et al., 2011; Prado-Jean et al., 2010; Petrovic et al., 2007; Rosness, Barca & Engedal, 2010; Volicer, Frijters, & Van der Steen, 2012).

Autores como *Rosness* e seus colaboradores (2010) constataram que em pessoas com diagnóstico de demência, cerca de 9.5% tinha sintomatologia depressiva moderada e 55.6% sintomatologia leve. Em populações idosas institucionalizadas, observou-se que a percentagem de indivíduos, diagnosticados com demência que apresentavam depressão era de 42.9%, sendo maior a prevalência de outros sintomas psicológicos e comportamentais nos deprimidos (Prado-Jean et al., 2010). Resultados semelhantes foram alcançados por outros autores, que reportaram prevalências de 51% em pessoas institucionalizadas (Volicer et al., 2012). Indivíduos com demência, que residiam na comunidade apresentaram prevalências de sintomas depressivos semelhantes (59.2%), com cerca de 15.8% com sintomatologia moderada (Fritze et al., 2011). Num estudo longitudinal de pessoas idosas (*Cardiovascular Health Study*) verificou-se a presença de depressão em 20% dos casos de pessoas com DCL e em 32% dos indivíduos diagnosticados com demência (Lyketsos, et al., 2002), dados corroborados numa investigação longitudinal mais recente (Savva et al., 2009).

*Bennet* e *Thomas* (2014) mencionam a necessidade de uma avaliação e tratamento efetivo da sintomatologia depressiva pois constitui-se não só como um fator de risco para o surgimento de demência mas também como um sinal prodromico do advento da deterioração cognitiva. Um estudo transversal, realizado na Holanda com pessoas idosas institucionalizadas, apontou para a necessidade de valorizar a sintomatologia depressiva em pessoas com demência (Van Asch, Nuyen, Veerbeek, Frijters, Achterberg, & Pot, 2013). Os autores constataram que, embora não existisse

diferença entre a prevalência de diagnóstico de depressão entre a população com e sem déficit cognitivo, a prevalência de sintomas depressivos era o dobro na amostra com demência (46.4%) em relação à população sem demência (22.6%) (Van Asch et al., 2013).

### 1.2.2 Ansiedade

A ansiedade na velhice está associada a deterioração da funcionalidade, assim como a agravamento dos sintomas e expressão de outras patologias neurológicas e psiquiátricas (aumento do fardo da doença), sendo a sua prevalência maior na presença destas (Pachana & Byrne, 2012). Surge muitas vezes associada a sintomatologia depressiva, no entanto, por si só, assume-se como um fator de agravamento do *stress* do cuidador e da incapacidade nas atividades de vida diária (Hynninen, Breitve, Rongve, Aarsland, & Nordhus, 2012).

A ansiedade, tal como a depressão, pode ser um sintoma psicológico secundário de demência ou, por outro lado, constituir-se como um distúrbio primário da ansiedade (Levenson, Sturm, & Haase, 2014; Neville & Teri, 2011). Comum a todas as manifestações de ansiedade, sejam elas focais (e.g. fobias, distúrbio obsessivo-compulsivo) ou distúrbios generalizados, primárias ou secundárias a patologia neurológica, é a incapacidade para gerir o medo (Levenson et al., 2014). Esta desregulação do controlo do medo origina respostas a eventos não *stressores*, causando debilidade e interferindo dramaticamente com o funcionamento psicológico normal (Levenson et al., 2014). Alguns modelos explicativos (e.g. Levenson, 2003; Levenson et al., 2014) propõem que a ansiedade surge da combinação entre a hiperatividade nos sistemas geradores de emoções e a hipo atividade nos mecanismos reguladores da resposta ao medo (Levenson et al., 2014).

Os estudos sobre ansiedade em pessoas com demência e déficit cognitivo são escassos reportando dificuldades na sua implementação, associadas às comorbilidades existentes, procedimentos metodológicos (amostragem e consentimento) e principalmente, às limitações na capacidade de autorrelato (Gomoll & Kumar, 2015). As pessoas com déficit cognitivo podem revelar-se incapazes de expressar sintomatologia ansiosa e esta não se manifestar por sinais evidentes ou, por outro lado, desencadear sintomas comportamentais severos, tais como a agressividade e resistência ao cuidado (Gomoll & Kumar, 2015). Os sinais de ansiedade mais frequentemente relatados na literatura são: preocupação, ruminação, nervosismo, incapacidade para relaxar, agitação psicomotora, alterações do sono, diminuição da concentração e aumento do tónus muscular (Neville & Teri, 2011).



A ansiedade é um sintoma psicológico comum em pessoas com demência, particularmente em casos de DA (Levenson et al., 2014), sendo que a sua prevalência, em estudos transversais, nesta população ronda os 37- 44% (Aalten et al., 2008; Prado-Jean et al., 2010; Petrovic et al., 2007). Através de um estudo longitudinal realizado com pessoas idosas residentes na comunidade, observou-se que em indivíduos com DCL, a prevalência de ansiedade foi de 10.3% sendo que esse valor aumentou para 25.4% nos casos de demência (Lyketsos et al., 2002). A presença de ansiedade nas diversas tipologias de demência revelou-se estatisticamente significativa, sendo a prevalência menor na DA (26.1%) aumentando nos casos de DV (51.2%) e demência fronto temporal (54.5%) (Porter et al., 2003). Num estudo longitudinal em pessoas com demência institucionalizadas verificou-se cerca de 19.5% dos participantes apresentava sintomatologia evidente de ansiedade e cerca de 22.5% ansiedade leve (Hynninen et al., 2012).

Alguns estudos indicam que a presença de ansiedade em pessoas com DCL aumenta o risco de progressão para demência (e.g. Gomoll & Kumar, 2015; Palmer et al., 2007). Um estudo longitudinal sueco verificou que o risco de desenvolver demência, até 3 anos, duplicava por cada sintoma de ansiedade em pessoas com declínio cognitivo. Cerca de 83% dos indivíduos com DCL associado a ansiedade desenvolveu demência, em comparação com apenas 40.9% de casos de demência diagnosticados em pessoas com DCL mas sem ansiedade no início do estudo (Palmer et al., 2007).

### 1.2.3. Sintomas comportamentais

Um dos aspetos que causa maiores dificuldades na prestação de cuidados a indivíduos com demência são as alterações comportamentais, que conduzem a resultados adversos, nomeadamente a necessidade de contenção física e química, agressões aos cuidadores e meio físico envolvente e efeitos secundários da medicação psicotrópica (Cohen-Mansfield, 2001; O'Neil, Freeman, Christensen, Telerant, Addleman, & Kansagara, 2011; Volicer, Bass, & Luther, 2007).

Os sintomas comportamentais associados à demência manifestam-se pela presença de atividade verbal ou motora, percebida como inapropriada por outrem (cuidadores, família, profissionais), sob a forma de comportamentos observados (Cohen-Mansfield, 2001). Este tipo de comportamentos, na perspetiva da pessoa idosa com defeito não é percecionado como sendo inapropriado (Cohen-Mansfield, 2015).

Os comportamentos inapropriados são tradicionalmente divididos em 4 subtipos (Cohen-Mansfield, 2001): comportamentos físicos agressivos (agressividade), comportamentos físicos não agressivos (deambulação, agitação), comportamentos verbais agressivos (gritar, praguejar) e comportamentos verbais não agressivos (ecolalia,

verborreia, repetição de pedidos). Nesta classificação, incluem-se também as alucinações e o delírio, devido ao facto de estarem associados a comportamento observáveis, no entanto, advêm de uma deturpação do pensamento e da interpretação da realidade (Cohen-Mansfield, 2001).

O estudo desenvolvido por *Van der Mussele et al.* (2015) apontou para prevalências de agitação na ordem dos 76% em pessoas com demência e 60% em pessoas com DCL. Os autores verificaram que, a presença de agitação estava associada a um aumento da severidade da sintomatologia comportamental e depressiva em indivíduos com DCL e com demência (Van der Mussele et al., 2015).

A revisão sobre as correlações neuro imagiológicas e os sintomas comportamentais, realizada por *Casanova e seus colaboradores*, (2011) constatou que a presença de manifestações psicóticas se associava a dano local no córtex frontal e temporal, particularmente no sistema límbico, as alucinações visuais envolviam dano nos lobos occipitais. Os autores verificaram que uma explicação exclusivamente neuro patológica do aparecimento de sintomas é insuficiente, sendo necessários ter em linha de conta aspetos relacionados com as mudanças ambientais, história psiquiátrica prévia, fatores genéticos, familiares e sociais, tais como a educação, a inteligência e a aprendizagem ao longo da vida (Casanova et al., 2011).

### **1.3. Intervenções não farmacológicas na demência**

Embora existam fármacos que temporariamente melhoram a sintomatologia, não existem tratamentos disponíveis que impeçam a evolução da doença. Porém, a sua eficácia é muito variada na população e nenhum altera o percurso degenerativo e terminal da demência (Alzheimer's Association, 2012). Todavia, os estudos demonstraram, de forma consistente, que uma gestão terapêutica ativa das demências pode melhorar de forma significativa a qualidade de vida do doente e cuidadores (Alzheimer's Association, 2012). A mesma inclui o uso apropriado das opções terapêuticas disponíveis, a gestão efetiva das co morbilidades, a coordenação dos cuidados profissionais de saúde e cuidadores, a participação em atividades e programas direcionados e a participação em grupos e serviços de suporte.

Os benefícios limitados e potenciais danos (efeitos secundários) das medicações psicotrópicas colocam as intervenções não farmacológicas como alternativas atrativas ao tratamento farmacológico, particularmente na gestão de sintomas não-cognitivos (O'Neil et al., 2011; Orgeta, Qazi, Spector, & Orrell, 2014).

A eficácia das intervenções psicossociais no tratamento de pessoas com demência e seus cuidadores é cada vez mais enfatizada na literatura científica. Como tal, as linhas de orientação para a demência deveriam sumarizar a evidência científica e as

melhores práticas disponíveis, incluindo, por isso, recomendações sobre as intervenções psicossociais (Vasse et al., 2012). Todavia, a inclusão de terapias psicossociais para tratamento da demência nas *guidelines* ainda é limitada na Europa, sendo necessária uma atenção especial para a implementação de cuidados psicossociais baseados na evidência, nos próximos anos (Vasse et al., 2012).

No caso específico de Portugal, a criação de linhas de orientação para o tratamento da demência é recente, existindo uma, da autoria da DGS (NP 053, 2011) em colaboração com a Ordem dos Médicos. Este documento faz breves referências às intervenções não farmacológicas, sem explorar as condições/circunstâncias de implementação. Vasse e seus colaboradores (2012) justificaram a inexistência de recomendações sobre terapias psicossociais, nas linhas de orientação europeias, pelo seu desenvolvimento ser exclusivamente feito por médicos especialistas, corroborando que esta limitação poderá ter consequências na qualidade dos cuidados prestados a pessoas com demência (Vasse et al., 2012).

Outro aspeto decisivo, relacionado com a qualidade metodológica das *guidelines* foi que as de maior qualidade e rigor incluíam mais recomendações para intervenções psicossociais (Vasse et al., 2012). Vasse e seus colaboradores (2012) consideram necessário que os profissionais de saúde e decisores políticos se assegurem de que linhas de orientação de alta qualidade sejam atualizadas de acordo com o estado da arte, e incluam recomendações que tornem acessíveis as intervenções psicossociais em todos os países da Europa. Por fim, os investigadores deveriam focar-se não só na aferição do efeito de intervenções psicossociais específicas mas também no desenvolvimento e avaliação de estratégias para implementar as mesmas de forma eficaz na prática diária (Vasse et al., 2012).

A tabela 2 sumariza algumas revisões de literatura existentes sobre o impacto das terapias não farmacológicas em pessoas com demência. A revisão efetuada indica constrangimentos metodológicos transversais aos mesmos, nomeadamente a existência de amostras pequenas, heterogéneas (diferentes tipologias de demência, diferentes estádios de declínio cognitivo), carência de robustez teórica de algumas terapias, diversidade nas aplicações da mesma terapia e fraca qualidade metodológica das intervenções analisadas (Dorenlot, 2006; Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede, & House, 2010).

Apesar das limitações metodológicas referidas, os autores são unânimes na necessidade de continuar a investigar, para o desenvolvimento de estudos de qualidade, centrados no indivíduo e suas necessidades (Cohen-Mansfield, 2001; Dorenlot, 2006; Olazarán et al., 2010; Hulme et al., 2010). Os artigos de revisão sugerem melhorias significativas nos sintomas psicológicos e comportamentais com aplicação de

reminiscência, reabilitação cognitiva e programas psicoeducativos para os cuidadores (Dorenlot, 2006), estimulação sensorial (Kong, Evans, & Guevara, 2009), musicoterapia, massagem/toque e atividade física (Hulme et al., 2010).

**Tabela 2.** Síntese de artigos de revisão sobre terapias não farmacológicas aplicadas a pessoas com déficit cognitivo.

Fonte	Objetivo	Metodologia	Conclusões
Cohen-Mansfield, 2001	Analisar o impacto das terapias não farmacológicas nas alterações de comportamento em pessoas com demência.	Revisão sistemática N = 83	A maioria das intervenções demonstrou efeitos positivos na melhoria do comportamento, embora com resultados estatisticamente pouco significativos. A autora nota a carência de investigações com amostras maiores e desenhos metodológicos de qualidade, assim como a necessidade de individualizar as intervenções não farmacológicas às necessidades e capacidades da pessoa.
Douglas et al., 2004	Examinar o uso das terapias não farmacológicas nos sintomas psicológicos em pessoas com demência.	Revisão N = ND	As terapias não farmacológicas demonstraram benefícios na melhoria dos sintomas psicológicos, no entanto os autores reportam a necessidade de investigações com metodologias de melhor qualidade.
Ayalon, Gum, Feliciano, & Area'n, 2006	Determinar a evidência científica sobre as intervenções não farmacológicas para gestão de sintomas psicológicos e comportamentais em pessoas com demência	Revisão sistemática N=9	Os estudos indicam que as intervenções direcionadas para a sintomatologia comportamental e que incluem os cuidadores são potencialmente eficazes, no entanto existe necessidade de mais investigação de qualidade que confirme os resultados.
Dorenlot, 2006	Sintetizar os estudos existentes sobre a eficácia das terapias não farmacológicas na demência.	Revisão crítica N = ND	O número e a qualidade científica dos estudos são limitados. Todavia, o autor refere a <u>reminiscência, a reabilitação cognitiva e os programas psicoeducativos para os cuidadores</u> como as intervenções não farmacológicas com resultados mais significativos. Recomenda o desenvolvimento de estudos padronizados, com maior robustez teórica e centrados nas necessidades das pessoas com demência.
Kong et al., 2009	Rever a efetividade das intervenções não farmacológicas na agitação de pessoas idosas com demência	Revisão sistemática N = 14	De entre as terapias não farmacológicas direcionadas para a agitação, apenas a <u>estimulação sensorial</u> demonstrou ser estatisticamente significativa no decréscimo deste comportamento.
Hulme et al., 2010	Rever os estudos de revisão sobre terapias não farmacológicas na demência e fornecer uma fonte de evidência sobre estratégias que podem ser utilizadas pelos cuidadores	Revisão sistemática de artigos de revisão N= 33	Os estudos de revisão analisados sugerem que a <u>musicoterapia, a massagem e toque e a atividade física</u> são efetivas como terapias não farmacológicas.

	informais.		
Olazarán, et al., 2010	Avaliar as evidências científicas existentes sobre as terapias não farmacológicas em pessoas com demência.	Meta-análise N =179	A meta análise demonstrou evidências de nível B para a terapia cognitiva, estimulação cognitiva, treino de atividades de vida diária e abordagem multidimensional (estimulação cognitiva, reminiscência e relaxamento).
O'Neil et al., 2011	Rever a evidência científica existente sobre o impacto das terapias não farmacológicas em pessoas com demência.	Revisão sistemática N =40	A revisão incluiu 21 revisões sistemáticas de boa qualidade, dirigidas a intervenções sensoriais, cognitivas e comportamentais.

Um dos aspetos que suscita dificuldade na análise das revisões teóricas sobre terapias não farmacológicas é a dificuldade de classificação das mesmas. Cada autor descreve e sintetiza as intervenções existentes com classificações heterogéneas:

- I. Classificação direcionada para a variável a manipular através de intervenção: as terapias são agrupadas consoante o seu objetivo em terapias que visam a cognição, os afetos, o ambiente, os cuidadores (e.g. programas psicoeducativos) (Dorenlot, 2006) ou, por exemplo, o desempenho cognitivo, as atividades de vida diária e os sintomas psicológicos e comportamentais (Hulme et al, 2010).
- II. Classificação direcionada para participante da intervenção: as intervenções são categorizadas de acordo com a população a que se destinam, isto é, a pessoa com défice cognitivo, o cuidador informal (e.g. educação, suporte) e os cuidadores formais (treino) (Olazarán et al., 2010).
- III. Classificação baseada nos recursos a utilizar com a terapia: as intervenções podem ser cognitivo-emocionais, de estimulação sensorial ou intervenção psicossocial (Kong et al., 2009; O'Neil et al., 2011).

A tabela 3 descreve algumas terapias não farmacológicas, reportadas em artigos científicos e frequentemente utilizadas em pessoas com défice cognitivo. Cada terapia é descrita de forma conceptual e analisado o seu impacto nas pessoas com demência, com base nos resultados e conclusões de diversos autores que avaliaram as intervenções. As intervenções psicossociais mais vezes mencionadas nas linhas de orientação europeias, publicadas entre 1998 e 2006, foram a atividade física, intervenções ao cuidador, estimulação multissensorial/*snoezelen* e reminiscência (Vasse et al., 2012). A terapia de reminiscência será objeto de estudo dos pontos 3 e 4 desta introdução, pelo que os aspetos relativos a esta intervenção não serão descritos na tabela 3.

**Tabela 3.** Análise das principais terapias não farmacológicas direcionadas para o tratamento sintomatológico de pessoas com défice cognitivo.

Terapia	Conceito	Resultados e Conclusões
Aromaterapia	Consiste no uso de óleos aromáticos, provenientes de diversas plantas, para promoção do sono e melhoria da sintomatologia comportamental (O'Neil et al., 2011).	<p>A análise de 3 revisões sobre este tema sugere que a aromaterapia poderá reduzir a sintomatologia comportamental, nomeadamente a agitação e deambulação (Hulme et al., 2010).</p> <p>Um estudo experimental demonstrou efeitos positivos na diminuição da agitação, no entanto a evidência sobre a eficácia desta terapia nos sintomas comportamentais é insuficiente (O'Neil et al., 2011).</p> <p>Uma revisão recente confirmou que os resultados são ambíguos, apesar de os estudos assinalarem melhorias do comportamento e da agitação (Forrester, Maayan, Orrel, Spector, Buchan, &amp; Soares-Weiser, 2014).</p>
Exercício	Atividades variadas, desde a promoção da atividade física, até à implementação de programas estruturados de exercícios.	<p>Da análise de 5 estudos de revisão os autores inferiram que o exercício físico melhora a sintomatologia psicológica, comportamental e a capacidade funcional particularmente o <u>humor, a deambulação e os distúrbios do sono</u> (Hulme et al., 2010).</p> <p>Da análise de 3 revisões sistemáticas e 18 estudos experimentais observou-se que apesar de apresentar efeitos positivos no <u>sono</u>, a terapia carece de rigor metodológico, conduzindo a resultados pouco consistentes (O'Neil et al., 2011).</p> <p>Uma meta-análise demonstrou alguns benefícios do exercício na melhoria das atividade de vida, no entanto frisou que não existia evidência de melhoria da cognição, sintomas neuropsiquiátricos ou da depressão (Forbes, Forbes, Blake, Thiessen, &amp; Forbes, 2015).</p>
Massagem/ Toque terapêutico	A terapia tem como objetivo diminuir a depressão, ansiedade e alterações comportamentais através da aplicação das mãos (O'Neil et al., 2011).	<p>Um artigo reportou efeitos estatisticamente significativos na melhoria comportamental, os restantes 5 estudos apresentaram melhorias ligeiras ou nenhum efeito. (Cohen-Mansfield, 2001).</p> <p>Os 3 estudos de revisão incluídos revelaram melhorias significativas da <u>agitação</u> e da <u>alteração no comportamento alimentar</u> após aplicação de massagem (Hulme et al., 2010).</p> <p>Os autores analisaram 3 estudos experimentais nos quais se observou diminuição da <u>agitação</u> após intervenção. Apesar de a evidência científica ser limitada, sugerem que a sua implementação pode ser benéfica em relação a nenhuma intervenção (O'Neil et al., 2011).</p>
Musicoterapia	A terapia envolve atividades musicais (tocar instrumentos, cantar) ou simplesmente ouvir músicas (Douglas et al., 2004). As pessoas com défice cognitivo mantêm a habilidade para cantar e recordar canções antigas, apesar das perdas de memória (O'Neil et al., 2011).	<p>Nos 10 artigos analisados, foram reportadas melhorias na <u>agitação</u> verbal e motora (Cohen-Mansfield, 2001).</p> <p>A evidência sugere melhorias significativas nos sintomas psicológicos e comportamentais, particularmente a <u>agitação, agressividade, deambulação, irritabilidade e alterações do comportamento social e alimentar</u> (Hulme et al.,</p>

		<p>2010). Os autores encontraram 4 revisões sistemáticas e 3 estudos experimentais sobre esta intervenção, reportando diminuição da <u>agressividade</u>, da <u>agitação</u> e da <u>deambulação</u> durante a terapia. Todavia, não existem estudos longitudinais que corroborem a eficácia da intervenção ao longo do tempo. Apesar das limitações metodológicas encontradas, a musicoterapia poderá ser benéfica na redução da agitação (O'Neil et al., 2011).</p>
Orientação para a realidade	O seu objetivo é ajudar as pessoas com perda de memória a reorientar-se para a realidade, recordando-os de eventos pessoais e do ambiente que os rodeia (Douglas et al., 2004).	Uma meta-análise demonstrou efeitos positivos da terapia na cognição e comportamento de pessoas com demência (Spector, Davies, Woods, & Orrel, 2000).
<i>Snoezelen</i> (estimulação multissensorial)	A estimulação multissensorial combina a utilização de luzes de diferentes cores com música, aromas e sensações tácteis diversas (superfícies com diferentes texturas), baseando-se na premissa de que a sintomatologia psicológica e comportamental advém da privação sensorial (O'Neil et al., 2011).	Os 6 estudos experimentais analisados apresentaram resultados inconclusivos ao nível das alterações comportamentais. Contudo, os autores enfatizam a necessidade de mais investigação visto os participantes reportarem sensações de prazer, sendo este resultado imediato da terapia importante (O'Neil et al., 2011).  Após revisão sistemática os autores verificaram que não existia evidência científica que suportasse a utilização da intervenção e estudos de maior qualidade metodológica foram recomendados (Chung & Lai, 2002).
Terapia com animais	Baseia-se na promoção de contato direto com animais, habitualmente cães ou gatos (Hulme et al., 2010).	Os 3 estudos analisados verificaram diminuição da <u>irritabilidade</u> e da <u>agitação</u> (Cohen-Mansfield, 2001).  Dois estudos de revisão referiram que esta intervenção poderia diminuir a agressividade e a agitação e melhorar a ingestão nutricional e o comportamento social, no entanto, os autores ressalvam a fraca qualidade metodológica dos estudos consultados (Hulme et al., 2010).  Os autores estudaram 9 estudos não experimentais com efeitos positivos na <u>agitação</u> , <u>apatia</u> , <u>interação social</u> e <u>ingestão nutricional</u> . Todavia, a falta de rigor metodológico e a heterogeneidade das intervenções descritas evidenciam um nível baixo de evidência da sua eficácia (O'Neil et al., 2011).
Terapia cognitiva	Terapia combinada de atividades recreativas e agradáveis, normalmente em contexto grupal, que promovam a memória, a concentração e o pensamento (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012).	Uma meta-análise sobre o treino cognitivo demonstrou efeitos positivos na cognição, atividades de vida diárias, depressão, no entanto ressalva as limitações dos estudos incluídos (Sitzer, Twamley, & Veste, 2006).  Os autores consultaram 5 artigos de revisão, apontando para efeitos potenciais na melhoria da memória, cognição, comportamento, depressão, qualidade de vida, atividades de vida diária e sintomas neuropsiquiátricos. No entanto ressalvam que a evidência é inconclusiva devido às pequenas amostras que participaram nos estudos (Hulme et al, 2010).

Terapia de validação

Consiste numa tentativa de comunicação com o indivíduo com demência, utilizando a empatia para compreender as emoções subjacentes às alterações de comportamento e confusão (Douglas et al., 2004). A terapia de validação pretende dar ao indivíduo a oportunidade de resolver conflitos, encorajando e validando as emoções manifestadas (O'Neil et al., 2011).

Uma revisão sistemática confirmou resultados consistentes na melhoria da cognição através de estimulação cognitiva (Woods et al., 2012).

Numa revisão sistemática, os efeitos da terapia foram demasiado heterogêneos pelo que não foram tecidas recomendações para a sua aplicabilidade (Neal & Barton Wright, 2003).

Os autores encontraram 4 revisões sistemáticas e 3 estudos experimentais sobre a aplicação desta terapia. No entanto, os resultados foram heterogêneos, não existindo evidência suficiente sobre a sua eficácia nos sintomas comportamentais, depressão e humor (O'Neil et al., 2011).

As intervenções psicológicas, em conjunto com os cuidados habituais, reduzem a sintomatologia depressiva e a ansiedade (heteroavaliação) em pessoas com demência, melhorando o seu bem-estar e sem relato de efeitos adversos (Orgeta et al., 2014). Numa revisão feita por Orgeta et al., (2014) os autores referem a carência de estudos que avaliem os efeitos destas terapias em populações com DCL e que tipos de terapias são mais efetivas, por exemplo, nos domínios da ansiedade e depressão.

A necessidade de melhorar as metodologias de investigação no estudo de população com demência é amplamente referenciada na literatura, nomeadamente a relacionada com a avaliação de resultados (e.g. escalas, instrumentos) em terapias psicossociais (e. g. Moniz-Cook, Vernooij-Dassen, Woods, Orrel, & Interdem Network, 2011). A revisão da literatura efetuada enfatiza a importância das avaliações de custo-eficácia e o valor das intervenções, numa perspetiva de capacitação da pessoa com défice cognitivo, desenvolvendo intervenções que proporcionem momentos de prazer, propósito de vida, dignidade e autonomia (Moniz-Cook et al., 2011).

## 2. REMINISCÊNCIA NA VELHICE

As perceções, os valores, as escolhas e estilos de vida têm a sua fonte na história passada única de cada pessoa, quer seja resiliente ou vulnerável ao *stress*, quer se tenham estratégias de coping adaptativas ou não. As mesmas têm muitas vezes raízes em experiências da infância, sendo o passado tanto um fardo como um recurso (Wong, 1995).



O conceito de reminiscência associado à velhice aparece cedo na história da Humanidade. Na Grécia Antiga, Platão, na sua obra *Ménon*, teoriza sobre a reminiscência, associando-a ao conhecimento.

*“Pois, pelo visto, o procurar e o aprender são, no seu total, uma rememoração”*  
(Platão In *Ménon*, 53).

O seu discípulo, Aristóteles, na obra *Retórica*, associa a reminiscência à velhice, referindo que as pessoas idosas vivem de memórias e sentem prazer nisso.

*Vivem de recordações mais do que de esperanças, pois o que lhes resta da vida é curto em comparação com o passado (...). Esta é também uma das razões pelas quais são tão faladores, já que passam a vida a falar de coisas passadas e sentem prazer em recordar”* (Aristóteles, n.d. a, In *Retórica*, 196).

Aristóteles dedica um capítulo, no seu livro *Parva Naturalia* à exploração dos conceitos de memória e reminiscência, afirmando que o que distingue o Homem de outros seres é a capacidade de recuperação (Aristóteles, n.d.b).

Apesar do conceito de reminiscência ter raízes históricas bastante antigas, até ser descrita por *Butler*, em 1963, como um fenómeno universal e natural em adultos de todas as idades, era vista como sintoma ou causa de deterioração mental (Westerhof et al., 2010; Lin et al., 2003). Foi *Butler*, quem iniciou os estudos empíricos sobre reminiscência em pessoas idosas, argumentando que a revisão de vida assume uma função positiva, na medida em que ajudaria na resolução de conflitos do passado. A revisão de vida seria funcional para pessoas idosas do ponto de vista da saúde mental (Westerhof et al., 2010). O exercício da reminiscência pode constituir recurso de maestria, sabedoria e gratificação na velhice, capacitando o indivíduo para o presente e preparando-o para o futuro (Wong, 1995). Esta interpretação de revisão de vida de *Butler* originou um novo campo de pesquisa na área da reminiscência (Wong, 1995).

Em 1971, *Lewis* publica a primeira investigação sobre reminiscência, na qual analisa as diferenças entre pessoas que fazem e não reminiscência ao nível do autoconceito. Observou que ocorria um aumento significativo na correlação passado/presente do autoconceito nos indivíduos reminiscentes, após aplicação de um fator de *stress*, sugerindo que a reminiscência e a identificação com o passado poderiam ser mecanismos de defesa em pessoas idosas (Lewis, 1971).

## **2.1. Reminiscência: conceito**

*Westerhof* e seus colaboradores (2010) referem a necessidade de definições e medidas mais precisas de reminiscência. São vários os autores que procuraram definir o conceito de reminiscência, sendo referida como um processo de recuperação de experiências e acontecimentos pessoais significativos, envolvendo a recuperação de

episódios isolados do passado, de forma relativamente independente (Burnside & Haight, 1992; Cappeliez et al., 2008; Webster & Haight, 1995). Um fenómeno espontâneo que surge em diversos contextos, através do qual um indivíduo relata episódios autobiográficos ou conta histórias da sua vida (Afonso, 2011). Uma forma particular de memória autobiográfica (MA): uma atividade na qual as memórias autobiográficas pessoalmente significativas são recordadas (Bluck & Alea, 2002). A MA codifica, armazena e orienta a recuperação de informações episódicas relacionadas com as experiências pessoais. A reminiscência seria o modo como se acede a essa informação para uso próprio, recuperando episódios gerais ou específicos (Bluck & Levine, 1998).

No âmbito das várias definições de reminiscência, destacam-se os seguintes aspetos (Westerhof et al., 2010): a reminiscência acontece diariamente, quer partilhemos ou não essas memórias; o facto das memórias autobiográficas poderem ser recuperadas voluntariamente é a base da reminiscência como intervenção e as memórias autobiográficas relatadas resultam da sua perceção e construção das experiências.

Assim, a reminiscência, pode definir-se como o processo mental voluntário e espontâneo de recuperação de memórias autobiográficas, associado a eventos de vida considerados significativos e verídicos para o próprio.

Os conceitos revisão de vida, autobiografia e narrativa são muito próximos do de reminiscência, sendo, por vezes, usados como seus sinónimos, contudo, são distintos.

A revisão de vida define-se como uma pesquisa retrospectiva da existência, um estudo crítico, ou seja, um segundo olhar sobre a própria vida (Burnside & Haight, 1992). Trata-se de um processo mental natural e universal caracterizado pela recuperação voluntária de experiências do passado (Butler, 1974). A revisão de vida implica o relato de vida com uma sequência cronológica, e tem um forte componente avaliativo de reinterpretação das memórias (Afonso, 2011).

A autobiografia consiste num processo planeado de escrita da história de vida, que embora não implique uma sequência cronológica, abrange os principais acontecimentos de vida e pode ou não assumir um cariz avaliativo (Afonso, 2011; Webster & Haight, 1995).

A narrativa reporta-se a uma atividade de contar episódios de vida, histórias passadas, no entanto, ao invés da reminiscência que é mais espontânea e menos organizada, a narrativa implica a narração de histórias estruturadas e com uma sequência lógica (Webster & Haight, 1995).

Assim, a reminiscência, apesar de ser o processo mental que permite estas diferentes formas de recuperar o passado (e.g. revisão de vida, narrativa, autobiografia), distingue-se devido ao seu carácter mais espontâneo, menos avaliativo das experiências

de vida e menos estruturado, quer na perspectiva cronológica, quer no encadeamento dos temas e eventos recuperados.

O conceito de reminiscência parte de uma noção predominantemente negativa, associada ao idadismo e deterioração física e mental da velhice, preconizada desde os filósofos da Antiguidade, para um conceito mais positivo, veiculado nas últimas décadas, que a caracteriza como um processo mental adaptativo no aproximar do fim da vida (Westerhof & Bohlmeijer, 2014).

Apesar da análise da reminiscência, numa perspectiva de processo mental normativo, não ser objeto de estudo nesta tese, a tabela 4 sumariza as principais bases teóricas em que a reminiscência como técnica de intervenção se fundamenta.

**Tabela 4.** Principais autores em que a reminiscência como técnica de intervenção se fundamenta.

Autor, data	Ideia Central
Erikson, 1959	A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial enumera 8 períodos de desenvolvimento, associados a conflitos, com tarefas cruciais, cuja resolução permite evoluir para a fase seguinte. No último estágio, o autor postula que a revisão de vida é importante para alcançar a integridade do eu. O objetivo é alcançar a aceitação da própria vida, como sendo inevitável, apropriada e significativa para o próprio, evitando o desespero.
Butler, 1963	Apresentou a revisão de vida como sendo um processo natural e universal, associado à velhice, sendo um recurso de mestria, sabedoria e gratificação.
Baltes, 1987	O autor apresentou dois pressupostos teóricos da Teoria Desenvolvimental de curso de vida: a plasticidade e o crescimento pessoal como resultados entre as perdas e ganhos. A reminiscência é encarada como uma estratégia de manutenção e regulação da perda na velhice, nomeadamente ao nível da identidade.
Watt & Wong, 1991	Desenvolveram uma nova taxonomia com seis tipos de reminiscência. Apresentam a respetiva definição, funções e exemplos de cada tipologia.
Wong & Watt, 1991	Analisaram e identificaram os tipos de reminiscência que se associavam a um envelhecimento bem-sucedido, concluindo que nem todos têm um carácter adaptativo. O envelhecimento bem-sucedido foi associado à reminiscência integrativa e instrumental.
Burnside & Haight, 1992	Analisaram e distinguiram os conceitos de reminiscência e revisão de vida, indicando direções para a sua implementação na investigação e prática de enfermagem.
Haight & Dias, 1992	Examinaram variáveis que contribuem para que a reminiscência conduza ao bem-estar: a individualidade, a avaliação e a estrutura.
Webster, 1993	Construiu e validou Escala de Funções da Reminiscência (RFS). Apresenta 8 funções associadas à reminiscência.
Webster & Cappeliez, 1993	Efetuaram uma revisão sobre as investigações acerca da reminiscência e memória autobiográfica, propondo uma perspectiva que integre os dois campos de estudo de forma a reforçar a investigação nestas

	áreas.
Haight & Webster, 1995	Publicaram um livro sobre reminiscência: perspectiva teórica, investigação, metodologias e aplicações.
Parker, 1995	Abordou a teoria da continuidade como forma de compreender a reminiscência no ciclo de vida, considerando-a um mecanismo de continuidade e atribuindo-lhe 3 funções: privada, social e cognitiva.
Andrews, 1997	Observaram a existência de relação entre a revisão de vida e a estrutura social: o indivíduo recorda e esquece, mas a sociedade afeta o que é ou não memorável.
Bluck & Levine, 1998	Introduziram o estudo teórico sobre a relação entre reminiscência, MA e o ego. Consideram a reminiscência como forma de MA, sendo um processo de recuperação de acontecimentos. Foi o primeiro passo na investigação conjunta dos dois conceitos e pretendia compreender a tendência humana para contemplar o passado.
Cohen & Taylor, 1998	Reviram os conceitos de reminiscência e suas funções, relacionando-os com a idade e estilos de vida. Apresentam a distinção entre reminiscência e memória autobiográfica.
Tornstam, 1999	Analisou as funções e relações da reminiscência a partir da Teoria da Gerotranscendência. A teoria postula que o desenvolvimento humano é um processo que continua na velhice e pode ser otimizado. A reminiscência contribui não só para a manutenção da identidade mas também para a mudança e reconstrução da mesma.
Bluck & Alea, 2002	Agruparam as funções da reminiscência nas 3 funções da memória autobiográfica: <i>self</i> , diretiva e social. Consideraram a reminiscência como um tipo de MA, requerendo ambas o entendimento das funções de recordar e pensar sobre o passado.
Webster, 2003	Investigou um modelo que representava as funções da reminiscência e da memória autobiográfica. As 8 funções da reminiscência foram organizadas em quadrantes, tendo o seu modelo circunflexo explicado 79.57% da variância.
Cappeliez & O'Rourke, 2006	Apresentaram um modelo da relação entre as funções da reminiscência e a satisfação com a vida, sofrimento psiquiátrico e saúde.
Haber, 2006	Apresentam a distinção entre os conceitos de reminiscência e revisão de vida, focando-se nos pressupostos teóricos, estratégias de implementação e implicações terapêuticas desta última.
Cappeliez, Rivard, & Guindon, 2007	Descreveram um modelo teórico com a relação entre as funções da reminiscência e as suas categorias: <i>self</i> , orientação e criação de laços sociais.
Cappeliez et al., 2008	Examinaram o contexto emocional da reminiscência em pessoas idosas, relacionando-o com as funções da reminiscência.
Peix, 2009	Descreveu a reminiscência como uma abordagem a utilizar na prática diária, para facilitar a comunicação com pessoas com declínio cognitivo. Permite a individualização dos cuidados à pessoa idosa, atribuindo um papel principal à dimensão humana e trajetória de vida.
Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010	Propõem um modelo heurístico para a aplicação de terapia de reminiscência, definindo 3 tipologias de intervenção: reminiscência simples, revisão de vida e terapia de revisão de vida.

## 2.2. Tipos e funções da reminiscência

A reminiscência tem sido perspectivada a partir de diferentes bases teóricas e modelos, sendo inclusivamente analisada como um tipo de memória autobiográfica (Afonso, 2011). Vários autores procuraram desenvolver taxonomias com os diferentes tipos de reminiscência e suas funções.

*Watt* e *Wong* (1991) fizeram a primeira tentativa para criar uma taxonomia empírica sobre reminiscência, através de um estudo de campo com uma amostra de dimensão relevante, identificando 6 tipos de reminiscência (Wong, 1995; Westerhof et al., 2010):

- *Integrativa*: revisão de vida com o intuito de aceitar o próprio e os outros, resolução de conflitos e reconciliação, senso de significado, autoestima e integração do presente e passado;
- *Instrumental*: recordação sobre planeamento e estratégias de coping do passado ou sobre experiências do passado para resolução de problemas do presente;
- *Transmissiva*: contar histórias às gerações mais novas sobre herança cultural, legado pessoal, lições de vida e sabedoria aprendidas com o passado. Tem como propósitos a transmissão de informação e/ou o entretenimento do ouvinte;
- *Narrativa*: narrar informações autobiográficas ou anedotas passadas, de forma descritiva, menos interpretativa ou avaliativa;
- *Escapista*: recordações positivas que invoquem nostalgia pelo passado, desejo de regresso ao passado, escapando da realidade presente;
- *Obsessiva*: recordações negativas que inspiram sentimentos de culpa, amargura e desespero. Ruminação persistente de acontecimentos passados desagradáveis. Embora associada a pior saúde mental, pode ter um carácter adaptativo. Por um lado porque chama a atenção para problemas mal resolvidos, motivando para a cura, e por outro lado, porque pode refletir a intensa luta interior necessária para a recuperação.

*Wong* e *Watt* (1991) defendem que tanto a reminiscência integrativa como a instrumental seriam adaptativas. A reminiscência integrativa ajudaria o indivíduo a manter a integridade do ego, conceptualizado como um desenvolvimento positivo mas realista de esquemas próprios, que permite lidar com as exigências do presente e as incertezas do futuro. A reminiscência instrumental teria como função a manutenção do sentido de mestria e competência, necessárias especialmente na velhice pois aumentam os

sentimentos de inferioridade associados a diminuição dos recursos de *coping* e problemas crônicos associados à idade (Wong & Watt, 1991; Wong, 1995).

Por seu lado, *Webster*, em 1993, constrói e valida a Escala de Funções da Reminiscência (*Reminiscence Functions Scale* - RFS), distinguindo 8 diferentes usos ou funções para a reminiscência:

- *Identidade*: utilização do passado para descobrir, clarificar ou cristalizar o sentido daquilo que somos;
- *Preparação para a morte*: a maneira como se usa o passado para chegar a uma atitude calma e à aceitação da mortalidade;
- *Resolução de problemas*: uso de reminiscência como mecanismo de *coping* construtivo, recordando estratégias de resolução de problemas do passado.
- *Ensino*: transmissão de experiências pessoais e lições de vida a outros;
- Conversação: uso informal das memórias para estabelecer relação com os outros;
- *Diminuição do aborrecimento*: pensar no passado para escapar de um ambiente pouco estimulante ou à falta de envolvimento em atividades;
- *Reviver da amargura*: recordação de memórias sobre tratamentos injustos para justificar a manutenção de emoções negativas em relação a outros;
- *Manutenção da intimidade*: processo através do qual representações cognitivas e emocionais de pessoas significativas na nossa vida são ressuscitadas para recordar a aparência física da pessoa.

Estas 8 funções de *Webster* (1993) correspondem, em larga medida, aos tipos de reminiscência identificadas por Wong e Watt (Westerhof et al., 2010).

*Bluck* e *Alea* (2002) consideraram a reminiscência como um tipo de MA, que implica pensar o passado no presente (Bluck & Alea, 2002; Westerhof et al., 2010) que tem funções:

- *Self*: a construção da identidade e a preparação para a morte são funcionais para o eu, principalmente na manutenção da continuidade.
- *Diretiva*: a resolução de problemas seria par da função diretiva da memória autobiográfica.
- *Social*: o ensino, conversação e manutenção da identidade corresponderiam às funções sociais.

*Webster*, em 2003, baseado nas 8 funções que identificou da reminiscência apresentou um modelo de reminiscência com dois eixos:

- *Self versus social*.
- *Reativo/perda de orientação versus proactivo/ orientação do crescimento*.

O modelo distribui as funções em quadrantes: a construção da identidade e resolução de problemas no quadrante proactivo/self; a conversação e o ensino no pró ativo/ social; a manutenção da intimidade e preparação da morte no reativo/social e por fim o reviver da amargura e a redução do aborrecimento no quadrante reativo/self (Webster, 2003).

Por outro lado, *Cappeliez e O'Rourke* (2006) investigaram a relação entre as funções da reminiscência e dimensões físicas e psíquicas da saúde. Os autores construíram um modelo com 3 funções da reminiscência, aglomerando as descritas por *Webster* (1993):

- *Dirigidas ao self*: esforço para encontrar sentido e significado na vida. As funções positivas associadas foram a construção da identidade e a preparação da morte e as funções negativas correspondentes foram a redução do aborrecimento e o reviver da amargura;
- *Vinculação social e regulação das emoções*: incluiu a manutenção da intimidade como função negativa e a conversação como positiva;
- *Orientação*: refere-se a conhecimentos e experiências privados ou partilhados e tem como funções da reminiscência a resolução de problemas e o ensino/informação de outros.

Com base na revisão de literatura, foi proposta por *Westerhof* e seus colaboradores (2010) uma nova classificação, que considera 3 tipos de reminiscência:

- *Reminiscência direccionada para o Eu/positiva*: engloba as funções de identidade, preparação da morte e resolução de problemas da RFS.
- *Reminiscência disfuncional/negativa*: engloba as funções de redução do aborrecimento, reviver da amargura e manutenção da identidade da RFS.
- *Reminiscência social*: engloba as funções de conversação e ensino/ informação da RFS.

*O'Rourke, Cappeliez e Claxton* (2011), testaram este modelo, concluindo que as funções da reminiscência estavam relacionadas com o bem-estar na velhice e em jovens adultos. Os autores constaram que existia uma associação positiva entre as funções positivas da reminiscência e o bem-estar, assim como uma associação negativa entre a reminiscência disfuncional e o bem-estar, nomeadamente a nível da satisfação com a vida, depressão e ansiedade. Por outro lado, verificaram que as funções sociais se associavam apenas de forma indireta com o bem-estar, dependendo da função positiva ou negativa utilizada no contato social (*O'Rourke et al.*, 2011).

### 3. REMINISCÊNCIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA VELHICE

As publicações teóricas sobre reminiscência rapidamente evoluíram para a investigação da mesma como uma intervenção, assente no pressuposto de que estimular as suas funções positivas (narrativa, integrativa, instrumental) e desencorajar as negativas pode melhorar a saúde mental (Cappeliez et al., 2008; Pinquart & Forstmeier, 2012). As intervenções focaram-se em diversos grupos alvo, utilizando diversas atividades (Westerhof et al., 2010).

A terapia de reminiscência baseia-se na estimulação de memórias de acontecimentos do passado, geralmente com um cariz emocional (Peix, 2009). A função central desta recuperação é criar um sentido de continuidade:

*“It appears, however, that one central function of remembering is to create a much-needed sense of self-continuity that allows the diverse, sophisticated behavior that we exhibit as humans”*

(Bluck & Liao, 2013: 8).

#### 3.1. Estudos de revisão teórica sobre terapia de reminiscência na velhice

Os estudos demonstraram que a reminiscência tem efeitos positivos em múltiplas variáveis, em populações idosas, saudáveis ou não. Várias revisões apontam para os efeitos positivos da reminiscência na diminuição da sintomatologia depressiva (e.g. Kwon, Cho, & Lee, 2013; Pinquart & Forstmeier, 2012), na melhoria da cognição (e.g. Cotelli et al., 2012; Kwon et al., 2013; Lin et al., 2013; Pinquart & Forstmeier, 2012; Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005) e do humor (e.g. Cotelli et al., 2012; Lin et al., 2003; Woods et al., 2005). Outras dimensões que melhoraram após aplicação de reminiscência foram a qualidade de vida (Kwon et al., 2013), a satisfação com a vida (Lin et al., 2003), a autoestima (Lin et al., 2003), a integridade do ego, propósito de vida, preparação para a morte, maestria, saúde mental, bem-estar psicológico e integração social (Pinquart & Forstmeier, 2012). A tabela 5 sintetiza as principais conclusões de alguns artigos de revisão sobre aplicação de terapia de reminiscência em pessoas idosas.

Embora se refira que a reminiscência é adaptativa na velhice, a pesquisa aponta para uma lacuna de estudos metodologicamente consistentes, nomeadamente avaliações longitudinais e ensaios clínicos controlados que avaliem a eficácia e efetividade da reminiscência na saúde mental das pessoas idosas (Cappeliez et al., 2008; Gonçalves & Martin, 2007; Pinquart & Forstmeier, 2012; Woods et al., 2005).

As principais limitações referidas na literatura prendem-se com questões metodológicas das investigações nesta área, nomeadamente a utilização de amostras



pequenas (Cotelli et al., 2012), desenhos não experimentais (Cotelli et al., 2012; Westerhof et al., 2010; Lin et al., 2003; Woods et al., 2005) e carência de protocolos que orientem a prática e objetivos da terapia (Gonçalves & Martín, 2007).

**Tabela 5.** Síntese de artigos de revisão sobre terapia de reminiscência.

Fonte	Objetivo	Metodologia	Principais conclusões
Kwon et al., 2013	Examinar os efeitos da terapia de reminiscência na cognição, depressão, comportamento e qualidade de vida em pessoas idosas com demência.	Meta-análise N =10	Impacto significativo no funcionamento cognitivo, qualidade de vida e diminuição da sintomatologia depressiva. Para a variável comportamento os autores não obtiveram resultados estatisticamente significativos.
Cotelli et al., 2012	Rever a eficácia da terapia de reminiscência na melhoria da cognição e humor, em pessoas com demência.	Revisão N =7	A terapia de reminiscência melhorou o humor e algumas funções cognitivas dos participantes nos estudos. Necessidade de mais estudos, com amostras maiores e inclusão de grupos de controle e placebo para avaliar condições ótimas para a sua aplicação.
Pinquart & Forstmeier, 2012	Integrar os resultados de estudos de caso/controle sobre intervenções através de reminiscência.	Meta-análise N =128 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reminiscência simples (n=88)</li> <li>▪ Revisão de vida (n=37)</li> <li>▪ Terapia de revisão de vida (n=18).</li> </ul>	Observou-se melhoria ligeira/ moderada nas variáveis: integridade do ego, depressão, propósito de vida, preparação para a morte, maestria, saúde mental, bem-estar psicológico, integração social e performance cognitiva no pós-teste. A melhoria manteve-se no <i>follow-up</i> em seis destas variáveis.
Westerhof et al., 2010	Explorar os progressos recentes na teoria, investigação e aplicações práticas da reminiscência.	Revisão <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipos/ funções da reminiscência</li> <li>▪ Relação entre o bem-estar e as funções da reminiscência</li> <li>▪ Intervenções</li> </ul>	Definem três tipos diferentes de reminiscência: positiva, disfuncional e social. São necessários mais estudos para testar a efetividade e eficácia das intervenções.
Gonçalves & Martín, 2007	Analisar a reminiscência enquanto estratégia de intervenção junto de idosos com sintomatologia depressiva.	Revisão de literatura N =16 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisões (n=5)</li> <li>▪ Estudos empíricos (n=11)</li> </ul>	Destacam-se algumas linhas de investigação a realizar: o esclarecimento sobre a eficácia da terapia, determinar quais os mecanismos de mudança subjacentes que explicam a eficácia, ou não, da mesma, avaliar como os contextos em que se realiza a terapia condicionam os resultados desta, que efeitos indesejados/negativos podem surgir, entender as variáveis associadas com estes efeitos (características do terapeuta ou da pessoa idosa).
Woods et al., 2005	Avaliar os efeitos da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência e seus cuidadores.	Revisão sistemática N =5	A evidência sobre a eficácia da terapia de reminiscência não é conclusiva, existindo necessidade urgente de investigação de qualidade nesta área. Resultados significativos: melhorias na cognição, humor e capacidade funcional da pessoa com demência e diminuição do desgaste do cuidador.

Lin et al., 2003	Rever a evolução histórica e bases teóricas da reminiscência. Avaliar a evidência empírica sobre a prevalência e funções da reminiscência na velhice.	Revisão sistemática Estudos publicados entre 1986 e 1998 N =10	A terapia de reminiscência pode ser útil para manter ou melhorar o humor, a função cognitiva, satisfação com a vida e auto estima das pessoas idosas. Investigações futuras são necessárias para redefinir os resultados da terapia pela reminiscência, utilizando metodologias de investigação mais estandardizada.
------------------	---	--	--

### 3.2. Síntese de estudos empíricos sobre o impacto da terapia de reminiscência em pessoas sem déficit cognitivo

As terapias de reminiscência e revisão de vida têm sido utilizadas sobretudo em populações idosas, particularmente em pessoas com sintomatologia depressiva e/ou demência. A tabela 6 sumariza os resultados de alguns estudos de investigação realizados em populações sem déficit cognitivo. A avaliação do impacto da terapia de reminiscência e revisão de vida em pessoas com déficit cognitivo serão objeto de estudo no capítulo I.

Os resultados dos estudos empíricos analisados apontam um efeito positivo na diminuição da sintomatologia depressiva após aplicação de revisão de vida (Pot, Bohlmeijer, Onrust, Melenhorst, Veerbeek, & De Vries, 2010; Serrano, Latorre, & Montañes, 2005; Serrano et al., 2012) e reminiscência (Afonso & Bueno, 2010; Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005; Chiang et al., 2010; Shellman, Mokel, & Hewitt, 2009; Stinson, Young, Kirk, & Walker, 2010; Watt & Cappeliez, 2000). Todavia, os resultados da terapia de reminiscência nem sempre se mostraram estatisticamente significativos (Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & Marwijk, 2009; Chao et al., 2006).

Observou-se um efeito positivo na recuperação de memórias autobiográficas específicas após terapia de reminiscência (Afonso & Bueno, 2010) e revisão de vida (Serrano et al., 2005; Serrano et al., 2012), com aumento da valência positiva dos eventos recuperados (Afonso & Bueno, 2010).

Os dados apontaram para uma melhoria significativa do nível de bem-estar (Chiang et al., 2010; Reis-Bergan, Gibbons, & Gerrard, 2000), nomeadamente do bem-estar psicológico (Afonso, Bueno, Loureiro, & Pereira, 2011) após terapia de reminiscência.

*Chiang* e seus colaboradores (2008) verificaram uma melhoria da satisfação com a vida após reminiscência, embora esse impacto nem sempre seja estatisticamente significativo (e.g. Chao et al., 2006; Puyenbroeck & Maes, 2009).

Os estudos consultados apontaram para um efeito positivo, quer da reminiscência (Bohlmeijer et al., 2005; Bohlmeijer et al., 2009;) quer da revisão de vida (Pot et al., 2010), no sentido de maestria.

Para além destas variáveis, os estudos apresentaram um impacto positivo da reminiscência na integridade do ego (Afonso et al., 2011), na autoestima (Chao et al., 2006; Chiang et al., 2008) e no ajustamento social (Watt & Cappeliez, 2000). Dados de avaliações qualitativas apontaram para sentimentos de prazer e aproximação do outro como resultados da reminiscência em pessoas idosas (Jonsdottir, Jonsdottir, Steingrimsdottir, & Tryggvadottir, 2001).

Apesar dos resultados positivos alcançados através de terapia de reminiscência em pessoas idosas, os estudos não são conclusivos e mais investigações são necessárias a fim de esclarecer as potencialidades e eventuais efeitos negativos desta intervenção (Pinquart & Forsteimeier, 2012; Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008, Woods et al., 2005).

**Tabela 6.** Síntese de estudos empíricos sobre aplicação de reminiscência em pessoas idosas, sem demência.

Autor, data	Objetivo	Método (intervenção)	Resultados
Afonso & Bueno, 2010	Analisar o impacto de programa na sintomatologia depressiva e características da memória autobiográfica.	Quási-experimental (reminiscência)	Os participantes no programa de reminiscência reduziram significativamente a sintomatologia depressiva e aumentaram o número de recuperação de memórias autobiográficas específicas e positivas, em relação aos grupos controlo e placebo.
Afonso et al., 2011	Analisar se a participação ou não num programa de reminiscência aumenta o bem-estar psicológico e a integridade do ego de pessoas idosas.	Quási-experimental (reminiscência)	Os participantes no programa de reminiscência estruturada apresentaram níveis significativamente mais elevados de bem-estar psicológico e integridade do ego em comparação com os grupos controlo e placebo.
Bohlmeijer et al., 2005	Avaliar o efeito da reminiscência na sintomatologia e maestria de pessoas idosas.	Não experimental (reminiscência)	Os participantes no programa de reminiscência estruturada apresentaram redução da depressão e melhoria do sentido de maestria.
Bohlmeijer et al., 2009	Analisar o efeito de um programa de reminiscência integrativa em pessoas com depressão, ao nível da sintomatologia depressiva e maestria.	Quási-experimental (reminiscência)	Observou-se melhoria da maestria e diminuição da sintomatologia depressiva nos participantes, contudo a diferença não foi estatisticamente significativa.
Chao et al., 2006	Descrever o efeito da terapia de reminiscência na depressão, autoestima e satisfação com a vida de pessoas idosas institucionalizadas.	Quási-experimental (reminiscência)	Os participantes apresentaram melhoria estatisticamente significativa na autoestima em relação ao grupo de controlo. Observou-se também melhoria da depressão e satisfação com a vida, mas a diferença não foi significativa.

Chiang et al., 2008	Avaliar o impacto de um programa de revisão de vida na autoestima e satisfação com a vida de pessoas idosas, de sexo masculino, institucionalizados.	Experimental (revisão de vida)	A participação no programa de revisão de vida melhorou a autoestima e a satisfação de vida dos participantes de forma estatisticamente significativa em comparação com o grupo de controle.
Chiang et al., 2010	Examinar o efeito da terapia de reminiscência no bem-estar psicológico, depressão e solidão de pessoas idosas institucionalizadas.	Experimental (reminiscência)	Três meses após aplicação da terapia observaram-se efeitos significativos na melhoria da sintomatologia depressiva, solidão e bem-estar psicológico de pessoas idosas institucionalizadas, em relação ao grupo de controle.
Jonsdottir et al., 2001	Analisar o impacto das terapias de reminiscência nas dificuldades sociais e emocionais em pessoas com neoplasia pulmonar terminal.	Quási-experimental (reminiscência)	Os participantes referiram sentir-se bem, ter prazer e sentimentos de aproximação aos outros, através do programa de reminiscência (resultados qualitativos). Os dados quantitativos não obtiveram diferenças estatisticamente significativas (depressão, autoestima e bem-estar).
Pot et al., 2010	Descrever o impacto de um programa de revisão de vida na sintomatologia depressiva, maestria, ansiedade, satisfação com a vida e estilo de reminiscência.	Experimental (revisão de vida)	A participação no programa de revisão de vida melhorou significativamente a sintomatologia depressiva e maestria do grupo experimental em comparação com o grupo placebo. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis.
Puyenbroeck & Maes, 2009	Avaliar o efeito da reminiscência no bem-estar subjetivo de pessoas idosas com incapacidade cognitiva.	Quási-experimental (reminiscência)	Os resultados quantitativos não ofereceram diferenças significativas (satisfação com a vida, percepção de competência e humor) no entanto observou-se que a extroversão e a estabilidade emocional eram co variáveis significativas do humor.
Reis-Bergan et al., 2000	Examinar o modo como diferentes comparações sociais afetam a percepção de bem-estar futuro de mulheres idosas e qual o papel da reminiscência nesse processo.	Experimental (reminiscência)	As mulheres com menor satisfação de vida apresentaram melhoria do bem-estar após reminiscência, sugerindo que esta técnica tem impacto na resposta a comparações sociais.
Serrano et al., 2005	Avaliar a eficácia de um programa de revisão de vida na melhoria da sintomatologia depressiva em pessoas idosas com depressão.	Experimental (revisão de vida)	Observou-se melhoria da recuperação de memórias autobiográficas específicas e da depressão nos participantes em relação ao grupo de controle.
Serrano et al., 2012	Examinar a eficácia da terapia de revisão de vida baseada na recuperação de memórias autobiográficas no tratamento da depressão em pessoas idosas.	Experimental (revisão de vida)	Observou-se melhoria estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva. Embora tenha ocorrido melhoria na recuperação de memórias específicas, não foi significativa em relação ao grupo placebo.
Shellman et al., 2009	Avaliar o efeito de um programa de reminiscência integrativa na sintomatologia depressiva de Afroamericanos idosos.	Experimental (reminiscência)	Os participantes do grupo de reminiscência apresentaram redução significativa da sintomatologia depressiva em comparação com o grupo de controle e placebo.
Stinson et al., 2010	Avaliar o efeito de um protocolo de reminiscência estruturada na depressão em mulheres	Experimental (reminiscência)	As participantes do grupo experimental apresentaram diminuição da sintomatologia

	idosas.		depressiva após 6 semanas de terapia.
Watt & Cappeliez, 2000	Determinar o impacto da reminiscência integrativa e instrumental na depressão e funcionamento adaptativo de pessoas idosas.	Experimental (reminiscência)	A reminiscência integrativa mostrou resultados significativos na redução da depressão mas não do ajustamento social. A reminiscência instrumental mostrou resultados significativos na melhoria das duas variáveis. A reminiscência integrativa apresentou resultados mais efetivos na redução da sintomatologia depressiva durante o follow-up (3 meses).

#### 4. BIBLIOGRAFIA

- Aalten, P., et al. (2008). Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: Results from the European Alzheimer Disease Consortium – Part II. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25, 1-8. doi: 10.1159/000111082.
- Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*, Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Afonso, R. & Bueno, B. (2010). Reminiscencia com distintos tipos de recuerdo autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatologia depressiva en la vejez. *Psicothema*, 22 (2), 213-220.
- Afonso, R., Bueno, B., Loureiro, M., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37, 1063-1080. doi: 10.1080/03601277.2010.500585.
- Albert, M.S., et al. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease, *Alzheimer's Dementia*, 7 (3), 270-279. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008.
- Allen, R., et al. (2015). "It was very rewarding for me ...": senior volunteers' experiences with implementing a reminiscence and creative activity intervention. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnu167.
- 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.
- Alzheimer's Association. (2013). Alzheimer's Association report 2013: Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 208–245. doi: 10.1016/j.jalz.2013.02.003.
- Alzheimer's Association. (2015). 2015 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 11 (3), 1261-1396.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, Va: American Psychiatric Association.
- Andrews, M. (1997). Life review in the context of acute social transition: The case of East Germany. *British Journal of Social Psychology*, 36 (3), 273-290.
- Aristóteles. (n.d.a). *Obras Completas: Retórica* (2nd ed, revista, 2005). Mesquita, A.P. (coord.) Biblioteca de Autores Clássicos. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda. ISBN 972-27-1377-9.
- Aristóteles. (n.d.b). De memoria e reminiscencia. In R. McKeon (ed. lit.) (1941), *The basic works of Aristotle* (607-617). New York: Random House.
- Ayalon, L., Gum, A.M., Feliciano, L., & Area'n, P.A. (2006). Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2182-2188.
- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 25 (5), 611-626.
- Bennet, S. & Thomas, A. (2014). Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?. *Maturitas*, 79, 184-190. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009.
- Bergh, S. & Selbaek, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiology*, 22 (2), 225-232.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 302-304. doi: 10.1080/13607860500089567.
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal*, 45, 476-484. doi: 10.1007/s10597-009-9246-z.
- Burnside, I., & Haight, B. (1992). Reminiscence and life review: analyzing each concept. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 855-862.
- Bluck, S. & Alea, N. (2002). Exploring the Functions of Autobiographical Memory: Why Do I Remember the Autumn? In J. Webster & B. Haight (Ed.), *Critical advances in reminiscence work: from theory to application* (61-75). New York: Springer Publishing Company.
- Bluck, S. & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18 (2), 185-208.
- Bluck, S. & Liao, H. (2013). I Was Therefore I Am: Creating Self-Continuity Through Remembering Our Personal Past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 1, 7-12.
- Butler, R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.

- Butler, R.N. (1974). Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22(12), 529-535. doi: 10.1111/j.1532-5415.1974.tb04823.x.
- Casanova, M., Starkstein, S., & Jellinger, K. (2011). Clinicopathological correlates of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Acta Neuropathology*, 122, 117-135. doi: 10.1007/s00401-011-0821-3.
- 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.
- Cappeliez, P. & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology*, 61B (4), 237-244.
- Cappeliez, P., Rivard, V., & Guindon, S. (2007). Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 57, 151-156. doi: 10.1016/j.erap.2005.02.014.
- Chao, S., Liu, H., Wu, C., Jin, S., Chu, T., Huang, T. & Clark, M. (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.
- Chiang, K., Lu, R., Chu, H., Chang, Y., & Chou, K. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 7-10. doi: 10.1002/gps.1824.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H., Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 380-388. doi: 10.1002/gps.23.
- Chung, J.C. & Lai, C.K. (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (CD003152). doi: 10.1002/14651858.CD003152.
- Cohen-Mansfield, J. (2001) Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 361–381.
- Cohen-Mansfield, J. (2015). Behavioral and psychological symptoms of dementia. in american psychological association. In P. A. Lichtenberg & B.T. Mast (Ed.) *APA Handbook of Clinical Geropsychology Vol. 2. Assessment, Treatment, and Issues of Later Life*, (271-317). APA: Author. doi: 10.1037/14459-011.
- Cohen, G., & Taylor, S. (1998). Reminiscence and ageing. *Ageing and Society*, 18 (5), 601-610.
- 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.
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 171-179. doi: 10.1192/apt.10.3.171.

- Dorenlot, P. (2006). Démence et interventions non médicamenteuses: revue critique, bilan et perspectives. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4 (2), 135-144.
- Erikson, E. (1959). *Identity and life cycle*. New York: International Universities Press.
- Ferri, C.P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., & Ganguli, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (9503), 2112-2117. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
- Firmino, H. (2011). Sintomas comportamentais e psicológicos da demência. In *Jornadas de Gerontopsiquiatria da Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria*, Águeda, Artipol – Artes tipográficas, Lda (33-38).
- Forbes, D., Forbes, S.C., Blake, C.M., Thiessen, E.J., & Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (CD006489). doi: 10.1002/14651858.CD006489.pub4.
- Forrester, L.T., Maayan, N., Orrell, M., Spector, A., Buchan, L.D., & Soares-Weiser, K. (2014). Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2 (CD003150). doi: 10.1002/14651858.CD003150.pub2.
- Forrester, S., Gallo, J., Smith, G., & Leoutsakos, J. (2014, In Press). Patterns of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and risk of dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jagp.2015.05.007.
- Frisoni, G.B., Rozzini, L., Gozzetti, A., Binetti, G., Zanetti, O., Bianchetti, A., Trabucchi, M., & Cummings, J.L. (1999). Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: description and correlates. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 10, 130–138.
- Fritze, F., Ehrt, U., Sønnesyn, H., Kurz, M., Hortoba'gyi, T., Nore, S.P., Ballard, C., & Aarsland, D. (2011). Depression in mild dementia: associations with diagnosis, APOE genotype and clinical features. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1054-1061. doi: 10.1002/gps.2643.
- Gao, Y., Huang, C., Zhao, K., Ma, L., Qiu, X., Zhang, L., Xiu, Y., Chen, L., Lu, W., Huang, C., Tang, Y., & Xiao, Q. (2013). Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 441-449. doi: 10.1002/gps.3845.
- Gomoll, B. & Kumar, A. (2015). Managing anxiety associated with neurodegenerative disorders. *Faculty 1000 Prime Reports*, 7 (5), 1-6. doi:10.12703/P7-05.
- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, D. & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumentativa Curitiba*, 25 (51), 371-384.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(26), 101-110.



- Gustafson, L., Erikson, C., Warkentin, S., Brun, A., Englund, E., & Passant, U. (2011). A factor analytic approach to symptom patterns in dementia. *International Journal of Alzheimer's Disease*, (ID632604), 11 pp. doi: 10.4061/2011/632604.
- Haber, D. (2006). Life review: implementation, theory, research and therapy. *International Journal Aging and Human Development*, 63(2), 153-171.
- Haight, B. & Dias, J. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International Psychogeriatrics*, 4 (4), 279-290. doi:10.1017/S1041610292001315.
- Haight, B. & Webster, J. (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, Research, Methods, and Applications*. Bristol: Taylor & Francis.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 756-763. doi: 10.1002/gps.2429.
- Hynninen, M.J., Breivve, M.H., Rongve, A., Aarsland, D., & Nordhus, I.H. (2012). The frequency and correlates of anxiety in patients with first-time diagnosed mild dementia. *International Psychogeriatrics*, 24 (11), 1771-1778. doi: 10.1017/S1041610212001020.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: INE, IP.
- Ismail, Z., Smith, E., Geda, Y., Sultzer, D., Brodaty, H.S., Agüera-Ortiz, L., Sweet, R., Miller, D., & Lyketsos, C. (2015, In Press). Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimer's & Dementia*. doi: 10.1016/j.jalz.2015.05.017.
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, G., Steingrimsdottir, E., & Tryggvadottir, B. (2001). Group reminiscence among people with end-stage chronic lung diseases. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (1), 79-87.
- Kaduszkiewicz, H. et al. (2014). Prognosis of Mild Cognitive Impairment in General Practice: Results of the German AgeCoDe Study. *Annals of Family Medicine*, 12 (2), 158-165. doi:10.1370/afm.1596.
- Kobayashi, T. & Kato, S. (2011). Depression–dementia medius: Between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics*, 11, 177–182. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00363.x.
- Kong, E., Evans, E., & Guevara, J. (2009). Nonpharmacological intervention for agitation in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 13, 512-520. doi: 10.1080/13607860902774394.
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence therapy for dementia – meta analysis. *Healthcare and Nursing Science and Technology Letters*, 40, 10-15. doi: 10.14257/astl.2013.40.03.
- Levenson R.W. (2003). Blood, sweat, and fears: The autonomic architecture of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1000, 348–366. doi: 10.1196/annals.1280.016.
- Levenson, R.W., Sturm, V.E., & Haase, C.M. (2014). Emotional and behavioral symptoms in neurodegenerative disease: a model for studying the neural bases of

- psychopathology. *Annual Reviews Clinical Psychology*, 28, 581-606. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153653.
- Lewis, C.N. (1971). Reminiscing and self-concept in old age. *Journal of Gerontology*, 26(2), 240-243.
- Lin, Y., Dai Y & Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20 (4), 297-306.
- Lyketsos, C.G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A.L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment results from the cardiovascular health study. *Journal of American Medical Association*, 288 (12), 1475-1483. doi:10.1001/jama.288.12.1475.
- McKann, G., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-269. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.
- McShane, R. (2000). What Are the Syndromes of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia?. *International Psychogeriatrics*, 12 (S1), 147-153. doi:10.1017/S1041610200006943.
- Moran, M., Walsh, C., Lynch, A., Coen, R.F., Coakley, D., & Lawlor, B.A. (2004). Syndromes of behavioural and psychological symptoms in mild Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 359-364. doi: 10.1002/gps.1091.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M., & Interdem Network. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto, *Aging & Mental Health*, 15(3), 283-290. doi:10.1080/13607863.2010.543665.
- Neal, M., & Barton Wright, P. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, (CD001394). doi: 10.1002/14651858.CD001394.
- Neville, C., & Teri, L. (2011). Anxiety, anxiety symptoms, and associations among older people with dementia in assisted-living facilities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 195–201. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00724.x.
- NP 053 (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas: Norma da Direção Geral da Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, B., Silva, R.D., Cruz, V.T., Roriz, J.M., Pais, J., & Silva, M.C. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10(1), 42.
- Olazarán, J. et al. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178. doi: 10.1159/000316119.
- O'Neil, M., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, A., Addleman, A., & Kansagara, D. (2011) *Non-pharmacological Interventions for Behavioral Symptoms of Dementia: A Systematic Review of the Evidence*. Department of Veterans Affairs Health Services, Research & Development Service. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Health Services Research & Development Service.

- Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A.E., & Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. doi:10.1002/14651858.CD009125.pub2.
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15 (2), 272-281. doi: 10.1080/13607861003713281.
- O'Shea, E., Devane, D., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., & Murphy, E. (2011). Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: A study protocol for a cluster randomised trial. *Trials*, 12 (41), 1-10. doi: 10.1186/1745-6215-12-41.
- Pachana, N. & Byrne, G. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist*, 47(1), 33-38. doi: 10.1111/j.1742-9544.2011.00052.x.
- Palmer, K., Berger, A.K., Monastero, R., Winblad, B., Bäckman, L., & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68(19), 1596-1602. doi:10.1212/01.wnl.0000260968.92345.3f.
- Parker, R. (1995). Reminiscence: A Continuity Theory Framework. *The Gerontologist*, 35 (4), 515-525.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, I. (2014). Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 81-91.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). Introdução. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Ed.), *Manual de Gerontologia (XVII-XX)*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Peix, R. (2009). Réminiscence: une philosophie du soin, *NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 9, 163-165. doi: 10.1016/j.npg.2008.12.007.
- Petrovic, M. et al. (2007). Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease in consortium (EACD) study. *Acta Clínica Belgica*, 62 (6), 426-432.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434.
- Platão. (n.d.). *Ménon*. Texto estabelecido e anotado por J. Burnet (2001). Tradução de M. Iglésias. São Paulo: Edições Loyola. ISBN 85-15-02312-1.
- Porter, V.R., Buxton, W.G., Fairbanks, L.A., Strickland, T., O'Connor, S.M., Rosenberg-Thompson, S., & Cummings, J.L. (2003). Frequency and characteristics of anxiety among patients with Alzheimer's disease and related dementias. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 180-186.
- Pot, A., Bohlmeijer, E., Onrust, S., Melenhorst, A., Veerbeek, M., & De Vries, W. (2010). The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 572-581. doi: 10.1017/S104161020999175X.

- Prado-Jean, A., et al. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10), 1065-1072. doi: 10.1002/gps.2468.
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention*. Alzheimer's Disease International.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 63–75. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Puyenbroeck, J. & Maes, B. (2009). The effect of reminiscence group work on life satisfaction, self-esteem and mood of ageing people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 23-33. doi: 10.1111/j.1468-3148.2008.0043.x.
- Reis-Bergan, M., Gibbons, F., & Gerrard, M. (2000). The Impact of Reminiscence on Socially Active Elderly Women's Reactions to Social Comparisons. *Basic and Applied Social Psychology*, 22 (3), 225-236.
- Robert, P., et al. (2005). Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *European Psychiatry*, 20(7), 490-496.
- Robert, P., Ferris S., Gauthier, S., Ihl, R., Winblad, B., & Tennigkeit, F. (2010). Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice? *Alzheimer's Research & Therapy*, 2 (24).
- Rosness, T., Barca, M., & Engedal, K (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 704-711. doi: 10.1002/gps.2411.
- Savva, G.M., Zaccai, J., Matthews, F.E., Davidson, J.E., McKeith, I., & Brayne, C. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 212–219. doi: 10.1192/bjp.bp.108.049619.
- Serrano, J., Latorre, J., & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 40(4), 228-235.
- Serrano, J., et al. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24 (2), 224-229.
- Shellman, J., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older african americans. *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 772-786. doi: 10.1177/0193945909335863.
- Singh-Manoux et al. (2012). Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*, 344 (d7622), 1-8. doi: 10.1136/bmj.d7622.

- Sosa-Ortiz, A.L., Acosta-Castillo, I., & Prince, M.J. (2012). Epidemiology of Dementias and Alzheimer's Disease. *Archives of Medical Research*, 43(8), 600-608. doi: 10.1016/j.arcmed.2012.11.003.
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., & Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist*, 40(2), 206-12. doi: 10.1093/geront/40.2.206.
- Sousa, L. & Sequeira, C. (2012). Concepção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7-15.
- Sperling, R.A., et al. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-292. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.003.
- Sitzer, D.I., Twamley, E.W., & Jeste, D.V. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (2), 75-90. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00789.x.
- Steinberg, M., Sheppard, J., Tschanz, J., Norton, M., Steffens, D., Breitner, J., & Lyketsos, C. (2003). The Incidence of Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: The Cache County Study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15 (3), 340-345.
- Stinson, C., Young, E., Kirk, E., & Walker, R. (2010). Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 665–673. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01556.x.
- Syed Elias, S., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: a systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372-389. doi:10.1016/j.gerinurse.2015.05.004.
- Toepper, M., Beblo, T., Thomas, C., & Driessen, M. (2008). Early detection of Alzheimer's disease: a new working memory paradigm. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 272-278. doi: 10.1002/gps.1873.
- Tornstam, L. (1999). Gerotranscendence and the Functions of Reminiscence. *Journal of Aging & Identity*, 4(3), 155-166.
- Van der Linde, R., Dening, T., Matthews, F., & Brayne, C. (2014). Grouping of behavioural and psychological symptoms of Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 562–568. doi: 10.1002/gps.4037.
- Van Asch, I.F., Nuyen, J., Veerbeek, M.A., Frijters, D.H., Achterberg, W.P. & Pot, A.M. (2013). The diagnosis of depression and use of antidepressants in nursing home residents with and without dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 312-318. doi: 10.1002/gps.3830.
- Van der Mussele, S., et al. (2015). Agitation-associated behavioral symptoms in mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia. *Aging & Mental Health*, 19, 247-257. doi: 10.1080/13607863.2014.924900.

- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., Woods, B., & Moniz-Cook, E. (2012). Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 27(1), 40-48. doi: 10.1002/gps.2687.
- Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S., Llinàs-Reglà, J., Calvó-Perxas, L., Merino-Aguado, J., & Garre-Olmo, J. (2013). Depression subtypes and 5-year risk of dementia and Alzheimer disease in patients aged 70 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 341-350. doi: 10.1002/gps.3826.
- Volicer, L., Bass, E.A., & Luther, S.L. (2007). Agitation and resistiveness to care are two separate behavioral syndromes of dementia. *Journal of American Medical Directors Association*, 8(8), 527-532. doi: 10.1016/j.jamda.2007.05.005.
- Volicer, L., Frijters, D., & Van der Steen, J. (2012). Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 749–754. doi: 10.1002/gps.2800.
- Watt, L. & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4(2), 166-177.
- Watt, L. & Wong, P. (1991). A Taxonomy of Reminiscence and Therapeutic Implications. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(1), 37-57. doi: 10.1300/J083v16n01\_04.
- Webster, J. (1993). Construction and Validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48(5), 256-262.
- Webster, J. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory*, 11(2), 203-215. doi: 10.1080/741938202.
- Webster, J., & Cappeliez, P. (1993). Reminiscence and Autobiographical Memory: Complementary Contexts for Cognitive Aging Research. *Developmental Review*, 13(1), 54-91. doi: 10.1017/S0144686X09990328.
- Webster, J. & Haight, B. (1995). Memory Lane Milestones: Progress in Reminiscence Definition and Classification. In B. Haight & J. Webster (Ed), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (273-286). Bristol: Taylor & Francis.
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2010). Mapping the Future of Reminiscence: A Conceptual Guide for Research and Practice. *Research on Aging*, 32, 527-564. doi: 10.1177/0164027510364122.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing & Society*, 30(4), 697-721. doi: 10.1017/S0144686X09990328.
- Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (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.
- Wilson, R.S., Boyle, P.A., James, B.D., Leurgans, S.E., Buchman, A.S., & Bennett, D.A. (2015). Negative social interactions and risk of mild cognitive impairment in old age. *Neuropsychology*, 29(4), 561-570. doi: 10.1037/neu0000154.
- Wong, P. & Watt, L. (1991). *What Types of Reminiscence Are Associated With Successful Aging?*. *Psychology and Aging*, 6 (2), 272-279.

- Wong, P. (1995). The Processes of Adaptative Reminiscence. In B. Haight & J. Webster (Ed), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (23-35). Bristol: Taylor & Francis.
- Woods, B., Spector, C., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18 (2), doi: 10.1002/14651858.
- 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). doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- 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.

## **CAPÍTULO I. REMINISCÊNCIA COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA DEMÊNCIA**



## 1.1. IMPACTO DE INTERVENÇÕES DE REMINISCÊNCIA EM IDOSOS COM DEMÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA.

Artigo Publicado:

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: Revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (3), 597-611. doi: 10.15309/14psd150304. EISSN – 2182-8407.

### 1.1.1. Resumo e Palavras-chave

#### **Resumo:**

Apesar de relevância da intervenção de reminiscência com pessoas idosas, o seu impacto em pessoas com demência encontra-se pouco estudado. Este estudo pretende efetuar uma revisão integrada de literatura sobre os principais efeitos da reminiscência em pessoas com demência. Foram encontrados 28 artigos nas bases de dados MEDLINE, PsycInfo, CINAHL, LILACS e Scielo, que obedeciam aos critérios de inclusão definidos, sendo a última pesquisa efetuada a 30 de Janeiro de 2013. Os resultados da revisão efetuada sugerem um impacto globalmente positivo da terapia de reminiscência nos participantes com demência e seus cuidadores, destacando-se o seu impacto ao nível da cognição, comportamento, humor, sintomatologia depressiva, bem-estar, qualidade de vida, comunicação, capacidade funcional e sobrecarga dos cuidadores. No entanto, salienta-se a falta de investigações metodologicamente consistentes, com amostras alargadas, critérios de inclusão definidos e desenhos longitudinais que permitam que sejam retiradas conclusões fundamentadas sobre os efeitos da reminiscência em pessoas com demência. Este tema carece, ainda, de avaliações robustas sobre a sua eficácia em dimensões como a identidade e o bem-estar e ainda de evidências sobre o seu impacto como terapia complementar ao tratamento farmacológico ou não farmacológico em casos de demência.

**Palavras-chave:** Reminiscência; Demência; Memória autobiográfica; Revisão de literatura.

#### **Abstract:**

Despite the relevance of reminiscence intervention with older people, their impact on people with dementia lies understudied. This study aims to implement an integrated literature review on the main effects of reminiscence in people with dementia. Twenty eight articles met the inclusion criteria defined in the research databases MEDLINE, PsycInfo, CINAHL, LILACS and SciELO, being the last survey conducted on 30 January 2013. The results suggest an overall positive impact of reminiscence therapy in participants with dementia and their caregivers, particularly in dimensions: cognition, behavior, mood, depressive symptoms, well-being, quality of life, communication, functional ability and caregiver burden. However, highlight the lack of research methodologically consistent with extended samples, defined inclusion criteria and longitudinal designs that allow firm decisions about the effects of reminiscence in people with dementia that allows conclusions. This theme also lacks robust reviews of its effectiveness in dimensions as the identity and well-being and yet evidence of its impact as a complementary therapy to the pharmacological or non pharmacological treatment in cases of dementia.

**Key-words:** Reminiscence; Dementia; Autobiographical memory; Literature review.

### 1.1.2. Introdução

Ao falarmos de reminiscência é necessário diferenciar dois processos distintos, que fazem uso do mesmo conceito: reminiscência enquanto processo normativo de pensar sobre o seu passado, inerente e transversal ao ser humano e reminiscência enquanto estratégia estruturada de intervenção na velhice (Afonso, 2011; Gonçalves, Albuquerque, & Martin, 2008). A reminiscência é um processo mental que implica a recuperação de memórias autobiográficas significativas (Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008). A reminiscência, como estratégia de intervenção, consiste, assim num processo psicológico de recuperação de experiências pessoais, vividas no passado que são utilizadas para fins terapêuticos.

A reminiscência tem vindo a ser utilizada em pessoas idosas como técnica de intervenção para promover a autoaceitação e bem-estar (Pinquart, & Forstmeier, 2012). Os resultados sobre os seus benefícios apoiam a sua implementação na melhoria da saúde mental e tem suscitado a atenção de vários investigadores da área de gerontologia (e.g. Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010). Apesar das evidências sobre a eficácia da reminiscência nos casos de demência não serem tão consistentes e consensuais como para os idosos em geral, a reminiscência tem-se apresentado, também, como uma técnica com potencial para a intervenção nestes idosos (e.g. Lin, Dai, & Hwang, 2003; Woods et al., 2005).

Podem distinguir-se três formas de aplicação de reminiscência como intervenção com pessoas idosas: reminiscência simples, revisão de vida e terapia de revisão de vida (Pinquart, & Forstmeier, 2012; Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010). A reminiscência simples estimula 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). A revisão de vida implica uma descrição mais abrangente e avaliativa dos principais acontecimentos autobiográficos do ciclo de vida, no sentido dos mesmos serem integrados numa história de vida coerente (Pinquart, & Forstmeier, 2012; Westerhof et al. 2010). Por último, a terapia de revisão de vida reporta a sua aplicação a pessoas com problemas de saúde mental, tais como a depressão, com o intuito de reduzir os efeitos potencialmente negativos da reminiscência (reavivamento da amargura, tédio) aliviando a sintomatologia depressiva (Pinquart, & Forstmeier, 2012; Westerhof et al. 2010).

Pinquart, e Forstmeier (2012) destacam, a partir da realização de uma meta análise sobre o efeito da reminiscência nas variáveis psicossociais, que esta terapia produz melhorias ligeiras a moderadas na sintomatologia depressiva, integridade do ego, bem-estar, propósito na vida, maestria, cognição, integração social e preparação para a

morte. Os resultados sobre o impacto dos programas de revisão de vida evidenciam melhorias significativas na autoestima (Chiang, Lu, Chu, Chang, & Chou, 2008), satisfação com a vida (Chiang et al., 2008), depressão (Pot et al., 2010; Serrano, Latorre, & Montañes, 2005; Serrano et al., 2012) e maestria (Pot et al., 2010). A evidência relativamente à eficácia da reminiscência simples é, todavia, menos consistente no que concerne aos seus efeitos na saúde mental (Westerhof et al., 2010), encontrando-se mais relacionada com a felicidade, enquanto a revisão de vida aparece mais relacionada com o bem-estar psicológico e a terapia de revisão de vida com o alívio da depressão (Westerhof et al., 2010). A reminiscência em pessoas idosas apresenta efeitos positivos na melhoria da sintomatologia depressiva (e.g. Afonso, & Bueno, 2010; Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & Marwijk, 2009; Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005; Chiang et al., 2010; Shellman, Mokel, & Hewitt, 2009; Watt, & Cappeliez, 2000), bem-estar psicológico (Afonso, Bueno, Loureiro, & Pereira, 2011; Chiang et al., 2010), solidão (Chiang et al., 2010), auto-estima (Chao et al., 2006), maestria (Bohlmeijer et al., 2009; Bohlmeijer et al., 2005), integridade do ego (Afonso et al., 2011).

Em pessoas com demência, a evidência sobre a eficácia da terapia de reminiscência não é conclusiva, apesar dos indícios relativos aos seus benefícios. Woods et al. (2005), por exemplo, referem, com base numa análise sistemática de literatura que incluiu cinco estudos, que a cognição, o estado de ânimo, o comportamento das pessoas com demência e o desgaste do cuidador apresentam melhorias durante a aplicação da terapia de reminiscência até um período de quatro a seis semanas após a intervenção. Os autores ressaltam, no entanto, o facto do impacto da reminiscência depender da fase de demência em que a técnica é implementada. Nos casos de demência grave, o impacto ao nível da cognição e comportamento não era estatisticamente significativo, ao contrário do que acontecia nos casos de demência leve a moderada (Woods et al., 2005). Outra revisão, desenvolvida por Cotelli, Manenti, e Zanetti (2012) que incluiu sete estudos, concluiu que a terapia de reminiscência melhora o humor e algumas habilidades cognitivas na população com demência.

Tendo como ponto de partida, por um lado, a relevância da intervenção de reminiscência com pessoas idosas (Gonçalves, Albuquerque, & Martin, 2008) e, por outro lado, a necessidade/escassez de estudos consistentes sobre o seu impacto em pessoas com demência, pretende-se, com este artigo, efetuar uma revisão integrada de literatura que permita sistematizar os principais efeitos observados e analisados nos estudos de investigação existentes.

### 1.1.3. Método

Este estudo adotou a metodologia de revisão integrada de literatura. Esta metodologia consiste na análise da literatura/estudos realizados com distintas metodologias, permitindo elaborar uma síntese e compreensão que possa gerar e validar conhecimentos para aplicação na prática (Wittemore, & Knafel, 2005). Trata-se de uma revisão com recurso às bases de dados MEDLINE (PubMed), PsycInfo, CINAHL, LILACS e Scielo, sendo a última pesquisa efetuada a 30 de Janeiro de 2013. As palavras-chave utilizadas para pesquisa eletrónica foram “*Reminiscence and Dementia*” e “*Life Review and Dementia*”, tendo-se usado o termo “*Reminiscence*” no caso das pesquisas com as duas primeiras expressões não oferecerem resultados. Esta pesquisa foi complementada com a procura de referências bibliográficas que constavam nos artigos disponíveis.

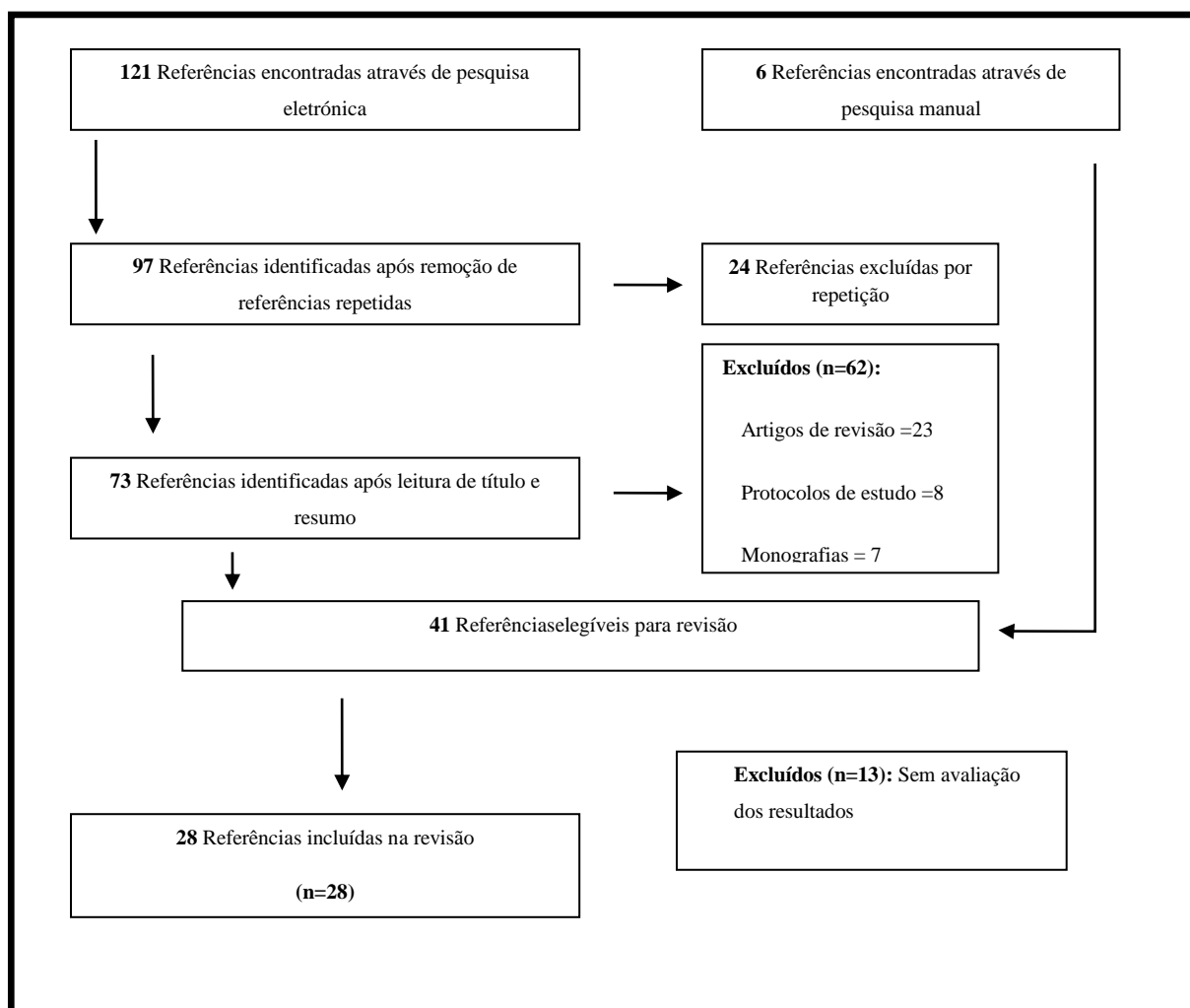
Foram incluídos nesta revisão os artigos de investigação empírica e monografias académicas (dissertações de mestrado e teses de doutoramento), publicados em português, inglês, francês e espanhol, cujo texto integral estivesse disponível. Constituíram critérios de inclusão, neste âmbito, trabalhos que apresentavam investigações com: (i) pessoas com mais de 65 anos com demência; (ii) aplicação de terapia de reminiscência ou revisão de vida; (iii) avaliação do impacto da intervenção de reminiscência através de metodologia quantitativa ou qualitativa. Excluíram-se os artigos de revisão de literatura, protocolos de estudo, monografias e manuais.

No total, como se pode observar no Quadro 1 e na Figura 1, foram encontradas 121 referências através de pesquisa eletrónica, rastreadas através da leitura do título e resumo, para verificação dos critérios de inclusão e decisão sobre a inclusão dos artigos nesta revisão. Numa primeira análise foram selecionadas 35 referências, às quais se acrescentaram 6 artigos encontrados através de pesquisa manual. Posteriormente, com base nos critérios de inclusão estabelecidos para este estudo de revisão da literatura, foram selecionados 28 estudos que obedeciam aos mesmos. Os restantes 13 foram excluídos pois não focavam os resultados da intervenção de reminiscência.

**Quadro1.** Número de artigos encontrados em cada uma das bases de dados consultadas por palavras-chave usadas.

	Pubmed	PsycInfo	CINAHL	LILACS	Scielo
<i>Reminiscence + dementia</i>	26	31	19	0	2
<i>Life review+ dementia</i>	2	8	9	0	16
<i>Reminiscence</i>	-	-	-	8	-
Número de referências encontradas	28	39	28	8	18
Número de referências rastreadas	15	24	15	0	1

**Figura 1.** Fluxograma do estudo de revisão.



#### 1.1.4. Resultados

Dos 28 estudos incluídos nesta revisão da literatura, 26 foram publicados sob a forma de artigos científicos e 2 constituem teses de doutoramento. Relativamente à metodologia dos trabalhos selecionados, foram identificados 11 estudos experimentais, 6 estudos quâsi-experimentais e 11 estudos não experimentais.

O impacto das intervenções de reminiscência nos estudos considerou distintos domínios: cognição, comportamento, depressão/humor, comunicação, qualidade de vida, bem-estar e atividades de vida diária. Cada um destes domínios foi avaliado com recurso a instrumentos específicos, cuja sistematização se pode observar no Quadro 2.

A avaliação do impacto da reminiscência na cognição é encontrada em 18 dos estudos revistos (e.g. Akanuma et al., 2011; Sue et al., 2012), observando-se uma melhoria significativa desta variável em cinco (Haight et al., 2003; Haight et al., 2006; Nawate et al., 2008; Tadaka, & Kanagawa, 2007; Wang, 2007). Os restantes estudos não

encontraram diferenças estatisticamente significativas na cognição e nenhum reportou efeitos negativos desta terapia a este nível. Dois dos estudos analisados no âmbito desta revisão, avaliaram especificamente a componente memória, indicando melhorias estatisticamente significativas após o uso de reminiscência (Beavis, 2008; Yamagami, Oosawa, Ito, & Yamaguchi, 2007) ao nível da memória geral e da recordação imediata.

O impacto da reminiscência ao nível do comportamento foi analisado em 16 estudos, sendo que 11 indicaram melhorias comportamentais (e.g. Azcurra, 2012; Cleary et al., 2012), nomeadamente a diminuição do distúrbio social (Wang et al., 2009) e apatia (Hsieh et al., 2010), aumento da participação ativa (Ashida, 2000), da participação social (e.g. Azcurra, 2012; Huang et al., 2009), da ingestão de alimentos (Cleary et al., 2012) e da concentração e atenção (Yasuda et al., 2009). Nos restantes estudos não se obtiveram resultados estatisticamente significativos, sendo de referir, todavia, que os autores de 3 estudos indicaram que se observaram melhorias nesta dimensão (Gudex et al., 2010; Haight et al., 2006; Thorgrimsen, Schweitzer, & Orrell, 2002) e 2 referiram a manutenção dos comportamentos (Baillon et al., 2005; Ito et al., 2007).

A avaliação do impacto da terapia de reminiscência na sintomatologia depressiva de pessoas com demência foi analisada em 8 dos estudos abrangidos por esta revisão indicaram uma diminuição estatisticamente significativa dos sintomas depressivos em 5 estudos (e.g. Chung, 2009; Hsieh et al., 2010). De referir que um dos estudos utilizou dois instrumentos para avaliar a depressão e que a diminuição da sintomatologia depressiva só foi significativa nos resultados obtidos a partir da aplicação de uma das escalas - CSDD (Wang, 2007). Nos restantes estudos, embora tenha ocorrido diminuição da sintomatologia depressiva nos sujeitos submetidos a terapia de reminiscência, esta não foi estatisticamente significativa (Akanuma et al., 2011; Huang et al., 2009; Sue et al., 2012). Em relação ao nível de humor, o impacto da terapia foi avaliado em 6 estudos, sendo que 3 constataram melhoria significativa desta variável após o uso de reminiscência (O'Rourke et al., 2011) e após revisão de vida (Haight et al., 2003; Haight et al., 2006).

O impacto da reminiscência na comunicação de pessoas com demência é encontrado em 5 estudos, sendo que 4 destes estudos indicaram melhorias na comunicação (Haight et al., 2006; Huang et al., 2009; Okumura et al., 2008; O'Rourke et al., 2011), mais especificamente ao nível da comunicação não-verbal (Okumura et al., 2008) e interação pessoal (comunicação positiva, interação positiva e participação) (Huang et al., 2009). Os resultados dos estudos analisados indicaram, também, melhorias significativas ao nível da linguagem (O'Rourke et al., 2011) e, em particular, ao nível da fluência verbal (Okumura et al., 2008).

A qualidade de vida foi avaliada em 5 estudos, dos quais 3 indicaram melhorias estatisticamente significativas na qualidade de vida em geral (Azcurra, 2012; Chung, 2009) e na subescala resposta ao ambiente, até seis meses após a terapia (Gudex et al., 2010). Os restantes estudos não indicaram diferenças estatisticamente significativas a pós a intervenção de reminiscência (Lin, 2010; Thorgrimsen et al., 2002).

A dimensão do bem-estar foi analisada em 5 estudos, dos quais 4 estudos observaram melhoria desta variável (Brooker, & Duce, 2000; Lai et al., 2004; Lin, 2010; O'Rourke et al., 2011). O impacto da reminiscência na felicidade das pessoas com demência foi positivo, tendo sido avaliado em 2 estudos (Huang et al., 2009; Lin, 2010).

Quanto ao impacto da reminiscência nas atividades de vida diária, avaliado em 5 estudos, apenas 1 estudo observou melhoria estatisticamente significativa nesta variável, na subescala contacto social (Tadaka, & Kanagawa, 2007).

O impacto ao nível da identidade foi avaliado num estudo experimental desenvolvido por Beavis (2008), não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas após a intervenção de reminiscência em pessoas com demência.

MacKinlay, e Trevitt (2010) analisaram o impacto da terapia de reminiscência nas pessoas com demência ao nível do sentido na vida e do crescimento pessoal. Os resultados indicaram que a família e as relações sociais eram as principais dimensões do sentido de vida nos participantes, sendo considerados os principais motivos para continuarem a viver. Em relação ao crescimento pessoal, os participantes referiram a manutenção da esperança, sentido de realidade, humor e luta, apesar da demência. O estudo de MacKinlay (2009) focou-se na análise do impacto da reminiscência em três emigrantes (pertencentes à amostra do estudo anterior). A autora identificou, após análise das gravações das sessões de terapia de reminiscência espiritual, os temas: sentido de vida, ligação e relações sociais, práticas espirituais e religiosas, vulnerabilidade e transcendência, sabedoria e memória e esperança e medo. A terapia de reminiscência proporcionou momentos de partilha, sabedoria e estratégias de *coping* para lidar com as perdas e incapacidades progressivas relacionadas com a situação de demência.

Alguns dos estudos analisados, avaliaram o impacto da reminiscência em indicadores biológicos. Dos 3 estudos que focam esta variável observou-se um aumento do metabolismo da glicose cerebral, nas pessoas com DV (Akanuma et al., 2011), diminuição da frequência cardíaca, após terapia de reminiscência e Snoezelen, embora não se tratasse de uma diferença estatisticamente significativa (Baillon et al., 2005) e aumento das ondas rápidas cerebrais com diminuição das ondas lentas (sugestivo de melhoria do estado mental) após reminiscência (Huang et al., 2009).



Além da análise do impacto da reminiscência ao nível dos indivíduos com demência, alguns estudos debruçaram-se sobre o seu efeito nos cuidadores formais e informais (e.g. Gudex et al., 2010; Yamagami et al., 2007) e voluntários participantes nos grupos de reminiscência (Chung, 2009). O impacto foi analisado de forma qualitativa e quantitativa.

Os resultados quantitativos sobre o impacto da reminiscência com pessoas com demência nos seus cuidadores avaliaram o stress (Thorgrimsen et al., 2002) e a saúde geral, (Thorgrimsen et al., 2002; Gudex et al., 2010) não obtendo diferenças estatisticamente significativas. Dos estudos analisados, 2 avaliaram a sobrecarga do cuidador, sendo que num deles se observou diminuição estatisticamente significativa desta variável (Haight et al., 2003). O estudo de Gudex et al. (2010) avaliou variáveis relacionadas com o ambiente laboral e burnout, observando melhorias ao nível do papel profissional, desenvolvimento, atitude perante as pessoas com demência residentes e ainda melhorias ao nível da realização pessoal, despersonalização e exaustão emocional.

Os resultados qualitativos sobre o impacto ao nível dos cuidadores das pessoas com demência indicaram melhorias no relacionamento interpessoal com os colegas de trabalho, com as pessoas com demência e uma atitude mais cooperante (Yamagami et al., 2007). Os cuidadores formais referiram um *feedback* positivo do programa de reminiscência, considerando-a uma boa ferramenta de trabalho com idosos, que promove a comunicação, compreensão e relação com as pessoas com demência (Gudex et al., 2010).

Os voluntários participantes em grupos de reminiscência foram avaliados em relação aos conhecimentos sobre a demência e autoestima, verificando-se melhorias significativas nos conhecimentos sobre demência, não tendo sido encontradas diferenças ao nível da autoestima após participação no programa de reminiscência.

O Quadro 2 sintetiza as dimensões avaliadas e instrumentos usados no estudo do impacto da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência.

**Quadro 2.** Dimensões avaliadas e instrumentos usados no estudo do impacto da terapia de reminiscência em pessoas idosas com demência

Dimensão	Instrumento	Autor, data
Cognição	Mini Mental State Examination	Akanuma et al., 2011; Baillon et al., 2005; Chung, 2009; Gudex, 2010; Haight et al., 2003; Haight, Gibson & Michel, 2006; Huang et al., 2009; Ito et al., 2007; Lai, Chi, & Kayser-Jones, 2004; Lin, 2010; O'Rourke et al., 2011; Su, Wu & Lin, 2012; Tadaka, & Kanagawa, 2007; Thorgrimsen, Schweitzer, & Orrell, 2002; Yamagami et al., 2007; Wang, 2007
	Severe Impairment Battery	Gudex, 2010
	Cognitive Abilities Screening Instrumental	Ito et al., 2007
	Hasegawa Dementia Scale-Revised	Nawate et al., 2008
	Kana Pick-out tests / Weschler Memory Scale-Revised	Yamagami et al., 2007
	Addenbrocke's Cognitive Examination Revised	Beavis, 2008
Comportamento	Clifton Assessment Procedures for the Elderly Behavior rating Scale	Thorgrimsen, Schweitzer, & Orrell, 2002; Wang, Yen & OuYang, 2009
	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects	Ito et al, 2007
	Behavior Rating Scale for the Elderly	Akanuma et al., 2011
	Apathy Evaluation Scale	Hsieh et al., 2010
	Neuropsychiatric Inventory	
	Cohen-Mansfield Agitation Inventory	Gudex, 2010
	Dementia Behavior Disturbance scale	Yamagami et al., 2007
	Agitation Behavior Mapping Instrument/Interact Short Scale	Baillon et al., 2005

	Social Engagement Scale	Azcurra, 2012; Lai, Chi, & Kayser-Jones, 2004
	Memory and Behavior Problems	Haight, Gibson, & Michel, 2006
	Troublesome Behavior Scale	Nawate et al., 2008
Depressão	Geriatric Depression Scale	Akanuma et al., 2011; Chung, 2009; Hsieh et al., 2010; Huang et al., 2009; Su, Wu, & Lin, 2012; Wang, 2007
Humor	Cornell Scale for Depression in Dementia	Ashida, 2000; Haight, Gibson, & Michel, 2006; 2000; Wang, 2007
	Neuropsychiatric Inventory	Hsieh et al., 2010
	Alzheimer's Mood Scale Positive and Negative	Haight et al., 2003; Haight, Gibson, & Michel, 2006
	Interact Short Scale	Baillon et al., 2005
Comunicação	Today-Shiki Observational rating Scale	Okumura, Tanimukay, & Asada, 2008
	Holden communication scale	Thorgrimsen, Schweitzer, & Orrell, 2002
	Functional Linguistic Communication Inventory	O'Rourke et al., 2011
	, Communication Observation Scale for Cognitively Impaired	Haight, Gibson, & Michel, 2006
	Personal Interaction Scale	Huang et al., 2009
Qualidade de vida	Quality of Life-Alzheimer's Disease	Chung, 2009; Thorgrimsen, Schweitzer, & Orrell, 2002
	Medical Outcomes Study 36 Item Short Form Health Survey	Lin, 2010
	Self Reported Quality of Life Scale	Azcurra, 2012
	Alzheimer's Disease Related Quality of Life	Gudex et al., 2010
Bem-estar	Quality of Life-Alzheimer's Disease	Beavis, 2008

	Hospital Anxiety and Depression Scale	
	Well-being/III-being Scale	Lai, Chi , & Kayser-Jones, 2004
	Dementia Care Mapping	Brooker, & Duce, 2000
Atividades de vida diária	Índice de Barthel	Wang, Yen, & OuYang, 2009
	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects	Tadaka, & Kanagawa, 2007; Yamagami et al., 2007
	Functional Independence Measure Scale	Haight, Gibson, & Michel, 2006
	Minimal Data Set-Home Care	Lai, Chi, & Kayser-Jones, 2004

### 1.1.5. Discussão

A análise dos resultados obtidos nesta revisão sugere um impacto globalmente positivo da terapia de reminiscência nos participantes com demência e seus cuidadores. Pode destacar-se o impacto da reminiscência em pessoas com demência nas dimensões: cognição, comportamento, humor, sintomatologia depressiva, bem-estar, qualidade de vida, comunicação, capacidade funcional e sobrecarga dos cuidadores.

Os resultados das investigações revistas, indicam melhorias no funcionamento cognitivo (Haight et al., 2003; Haight et al., 2006; Nawate et al., 2008; Tadaka, & Kanagawa, 2007; Wang, 2007) e no comportamento (Akanuma et al., 2011; Ashida, 2000; Azcurra, 2012; Cleary et al., 2012; Hsieh et al., 2010; Huang et al., 2009; Lai et al., 2004; Nawate et al., 2008; Yamagami et al., 2007; Yasuda et al., 2009; Wang et al., 2009), o que corrobora os resultados evidenciados noutras revisões prévias (e.g. Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005).

Quanto ao impacto da reminiscência ao nível do humor das pessoas com demência, encontra-se um impacto positivo da reminiscência (Haight et al., 2003; Haight et al., 2006; O'Rourke et al., 2011), na linha do referido Cotelli et al. (2012), ocorrendo diminuição da sintomatologia depressiva (Ashida, 2000; Chung, 2009; Haight et al., 2006; Hsieh et al., 2010; Wang, 2007) e melhoria do bem-estar (Brooker, & Duce, 2000; Lai et al., 2004; Lin, 2010; O'Rourke et al., 2011) e da qualidade de vida (Azcurra, 2012; Chung, 2009; Gudex et al., 2010).

A comunicação dos participantes com demência parece, também, evidenciar algumas melhorias com intervenções baseadas na reminiscência (Haight et al., 2006; Huang et al., 2009; Okumura et al., 2008; O'Rourke et al., 2011). Esta dimensão não foi analisada em revisões anteriores, embora tenha sido recomendada a sua avaliação em estudos com esta população (e.g. Woods et al., 2005).

O impacto da reminiscência, ao nível da identidade e da capacidade funcional das pessoas com demência, nos artigos revistos, é menos analisado. Apesar do impacto ser expectável, em termos teóricos, na identidade dos pacientes (Pinquart, & Forstmeier, 2012; Woods et al., 2005), não foi apoiado pelos resultados do estudo de Beavis (2008). O impacto na capacidade funcional dos participantes com demência (atividades de vida diária) analisado por Tadaka, e Kanagawa (2007), sugere melhorias a este nível, resultado similar ao de Woods et al. (2005) que referem uma ténue melhoria nesta variável.

Destaca-se ainda o impacto que a reminiscência apresenta nos cuidadores de pessoas com demência, observando-se diminuição da sobrecarga (e.g. Haight et al., 2003), o que vai de encontro ao referido por Woods et al. (2005).

Globalmente, podem apontar-se algumas fragilidades metodológicas das investigações revistas sobre o impacto da reminiscência em pessoas com demência, que limitam a análise da eficácia deste tipo de intervenção tais como o tamanho da amostra, o tipo de estudos e amostragem e a sensibilidade dos instrumentos utilizados.

Em primeiro lugar pode referir-se o tamanho da amostra, tendo-se constatado que a maioria dos estudos foi realizado com grupos pequenos (e.g. O'Rourke et al., 2011; Yamagami et al., 2007; Yasuda et al., 2009) o que, tal como já foi referido por outros autores, não permite a generalização dos dados (Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005). Destaque-se, no entanto, que nos últimos anos a investigação se tem direccionado no sentido de se constituírem amostras mais alargadas (e.g. MacKinlay, & Trevitt, 2010; Su et al., 2012).

Em segundo lugar, destaca-se a escassez de estudos experimentais, sobretudo devido à amostragem não aleatória dos participantes (Cotelli et al., 2012; Olazarán et al., 2010; Woods et al., 2005). De facto, apesar de terem sido analisados 11 estudos experimentais randomizados (e.g. Akanuma et al., 2011; Azcurra et al., 2012; Hsieh et al., 2010), a maioria da investigação (17 estudos) foi realizada com amostragens por conveniência (e.g. Cleary et al., 2012; Lin, 2010), não experimentais e sem comparação entre grupos (e.g. Chung, 2009; Okumura et al., 2008).

Para além da lacuna na aleatorização dos participantes, outro aspeto metodológico que se destaca é a falta de clareza na definição dos critérios de inclusão nos estudos, aspeto já anteriormente referido por outros autores (e.g. Ashida, 2000; Huang et al., 2009; Woods et al., 2005). Estas lacunas podem estar relacionadas com a heterogeneidade dos quadros e fases demenciais que dificulta a homogeneização dos grupos/ amostras com quem são realizados os estudos. De ressaltar, no entanto, que estudos mais recentes tendem a definir mais claramente critérios de inclusão e métodos de rastreio da tipologia e estádios de demência (e.g. Akanuma et al., 2011; Azcurra et al., 2012; Cleary et al., 2012).

O terceiro aspeto que parece limitar a evidência de resultados da reminiscência nas pessoas idosas com demência reporta-se ao uso, muitas vezes desadequado, de escalas pouco sensíveis para esta população. Sabe-se que esta população tem particularidades que dificultam o seu estudo e avaliação, relacionadas com as limitações a nível cognitivo e comportamental da demência, nomeadamente dificuldades na comunicação com esta população (Tolson, & Schofield, 2012) assim como dificuldades das pessoas com demência em expressar emoções (Lawton, Van Haitsma, & Klapper, 1996). Acresce-se ainda a necessidade premente de criação de novas escalas e/ou técnicas e estratégias, multidimensionais, que avaliem a panóplia de sintomas presentes e se tornem aplicáveis aos vários estádios de demência (Robert et al., 2010). Apesar

disso, ainda se observam muitos estudos da demência com utilização de escalas geriátricas (e.g. *Geriatric Depression Scale*; *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects*) não adaptadas à pessoa com demência e sem resultados estatisticamente significativos (e.g. Akanuma et al., 2011; Ito et al., 2007; Sue et al., 2012; Thorgrimsen et al., 2002). Tendo como ponto de partida que as escalas para a demência têm pouca sensibilidade e não avaliam aspetos com impacto no participante e cuidador (Robert et al., 2010), parece evidente que utilizando escalas ainda menos sensíveis, os resultados não poderão ser visíveis ou com impacto nas dimensões a avaliar.

Os estudos sobre a eficácia da reminiscência com pessoas com demência sugerem indícios da sua eficácia, no entanto, salienta-se a falta de investigações metodologicamente consistentes, nomeadamente estudos experimentais, com amostras alargadas, critérios de inclusão definidos e desenhos longitudinais que permitam conclusões consistentes sobre os efeitos desta intervenção (Cotelli et al., 2012; Olazarán et al., 2010; Woods et al., 2005).

Para além da melhoria dos aspetos metodológicos, a investigação da terapia de reminiscência carece ainda de avaliação efetiva da sua eficácia em algumas dimensões, tais como a identidade e o bem-estar. De acordo com Beavis (2008) entender a relação entre as perdas cognitivas e a identidade, com as suas implicações no bem-estar, é um aspeto importante nesta população devido à sua provável influência na perda de sentido de continuidade do ego. Outro ponto a investigar é a influência desta terapia como complemento ao tratamento farmacológico ou a outras terapias não farmacológicas, eventuais benefícios e vantagens para a pessoa idosa e família.

#### **1.1.6. Referências**

- Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*, Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdo autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22, 213-220.
- Afonso, R., Bueno, B., Loureiro, M., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, Psychological Well-Being, and Ego Integrity in Portuguese Elderly People. *Educational Gerontology*, 37, 1063-1080. doi: 10.1080/03601277.2010.500585.
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & Marwijk, H. (2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptomatology and Mastery of Older Adults. *Community Mental Health Journal*, 45, 476-484. doi: 10.1007/s10597-009-9246-z.

- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging & Mental Health, 9*, 302-304. doi: 10.1080/13607860500089567.
- 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.
- Chao S., Liu H., Wu, C., Jin, S. Chu, T., Huang, T., & Clark, M. (2006). The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, and Life Satisfaction of Elderly Nursing Home Residents. *Journal of Nursing Research, 14*, 36-45. doi: 10.1097/01.JNR.0000387560.03823.c7.
- Chiang, K., Chu, H., Chang, H. Chung, M., Chen, C., Chiou, H., & Chou, K. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*, 380-388. doi: 10.1002/gps.2350.
- Chiang, K., Lu, R., Chu, H., Chang, Y., & Chou, K. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 7-10. doi: 10.1002/gps.1824.
- 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.
- Gonçalves, D., Albuquerque, B., & Martin, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica, 26*, 101-110.
- Lawton, M., Van Haitsma, K., & Klapper, J. (1996). Observed Affect in Nursing Home Residents With Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 51B*, 3-14. doi: 10.1093/geronb/51B.1.P3.
- Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The Effect of reminiscence on the Elderly Population: Systematic review. *Public Health Nursing, 20*, 297-306. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Ser, T. ...., & Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 30*, 161-178. doi: 10.1159/000316119.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 16*, 541-558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434.
- Pot, A., Bohlmeijer, E., Onrust, S., Melenhorst, A., Veerbeek, M., & De Vrie, W. (2010). The impact of life review on depression in older adults: a randomized controlled trial, *International Psychogeriatrics, 22*, 572-581. doi: 10.1017/S104161020999175X.
- Robert, P., Ferris S., Gauthier, S., Ihl, R., Winblad, B., & Tennigkeit, F. (2010). Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice? *Alzheimer's Research & Therapy, 2*: 24.
- Serrano, J., Latorre, J., & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que



presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriátria Y Gerontología*, 40, 228-235. doi: 10.1016/S0211-139X(05)74858-7.

- Serrano, J., Latorre, J., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M., Nieto, M., Ricarte, J., & Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24, 224-229.
- Shellman, J., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The Effects of Integrative Reminiscence on Depressive Symptoms in Older African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 31, 772-786. doi: 10.1177/0193945909335863.
- Tolson, D., & Schofield, I. (2012). Football reminiscence for men with dementia: lessons from a realistic evaluation. *Nursing Inquiry*, 19, 63-70. doi: 10.1111/j.440-1800.2011.00581.x.
- Watt, L., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging & Mental Health*, 4, 166-177. doi: 10.1080/13607860050008691
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2010). Mapping the Future or Reminiscence: A Conceptual Guide for Research and Practice. *Research on Aging*, 32, 527-564. doi: 10.1177/0164027510364122.
- 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.
- Wittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 546-553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- 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.

### **Referências (Artigos incluídos na revisão)**

- 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.
- Ashida, S. (2000). The Effect of reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 170-182. doi: 10.1093/jmt/37.3.170
- 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.
- Baillon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J., & Campbell, R. (2005). Variability in Response of Older People with Dementia to Both Snoezelen and Reminiscence. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 367-374.
- Beavis, A. (2008). *Memory, identity and well-being: Preserving selfhood in dementia*. (Tese de Doutorado), University of Exeter, Cornwall: Reino Unido.

- Brooker, D., & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging & Mental Health*, 4, 354-358. doi: 10.1080/713649967.
- 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. doi: 10.1111/j.471-6712.2008.00615.x.
- Cleary, S., Hopper, T., & Van Soest, D. (2012). Reminiscence therapy mealtimes and improving intake in residents with dementia. *Canadian Nursing Home*, 23, 8-13.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from the use of reminiscence – a randomized intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, 10:33. doi:10.1186/1471-2318-10-33
- 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*, 2, 56-58. doi: 10.1016/j.jalz.2005.12.003.
- Hsieh, C., Chang, C., Su, S., Hsiao, Y., Shih, Y., Han, W., & Lin, C. (2010). Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-moderate Dementia. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 2, 72-78. doi: 10.1016/S1878-3317(10)60012-5.
- 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
- 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, 48-54. doi: 10.1159/000103631.
- Lai, C., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16, 33-49. doi: 10.1017/S1041610204000055.
- 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 não publicada), University of Minnesota, Estados Unidos da América.
- MacKinlay, E. (2009). Using Spiritual Reminiscence with a Small Group of Latvian Residents with Dementia in a Nursing Home: A Multifaith and Multicultural Perspective. *Journal of religion, Spirituality & Aging*, 21, 318-329. doi: 10.1080/15528030903030003.
- MacKinlay, E., & Trevitt, C. (2010). Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 394-401. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00684.x.
- 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/JI48v26n03\_04.

- 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'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.
- Su, T., Wu, L., & Lin, C. (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, 187-196. doi: 10.1002/gps.2707.
- 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, 167-173. doi: 10.1111/j.1447-0594.2007.00381.x.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 93-97.
- Wang J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240. doi: 10.1002/gps.1821.
- Wang, J., Yen, M. & OuYang, W. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 227-232. doi : 10.1016/j.archger.2008.08.007.
- Yamagami, T., Oosawa, M., Ito, S., & Yamaguchi, H. (2007). Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics*, 7, 69-75. doi: 10.1111/j.1479-8301.2007.00189.x.
- 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. doi: 10.1080/09602010802586216.

## 1.2. REMINISCENCE STUDIES IN DEMENTIA: PARTICIPANTS, INTERVENTIONS AND METHODOLOGY – AN INTEGRATIVE REVIEW.

Artigo a aguardar revisão:

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (submetido em Agosto de 2015). Reminiscence studies in dementia: participants, interventions and methodology – an integrative review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.

### 1.2.1. Resumo e palavras-chave

#### **Abstract:**

The purpose of this integrative review is to describe the major characteristics of studies focused on reminiscence therapy in persons with dementia, particularly the participants' characteristics, assessment protocols used and studies' methodology. The databases of PubMed, PsycInfo, CINAHL, LILACS Scielo and Scopus were systematically searched, resulting in 16 studies included in this review. Results suggests that recent investigation shows good methodological quality but reminiscence investigation in the field of dementia still has a long way until reaching a level 1 evidence based practice. Studies still have small samples, no blind assessment and great heterogeneity is still present in the selection criteria (dementia screen, type and severity of dementia) as well as in the reminiscence intervention/assessment protocols (frequency, type, context).

**Key-Words:** Reminiscence; Dementia; Older persons; Theoretical study.

#### **Resumen:**

El objetivo de esta revisión integradora es describir las principales características de los estudios sobre la terapia de reminiscencia con personas con demencia, específicamente las características de los participantes, los protocolos y metodología utilizados. Se ha hecho una búsqueda de datos sistemática en las bases de datos PubMed, PsycINFO, CINAHL, LILACS, Scielo e Scopus, de la cual han resultado 16 estudios incluidos en esta revisión. Los resultados sugieren que la investigación reciente presenta una buena calidad metodológica. Sin embargo, la investigación reminiscencia en el campo de la demencia todavía tiene un largo camino hasta llegar a una práctica basada en la evidencia de nivel 1. Los estudios siguen teniendo muestras reducidas, carecen evaluación ciega y sigue existiendo heterogeneidad en los criterios de selección de los participantes (rastreo de demencia, nivel y tipo de demencia) y en los protocolos de reminiscencia (frecuencia, tipo, contexto).

**Palabras Clave:** Reminiscencia; Demencia; Personas mayores; Estudio teórico.

### 1.2.2. Introduction

The field of research and practice in reminiscence and life review has grown exponentially in the last decades, but some methodological issues are neglected and some questions still remain unanswered (Cappeliez, 2013; Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008; Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010).

Reminiscence has been increasingly used in older persons as a therapy, and so far, the bulk of work has focused on depression and dementia (Cappeliez, 2013; Piquart & Forstmeier, 2012). Recent reviews have shown that reminiscence therapy contributes to improve cognition, mood, depressive symptoms, ego-integrity, mastery, well-being, social integration and purpose in life (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Kwon, Cho, & Lee, 2013; Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2014; Piquart & Forstmeier, 2012; Syed Elias, Neville, & Scott, 2015; Woods, Spector, & Jones, 2005). Nevertheless, particularly in the field of dementia, reminiscence studies are considered to have poor quality, use small samples, with no blinding assessment and with great heterogeneity between groups (Cotelli et al., 2012). Several authors recommend more longitudinal studies and trials to establish efficacy of this therapy in this medical condition (Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005).

The absence of consensual structured models for intervention is seen as a main methodological obstacle to effective reminiscence therapy, and so far researchers have used heterogeneous strategies which have led to inconsistent results (Gonçalves et al., 2008). It would be useful therefore to establish which objectives, intervention strategies and assessment methodology contributes to these flimsy results (Gonçalves et al., 2008).

Previous reviews about reminiscence therapy in older adults, focused on outcome results from the therapy and included only randomized controlled trials (e.g. Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005). Despite of the valid scientific evidence emerging from randomized controlled trials, they neglect certain types of knowledge that may provide useful information for individualized and effective practice (Mantzoukas, 2008). Recognizing that the advancement of knowledge emerges not only from studies with positive results but also from interpretive and reflexive practices that take into account the unique problematic situations and contexts (Mantzoukas, 2008), the aim of this integrative review is to describe the major characteristics of studies about reminiscence therapy among older persons with dementia, particularly the participant's characteristics, study's methodology and protocols of reminiscence used. The overall objective is to enrich the available information on reminiscence studies in dementia particularly focusing on the participants' profile, type of interventions and methodology used.

### 1.2.3. Method

This study intends to be an integrative review of published research about reminiscence therapy with older adults with dementia. This methodology is an approach that allows the combination of diverse study methodologies in order to understand a phenomenon of concern and with potential to play a greater role in evidence-based practice (Fernández-Ríos, & Buela-Casal, 2009; Whitemore, & Knafelz, 2005).

#### 1.2.3.1. Search Strategy

The databases of PubMed (MEDLINE), PsycInfo, CINAHL, LILACS, Scopus and Scielo, were systematically searched with the following search term: “*Reminiscence AND Dementia*”, “*Life Review AND Dementia*”, using the word “*Reminiscence*” in cases where the previous searches didn’t offer positive results. The search was limited to English, Portuguese, French and Spanish language, with restriction on year of publication (from January 2010 until December of 2014). The references of the included articles were scanned to find other relevant studies.

This review included all published empirical studies and dissertations that fulfilled the criteria of inclusion in this study. Following the PICO methodology we defined as inclusion criteria (PRISMA, 2009): a) Participants: persons with 65 or more years with dementia; b) Intervention: application of reminiscence therapy in the target population; c) Comparison: no restrictions; d) Outcomes: evaluation of the impact of reminiscence intervention through quantitative or qualitative methodology. Unpublished studies, abstracts, review articles, book reviews and study protocols were excluded from this review. Table 7 summarizes the results obtained for each database consulted, according to the keywords used in this study.

**Table 7.** Search results in each database.

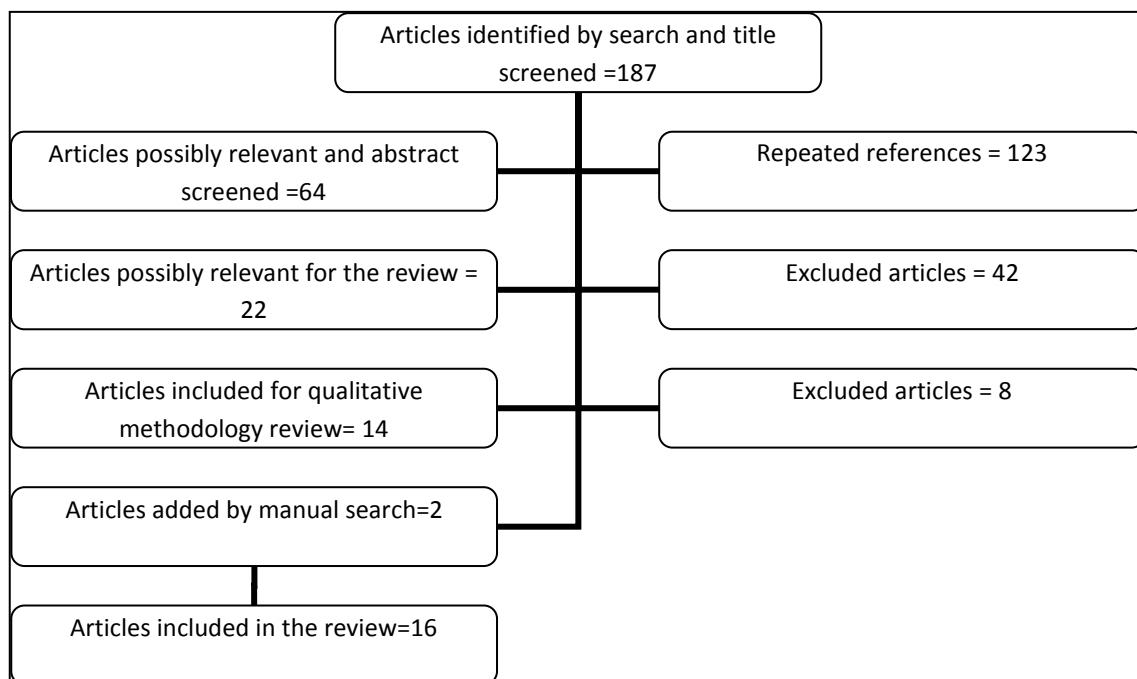
	Pubmed	PsycInfo	CINAHL	LILACS	Scielo	Scopus
<i>Reminiscence + dementia</i>	20	12	24	19	1	22
<i>Life review + dementia</i>	21	19	20	18	0	24
<i>Reminiscence</i>	-	-	-	-	5	-
Number of references founded	41	13	44	37	6	46

#### 1.2.3.2. Study Selection

All titles (n=187) were firstly scanned to exclude repeated references (n=123), which resulted in an inclusion of 64 articles. These references were abstract screened based on the inclusion criteria “65 or more years old” and “dementia participants” (as determinants) and “application and evaluation of therapy’s impact”. Articles were excluded if they did not reported data from an original study (e.g. reviews or meta-analysis,

unpublished studies, abstracts and book chapters). In this first analysis we selected 23 references and eliminated 41 (reviews=26, book reviews=10, different language=1; no intervention=1; different population=1). The abstracts were then full text scanned by the researchers, based on the inclusion criteria. The searching strategy resulted in 14 studies included in the present integrative review, 8 articles were excluded because they didn't fulfilled the inclusion criteria (review=1, different population=2, intervention results not described=2, case study=2, abstract=1). We added 2 items found by manual search (Gudex et al., 2010; Lin, 2010). Figure 2 summarizes the selection process used to choose the studies included in this review.

**Figure 2.** Flow diagram of the study selection process.



**Adapted from:** Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009.

## 1.2.4. Results

Seventeen studies that met the inclusion criteria established for this study review were included, 15 published as scientific articles and 1 doctoral thesis.

### 1.2.4.1. Participants' characteristics

The samples size ranged from 6 (O'Rourke et al., 2011) to 455 participants (Gudex et al., 2010) in a total of 1553 subjects, with a dropout that ranged from 0% (Akanuma et al., 2011; O'Rourke et al., 2011) to 36% (Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012).



Participants' mean age ranged from 72 (O'Rourke et al., 2011) to 86 years old (Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012).

Most of the studies on the impact of reminiscence in people with dementia were performed with Asian populations: Thailand (n=5) and Japan (n=3). In the remaining articles, investigation was conducted in the United Kingdom (n=2), Ireland (n=2), Denmark, Canada and Australia.

Reminiscence therapy was applied in older adults with dementia residing in different contexts: nursing homes (e.g. Azcurra, 2012; Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012), hospitals (e.g. Lin, 2010; O'Rourke et al., 2011), day hospitals (e.g. Van Bogaert et al, 2013), sanatorium (Su, Wu, & Lin, 2012) and community (Woods et al., 2012). Inclusion criteria used for sample selection ranged from an unspecific dementia diagnosis to presenting a diagnosis as defined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV), the Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC) or the National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke. Other criteria included the dementia's severity by means of the Clinical Dementia Rating (CDR), the Global Deterioration Scale (GDS) or scores obtained in the Mini Mental State Examination (MMSE) and in the clock drawing test. Table 8 describes the characterization of participants in studies of reminiscence with older persons with dementia.

**Table 8.** Participants's characteristics by study.

Author, date	Participants			
	Country	Context	Inclusion criteria	Sample (dropout)
Akanuma et al., 2011	Japan	Nursing home	Medical diagnosis (neurologist) according to ADDTC and MMSE=10-24	24 (0%)
Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012	Canada	Nursing home	Diagnosis and evaluation of dementia (MMSE and GDS)	7 (36%)
Gudex et al., 2010	Denmark	Nursing home	ND	455 (35%)
Hsieh et al., 2010.	Thailand	Nursing home	Medical diagnosis of dementia (DSM-IV)	61 (7.5%)
Li, Hsu, & Lin, 2014.	Thailand	Hospital	Medical diagnosis of dementia (CDR=0.5-2; MMSE=10-24)	10 (0%)

Lin, 2010	Thailand	Hospital Nursing home	Diagnosis of AD (MMSE=10-23; Clock Test ≤ 10)	34 (8%)
Lin, Li, & Tabourne, 2011	Thailand	Day care center	Medical diagnosis of dementia (CDR=0.5-2; MMSE=10-24)	7 (0%)
MacKinlay & Trevitt, 2010	Australia	Nursing home	Initial interview and MMSE	113 (ND)
Meguro, Akanuma, & Meguro, 2013	Japan	ND	ND	60 (25%)
Nakamae et al., 2014	Japan	Nursing home	Diagnosis of dementia (DSM-IV)	36 (16.6%)
O'Rourke et al., 2011	Ireland	Hospital	Diagnosis of dementia (DSM-IV) and MMSE = 13-22.	6 (0%)
Serrani Azcurra, 2012	ND	Nursing home	AD diagnosis (DSM-IV and MMSE > 10)	44 (2.2%)
Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2014	North Wales	Nursing home	Diagnosis of dementia (DSM-IV)	24 (4.2%)
Su, Wu, & Lin, 2012	Thailand	Hospice	Screening of dementia (MMSE and CDR)	102 (8.8%)
Van Bogaert et al, 2013.	ND	Psychiatric day centre/ nursing home	Probable diagnosis of dementia	82 (ND)
Woods et al., 2012	England	Community	DSM-IV criteria for dementia	488 (28.3%)

**Legend:** Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centres (ADDTC); Clinical Dementia Rating (CDR); Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV); Global Deterioration Scale (GDS); Mini Mental State Examination (MMSE); Not Described (ND).

#### 1.2.4.2. Interventions characteristics

Most studies (n=11) opted to implement a structured reminiscence therapy (e.g. Azcurra, 2012; Nakamae et al., 2014; Su, Wu, & Lin, 2012), 1 study used mixed programs of structured and simple reminiscence (Gudex et al., 2010) and 4 studies used life review (e.g. Lin, 2010; Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2014); 1 study used reminiscence therapy combined with other non-pharmacological therapies, namely reality orientation (Akanuma et al., 2011). Group interventions were more common: 11 studies preferred the group methodology (e.g. Akanuma et al., 2011; Su, Wu, & Lin, 2012) whereas only 5 studies opted for an individual intervention (e.g. Azcurra, 2012; Cleary, Hopper, & Van

Soest, 2012); a study used both interventions (Gudex et al., 2010). In what regards the intervention program, the number of sessions ranged from 2 (Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012) to 72 sessions (Su, Wu, & Lin, 2012), although most authors have chosen to make 12 (e.g. Akanuma et al., 2011; O'Rourke et al., 2011) or 6 to 8 sessions (e.g. Li, Hsu, & Lin, 2014; Nakamae et al., 2014). The average length of the sessions was one hour, varying between 30 (MacKinlay, & Trevitt, 2010) and 120 minutes (Su, Wu, & Lin, 2012; Woods et al., 2012). The weekly frequency was chosen in most cases (e.g. Akanuma et al., 2011; MacKinlay, & Trevitt, 2010), however some researchers have chosen to conduct biweekly sessions (e.g. Azcurra, 2012; O'Rourke et al., 2011).

In what concerns the comparison intervention options, most of the studies used a control group (n=11) with only supportive intervention (usual care). Placebo interventions were applied in 3 studies (Azcurra, 2012; Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012; Meguro, Akanuma, & Meguro, 2013) using social contact and conversation as placebo intervention. Table 9 describes the major characteristics of reminiscence interventions adopted in the studies included in this review.

**Table 9.** Characterization of the interventions in the included studies

Author, date	Form	Context	Number of sessions (minutes)	Frequency	Control intervention Placebo intervention
Akanuma et al., 2011.	R + RO	G	12 (60)	Weekly	Usual care (control)
Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012.	R	I	2 (ND)	ND	Usual care (control) Suggestions Protocol (placebo)
Gudex et al., 2010.	R	G + I	ND	ND	Usual care (control)
Hsieh et al., 2010.	R	G	12 (40-50)	Weekly	
Li, Hsu, & Lin, 2014.	LR	I	8 (60)	Weekly	
Lin, 2010.	LR	G	20 (45-60)	Biweekly	
Lin, Li, & Tabourne, 2011.	LR	G	10 (60)	Daily	
MacKinlay, & Trevitt, 2010.	R	G	6 (30-60) 24 (30-60)	Weekly	
Meguro, Akanuma, & Meguro, 2013.	R	G	12(60)	Weekly	Usual care (control) Social conversation (placebo)
Nakamae et al., 2014.	R	G	6 (40)	Weekly	Usual care (control)
O'Rourke et al., 2011.	R	G	12 (45-60)	Biweekly	
Serrani Azcurra, 2012.	R	I	24 (60)	Biweekly	Social contact (control) Counselling and social contact (placebo)
Su, Wu, & Lin, 2012.	R	G	72 (120)	Tri-weekly	Support interview (control)
Subramaniam, Woods,	LR	I	12	Weekly	Life book story made by

& Whitaker, 2014					relatives (control)
Van Bogaert et al., 2013.	R	G	6-8 (ND)	Biweekly	Usual care (control)
Woods et al., 2012.	R	G	12 (120)	Weekly	Usual care (control)

**Legend:** Group (G); Individual (I); Life Review (LR); Not Described (ND); Reminiscence Therapy (R); Reality Orientation Therapy (RO).

#### 1.2.4.3. Methodological issues

In what concerns the methodology of the selected studies, there were 10 articles identified as experimental studies, 2 quasi-experimental studies, 3 cross-sectional studies and 1 qualitative study. From the experimental studies only 3 completed a follow-up evaluation (e.g. Azcurra, 2012; Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2014).

Table 10 summarizes internal validity (quality evaluation) of each study, based on the criteria of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network 50 (SIGN 50, 2011). This scale is suitable to evaluate methodological quality of studies, being one of the most useful and valid tools (Perestelo-Pérez, 2013). Because of the methodological heterogeneity of the revised studies, two subscales were used to determine internal validity. For randomized controlled trials we used the *Methodology Checklist 2* (SIGN 50, 2011), addressing the questions of randomization, blinding assessment, similarity in groups at baseline, evaluation method and drop-out, described on Table 10. To assess cohort studies we applied the *Methodology Checklist 3* (SIGN 50, 2011), addressing the correspondent questions for observational studies: similarity in groups at baseline, evaluation method and blinding assessment.

**Table 10.** Internal validity of included studies based on SIGN 50 subscales criteria.

Authors, date	Study design	Randomization	Similarity in groups (baseline)	Blinding assessment	Evaluation method
Akanuma et al., 2011.	Experimental	A	A	A	O1.R+RO.O2 O1.CT.O2
Cleary, Hopper, & Van Soest, 2012.	Cross-sectional, prospective	D	D	B	O1.CT.O2.R.O2.P.O2
Gudex et al., 2010.	Experimental, with follow-up	A	C	C	O1.R.O2.O3.O4 O1.CT.O2.O3.O4
Hsieh et al., 2010.	Experimental	A	A	C	O1.R.O2 O1.CT.O2
Li, Hsu, & Lin, 2014.	Cross-sectional, prospective	D	D	A	O1.R.O2
Lin, 2010.	Experimental	A	A	A	O1.R.O2 O1.CT.O2
Lin, Li, & Tabourne, 2011.	Quasi-experimental	D	D	C	O1.LR.O2
MacKinlay, & Trevitt, 2010.	Qualitative	D	D	D	O1.R.O2
Meguro, Akanuma, & Meguro, 2013.	Experimental	A	C	C	O1.R.O2 O1.CT.O2 O1.P.O2
Nakamae et al., 2014.	Experimental	B	A	A	O1.R.O2 O1.CT.O2
O'Rourke et al., 2011.	Cross-sectional, prospective	B	D	A	O1.R.O2
Serrani Azcurra, 2012.	Experimental, with follow-up	A	A	A	O1.R.O2.O3 O1.CT.O2.O3

					O1.P.O2.O3
Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2014	Experimental, with follow-up	A	A	B	O1.LR.O2.O3 O1.CT.O2.O3
Su, Wu, & Lin, 2012.	Quasi-experimental	A	A	A	O1.R.O2 O1.CT.O2
Van Bogaert et al, 2013.	Experimental	A	A	B	O1.R.O2 O1.CT.O2
Woods et al., 2012.	Experimental	A	C	A	O1.R.O2.O3 O1.CT.O2.O3

**Legend:** adequately addressed (yes=A or no=B); not reported (C); not applicable (D); control (CT); pre test evaluation (O1); post test evaluation (O2); follow-up (O3); second follow-up (O4); placebo (P); reminiscence therapy (R); reality orientation therapy (RO).

### 1.2.5. Discussion

This integrative review intended to describe the major characteristics of studies about reminiscence therapy with older persons with dementia, particularly the participant's characteristics, protocols used and study's methodology was achieved.

As Cotelli, Manenti, & Zanetti (2012) stated reminiscence studies with dementia participants still remains short, although we found some studies with larger samples (e.g. Gudex, Horsted, Jensen, Kjer, & Sørensen, 2010; Woods et al., 2012).

Recruitment criteria are vague in some studies (e.g. Gudex et al., 2010; MacKinlay & Trevitt, 2010) and there is diversity in the criteria to screen dementia, select levels of severity, define which type of dementia the participants has. The included studies focused on diagnosis criteria (e.g. DSM-IV) and neuropsychological tests (e.g. MMSE) of dementia. The heterogeneity in clinical terms is, in fact, one of the main challenges of reminiscence studies with dementia persons. The fact that there are different types of dementia and even the elderly with the same type of dementia can have different configurations of symptoms, co-morbidities and are situated at different stages, hinders a central aspect the methodological level: in respect of sampling. As most interventions find in studies covered by this review carried out in group format, the establishment of homogeneous groups at the clinical level becomes even more difficult to accomplish. To fulfill the gap in diagnosis criteria in dementia, particularly in Alzheimer's disease an expert panel recommended some criteria, based on clinical history, neuropsychiatric evaluation and advanced imaging (McKhann et al., 2011). The future use of these recommendations may attenuate the differences in recruitment criteria used in reminiscence studies and diminished heterogeneity between participant's sampling.

For an intervention that still lacks consistency in its results (Cotelli et al., 2012; Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2014; Woods et al., 2005) there are too many different protocols of reminiscence (Gonçalves et al., 2008). Each author used a different way of administering reminiscence therapy: the number of sessions, the frequency of sessions

and the contexts/places where intervention occurred were very diverse. In this review we also found different types of reminiscence intervention: simple reminiscence, structured reminiscence, life review, and mixed protocols (e.g. Gudex et al., 2010) and this heterogeneity was already been noticed by other authors (Gonçalves et al., 2008; Kwon et al., 2013). This ambiguity in operationalizing both concepts (reminiscence and life review), as already been pointed as a gap in intervention research (e.g. Lin, Dai, & Hwang, 2003; Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010). At all levels of memories recall interventions (e.g. reminiscence, life review, life review therapy), different specific reminiscence protocols can be developed and they are differently related to mental health, so they must have different outcome measures (Lin et al., 2003; Webster et al., 2010). For example, existing frameworks for reminiscence intervention are directed to improve socialization, self-esteem, short term well-being or decrease isolation, whereas life review is used to improve integrity, well-being and reduce depression (e.g. Lin et al., 2003; Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010).

Regardless of the results in participant's characteristics and the diversity of protocols of reminiscence used, there were many progresses in methodology quality in recent studies about this therapy. We found 10 experimental studies (randomized) (e.g. Hsieh et al., 2010; Woods et al., 2012), 3 of which with blinding assessment and similarity between groups (Akanuma et al., 2011; Lin, 2010; Serrani Azcurra, 2012). These results show that researchers are trying to fulfill the gaps pointed in previous reviews (Cotelli et al., 2012; Gonçalves et al., 2008; Woods et al., 2005).

Although we intended to do an integrative review, less restrictive than published systematic reviews (e.g. Cotelli et al., 2012; Kwon et al., 2013), some limitations with the inclusion criteria of this study constrained the results. First, we only examined published researches, and so, publication bias was a problem (Chin, 2007; Kwon et al., 2013). Because reminiscence therapy is a popular intervention, conducted by a broad range of professionals, it is reasonable to believe that a substantial number of similar studies have been done but have not been published (Chin, 2007). On the second hand, due to our lack of comprehension about some languages, we excluded many Asian articles, which are, as we noted, the bulk population of the included studies. Our limitation in understanding Japanese, Chinese or Taiwanese made us exclude articles that probably would increase the understanding of reminiscence therapy in persons with dementia.

Recent studies about reminiscence therapy in dementia (e.g. Akanuma et al., 2011; Serrani Azcurra, 2012; Su, Wu, & Lin, 2012) already have a good methodological quality, according to the criteria applied in this review. Other authors also mentioned this increased rigor in the designs of clinical trials (Webster et al., 2010). However reminiscence investigation, in the field of dementia, still have a long way until reaching a

evidence based practice (Syed Elias et al., 2015). Researchers are working to highlight reminiscence therapy benefits in older persons with dementia and some multicentre randomized controlled trials are now in progress (Berg et al., 2010; Charlesworth et al., 2011). Nevertheless careful planning and testing of reminiscence protocols, using research findings and theories, linking psychological processes in reminiscence and its outcomes are vital (Webster et al., 2010)

### 1.2.6. References

- Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 192(3), 183–187. <http://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.11.012>
- 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, 5. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-10-5>
- Cappeliez, P. (2013). Neglected Issues and New Orientations for Research and Practice in Reminiscence and Life Review, 1(1), 19–25.
- Charlesworth, G., Burnell, K., Beecham, J., Hoare, Z., Hoe, J., Wenborn, J., ... Orrell, M. (2011). Peer support for family carers of people with dementia, alone or in combination with group reminiscence in a factorial design: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 205. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-12-205>
- Chin, A. M. H. (2007). Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A meta-analysis of controlled trials, 17(1), 10–22.
- Cleary, S., Hopper, T., & Van Soest Deanna. (2012). Reminiscence therapy, mealtimes and improving intake in residents with dementia. *Canadian Nursing Home*, 23(2), 8–13. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2011618729&site=ehost-live>
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203–205. <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>
- Fernández-ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329–344.
- 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.

- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A. M., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence--a randomised intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, *10*, 33. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-10-33>
- 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 and Clinical Medicine*, *2*(2), 72–78. [http://doi.org/10.1016/S1878-3317\(10\)60012-5](http://doi.org/10.1016/S1878-3317(10)60012-5)
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence Therapy for Dementia—Meta Analysis, *40*, 10–15. Retrieved from [http://onlinepresent.org/proceedings/vol40\\_2013/3.pdf](http://onlinepresent.org/proceedings/vol40_2013/3.pdf)
- Li, K., Hsu, W., & Lin, L. (2014). Effect of the recreational life review program on patients with dementia in an outpatient clinic: a preliminary study. *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*, *119*(3), 949–960. <http://doi.org/10.2466/10.PMS.119c27z9>
- Lin, L. (2010). *Impact of the revised life review program on quality of life for residents with Alzheimer's disease in South Taiwan long term care facilities*. University of Minnesota.
- Lin, L., Li, K., & Tabourne, C. (2011). Impact of the life review program on elders with dementia: A preliminary study at a day care center in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, *19*(3), 199–209. <http://doi.org/10.1097/JNR.0b013e318228ced3>
- 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), 197–306.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, Ó. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*(3), 597–611. <http://doi.org/10.15309/14psd150304>
- MacKinlay, E., & Trevitt, C. (2010). Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *International Journal of Mental Health Nursing*, *19*(6), 394–401. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00684.x>
- Mantzoukas, S. (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: Levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(2), 214–223. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x>
- McKhann, G., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hymann, B., Jack, C. R., Kawas, C., ... Phelps, C. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dementia*, *7*(3), 263–269. <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>.The
- Meguro, K., Akanuma, K., & Meguro, M. (2013). Patient-reported outcome is important in psychosocial intervention for dementia: a secondary analysis of a randomized controlled trial of group reminiscence approach data. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, *3*(1), 37–8. <http://doi.org/10.1159/000348352>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Academic and Clinic Annals of Internal Medicine Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-



Analyses. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264–269.  
<http://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>

- 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. <http://doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.01.003>
- 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, 861–869. <http://doi.org/10.1093/ageing/afr100>
- Perestelo-pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–58. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2014). *Sign 50: a guideline developer's handbook*. (Revised Ed). Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- 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. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.05.008>
- 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-longitudinal, single-blind, randomized control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(2), 187–196. <http://doi.org/10.1002/gps.2707>
- Subramaniam, P., Woods, B., & Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 18(3), 363–75. <http://doi.org/10.1080/13607863.2013.837144>
- Syed Elias, S. M., Neville, C., & Scott, T. (2015). The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing*, 36(5), 372–380. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>
- 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.e9–528.e13. <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.020>
- 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. <http://doi.org/10.1177/0164027510364122>

- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107–14. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003>
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society*, 30(04), 697–721. <http://doi.org/10.1017/S0144686X09990328>
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 5(52), 546 – 553. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
- Woods, B., Spector, A., & Jones, C. (2005). Reminiscence therapy for dementia: Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2>.
- Woods, R. T., Bruce, E., Edwards, R. T., Elvish, R., Hoare, Z., Hounsome, B., ... Russell, I. T. (2012). REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(48). <http://doi.org/10.3310/hta16480>

## **CAPÍTULO II. MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA NO DÉFICE COGNITIVO**

## 2.1. CARACTERÍSTICAS DA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA

A MA abrange informação relacionado com o próprio, num registo simultâneo de imagens e factos respeitantes a acontecimentos passados (Gonçalves, 2006). Trata-se de um processo de reconstrução de experiências pessoais, à luz do presente e geradas a partir de um conhecimento de base (Bluck & Levine, 1998; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Gonçalves, 2006). Representa um tipo de memória única do ser humano (Bluck & Liao, 2013; Fivush, Habermas, Waters, & Zaman, 2011) que recupera e interpreta os eventos passados, sendo rica em emoções, motivações, pensamentos e avaliações da história de vida (Fivush et al., 2011). A MA foca o *self* em interação com os outros e o mundo, ao longo da história de vida, que se insere num contexto cultural (Fivush et al., 2011).

A MA assume um papel central na identidade, nas emoções e noutras dimensões que definem cada pessoa (Serrano, 2002). A MA é, assim, fundamental para o *self*, para as emoções e para se situarem as experiências do indivíduo, inserido numa cultura, ao longo do tempo. O objetivo da recuperação, integração e reconstrução de memórias autobiográficas na velhice é alcançar a integridade do Eu, isto é, o desenvolvimento de um conjunto de auto esquemas positivos, realistas e que proporcionem um sentido de coerência e integridade ao indivíduo (Afonso, 2011). Consequentemente, a MA, é objeto de estudo de diferentes áreas da psicologia: cognitiva, social, desenvolvimental, clínica e neuropsicológica (Conway, & Pleydell-Pearce, 2000).

A recuperação de eventos pessoais significativos, também, emoções e sentimentos associados às memórias evocadas (Fivush et al., 2011; Levine, Lench, & Safer, 2009). Neste sentido, a recuperação de memórias autobiográficas positivas pode desencadear alegria ou orgulho, enquanto as recordações negativas podem originar sensações de *stress* (Levine et al., 2009).

O estudo experimental da memória humana partiu da perspectiva inicial que a considerava uma faculdade unitária para a sua diferenciação em subsistemas (Baddeley, 2001). A distinção entre memória semântica e memória episódica proposta por *Tulving* e *Donaldson* (1972) considera que a memória semântica se reporta ao conhecimento sobre o mundo e a informação genérica adquirida em diferentes contextos, sendo possível usar-se em diversas situações. A memória episódica refere-se à capacidade de recuperar eventos individuais, sendo específica, com capacidade para representar um acontecimento específico, localizado no tempo e espaço (Tulving, 1972).

A MA é tipicamente considerada um subtipo de memória episódica (Afonso, 2011; Gonçalves, 2006; Serrano, 2002), sendo tida como a mais complexa forma de memória humana, resultante da interação entre a memória episódica, as emoções e um sentido de

continuidade do eu ao longo da história de vida (Piefke & Fink, 2005), que recorre a factos semânticos, muitas vezes de cariz autobiográfico (Gonçalves, 2006). A memória episódica permite recuperar eventos de vida que têm em conta a experiência subjetiva e convertem em única a vida de cada indivíduo (Serrano, 2002).

O declínio na memória episódica foi amplamente investigado, tanto a nível do envelhecimento normal como nas situações patológicas, todavia, os estudos sobre MA são mis escassos (Berna, Schönknecht, Seidl, Toro, & Schröder, 2012). Vários problemas assolam a pesquisa sobre memória autobiográfica, sendo a questão da fidedignidade o aspeto mais frequentemente citado (Stuart-Hamilton, 2002; Afonso, 2011). A mesma história, narrada em diferentes momentos da vida pode ter a mesma trama básica, mas os pormenores recuperados serão diferentes (Stuart-Hamilton, 2002). Os resultados dos estudos sobre memória em pessoas idosas indicam que, embora algumas medidas de memória episódicas e semânticas declinem antes dos 75 anos, a partir dessa idade, todas as habilidades cognitivas diminuem de forma estatisticamente significativa, embora a magnitude do declínio varie (Small, Dixon, & McArdle, 2011). Podem ocorrer alterações na MA devido a várias patologias, podendo essa perda ser completa (e.g. trauma craniano) ou parcial, afetando independentemente cada subtipo de memória (Afonso, 2011; Lallane et al., 2014).

A literatura subdivide a MA numa componente semântica e numa componente episódica (Berna et al., 2012; Lallane, Gallarda, & Piolino, 2014). A dimensão semântica da MA armazena os conhecimentos gerais sobre o próprio (traços da personalidade, locais e nomes de pessoas conhecidas) e sobre eventos gerais do passado (férias, viagens), não contextualizados (Berna et al., 2012; Conway, 2005; Lallane et al., 2014). A MA episódica armazena as memórias de eventos pessoais específicos, inseridos num contexto temporal e espacial, tais como o dia do casamento, o primeiro dia de escola (Conway, 2005; Lallane, Gallarda, & Piolino, 2014), imbuídos numa sensação de reexperiência do acontecimento (Berna et al., 2012). Apesar desta divisão da MA, os seus dois componentes estão em constante interação (Conway, 2005; Gonçalves, 2006; Lallane et al., 2014; Martinelli, Anssens, Sperduti, & Piolino, 2013).

### **2.1.1. Funções da memória autobiográfica**

As funções da MA podem ser abordadas de duas perspetivas: o uso e a adaptatividade. Em relação ao uso da MA, o principal interesse é analisar o motivo explicativo do facto dos indivíduos recordarem acontecimentos de vida (mundanos ou significativos) durante longos períodos de tempo (Bluck et al., 2005). A adaptatividade refere-se à função intrínseca, ao propósito (adaptativa/não adaptativa) inerente à

recuperação dos eventos de vida (Bluck et al., 2005) explicitada pelos autores através de uma tentativa de agrupamento das funções da MA com a reminiscência (Bluck & Alea, 2002).

As funções da MA foram inicialmente categorizadas em diretivas (planeamento do presente e perspectiva do futuro), direcionadas ao *self* (continuidade e integridade do eu) e sociais (criação de laços interpessoais) (Pillemer, 1992). Partindo desta categorização, vários autores exploraram as diferentes funções da MA, tendo sido feito, inclusivamente, uma tentativa empírica de validar a ligação entre estas funções da MA e as funções da reminiscência num modelo de três fatores (Bluck et al., 2005):

- I. Função diretiva: as memórias específicas de experiências de vida servem para informar, guiar, motivar e inspirar, proporcionando modelos que podem contribuir para a resolução de problemas atuais para a adaptação ao futuro (Pillemer, 2003; Bluck et al., 2005). A função diretiva encontra-se correlacionada com as funções de resolução de problemas e identidade da RFS (Bluck et al., 2005). As experiências passadas são usadas para se planificarem comportamentos, recuperar e reinterpretar informações para resolução de problemas (Afonso, 2011).
- II. Função do *self*: a recuperação de memórias autobiográficas serve para manter a continuidade do eu (Bluck & Levine, 1998). Trata-se da vertente mais explorada nos estudos de MA (Afonso, 2011; Pillemer, 2003). Bluck et al. (2005) considera que esta função se correlaciona unicamente com a função de identidade da RFS, nomeadamente com aspetos da continuidade do eu, permitindo a manutenção de uma identidade autobiográfica e um auto conceito coerente ao longo do ciclo de vida. Esta função de manutenção de uma visão favorável do Eu é particularmente importante em situações de *stress* que impliquem mudança (Afonso, 2011)
- III. Funções sociais: serve para desenvolver e manter relações sociais (Pillemer, 1992) fornecendo material para conversação (Bluck et al., 2005). A MA correlacionava-se com as funções de conversação e ensino/informação da RFS: um factor de manutenção de relações e outro de criação de novos laços sociais (Bluck et al, 2005). Por um lado, a MA permite desenvolver novos contactos e relações sociais através do conhecimento de episódios significativos da vida do outro. Por outro lado, a função social da MA permite a manutenção das relações sociais existentes, fomentando a empatia (Bluck et al, 2005).

### 2.1.2. Estrutura hierárquica

O conhecimento autobiográfico encontra-se estruturado hierarquicamente, em função do nível de especificidade, dentro do sistema de memória a longo prazo, dependendo a sua construção do conhecimento autobiográfico de base (Afonso, 2011).

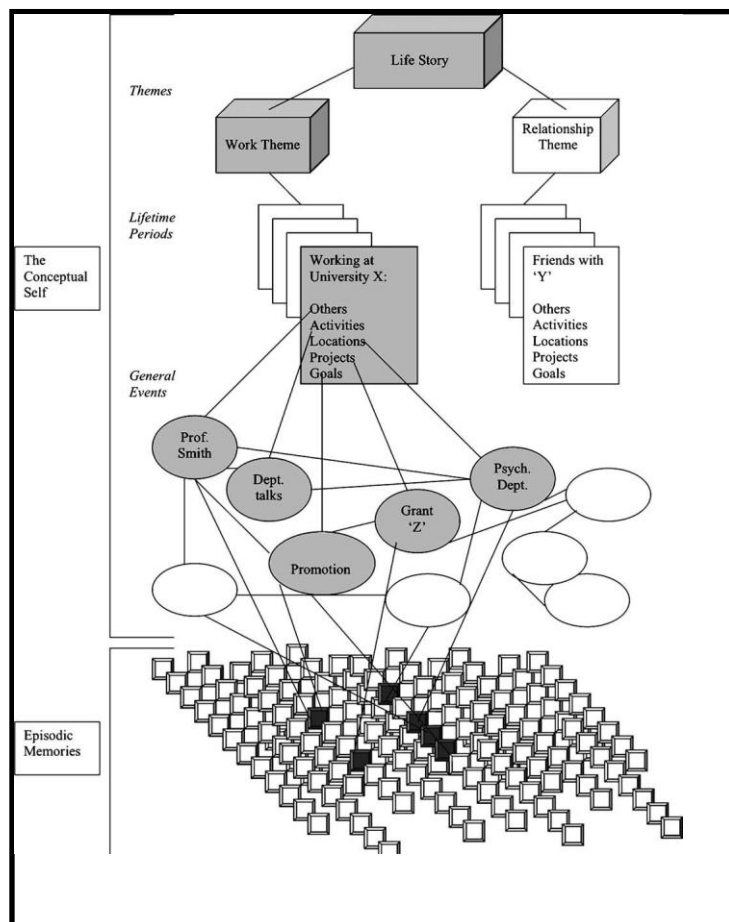
*Conway e Pleydell-Pearce* (2000) propõem um modelo no qual a recuperação consciente de MA se inseria num sistema de auto memória (*self-memory system*), constituído pelo conhecimento autobiográfico de base e pelos objetivos atuais do indivíduo. Nesta linha, a identidade constrói-se com base dos acontecimentos passados e é modulada pelas novas experiências (Lalanne & Piolino, 2013).

O conhecimento autobiográfico de base (história de vida), contém acontecimentos gerais e subjetivos sobre o próprio, com autoimagens que dividem a história de vida em diferentes níveis de conhecimento (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). São considerados três níveis de especificidade da memória autobiográfica (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Afonso, 2011; Williams, Crane, Raes, Watkins, & Dalgleish, 2007):

- I. Períodos de vida: intervalos longos de vida que incluem conhecimentos genéricos, cronologicamente definidos, sendo considerados a estrutura da MA.
- II. Acontecimentos gerais: conhecimentos sobre assuntos pessoais referentes a eventos específicos (metas, conquistas), englobando acontecimentos relacionados com um tema.
- III. Acontecimentos de conhecimento específico: acontecimentos detalhados, maioritariamente de tipo sensorial e em forma de imagens.

A Figura 3 representa o modelo de hierarquização da MA de *Conway e Pleydell-Pearce* (2000), posteriormente esquematizado por *Conway* (2005).

**Figura 3.** Estruturas do conhecimento de base da memória autobiográfica.



**Fonte:** Conway, 2005: 609.

Esta perspectiva foi desenvolvida e estabeleceu-se como técnica para evocar a recuperação de acontecimentos autobiográficos, a apresentação de um estímulo, nomeadamente a apresentação de palavras. O processo de recuperação começa em níveis mais gerais, de conhecimento semântico (representações verbais e abstratas) passando para memórias mais específicas de diferentes níveis de conhecimento autobiográfico de base, com representações de carácter sensorial e perceptivo (Williams et al., 2007). Este modelo surgiu como forma explicativa da tendência para a sobre generalização da MA, encontrada em múltiplas patologias, nomeadamente na depressão, alegando que um compromisso nestes diferentes componentes compromete a habilidade para recordar acontecimentos de conhecimento específico (Williams et al., 2007).

### **2.1.3. Distribuição das memórias autobiográficas na velhice**

Relativamente à distribuição das memórias autobiográficas ao longo do ciclo de vida, a investigação indica que esta não é equitativa variando de forma paralela à evolução do ego e dos objetivos de vida (Rathbone, Moulin, & Conway, 2008). Destacam-



se alguns aspectos na denominada curva de memória autobiográfica (*life span retrieval curve*) (Afonso, 2011; Janssen, Rubin, & Jacques, 2011; Rathbone et al., 2008):

- I. Amnésia infantil (do nascimento até aos 5 anos): poucas recordações ou nenhuma associadas a esta época da vida;
- II. Pico de reminiscência (entre os 10 e os 30 anos): recuperação de mais memórias de eventos pessoais deste período, do que dos adjacentes;
- III. Período de carácter recente (do presente até ao período de pico de reminiscência): recuperação de muitas memórias de anos mais recentes.

Os elementos referidos constituem um padrão básico de distribuição das memórias autobiográficas que se observa, também, em caso de patologias tais como a demência e a depressão (Afonso, 2011).

O pico de reminiscência é de particular interesse pois é o período em relação ao qual, em tarefas de recuperação de memórias livres, as pessoas evocam mais memórias autobiográficas (Rathbone et al., 2008). Seja através da pesquisa de eventos de vida importantes ou através da apresentação de palavras-estímulo (método Galton-Crovitz), aparece um pico de reminiscência cuja localização difere consoante a metodologia usada para recuperar as memórias autobiográficas (Rubin & Berntsen, 2003; Janssen et al., 2011). O pico de memórias recuperadas através dos eventos de vida localiza-se na terceira década de vida, enquanto utilizando palavras-estímulo, as memórias acumulam-se na segunda década (Janssen, Chessa, & Murre, 2005; Janssen et al., 2011).

Existem várias explicações para o elevado número de memórias recuperadas no período de pico de reminiscência, destacando-se as seguintes hipóteses (Janssen et al., 2011; Rathbone et al., 2008):

- I. Hipótese das novas experiências (*novel experiences*): explicação cognitiva que assume que a adolescência consiste em muitas primeiras experiências (Pillemer et al., 1988) e que estes novos acontecimentos são usados mais tarde como exemplos quando alguém experiencia eventos similares (Janssen, Rubin, & Jacques, 2011).
- II. Hipótese do guião de vida (*life script hypothesis*): baseia-se em ideias partilhadas, dentro de determinada cultura daquilo que é expectável que aconteça em determinado período de vida das pessoas – casamento, nascimento dos filhos, o primeiro emprego. O guião de vida é o esquema culturalmente esperado dos acontecimentos (Rubin & Berntsen, 2003). O pico de reminiscência surge para acontecimentos positivos e não para eventos tristes ou traumáticos (Rubin & Berntsen, 2003).
- III. Hipótese da formação do self (*grounding of an individual's self*): investigações recentes sugerem uma nova explicação para o pico de

reminiscência, baseada na fundação do ego individual. De acordo com esta visão, sempre que existe material relevante para os objetivos de vida ou a identidade, este estará facilmente acessível na memória autobiográfica pois acompanha a definição do indivíduo e a sua autoimagem (Rathbone, Moulin, & Conway, 2008).

Tendo como base esta síntese sobre as características da MA, o ponto seguinte descreve as alterações presentes na mesma em pessoas com demência. Sendo a MA importante na manutenção de um *self* coerente (Afonso, 2011), na medida em que armazena as informações relativas ao próprio (Bluck & Levine, 1998), o seu estudo torna-se pertinente no contexto de pessoas com declínio cognitivo e perda de memória, características da população alvo deste trabalho.

#### 2.1.4. Bibliografia

- Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para as Ciências e Tecnologias.
- Baddeley A. (2001). The concept of episodic memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B*, 356 (1413), 1345-1350. doi: 10.1098/rstb.2001.0957.
- Berna, F., Schönknecht, P., Seidl, U., Toro, P., & Schröder, J. (2012). Episodic autobiographical memory in normal and pathological aging. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 807-12.
- Bluck, S. & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the Autumn? In J. Webster & B. Haight (Ed), *Critical Advances in Reminiscence work: from theory to application* (61-75). New York: Springer Publishing Company.
- Bluck, S. & Alea, N. (2005). A Tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23, 91-117.
- Bluck, S. & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S. & Liao, H. (2013). I was therefore I am: creating self-continuity through remembering our personal past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 1, 7-12.
- Conway, M. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628. doi: 10.1016/j.jml.2005.08.005.
- Conway, M.A. & Pleydell-Pearce, C.W. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107 (2), 261-288.
- Fivush, R., Habermas, T., Waters, T., & Zaman, W. (2011). The making of autobiographical memory: intersections of culture, narratives and identity.

- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Janssen, S., Chessa, A., & Murre, J. (2005). The reminiscence bump in autobiographical memory: effects of age, gender, education, and culture. *Memory*, 13, 658–668. doi:10.1080/09658210444000322.
- Janssen, S., Rubin, D., & Jacques, P. (2011). The temporal distribution of autobiographical memory: changes in reliving and vividness over the life span do not explain the reminiscence bump. *Memory & Cognition*, 39, 1-11. doi: 10.3758/s13421-010-0003-x.
- Lalanne, J., Gallarda, T., & Piolino, P. (2014). "The Castle of Remembrance": New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 25(2), 254-282. doi: 10.1080/09602011.2014.949276.
- Lalanne, J. & Piolino, P. (2013). Prise en charge des troubles de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer du stade débutant au stade sévère: revue de la littérature et nouvelles perspectives. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11, 275-285. doi:10.1684/pnv.2013.0422.
- Levine, L.J., Lench, H.C., & Safer, M.A. (2009). Functions of Remembering and Misremembering Emotion. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1059-1075. doi: 10.1002/acp.1610.
- Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M., & Piolino, P. (2013). The influence of normal aging and disease in autobiographical memory highly related to the Self. *Neuropsychology*, 27 (1), 69-78. doi: 10.1037/a0030453.
- Piefke, M. & Fink, G.R. (2005). Recollections of one's own past: the effects of aging and gender on the neural mechanisms of episodic autobiographical memory. *Anatomy & Embryology*. 210, 497-512. doi: 10.1007/s00429-005-0038-0.
- Pillemer, D.B. (1992). Remembering personal circumstances: a functional analysis. In E. Winograd & U. Neisser (Ed), *Affect and accuracy in recall: Studies of "flash-bulb" memories*. (Emory symposia in cognition, 4nd ed, 236-264). New York: Cambridge University Press.
- Pillemer, D.B. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guiding power of the specific episode. *Memory*, 11 (2), 193-202. doi: 10.1080/741938208.
- Pillemer, D.B., Goldsmith, L.R., Panter, A.T., & White, S.H. (1988). Very Long-Term Memories of the First Year in College. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 14(4), 709-715.
- Rathbone, C.J., Moulin, C.J., & Conway, M.A. (2008). Self-centered memories: The reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36(8), 1403-1414.
- Rubin, D.C. & Berntsen, D. (2003). Life scripts help to maintain autobiographical memories of highly positive, but not highly negative, events. *Memory & Cognition*, 31(1), 1-14.

- Serrano, J.P. (2002). *Entrenamiento en memoria autobiográfica sobre eventos positivos específicos en ancianos con síntomas depresivos*. Ph.D.Thesys, Universidade de Castilla La Mancha, Albacete, Espanha.
- Small, B.J., Dixon, R.A., & McArdle, J.J. (2011). Tracking cognition–health changes from 55 to 95 years of age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B (Suppl\_1), i153–i161. doi: 10.1093/geronb/gbq093.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Tulving E. (1972). Episodic and Semantic Memory. In E.Tulving & W. Donaldson (Ed), *Organization of Memory*. (381-402). New York: Academic Press Inc.
- Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122.

## 2.2. MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA E DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO DA LITERATURA

### *Poster:*

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2013). Memória Autobiográfica e Doença de Alzheimer: Revisão da literatura. In *Serviços para a Pessoa com Demência: V Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, Porto, 9-10 Maio. 2013.

### Artigo Publicado:

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2013). Memória Autobiográfica e Doença de Alzheimer: Revisão da literatura. *Actas de Gerontologia*, 1 (1), 1-9.

### **2.2.1. Resumo e Palavras-chave**

#### **Resumo**

O presente artigo pretende identificar e caracterizar as alterações observadas na memória autobiográfica de pessoas idosas com Doença de Alzheimer, através de uma revisão sistemática de literatura. Foram incluídos estudos empíricos com avaliação das características da memória autobiográfica, através de abordagens qualitativas ou quantitativas, em pessoas com 60 ou mais anos de idade com Alzheimer. Realizou-se pesquisa nas bases de dados Pubmed, Scielo, PsycInfo, CINAHL, LILACS e Academic Search Complet, até 20 de Fevereiro de 2013. Foram incluídos 17 estudos transversais. Existe consenso relativamente ao facto da progressão da doença de Alzheimer implicar declínio ao nível da memória autobiográfica, quer para eventos episódicos quer semânticos, presença de amnésia retrógrada e sobre generalização dos acontecimentos autobiográficos. A revisão aponta para a necessidade de estudos experimentais e longitudinais para uma melhor compreensão da memória autobiográfica nos indivíduos com Alzheimer e a sua relação com a identidade.

**Palavras-chave:** Memória Autobiográfica. Doença de Alzheimer. Pessoas Idosas.

#### **Abstract**

This article aims to identify and characterize the observed changes in autobiographical memory of older persons with Alzheimer's disease, through a systematic literature review. The inclusion criteria were studies with empirical evaluation of the characteristics of autobiographical memory, using qualitative or quantitative approaches, in persons over 60 years old with Alzheimer's. Search was performed in the databases PubMed, Scielo, Psycinfo, CINAHL, LILACS and Academic Search Complet until February 20, 2013. We included 17 cross-sectional studies. A consensus exists regarding the fact that the progression of Alzheimer's disease involve decline at autobiographical memory, either episodic or semantic event, the presence of retrograde amnesia and generalization about the autobiographical events. The review points to the need for longitudinal and experimental studies for a better understanding of autobiographical memory in individuals with Alzheimer's disease and its relationship to identity.

**Keywords:** Autobiographical Memory. Alzheimer's Disease. Older Persons.

### **2.2.2. Introdução**

A memória autobiográfica (MA) pode ser definida como um sistema que codifica, armazena e recupera a informação relacionada com as experiências pessoais<sup>1</sup>. O conhecimento autobiográfico, intimamente relacionado com a MA, define o que fomos, somos e seremos<sup>2</sup>.

As memórias autobiográficas são construções mentais, geradas a partir de um conhecimento de base, sendo fundamentais para o ego. Não se trata de cópias inalteráveis do que se experienciou no passado, mas sim de construções que o indivíduo faz ao longo do tempo, influenciadas pelas emoções, experiências e cultura<sup>1,3</sup>.

As memórias autobiográficas que o indivíduo recupera do seu passado, não se distribuem equitativamente pelas diferentes etapas do ciclo de vida, mas de forma paralela ao desenvolvimento do ego e dos objetivos de vida<sup>4</sup>. A MA e o ego parecem formar um sistema coerente, que leva a que crenças e conhecimentos sobre si mesmo sejam confirmadas e suportadas por memórias de experiências específicas<sup>2</sup>.

Apesar da vasta literatura e investigação sobre défices de memória em doentes de Alzheimer, o interesse mais específico pelas perdas ao nível da MA é mais recente. No entanto, evidências apontam para a existência de declínio da MA na presença desta patologia<sup>5</sup>.

O presente trabalho pretende identificar e caracterizar as alterações observadas na memória autobiográfica de pessoas idosas com Doença de Alzheimer (DA), através de uma revisão sistemática dos estudos publicados sobre esta temática.

### **2.2.3. Metodologia**

Para a realização deste estudo foi adotado o processo de revisão sistemática de literatura, baseada na metodologia PRISMA<sup>6</sup>. Foram incluídos nesta revisão os trabalhos que apresentavam estudos empíricos (i) com pessoas com 60 ou mais anos de idade com DA e (ii) que apresentassem uma avaliação das características da memória autobiográfica, com recurso a análise qualitativa ou quantitativa.

Foi realizada pesquisa sistemática nas bases de dados Pubmed, Scielo, PsylInfo, CIHAHL, LILAC e Academic Search Complet (ASC), tendo sido encontradas 122 referências, das quais, após exclusão das repetições, permaneceram 60. A pesquisa decorreu de Janeiro a 20 de Fevereiro de 2013. A tabela 11 descreve as palavras-chave utilizadas na pesquisa eletrónica e respetivo número de referências identificadas, em cada base de dados.

Os artigos foram rastreados através da leitura do resumo para verificação dos critérios de inclusão nesta revisão, tendo sido identificadas 29 referências. Os artigos

com potencial de inclusão no trabalho foram lidos integralmente, tendo sido selecionados 17 artigos.

**Tabela 11.** Síntese da Pesquisa Eletrônica Efetuada.

	Pubmed	Scielo	PsyInfo	CINAHL	LILACS	ASC
<i>Autobiographical memory + Dementia</i>	16	2	26	4	1	14
<i>Autobiographical memory+ Alzheimer</i>	3	2	27	0	2	16
<i>Autobiographical memory</i>	-	-	-	-	9	-
Referências encontradas	19	4	53	4	12	30

## 2.2.4. Resultados

Os 17 estudos incluídos nesta revisão são transversais, sendo 16 de carácter comparativo e 1 descritivo. A maioria dos estudos comparou participantes com DA com grupos de controlo sem demência<sup>7,8</sup> ou com outros tipos de demência<sup>9,10</sup>. A tabela 12 descreve as características dos participantes, materiais utilizados e principais resultados obtidos.

**Tabela 12.** Síntese das Características e Resultados Obtidos nos Estudos Incluídos na Revisão

Artigo	Participantes		Materiais	Resultados *
	n	Características		
[5]	40	DA, PI	AMI TSCS	Declínio da MA semântica e episódica.
[7]	32	DA, PI	Palavras estímulo	Menor recuperação de MA (episódica e semântica).
[8]	44	DA, PI, adultos	<i>Entrevista</i> TSCS	Recuperação de um menor número de eventos autobiográficos específicos e memórias auto definidoras.
[9]	76	DA, DFT, DS, PI	AMI	Menor número de MA, com menor pormenorização.
[10]	44	DA, PI	AMT Questionário	Diminuição da capacidade de especificar recordações autobiográficas.
[11]	90	DA, pessoas com depressão, PI, centenários	Entrevista	Menor número de MA recuperadas, com menor pormenorização.
[12]	11	DA	AMI RMN	Associação entre atrofia no lobo temporal médio e severidade da perda de memória retrógrada para eventos autobiográficos e entre atrofia do córtex temporal lateral anterior e perda de MA.
[13]	63	DA, PI	AMI Teste de memória	Défice de MA semântica e episódica. Existência de gradiente temporal na MA para eventos episódicos.



[14]	36	DA, DFT, DS, PI	AMI	Dificuldade em recuperar informações recentes de eventos.
[15]	43	DA, DS, PI	AMI	Declínio da MA episódica.
[16]	42	DA, cônjuges	AMI <i>Amsterdamse Media Vragenlijst</i>	Declínio da MA e da memória para eventos públicos: amnésia retrógrada. Inexistência de gradiente de Ribot nos testes de MA e discreto gradiente para eventos públicos.
[17]	20	DA, PI	AMT	Recuperação de menor número de MA específicas e maior número de MA categóricas.
[18]	112	DA, DCL, esclerose múltipla e de progressão secundária	AMI	Menor recuperação de MA, para qualquer período do ciclo de vida. Presença de gradiente de Ribot na recuperação de eventos.
[19]	30	DA, DV	AMI TSCS	Gradiente temporal para MA semânticas e episódicas. Participantes com menor consciência do funcionamento da memória apresentaram um sentido de identidade mais definido e positivo.
[20]	26	DA, PI	<i>Modified Crovitz Test</i> RMN	Pior recuperação de MA, em qualquer período do ciclo de vida, exceto infância. As recordações recuperadas incidiram de forma significativa no período entre os 10-29 anos de idade.
[21]	239	DA, DCL, PI	Entrevista	Declínio da MA, semântica e episódica.
[22]	64	DA, DS, amnésicos, PI, adultos	Palavras estímulo	Recuperação de memórias de personagens públicas diminuída.

#### Legenda:

\* Resultados dos participantes com DA em comparação com as restantes populações de controlo  
AMI. *Autobiographical Memory Interview*

AMT. *Autobiographical Memory Test*  
DCL. Declínio cognitivo ligeiro  
DFT. Demência frontotemporal  
DS. Demência semântica

DV. Demência vascular  
PI. Pessoas idosas  
RMN. Ressonância magnética  
TSCS. *Tennessee Self-Concept Scale*

### 2.2.5. Discussão

Apesar da heterogeneidade dos estudos abrangidos por esta revisão, quer a nível das dimensões da MA avaliadas, quer através dos materiais e métodos utilizados, os resultados sugerem, na sua globalidade, a existência de consenso relativamente ao facto da progressão da doença de Alzheimer implicar défices/declínio também ao nível da memória autobiográfica.

A perda evidencia-se aos dois níveis da MA, isto é, ocorre declínio na memória para eventos semânticos e episódicos<sup>5,7-9,11,13,16-18,20-22</sup>. Esta perda mostrou-se clara independentemente da técnica utilizada para recuperar os eventos, fosse ela através de palavras-estímulo<sup>7,14,17</sup> ou narrativa livre<sup>8,11</sup>.

O estudo de Seidl e colaboradores<sup>21</sup> indica que a perda de memória episódica ocorre na fase inicial da doença, enquanto a memória semântica apresenta declínio na fase moderada de DA, sugerindo dissociação dos dois tipos de MA. Essa mesma dissociação é sugerida no estudo de Gilboa e colaboradores<sup>12</sup> em que se encontrou uma associação entre as estruturas do lobo temporal direito e a MA para eventos episódicos e entre as estruturas à esquerda e a MA para acontecimentos semânticos. Este processo foi denominado como fenómeno de lateralização da MA<sup>12</sup>.

Em relação à distribuição das memórias recuperadas, as opiniões dos estudos divergem. Alguns autores encontraram uma distribuição das MA recuperadas similar às das pessoas idosas sem declínio cognitivo<sup>11,16</sup> no entanto, a maioria refere uma particularidade desta patologia: a presença de amnésia retrógrada, que se refere à ausência de efeito de carácter recente na curva de MA. Ou seja, ao contrário dos estudos em populações sem demência, nas quais as MA recuperadas em maior número são as mais recentes<sup>4,23,24</sup>, os estudos em pessoas com DA, indicam uma diminuição das MA dos últimos anos de vida, designado o fenómeno por gradiente temporal positivo<sup>18-21</sup>. Num dos estudos analisados, a existência de gradiente temporal na MA apenas se verificou para eventos pessoais episódicos<sup>13</sup>, enquanto noutra estudo se verificou apenas para eventos semânticos<sup>15</sup> ou para eventos públicos<sup>16</sup>. Os dados imagiológicos confirmam o envolvimento do hipocampo esquerdo na recuperação de memórias autobiográficas, particularmente no período de vida entre os 10-29 anos. Dificuldades na recuperação de memórias desse período estão correlacionadas com atrofia da região anterior, enquanto as dificuldades na recuperação de memórias recentes se correlacionam com atrofia posterior<sup>20</sup>.

Destaca-se, desta revisão da literatura, a presença de sobre generalização da MA<sup>8-11,17</sup>, fenómeno que foi também verificado em populações com depressão<sup>11,25</sup> e tentativa de suicídio<sup>26</sup>. A sobre generalização da MA afeta a capacidade de resolver problemas e de gerar imagens específicas do seu futuro, sendo preditora de desordens emocionais<sup>26</sup>. Para além disso observou-se que a intensidade com que se vivenciam as memórias autobiográficas específicas diminuiu<sup>10</sup> sendo o declínio da recuperação de eventos emotivos comum nos participantes com demência<sup>9</sup>.

A relação da identidade com a perda de MA em pessoas com DA foi estudada em dois artigos, verificando-se que participantes com menor consciência do funcionamento da memória apresentaram um sentido de identidade mais definido e positivo<sup>19</sup>. A perda

de memórias autobiográficas relativas ao início da idade adulta revelou estar correlacionada com uma alteração da identidade do participante, mais especificamente com a força e qualidade desta dimensão<sup>5</sup>. Este resultado vai de encontro aos autores que salientam a importância do pico de reminiscência, situado na segunda e terceira décadas de vida, que contém muitos dos momentos essenciais para a definição do ego, com memórias com grande impacto na identidade<sup>4,24</sup>.

### 2.2.6. Conclusão

De um modo geral, esta revisão aponta para a necessidade de estudos experimentais e longitudinais que permitam uma melhor compreensão da MA nos indivíduos com DA e a sua relação com a identidade. Os estudos encontrados reportam-se a investigações transversais, com amostras relativamente pequenas, sem definição clara dos critérios de inclusão e seleção dos participantes, o que limita a compreensão desta importante dimensão para a promoção da qualidade de vida das pessoas com demência de Alzheimer.

### 2.2.7. Referências

1. Bluck, S., e Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
2. Conway, M. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628. doi: 10.1016/j.jml.2005.08.005.
3. Conway, M., e Pleydell-Pearce, C. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107 (2), 261-288.
4. Rathbone, C.J., Moulin, C.J., e Conway, M.A. (2008). Self-centered memories: The reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36(8), 1403-1414.
5. Addis, D., e Tippett, M. (2008). The self-memory system. *Memory*, 12(1), 56-74. doi: 10.1080/09658210244000423.
6. Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Ioannidis, J., Clarke, M., Devereaux, P., Kleijnen, J., e Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151, 65-94.
7. El Haj, M., Postal, V., LeGall, D., e Allain, P. (2011). Directed forgetting of autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Memory*, 19(8), 993-1003. doi: 10.1080/09658211.2011.626428.
8. Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M., e Piolino, P. (2013). The self-memory system in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 27 (1), 69-78. doi: 10.1037/a0030453.

9. Irish, M., Hornberger, M., Lah, S., Miller, L., Pengas, G., Nestor, P., Hodges, J., e Piguet, O. (2011). Profiles of recent autobiographical memory retrieval in semantic dementia, behavioural-variant frontotemporal dementia, and .  
*Neuropsychologia*, 49, 2694-2702. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.05.017.
10. Lemos, C., Hazin, I., e Falcão, J. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia*, 17 (1), 135-144.
11. Fromholt, P., Mortensen, D., Torpdahl, P., Bender, L., Larsen, P., e Rubin, D. (2003). Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: Comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory*, 11 (1), 81-88. doi: 10.1080/741938171.
12. Gilboa, A., Ramirez, J., Köhler, S., Westmacott, R., Black, S., e Moscovitch, M. (2005). Retrie : Relation to Volumes of Medial Temporal Lobe and Other Structures. *Hippocampus*, 15, 535-550. doi: 10.1002/hipo.20090.
13. Greene, J., Hodges, J., e Baddeley, A. (1995). Autobiographical memory and executive function in early dementia of Alzheimer type. *Neuropsychologia*, 33, 1647-1670.
14. Hou, C., Miller, B., e Kramer, J. (2005). Patterns of autobiographical memory loss in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 809-815. doi: 10.1002/gps.1361.
15. Ivanoiu, A., Cooper, J., Shanks, M., e Venneri, A. (2006). Patterns of impairment in autobiographical memory in the degenerative dementias constrain models of memory. *Neuropsychologia*, 44, 1936-1955. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.01.030.
16. Meeter, M., Eijsackers, E., e Mulder, J. (2006). Retrograde Amnesia for Autobiography. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 914-917. doi: 10.1080/13803390591001043.
17. Moses, A., Culpin, V., Lowe, C., e McWilliam, . *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 377-386.
18. Müller, S., Saur, R., Greve, B., Melms, A., Hautzinger, M., Fallgatter, A., e Leyhe, . *Multiple Sclerosis Journal*, 19, 225-232. doi: 10.1177/1352458512450352.
19. Naylor, E., e Clare, L. (2008). Awareness of memory functioning, autobiographical memory and identity in early-stage dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 590-606. doi: 10.1080/09602010701608681.
20. Philippi, N., Noblet, V., Botzung, A., Després, O., Renard, F., Sfikas, G., Cretin, B., Kremer, S., Manning, L., e Blanc, . *Plos One*, 7(10), e46200. doi: 10.1371/journal.pone.0046200.

21. Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P., Geider, J., e Schröder, J. (2011). Autobiographical Memory D  
*Disease*, 27, 567-574. doi: 10.3233/JAD-2011-110014.
22. Westmacott, R., Black, S., Freedman, M., e Moscovitch, M. (2003). The contribution of autobiographical significance to semantic memory: eviden  
disease, semantic dementia, and amnesia. *Neuropsychologia*, 42, 25-48. doi: 10.1016/S0028-3932(03)00147-7.
23. Janssen, S., Chessa, A., e Murre, J. (2005). The reminiscence bump in autobiographical memory: Effects of age, gender, education, and culture. *Memory*, 13, 658–668. doi:10.1080/09658210444000322.
24. Janssen, S., Rubin, D., e Jacques, P. (2011). The temporal distribution of autobiographical memory: changes in reliving and vividness over the life span do not explain the reminiscence bump. *Memory & Cognition*, 39, 1-11. doi: 10.3758/s13421-010-0003-x.
25. Gibbs, B., e Rude, S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as Depression Vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 511-526. doi: 10.1023/B:COTR.0000045561.72997.7c.
26. Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., e Dalgleish, T. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122.

**CAPÍTULO III. PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA SIMPLES PARA PESSOAS IDOSAS  
COM DEMÊNCIA**

### 3.1. PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA SIMPLES PARA PESSOAS IDOSAS COM DEMÊNCIA

Comunicação oral:

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. In *Retos Del Envejecimiento Actual: X Congreso Hispano-Luso de Gerontología*, Zamora, 12-14 Fev. 2014.

Artigo Publicado:

Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD Revista de Psicología*, 1(2), 107-118. ISSN: 0214-9877.

### **3.1.1. Resumo e Palavras-chave**

#### **Resumo**

As evidências sobre a eficácia da reminiscência como terapia de intervenção na demência não são conclusivas e carecem de mais estudos de investigação. Pretende-se implementar um programa de terapia de reminiscência, através de um estudo piloto e um estudo experimental, para averiguar o impacto desta terapia. A criação deste protocolo de intervenção pretende definir e sistematizar os pressupostos teóricos e linhas de orientação a seguir para aplicação de terapia de reminiscência a pessoas idosas portuguesas com demência, com 65 anos ou mais, institucionalizadas. A intervenção será aplicada de forma individual, limitada a cinco sessões e não estruturada, sendo encorajada a reminiscência livre e espontânea ao longo do programa. Prevê-se melhoria das dimensões cognição, memória autobiográfica, humor e comunicação, assim como diminuição da sintomatologia depressiva e sintomas comportamentais.

**Palavras-chave:** Reminiscência; Demência; Pessoas Idosas.

#### **Abstract**

The evidence on the effectiveness of reminiscence therapy as an intervention in dementia is inconclusive and requires further research studies. We intend to implement a program of reminiscence therapy, through a pilot and an experimental study to investigate the impact of this therapy. The creation of this intervention protocol aims to define and systematize the theoretical principles and guidelines to be followed for implementation of reminiscence therapy in Portuguese older persons with dementia, aged 65 years or more, institutionalized. The intervention will be applied individually, limited to five sessions and unstructured, encouraging free and spontaneous reminiscence throughout the program. It is predicted an improvement in the dimensions of cognition, autobiographical memory, mood and communication, as well as reduction of depressive and behavioral symptoms.

**Key words:** Reminiscence; Dementia; Older Persons.



### 3.1.2. Antecedentes

O envelhecimento contribui para posicionar a demência como um problema de saúde pública, refletindo a sobrecarga para os usuários de serviços, redes sociais e sociedade em geral (Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011; Wimo, Winblad & Jönsson, 2010). O número crescente de pessoas com demência e o incremento dos custos dos cuidados fornecem um incentivo importante para desenvolver e testar métodos de apoio (Woods, Bruce, Edwards et al., 2009). Os limites atuais da eficácia dos fármacos e a necessidade de uma gama diversificada de opções, enfatizam o apelo para avaliações consistentes de intervenções não farmacológicas na demência (Olazarán, Reisberg, Clare et al., 2010; Vasse, Vernooij-Dassen, Cantegreil et al., 2012).

O valor das intervenções psicossociais no tratamento de pessoas com demência é cada vez mais enfatizado na literatura (Olazarán et al., 2010; Vasse et al., 2012), embora seja necessária uma atenção especial para a implementação de terapias psicossociais que estejam fundamentadas em práticas baseadas na evidência (Vasse et al., 2012). O benefício para pessoas com demência, seus cuidadores e sociedade pode ser grande (Olazarán et al., 2010).

A reminiscência tornou-se uma terapia não farmacológica utilizada em hospitais, lares, centros de dia e outros contextos de prestação de cuidados (Lin, Dai & Hwang, 2003) e consiste, de um modo geral, na recuperação de memórias pessoalmente relevantes do passado (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008; Pinquart & Forstermeier, 2012).

Estudos sobre a reminiscência cimentaram o caminho para a investigação da mesma como uma intervenção, assente no pressuposto de que estimular as suas funções positivas e desencorajar as negativas pode melhorar a saúde mental (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008; Pinquart & Forstmeier, 2012). As intervenções podem centrar-se em diversos grupos alvo, utilizando diversas atividades como a escrita autobiográfica ou ferramentas de internet (Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010).

Embora há muito tempo se conjecture que a reminiscência é adaptativa na velhice, existe a necessidade de mais estudos longitudinais sobre reminiscência e saúde mental (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008), e claramente, de ensaios clínicos controlados para testar a efetividade e eficácia deste tipo de intervenções (Pinquart & Forstmeier, 2012; Woods, Spector, Jones, Orrell & Davies, 2005).

Tendo por base estas considerações, pretende-se implementar um programa de terapia de reminiscência direcionado para pessoas idosas com demência leve, institucionalizadas, através de um estudo piloto e um estudo experimental, para averiguar o impacto desta terapia. No entanto, para a realização dos mesmos houve necessidade

de criar um protocolo para aplicação da terapia, sendo este artigo o reflexo escrito dessa mesma necessidade.

A intervenção será individual, limitada a cinco sessões e não estruturada, sendo encorajada a reminiscência livre e espontânea ao longo do programa. A reminiscência simples envolve a recuperação de acontecimentos independentes e isolados do passado, não sendo necessária a sua exploração sistemática, nem sequência lógica ou tema predefinido (Webster & Haight, 1995).

Todavia, apesar da espontaneidade que caracteriza a reminiscência simples, há necessidade de desenvolver protocolos bem definidos que permitam a replicação dos estudos (Stinson, 2009). A Tabela 13 sistematiza os fundamentos teóricos tidos em conta para seleccionar um tipo de intervenção de reminiscência simples, de aplicação individual, que fomente o uso de reminiscência do tipo narrativa, direccionada para eventos positivos.

**Tabela 13.** Pressupostos teóricos da aplicação de terapia de reminiscência a pessoas idosas.

Intervenção	Pressupostos teóricos
Simple	<p>Processo de recuperação de experiências remotas, memoráveis para a pessoa, utilizada para melhorar habilidades comunicacionais, comportamentos positivos, qualidade de vida, autoestima, reduzir o isolamento ou escrever memórias (Burnside &amp; Haight, 1992).</p> <p>Fenómeno espontâneo, pouco estruturado, através do qual a pessoa pode saltar de um evento para outro, a qualquer momento e que, embora possa ter uma componente avaliativa, a mesma não é parte integrante da reminiscência (Webster &amp; Haight, 1995).</p> <p>Narrativa autobiográfica não estruturada, cujo objetivo consiste na promoção do contacto social e do bem-estar, a curto prazo (Webster, Bohlmeijer &amp; Westerhof, 2010).</p> <p>A reminiscência simples é utilizada para adaptação da ansiedade resultante de <i>stress</i>, mantendo a integridade passado-presente-futuro (Puentes, 2002).</p>
Narrativa	<p>A reminiscência narrativa tem um carácter mais descritivo e menos interpretativo da recuperação de memórias do passado, tendo como funções fornecer informação biográfica e recontar histórias passadas que poderiam interessar ao ouvinte (Wong &amp; Watt, 1991).</p> <p>Este tipo de reminiscência é a que ocorre mais frequentemente, estando associada a emoções positivas, induzindo-as, mantendo-as ou amplificando-as (Cappeliez, Guindon &amp; Robitaille, 2008).</p> <p>Contribui para estados afetivos positivos de carácter imediato, tais como a alegria, prazer, relaxamento, curiosidade e orgulho, (Cappeliez, Guindon &amp; Robitaille, 2008).</p>

	Este tipo de reminiscência parece proporcionar ocasiões de partilha de informações, na companhia de outros, que potenciam um humor mais positivo. Este desencadear de emoções positivas imediatas, parece adaptativo, permitindo melhorar a autoestima e o bem-estar (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008).
Individual	De acordo com revisões de literatura, os efeitos observados em pessoas idosas submetidas a terapia de reminiscência não variam consoante o tipo de intervenção: individual ou de grupo (Pinquart & Forstmeier, 2012).
Eventos Positivos	Parker (2005) enumera nas suas preposições teóricas que as histórias de vida negativas têm maior probabilidade de ser recuperadas de forma intrapessoal (ruminação), enquanto as histórias positivas de serem partilhadas; reitera que quanto mais positivo for o conteúdo da reminiscência, maior será o seu benefício terapêutico.

### 3.1.3. Objetivos

A criação deste protocolo de intervenção pretende definir e sistematizar os pressupostos teóricos e linhas de orientação a seguir para aplicação de terapia de reminiscência a pessoas idosas portuguesas com demência, com 65 anos ou mais, institucionalizadas.

Os objetivos específicos do programa de terapia de reminiscência são: a) melhorar o desempenho cognitivo; b) aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas; c) reduzir a sintomatologia depressiva; d) melhorar o humor; e) diminuir os sintomas comportamentais problemáticos; f) melhorar a comunicação e estimular a expressão dos afetos.

Tendo por base os estudos publicados sobre aplicação de terapia de reminiscência e/ou revisão de vida nas pessoas idosas com demência. A Tabela 14 apresenta a fundamentação teórica do presente programa de reminiscência, em função dos objetivos propostos.

**Tabela 14.** Fundamentação teórica do programa de reminiscência em pessoas idosas com demência.

Objetivos do Programa	Fundamentação teórica
Melhorar o desempenho cognitivo.	Os artigos de revisão de literatura sobre o impacto da terapia de reminiscência na pessoa idosa com demência apontam para uma melhoria da cognição nesta população (Cotelli et al, 2012; Woods et al, 2005).  Autores que avaliaram a componente memória encontraram melhorias estatisticamente significativas após o uso de reminiscência, a nível da

		memória geral e da recordação imediata (Beavis, 2008; Yamagami et al, 2007).
Aumentar a recuperação de memórias autobiográficas positivas.	a de	<p>A reminiscência é uma forma particular de ativar memórias autobiográficas pessoalmente significativas, as quais são recordadas (Bluck &amp; Alea, 2002).</p> <p>A perda de memórias autobiográficas relativas ao início da idade adulta revelou estar correlacionada com uma alteração da identidade do participante (Addis &amp; Tippett, 2004).</p>
Reduzir a sintomatologia depressiva.  Melhorar o humor.	a	<p>Observou-se melhoria significativa do humor após o uso de reminiscência (O'Rourke et al, 2011). As revisões de literatura sobre a aplicação de reminiscência na pessoa com demência reiteram esta melhoria do humor (Cotelli et al, 2012; Woods et al, 2005).</p> <p>Observou-se diminuição estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva, em vários estudos (Chung, 2009; Haight, Gibson &amp; Michel, 2006; Hsieh et al, 2010; Wang, 2007).</p> <p>Alguns autores que aplicaram reminiscência nesta população, embora tenham observado melhoria dos sintomas depressivos, revelam que estes foram demasiado ténues, não sendo estatisticamente significativos (Akanuma et al, 2011; Huang et al, 2009).</p>
Diminuir os sintomas comportamentais problemáticos.  Melhorar a comunicação e estimular a expressão dos afetos.	a e	<p>Observou-se melhoria da variável comportamento em onze estudos de aplicação de reminiscência nesta população (e.g. Akanuma et al, 2011; Azcurra. 2012; Cleary, Hopper &amp; Van Soest, 2012).</p> <p>Verificou-se diminuição do distúrbio social (Wang, Yen &amp; OuYang, 2009) e da apatia (Hsieh et al, 2010), aumento da participação social (Azcurra. 2012; Huang et al, 2009), da ingestão de alimentos (Cleary, Hopper &amp; Van Soest, 2012) e da concentração e atenção (Yasuda et al, 2009).</p> <p>Em alguns estudos não foram obtidos resultados estatisticamente significativos, todavia, observou-se melhoria do comportamento (Gudex, 2010; Haight, Gibson &amp; Michel, 2006).</p> <p>Verificou-se melhoria da relação do cuidador formal com as pessoas idosas com demência e atitude mais cooperante dos utentes (Yamagami et al, 2007).</p> <p>Alguns autores relataram melhorias da comunicação nas pessoas idosas com demência (Haight, Gibson e Michel, 2006; Huang et al, 2009; Okumura, Tanimukay &amp; Asada, 2008; O'Rourke et al, 2011).</p> <p>Observou-se melhoria nas componentes de comunicação não-verbal, interação pessoal, de fluência verbal e da linguagem (Huang et al, 2009;</p>

---

Okumura, Tanimukay & Asada, 2008; O'Rourke et al, 2011).

Os cuidadores formais referiram um *feedback* positivo do programa de reminiscência, considerando que promove a comunicação, compreensão e relação com esta população (Gudex et al, 2010).

---

### 3.1.4. Participantes

A população do estudo será as pessoas idosas com demência, residentes em lares, no distrito de Castelo Branco. O acesso e recrutamento serão realizados através de contacto formal com a direção de instituições de acolhimento de pessoas idosas. Definiram-se como critérios de inclusão nos programas de terapia de reminiscência: a) pessoas com mais de 65 anos, residentes em lares de terceira idade; b) Montreal Cognitive Assessment (MoCA) inferior ou igual a 26; c) consentimento informado e voluntário da pessoa idosa e família/responsável legal.

### 3.1.5. Método

O desenho equacionado para esta investigação é um estudo experimental, com avaliação pré e pós teste. Após o recrutamento da amostra e avaliação inicial da mesma, os participantes serão randomizados para um de dois grupos: experimental e controlo. Aos participantes do grupo experimental serão aplicadas sessões individuais de terapia de reminiscência. Ao grupo de controlo apenas será feita apenas a avaliação inicial e pós-teste, para além da participação habitual nas rotinas habituais da instituição.

Tendo em conta que se pretende que a intervenção desencadeie a recuperação livre de eventos de vida, não será apresentada uma estruturação das sessões por temas ou tópicos a abordar. No entanto, existindo a necessidade de obter materiais e conhecimentos gerais que possam servir de gatilho ou manter o foco de atenção do participante com demência, foi feita recolha de informação prévia.

Os principais assuntos abordados em sessões de reminiscência, com pessoas com demência, são temas relacionados com a infância, a escola, acontecimentos de época, vida profissional, vida familiar, passatempos, acontecimentos sazonais e gastronomia (Akanuma et al, 2011; Beavis, 2008; Huang et al, 2009; Lin, 2010; O'Rourke et al, 2011; Kanagawa, 2007; Wang, 2007; Yamagami et al, 2007).

Para facilitar a recolha de materiais e organização das sessões, na primeira sessão de reminiscência, será construída com o participante uma grelha temporal de eventos de vida com as finalidades de: a) organizar aqueles tidos como mais importantes por ordem cronológica; b) fornecer um suporte visual ao participante que lhe permita

manter a orientação temporal; c) fornecer ao investigador uma fonte de ocorrências/acometimentos, localizados no tempo, aos quais possa associar material de apoio às sessões; d) criar uma ferramenta de reminiscência, que será complementada, ao longo das sessões com a introdução das memórias recuperadas.

Cada participante será encorajado a levar para as sessões de reminiscência os objetos que considerar mais adequados: fotografias, cartas, roupas ou qualquer outro. Durante as sessões de reminiscência será construído um suporte tangível que possa servir de recordação de eventos de vida importantes para cada participante. O formato material de cada suporte será adequado às preferências e capacidades de cada indivíduo, podendo eventualmente ser a criação de uma caixa de reminiscência, um livro de notas autobiográficas, um cartaz fotográfico ou uma gravação.

Para além deste planeamento prévio, o programa necessita de uma organização das condutas a adotar e encorajar ao longo da sua criação, baseadas em metodologia científica. A tabela 15 descreve o procedimento de intervenção e pressupostos teóricos nos quais se baseia, em cada fase do programa.

**Tabela 15.** Pressupostos teóricos tidos em conta para a aplicação do programa de reminiscência.

Intervenção	Pressupostos teóricos
Observação	<p>Otimizar o horário da aplicação de terapia e avaliação, tendo em conta as características da demência. Existe aumento da irritabilidade no final do dia e início da manhã (<i>sundowning</i>) pelo se deverá identificar o horário em que cada participante estará mais recetivo à intervenção (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p> <p>Escolher um local de realização pouco distrativo, calmo, que permita colmatar a perda de atenção e concentração (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p> <p>Realizar as sessões num local confortável e familiar para a pessoa, de forma a reduzir a ansiedade (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p>
Planeamento	<p>Adaptação da sessão a cada participante (Afonso, 2011). Avaliar a capacidade cognitiva, défices sensoriais e habilidade para comunicar antes das sessões de reminiscência (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p> <p>Na obtenção do consentimento informado recomenda-se o recurso ao duplo consentimento informado, do participante (promovendo a sua autonomia) e do cuidador (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p>
Implementação	<p>Escutar os participantes enfatiza o seu valor como pessoa (Beuscher &amp; Grando, 2009; Woods et al, 2009).</p> <p>Promover o contacto visual, utilizar voz calma e audível (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p> <p>Fazer registo das sessões (Afonso, 2011), aumentando deste modo a credibilidade e</p>

	independência dos dados recolhidos, recorrendo a notas de observação (Beuscher & Grando, 2009).
Avaliação	<p>Avaliação das sessões em relação à satisfação, sensação de objetivo alcançado (Afonso, 2011) e benefícios (Stinson, 2009).</p> <p>Os participantes deverão ter oportunidade de refletir sobre as sessões (Stinson, 2009). A sua participação fornece-lhes um sentimento de propósito e utilidade (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p> <p>Utilizar a triangulação dos dados recolhidos, através de entrevistas e grelhas de observação, para aumentar a credibilidade e independência dos resultados qualitativos (Beuscher &amp; Grando, 2009).</p>

A previsão temporal, por etapas do programa de reminiscência descreve-se na Tabela 16, que ilustra as tarefas a realizar, em cada fase da intervenção por semanas.

**Tabela 16.** Resumo do Programa de Intervenção de Reminiscência para pessoas idosas com demência.

Programa de Reminiscência para pessoas idosas com demência	
1ª e 2ª Semanas	<p>Apresentação do estudo.</p> <p>Consentimento informado.</p> <p>Preenchimento das fichas socio demográficas.</p> <p>Avaliação pré-teste.</p>
3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 7ª Semanas	<p>Construção da grelha temporal.</p> <p>Sessões de reminiscência (30-40 minutos)</p> <p>Construção de caixa de reminiscência.</p>
8ª Semana	Avaliação pós-teste

Prevê-se uma duração de oito semanas para a realização deste protocolo, tendo em conta que a aplicação de reminiscência será semanal.

### 3.1.6. Resultados

Os resultados positivos encontrados em estudos recentes sobre o uso de reminiscência entre pessoas com demência, dizem respeito à cognição (Tadaka & Kanagawa, 2007; Wang, 2007; Woods et al, 2005), depressão (Akanuma et al, 2011; Hsieh et al, 2010), comportamento (Akanuma et al, 2011; Hsieh et al, 2010), emoções, como a felicidade (Okumura, Tanimukay & Asada, 2008) ou o humor (Okumura,

Tanimukay & Asada, 2008; Woods et al, 2005) e a comunicação (Huang et al, 2009; O'Rourke et al, 2011).

Tendo em consideração estes resultados e indo de encontro aos objetivos delineados para este programa de reminiscência, prevê-se melhoria das dimensões cognição, memória autobiográfica, humor e comunicação, assim como diminuição da sintomatologia depressiva e sintomas comportamentais.

Para avaliação da intervenção prevê-se a realização de um pré teste antes da aplicação da intervenção, uma avaliação contínua das sessões de reminiscência e uma avaliação pós teste (nas duas semanas seguintes à aplicação da terapia).

A avaliação inicial será constituída por um formulário, com variáveis sociodemográficas e de saúde geral, para aplicação às pessoas e aos cuidadores formais afim de proceder à caracterização sociodemográfica da amostra, verificar os critérios de inclusão e randomização dos participantes.

Para além desta avaliação inicial, serão aplicadas escalas no período pré e pós-intervenção, para análise dos resultados obtidos. A avaliação do programa será realizada por investigadores independentes, que desconhecerão quais os participantes sujeitos à intervenção.

O MoCA, validado para a população portuguesa, será aplicado para avaliação do estado cognitivo. Este instrumento de rastreio cognitivo é sensível para estádios mais ligeiros de declínio cognitivo, sendo um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos, com uma sensibilidade de 100% para demência (Freitas Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

A Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Não Cognitiva (ADAS-não Cog) para aplicação à pessoa idosa. A escala avalia sete domínios do comportamento, associados a alterações frequentemente presentes em pessoas com demência. A escala foi traduzida e aferida para português pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (GEECD, Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003).

A Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), para aplicação ao cuidador formal, traduzida para português pelo GEECD (GEECD, Vieira, Lopes & Vieira, SD). Avalia cinco manifestações de sintomas depressivos. O instrumento foi selecionado devido à sua especificidade a esta população, obtendo também resultados sensíveis à aplicação de terapia de reminiscência (Wang, 2007).

A Prova de Memória Autobiográfica (AMT), para avaliar a habilidade na recuperação de memórias autobiográficas específicas, num tempo limitado, mediante apresentação de palavras-estímulo. O instrumento foi implementado por Williams e Brodbent, em 1986 e está validado para a população portuguesa (Afonso, 2007).



Aplicação de entrevista semiestruturada ao cuidador formal para avaliação qualitativa do humor, comunicação e comportamento do idoso com demência, no período pós teste. A mesma será realizada aos cuidadores que tenham contacto diário com o participante.

As sessões de reminiscência serão gravadas, com recurso a gravador e câmara de vídeo digitais, sempre que os participantes e família/representante legal permitam. As gravações têm como objetivo a avaliação posterior da comunicação não-verbal (expressão facial, flutuação de humor, sinais de interesse, emoções) e verbal (análise de conteúdo), com recurso a uma grelha de observação para aplicação nos períodos após terapia e pós teste. A aplicação da grelha será feita por avaliadores externos que cotaram cada manifestação através da visualização da gravação audiovisual.

### **3.1.7. Discussão**

Tendo em conta o objetivo previsto de criar um protocolo de intervenção de terapia de reminiscência a pessoas idosas portuguesas com demência, com 65 anos ou mais, residentes em lares, no distrito de Castelo Branco, Portugal, o mesmo foi alcançado. Foram definidos e sistematizados, ao longo do protocolo, os pressupostos teóricos e linhas de orientação a seguir para aplicação de terapia de reminiscência livre em pessoas idosas com demência.

### **3.1.8. Referências**

- Addis, D., & Tippett, L. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12 (1), 56-74.
- Afonso, R. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatologia depressiva, la integridade del yo y el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. (Tese de Doutoramento). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- 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.
- Azurra, 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.

- Beavis, A. (2008). *Memory, identity and well-being: Preserving selfhood in dementia*. (Tese de Doutoramento), University of Exeter, Cornwall.
- Beuscher L. & Grando V. (2009). Challenges in Conducting Qualitative Research with Persons with Dementia. *Res Gerontology Nursing*, 2 (1), 6-11.
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). *Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn?* , 61-75. In Webster J. & Haight B. (2002). *Critical advances in reminiscence work*. New York: Springer Publishing Company.
- Burnside, I., & Haight, B. (1992). Reminiscence and life review: analyzing each concept. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 855-862.
- Cappeliez P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22, 266-272.
- Chung, J. (2009). An intergenerational reminiscence programme for older adults with early dementia and youth volunteers: values and challenges. *Scand J Caring Sci*, 23, 259-264.
- Cleary, S., Hopper, T., & Van Soest, D. (2012). Reminiscence therapy mealtimes and improving intake in residents with dementia. *Canadian Nursing Home*, 23 (2), 8-13.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72, 203-205.
- Freitas S., Simões M., Martins C., Vilar, M., & Santana I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 3-10.
- GEECD, Vieira, C., Lopes, R., & Vieira, O. (SD). *Escala Cornell para a Depressão na Demência: Cornell Scale for Depression in Dementia*. In GEECD (2008), 2.<sup>a</sup> ed, Escalas e Testes na Demência, 73-76.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from the use of reminiscence – a randomized intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, 10:33.
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2003). *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer-EADA: Alzheimer Disease Assessment Scale-ADAS*. In GEECD. (2008), 2.<sup>a</sup> ed, Escalas e Testes na Demência, 41-68.
- Haight, B., Gibson, F., & Michel, Y. (2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 2, 56-58.
- Hsieh, C., Chang, C., Su, S., Hsiao, Y., Shih, Y., Han, W., & Lin, C. (2010). Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-moderate Dementia. *J Exp Clin Med*, 2(2), 72-78.
- 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 (2), 112-119.

- Lai, C., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16, 33-49.
- Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: A Systematic Review. *Public Health Nursing*, 20 (4), 297-306.
- 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.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., et al. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- 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.
- Parker, R. (1995). Reminiscence: A Continuity Theory Framework. *The Gerontologist*, 35 (4), 515-525.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 1-18.
- Puentes, W. (2002). Simple Reminiscence: A Stress-adaptation Model of the Phenomenon. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 497-511.
- Stinson, K. (2009). Structured Group Reminiscence: An Intervention for Older Adults. *The Journal of Continuing Education Nursing*, 40 (11), 521-528.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 7, 167-173.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I., Franco, M., Dorenlot, P., et al (2012). Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal Geriatr Psychiatry*, 27, 40-48.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240.
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2010). Mapping the Future of Reminiscence: A Conceptual Guide for Research and Practice. *Research on Aging*, 32 (4), 527-564.
- Webster, J., & Haight, B. (1995). *Memory Lane Milestones: Progress in Reminiscence Definition and Classification*, 273-286, In: Haight, B., & Webster, J. (1995). *The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods, and Applications*, Bristol: Taylor & Francis.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J.D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Aging & Society*, 30, 697-721.
- Wimo, A., Winblad, B., & Jönsson, L. (2010). The worldwide societal costs of dementia: estimates for 2009. *Alzheimer's & Dementia*, 6, 98-103.

- Woods, R., Bruce, E., Edwards, R., Hounsome, B., Keady, J., Moniz-Cook, Orrell, M., & Russell, I. (2009). Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*, 10 (64), 1-10.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M. & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-35.
- Wong, P., & Watt, L. (1991). What Types of Reminiscence Are Associated With Successful Aging? *Psychology and Aging*, 2, 272-279.
- Yamagami, T., Oosawa, M., Ito, S., & Yamaguchi, H. (2007). Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics*, 7, 69-75.
- 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.

## CAPÍTULO IV. ESTUDO 1

#### 4.1. THE EFFECT OF A REMINISCENCE PROGRAM IN INSTITUTIONALIZED OLDER PERSONS WITH DEMENTIA: A PILOT STUDY

Artigo aceite para publicação:

Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., Quelhas, H., & Pereira, D. (2015). The effect of a reminiscence program in institutionalized older persons with dementia: a pilot study. *International Journal of Nursing*, 4 (2).

#### 4.1.1. Abstract

##### **Abstract**

**Objectives:** The purpose of this pilot study was to analyze the impact of a reminiscence program, particularly in the dimensions of cognition, autobiographical memory, mood and behavior in older persons with dementia, institutionalized.

**Material and Methods:** This study was a one-group pre-test and post-test design investigation with no control group. The design planned was a cross-sectional, exploratory and descriptive investigation. Six subjects participated in five weekly individual reminiscence sessions. Changes in the outcome measures were examined through Montreal Cognitive Assessment, Cornell Scale for Depression in Dementia, Alzheimer Disease Assessment Scale Non-Cog and Autobiographical Memory Test.

**Results:** After the intervention, participants exhibited improvements in the entire outcome measures, although the differences were not statistically significant, except for the time of latency on AMT ( $Z=-1.997$ ;  $p=0.046$ ).

**Conclusions:** Reminiscence therapy can be helpful to maintain or improve mood, cognitive function, altered behavior and self-esteem, however further investigations are needed to redefine the results, and using more standardized research. This study supported the idea that that reminiscence therapy, directed to positive and specific life events, may improve autobiographical memory, and indirectly some symptoms associated with cognitive impairment.

##### **Keywords:**

Reminiscence; Older Persons; Dementia; No Pharmacological Therapy

### 4.1.2. Introduction

Dementia is an umbrella term to describe a diversity of conditions developed when nerve cells of the brain die or no longer function normally, causing changes in one's memory and ability to think clearly. This decline in cognitive abilities must be severe enough to interfere with daily life activities (Alzheimer's Association, 2013). Cognitive impairments are often accompanied by behavioural and psychological disturbance defined as symptoms of disturbed perception, altered thought content, mood and behaviour (O'Shea et al., 2011). There are some drugs that temporarily improve symptoms, but the efficacy of these drugs is diverse and none of them change the course of terminal degenerative dementias (Alzheimer's Association, 2012). The current limits on the effectiveness of drugs and the need for a range of options highlight the call for robust evaluations of non-pharmacological interventions (Olazarán, Reisberg, Clare et al., 2010; Vasse, Vernooij-Dassen, Cantegreil et al., 2012). Cognitive and behavioural interventions may be used concurrently with pharmacological treatment, especially in the early to moderately advanced stages of disease (Lin, 2010).

#### 4.1.2.1 Reminiscence therapy for dementia

Among the non pharmacological interventions identified as potentially effective in older persons with dementia is the use of reminiscence therapy. Caring for older persons with cognitive disorders offers the chance to develop a broad field of interventions which go well beyond medicinal therapies (Peix, 2009).

Reminiscence is the recalling of personally relevant memories from the past (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008) and something that happens in everyday life: the memories can be wilfully recollected or recalled, they are assumed as veridical and remembering them not only involves the simple recall but also a reconstruction related to the present schemas about the self and vice-versa (Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). Reminiscence therapy is based on the sensorial stimulation issuing from the patient's emotional memory of past events (Peix, 2009).

Contributing to the popularity of reminiscence is the fact that it can be used with early memories, which remain relatively intact for people with dementia, thus drawing on the person's preserved abilities rather than focusing on the level of impairment caused by the disease (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012; O'Shea et al., 2011). The history of life of older persons with dementia may be a lift in the operational dimension of care that mobilizes the cognitive potential still available (Peix, 2009).

The positive outcomes found in recent studies about the use of reminiscence relate to cognition (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012; Woods, Spector, Jones et al., 2005; Wang, 2007; Tadaka & Kanagawa, 2007), depression (Ashida, 2000; Chung, 2009; Hsieh



et al., 2010; Wang, 2007), behavior (Akanuma et al., 2011; Ashida, 2000 ; Hsieh et al., 2010; Huang, Li, Yang & Chen, 2009; Lai, Chi e Kayser-Jones, 2004; Yamagami et al., 2007; Wang, Yen & OuYang, 2009; Woods et al., 2005) happiness (Okumura, Tanimukay & Asada, 2008), mood (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012; O`Rourke,Tobin, O`Callaghan, Sowman & Collins, 2011; Woods et al., 2005) and communication (Huang et al., 2009; Okumura, Tanimukay & Asada, 2008; O`Rourke et al., 2011).

Despite the fact that reminiscence has been assumed as something adaptive in old age, researchers, particularly in the field of dementia, point to the need of further evidence drawn from longitudinal studies and controlled trials to test the effectiveness and efficacy of interventions (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012; Lin, Dai & Hwang, 2003; Pinquart & Forstmeier 2012; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010; Woods et al., 2005). Nevertheless, a recent review study pointed that the quality of the studies did not moderated the size of the effects obtained with this therapy (Pinquart & Forstmeier 2012). In addition, the same review observed that that there were no statistical differences on the results obtained both by individual or group reminiscence therapy, but that few studies had applied individual reminiscence therapy to older persons with dementia (Baillon et al., 2005; Lai, Chi & Kayser-Jones, 2004). In fact, reminiscence therapy among individuals with dementia is usually conducted in groups (Akanuma et al, 2011; Hsieh et al 2010; Huang, 2009; Lalanne & Piolino, 2013; Lin, 2010; Wang, Yen & OuYang, 2009).

#### 4.1.2.2. Autobiographical memory in dementia

Autobiographical memories are transitory mental constructions generated from an underlying knowledge base; they are reconstructed memories from personal meaningfully experiences and not their direct and unalterable copy (Bluck & Levine, 1998; Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Studies about autobiographical memory in Alzheimer`s disease are consensual on the fact that the progression of dementia involves decline in the two levels of autobiographical memory, namely in semantic memory and episodic events (Addis & Tippett, 2004; El Haj, Postal, LeGall & Allain 2011; Fromholt et al., 2003; Irish et al., 2011; Martinelli, Anssens, Sperduti & Piolino, 2013; Müller et al., 2012; Philippi et al., 2012; Seidl, Lueken, Thomann, Geider & Schröder, 2011). Some authors suggest dissociation between the two types of autobiographical memory, being that episodic memory (associated with the right temporal lobe structures) declines early in the disease, while the semantic memory (associated with the left temporal lobe structures) only declines in moderate stage of Alzheimer's disease (Gilboa et al., 2005; Seidl et al., 2011).

Unlike the studies in populations without dementia, in which autobiographical memories recovered in greater numbers are the most recent (Janssen, Chessa & Murre,

2005; Janssen, Rubin & Jacques, 2011) in studies with persons with Alzheimer, autobiographical memories for the recent years decrease (Müller et al., 2012; Naylor & Clare, 2008; Philippi et al., 2012; Seidl et al., 2011). This phenomenon is called positive temporal gradient and refers to a central characteristic of this pathology: the presence of retrograde amnesia. Another particularity observed in dementia persons was the presence of overgeneralization of the autobiographical memory (Fromholt et al., 2003; Irish et al., 2011; Lemos, Hazin & Falcão, 2012; Martinelli et al., 2013; Moses, Culpin, Lowe & McWilliam, 2004) a phenomenon also observed in populations with depression and suicide attempt (e.g. Fromholt et al., 2003; Williams et al., 2007). The overgeneralization of autobiographical memories affects the ability to solve problems and to generate specific images of the future, being a predictor of emotional disorders (Williams et al., 2007).

#### 4.1.2.3. Reminiscence and autobiographical memory

Synergy at the fields of reminiscence and autobiographical memory could bring a new direction in these topics (Cappeliez, 2013; Lalanne & Piolino, 2013; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Both could grow from integrating each other's insights in a concerted collaborative effort, although they continued to expand in separate ways with minimal cross fertilization (Cappeliez, 2013). Experimental methods used in studies of autobiographical memory may provide a better understanding of the cognitive processes involved in the recall of personal memories (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Bluck and Levine (1998) analyzed reminiscence as a particular form of autobiographical memory, beginning the study of this relation. They considered reminiscence as a type of autobiographical memory, which means that reminiscence is a way of recalling information and autobiographical memory is the system that encode, store and retrieve information related to our personal experiences (Bluck & Levine, 1998).

Bluck and Alea (2002) also made an attempt to group the functions of reminiscence in the three main functions of autobiographical memory: self, directive and social. Reminiscence and autobiographical memory implicitly involve thinking about the past, in the present (Bluck & Alea, 2002; Westerhof, Bohlmeijer e Webster, 2010) and particularly autobiographical memory is fundamental to the self, to the emotions and the experience of personhood, namely for the duration of experience as an individual set in a culture over time (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Memories for personal experience are partially reconstructed in relation to current preoccupations and goals (Bluck & Levine, 1998; Conway, 2005 and the purpose of recovery, integration and reconstruction of autobiographical memories in old age is to achieve the integrity of the self, the development of a set of self positive, realistic and united schemes that provides a sense of coherence and integrity to the individual (Afonso, 2011).

There is a small body of evidence supporting the prediction that memory impairment in dementia is accompanied by a loss of identity (Bevins, 2008). Naylor and Clare (2008) explored the relationships between autobiographical memory, identity and awareness in early-stage dementia, and observed that lower levels of awareness of memory functioning were associated with poorer autobiographical recall and with a more positive and definite sense of identity. Reduced awareness may serve a protective function against the threats to self posed by the onset and progression of dementia. The loss of autobiographical memories related to early adulthood was found to be correlated with a change in the identity of the participant, more specifically with the strength and quality of this dimension, which was weaker, vaguer and more negative (Addis & Tippett, 2004). Although the evidence suggests that memory decline may be associated with self discontinuity and an impaired sense of identity, an experimental study about the impact of reminiscence therapy in institutionalized and cognitively impaired older persons, showed no change between the two groups on measures of identity (Bevins, 2008).

There is some investigation about reminiscence and life review interventions focused on the autobiographical memory, although it is directed to persons with depression. Participants of these studies significantly reduced depressive symptoms (Afonso, Bueno, Loureiro et al., 2011; Serrano, Latorre & Montañes, 2005; Serrano, Latorre, Ros et al., 2012) and increased the number of retrieval for specific autobiographical memories (e.g. Serrano, Latorre & Montañes, 2005), particularly for positive specific autobiographical memories (Afonso & Bueno, 2010).

The focus on knowledge reactivation and past memories is already practiced for several decades by methods of reminiscence; however, few studies have practice in individual reminiscence sessions structured and are interested in taking into account the complexities of autobiographical memory (Lalanne & Piolino, 2013). The purpose of this pilot study is to analyze the impact of a reminiscence living in a nursing home. More specifically, we intend to evaluate the effect of reminiscence therapy in the participants in the dimensions of cognition, mood, behavior and autobiographical memory. In addition, this pilot study pretends to extend the knowledge about the application of individual reminiscence therapy in older people with dementia.

#### **4.1.3. Methods**

This pilot study was a one-group pre-test and post-test design investigation with no control group. The design planned was a cross-sectional, exploratory and descriptive investigation.

#### 4.1.3.1. Settings and subjects

The study population considered 112 older persons living in a nursing home in Portugal. Subjects that met the inclusion criteria were invited to participate in the study. Inclusion criteria were: (i) being 65 years of age or more; (ii) present a Montreal Cognitive Assessment (MoCA) score between 26 and 12 (cut off point for the Portuguese population); (iii) present a Global Deterioration Scale (GDS) score between 2 and 4. After applying the screening test (MoCA) to 27 subjects that were able to fulfill the test, a final convenience sample of 9 subjects agreed to participate in the study.

#### 4.1.3.2. Outcome measures

The MoCA, validated for the Portuguese population, was used to assess cognitive status. This cognitive screening instrument is sensitive to lighter stages of cognitive decline, being a fast, convenient and effective method to distinguish between performances of adults with a sensitivity of 100% for dementia (Freitas, Simões, Martins, Vilar & Santana, 2010).

The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Young & Shamolan, 1988), translated to Portuguese (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Vieira & Lopes, 2008) was used for assessing depressive symptoms. The scale measures 5 manifestations of depressive symptoms: mood related signs, behavioral disturbance, physical signs, cyclic functions and ideational disturbance (Alexopoulos, 2002). This instrument was selected because of its specificity for this population (Alexopoulos, 2002), obtaining also sensitive results to the application of reminiscence therapy (Wang, 2007). Scores below 6 are associated with absence of significant depressive symptoms, scores above 10 indicates a probable major depression and scores above 18 indicates a major depression (Alexopoulos, 2002). The CSDD was applied to the nursing staff of the institution in the pre and post-test.

The subscale Alzheimer Disease Assessment Scale Non-Cog (ADAS n Cog) from the Alzheimer Disease Assessment Scale, measured and translated to Portuguese (Guerreiro, Fonseca, Barreto et al., 2003) was also used. The scale assesses 10 domains of behavior, often associated with changes present in persons with dementia like crying, depressive symptoms, dispersion, lack of cooperation in the tests, delirium, hallucination, deambulation, increased motor activity, shaking and eating behavior. The ADAS n Cog was applied to the participants on the pre and post-test.

Finally, the Autobiographical Memory Test (AMT) was used to evaluate the ability to assess the recovery of specific autobiographical memories, in a limited time, upon presentation of a stimulus word. The instrument was implemented by Williams and

Broadbent (1986) and is validated for the Portuguese population (Afonso, 2007). For this pilot study we used 10 of the 15 original stimulus words, 8 of affective valence (happy, unhappy, cheerful, sad, amused, isolated, hopeful, and rejected) and 2 neutral words (home and family), applied to the participants in the pre and post-test.

#### 4.1.3.3. Procedures

The formal request for permission to conduct the study was addressed to the direction of the nursing home which approved its implementation. Access and recruitment of the sample were conducted with the assistance of two nurses and a psychologist of the institution. Informed and voluntary consent was obtained both from the participants with dementia and from their family/legal representative.

The outcome measures were administered by independent researchers (HQ and DP), a nurse and a psychologist working in the nursing home. These researchers applied the screening test (MoCA) between January and February of 2014. The other quantitative measures and the interview with the participants were administered in the 2 weeks prior and following the intervention, by the same researchers. The AMT was quoted by two psychologist (RA and OR) experienced in clinical geropsychology.

#### 4.1.3.4. Reminiscence intervention

The intervention was an individual reminiscence program based on a protocol focused in older persons with dementia living in nursing homes (Lopes, Afonso & Ribeiro, 2013). Although there are three forms of application as reminiscence therapy: simple reminiscence, life review and life review therapy, (Pinquart & Forstmeier 2012; Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010), in this pilot study we focused our intervention on simple reminiscence. Simple reminiscence aims to stimulate social functions of reminiscence (communication, education, information), creating ties and retrieving positive past events spontaneously to promote positive feelings (Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010). The protocol is therefore based on creating an unstructured autobiographical narrative, encouraging the use of narrative reminiscence and directed to positive events, which are ought to bring higher therapeutic benefits (Cappeliez, Guindon & Robitaille, 2008; Parker, 1995; Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010). In overall, the program comprised five weekly reminiscence sessions, lasting up to 30-40 minutes each and took place from March to April of 2014. The reminiscence therapy was applied by a nurse with experience in geriatric care, and all sessions were filmed and audio taped.

#### 4.1.3.5. Statistical analysis

SPSS 19.0 for Windows was used for data analysis. Descriptive statistics were generated for the demographic information (age, sex, education) and health related data (medication in use, diagnosed diseases, and dementia and depression diagnosis). To evaluate the correlation between the domains in our baseline assessment we used the Spearman’s Rho, a non parametrical test, with a significance level of  $p < 0.05$ . To analyze the impact of reminiscence therapy in the outcome measures, and due to the short size of this sample ( $n=6$ ), we used descriptive statistics to verify the effects in each participant in the pre and post test. We used a non parametrical test, the Wilcoxon Signed Ranks Test (Z) with a significance level at  $p < 0.05$  to verify the changes in outcome measures and the correlation between the analyzed variables, using again the Spearman’s Rho Test with a significance level of  $p < 0.05$ .

#### 4.1.4. Results

##### 4.1.4.1. Sample characteristics

A total of 6 subjects completed all sessions of the study and 3 participants did not complete the study protocol (dropout =33.3%). Reasons for dropout included sickness and absence during intervention time due to holidays with family. Table 17 lists the baseline sample characteristics of the participants.

**Table 17.** Baseline participant characteristics.

Variables	Sample
Age mean (years, $\pm$ standard deviation)	80 $\pm$ 11.28
Female, no (%)	3 (50.0%)
1-4 Years of education, no (%)	5 (83.3%)
Widowed, no (%)	4 (66.7%)
1 to 5 years of institutionalization, no (%)	3 (50.0%)
Mean diagnosed disease (no, $\pm$ standard deviation)	5.83 $\pm$ 4.07
Mean medication in use (no, $\pm$ standard deviation)	3.67 $\pm$ 0.82
Anti-depressive in use, no (%)	4 (66.7%)
Dementia diagnostic, no (%)	1 (16.7%)
MoCA, mean score ( $\pm$ standard deviation)	19.17 $\pm$ 5.19
GDS=3, no (%)	4 (66.7%)
CSDD, mean ( $\pm$ standard deviation)	7.17 $\pm$ 6.55
ADAS n Cog, mean ( $\pm$ standard deviation)	7.50 $\pm$ 8.53

The sample was equally composed by males and females with a mean age of 80 years old ( $SD=11.28$ ). The majority of participants were widowers (66.7%), literate (83.3%) and lived in the institution for more than one year (50%). The mean number of diagnosed diseases was 5.83 $\pm$ 4.07; the mean number of medications taken was 3.67 $\pm$ 0.82, with none of the participants medicated for dementia and 66.7% of them using

antidepressants. Only one participant had medical diagnose of dementia. The mean MoCA value of the sample was  $19.17 \pm 5.19$  and the majority of the subjects had a GDS of 3. Levels of depression (CSDD= $7.17 \pm 6.55$ ) and altered behaviour (ADAS n Cog = $7.5 \pm 8.53$ ) were low. Most of the signals identified by the caregivers were related to altered humour: 66.7% of the participants presented anxiety, 50% appeared sad, had crying episodes (50%) and presented depressive symptoms (50%). Other frequent disturbances observed at the baseline were the presence of trembling and lack of concentration in 50% of the participants.

Table 18 summarizes the correlations between scales at the pre test moment. Cognition status correlated positively with an increase in specific answers on AMT and a decrease in general answers. We also observed a positive correlation between CSDD and ADAS n Cog measures, indicating that an increase in depressive symptoms corresponds to an increase in observed altered behaviour. When altered behaviour scores increase, the cognition status (MoCA) tends to decline ( $-0.883$ ,  $\rho=0.020$ ), such as the specific answers ( $-0.883$ ,  $\rho=0.020$ ) and general answers increase ( $0.875$ ,  $\rho=0.022$ ).

**Table 18.** Spearman's rho correlations coefficients between scales at the pre test.

Measures	MoCA		CSDD		Adas n Cog	
	Correlation Coefficient	$\rho$	Correlation Coefficient	$\rho$	Correlation Coefficient	$\rho$
CSDD	-0.657	0.156				
ADAS n Cog	<b>-0.883</b>	<b>0.20*</b>	<b>0.912</b>	<b>0.011*</b>		
AMT						
Recuperation	0.370	0.470	-0.247	0.470	-0.461	0.358
Latency time	-0.143	0.787	-0.086	0.872	0.147	0.781
Specific answer	<b>0.886</b>	<b>0.019*</b>	-.657	0.156	<b>-0.883</b>	<b>0.020*</b>
General answer	<b>-0.820</b>	<b>0.046*</b>	0.759	0.080	<b>0.875</b>	<b>0.022*</b>
Positive valence	0.676	0.140	-0.169	0.749	-0.435	0.388
Negative valence	-0.441	0.381	0.000	1.000	0.121	0.819

**Legend:** ( $\rho$ ) significance level at  $p < 0.05$

#### 4.1.4.2. Changes in individual outcome measures

Table 19 and table 20 describe individual evolution of the participants in outcome measures, after 5 reminiscence therapy sessions. An improvement on MoCA post test was observed in 66.7% of the sample ( $n=4$ ) and in 2 subjects MoCA values remained equal. Depressive symptoms decreased in 3 subjects and increased in 1 participant. Altered behaviours increased in 3 subjects (50%) and decreased in 2.

**Table 19.** Individual evolution of the participants on MoCA, CSDD and ADAS n Cog (pre and post-test).

Participant	MoCA		Variance	CSDD		Variance	ADAS n Cog		Variance
	Pre	Post		Pre	Post		Pre	Post	
P1	21	21	0	0	0	0	0	3	3
P2	26	26	0	2	0	-2	0	1	1
P3	12	13	1	13	12	-1	18	17	-1
P4	15	19	4	17	15	-2	18	8	-10
P5	23	27	4	6	6	0	2	4	2
P6	18	19	1	5	6	1	7	7	0

In what regards AMT pre and post test individual results, 4 participants (66.7%) improved the number of recovered memories through this test and increased the number of positive autobiographical memories retrieved. Half of the sample improved the number of specific autobiographical memories recovered, 2 remained equal and 1 participant diminished this value.

**Table 20.** Individual evolution of the participants on AMT (pre and post-test).

Participant	Recuperation		Variance	Positive valence		Variance	Specificity		Variance
	Pre	Post		Pre	Post		Pre	Post	
P1	10	10	0	5	6	1	6	6	0
P2	9	10	1	5	6	1	7	6	-1
P3	9	10	1	2	4	2	2	5	3
P4	9	10	1	5	7	2	4	4	0
P5	10	9	-1	7	7	0	5	6	1
P6	8	9	1	5	5	0	3	4	1

#### 4.1.4.3. Changes in outcome measures

At the end of the 5 week intervention, participants exhibited pre-to-post-intervention improvements in the entire outcome measures, although the differences were not statistically significant, except for the time of latency on AMT. Table 21 describes the changes in outcome measures after reminiscence intervention in the 6 participants that completed the program.

**Table 21.** Changes in outcome measures after reminiscence intervention.

Measures	Pre-test		Post-test		Z	P value
	Mean	SD	Mean	SD		
MoCA	19.17	5.19	20.83	5.15	1.857	0.063
CSDD	7.17	6.55	6.50	6.12	-1.300	0.194
ADAS non COG	7.50	8.53	6.67	5.68	-2.271	0.786
AMT						
Recuperation, no	9.17	0.753	9.67	0.52	1.342	0.180
Latency time	62.17	19.47	38.8	19.2	-1.997	0.046*
Specific answer	4.50	1.87	5.17	0.98	1.134	0.257
General answer	4.67	1.63	4.50	1.05	-0.378	0.705
Positive valence	4.83	1.60	5.83	1.17	1.857	0.063
Negative valence	4.33	1.51	3.83	1.33	-1.342	0.180



**Legend:** ( $\rho$ ) significance level; (\*)  $\rho < 0.05$ ; (Z) Wilcoxon signed ranks test.

When analyzing the correlations in the post-test we found that observed behavioral symptoms (ADAS n Cog) decreased with increasing MoCA scores (-0.812,  $\rho = 0.05$ ), and decreased depressive symptoms (0.912,  $\rho = 0.011$ ). Increased cognition was also correlated with a statistically significant decrease in general answers in the AMT (-0.851,  $\rho = 0.032$ ). Table 22 summarizes the correlations between measures at post test.

**Table 22.** Spearman's rho correlations coefficients between scales at the post test.

Measures	MoCa		CSDD		ADAS n Cog	
	Correlation Coefficient	$\rho$	Correlation Coefficient	$\rho$	Correlation Coefficient	$\rho$
CSDD	- 0.612	0.197				
ADAS n Cog	<b>-0.812</b>	<b>0.050*</b>	<b>0.912</b>	<b>0.011*</b>		
AMT						
Recuperation, no	-0.315	0.543	0.000	1.000	0.000	1.000
Latency time	-0.667	0.148	0.677	0.140	0.771	0.072
Specific answer	0.751	0.085	-0.747	0.088	-0.741	0.092
General answer	<b>-0.851</b>	<b>0.032*</b>	0.712	0.112	0.706	0.117
Positive valence	0.642	0.169	0.076	0.887	-0.294	0.571
Negative valence	-0.647	0.165	-0.125	0.813	0.213	0.686

**Legend:** ( $\rho$ ) significance level at  $p < 0.05$ .

#### 4.1.5. Discussion

The present investigation, to the best of our knowledge, is the first study about the effects of individual reminiscence therapy, designed for a Portuguese population with cognitive impairment. Most of the studies, with older persons with cognitive impairment, are conducted in groups (Pinquart & Forstmeier 2012; Subramaniam & Woods, 2012), although, our investigation points that individual reminiscence therapy may also be effective with these persons. A previous review about individual reminiscence interventions, besides the small amount of available evidence, noted some benefits in cognition and depression (Subramaniam & Woods, 2012) after personalized therapy (life review, structured reminiscence). Our pilot study intended to fulfill this gap in research adding new evidences about the effects of individual reminiscence to persons with cognitive impairment. Traditionally, simple/unstructured reminiscence therapy is based on group intervention, with the purpose of increase socialization and short term well-being (Webster, Bohlmeijer & Westerhof, 2010). Due to the specificities inherent to persons with cognitive decline (lack of attention, irritability, language difficulties) it seems logical this attempt to individualize this care.

This pilot study, even though the differences were not statistically significant, revealed improvements in the entire outcome measures, namely in cognition, depressive

symptoms, observed behavior and autobiographical memory recuperation, between the pre and post-test.

The difference between the pre and post-test mean value of MoCa was not significant ( $p= 0.063$ ), probably due to the short sample size that limited statistical analyses. Nonetheless, as in other studies, we observed a tendency to an improvement in cognition ( $Z=1.857$ ) after reminiscence therapy (Akanuma et al., 2011; Chung, 2009; Huang et al., 2009; Ito et al., 2007; Su, Wu & Lin., 2012). Mean value of MoCA has increased after the reminiscence therapy, which is congruent with the results found previously (Cotelli et al., 2012; Haight et al., 2003; Haight, Gibson & Michel, 2006; Nawate et al., 2008; Tadaka & Kanagawa, 2007; Wang, 2007; Woods et al., 2005).

Studies using the same depression scale (Ashida, 2000; Wang, 2007) and several authors in reminiscence field (e.g. Chung, 2009; Cotelli et al., 2012; Hsieh et al., 2010) pointed to significant statistical differences in depressive symptoms after reminiscence therapy. In our study, although there was found a decrease in depressive symptoms ( $Z= -1.300$ ) in subjects undergoing reminiscence therapy, this was not statistically significant ( $p=0.194$ ), in line with the consulted literature (Akanuma et al., 2011; Haight et al., 2003; Haight et al., 2006; Huang et al., 2009; Su, Wu & Lin, 2012). These observed improvements in the humor of the participants highlight the idea that as persons with dementia accumulate impairments, they tend to depression and reminiscence therapy may reverse this trend transmitting feelings of belonging (Wang, 2007), improving self-acceptance and purpose in life (Pinquart & Forstmeier, 2012), enabling a sense of continuity of the self (Afonso, 2011; Peix, 2009). Our investigation revealed improvements in the subscale of thought disorders, expressed by the decline ( $Z=-1.414$ ;  $p=0.157$ ) of suicide, low self-esteem and pessimism. Some reminiscence studies with persons without dementia pointed to similar results, namely to the improvement of self-esteem after the therapy (Chao, Liu, Wu et al., 2006).

Observed behavior disturb diminished on the reminiscence therapy participants, although unlike other investigations on this theme ((Akanuma et al., 2011; Ashida, 2000; Hsieh et al., 2010; Huang et al., 2009; Lai, Chi & Kayser-Jones, 2004; Wang, Yen & OuYang, 2009; Woods et al., 2005; Yamagami et al., 2007) our results were not significant. We observed a decline in altered behaviors ( $Z=-2.271$ ) as observed by the caregiver, but the change was not statistically important ( $p=0.786$ ). The ADAS non Cog scale has been pointed as specific for the evaluation of this outcome, although its use is very sparse (Robert et al., 2010) and to our knowledge there are no studies in reminiscence using this instrument. Our results showed a reduction on crying ( $Z=-1.414$ ;  $p=0.157$ ), lack of collaboration ( $Z=-1.342$ ;  $p=0.180$ ), delirium ( $Z=-1.414$ ;  $p=0.157$ ) and

hallucination ( $Z=-1.342$ ;  $p=0.180$ ), congruent with some findings from other authors (Ashida, 2000; Huang et al., 2009; Wang, Yen & OuYang, 2009).

In what regards the AMT results, we found statistically significant improvements in the post-test in the latency time before the recuperation of events ( $Z= -1.997$ ;  $p=0.046$ ) and an increase in the total number of personal memories recovered ( $Z=1.342$ ;  $p=0.180$ ) and of specific answers ( $Z=1.134$ ;  $p=0.257$ ), and positive content of the events ( $Z=1.857$ ;  $p=0.063$ ) after the reminiscence therapy. These results expressed a positive impact of reminiscence in the recuperation of personal memories. Although this effect was not found to be as evident as in studies with other populations (e.g. Afonso & Bueno, 2010; Serrano, Latorre & Montañes, 2005), more investigation in this area will probably produce significant results. Like in studies about autobiographical memory in dementia, we observed that at the baseline, participants presented high levels of general answer, positively correlated with the cognition level (correlation coefficient= $0.886$ ;  $p=0.017$ ) and negatively with disturbed behavior (correlation coefficient= $-0.883$ ;  $p=0.02$ ). Participants with lower cognition decline (P1; P2 and P5) presented higher specificity in the recovered memories at baseline, which is congruent with the idea that dementia origins overgeneralization of the autobiographical memory (Fromholt et al., 2003; Irish et al., 2011; Lemos, Hazin & Falcão, 2012; Martinelli et al., 2013; Moses, Culpin, Lowe & McWilliam, 2004). Our pilot study related a decrease of general recuperation of events in the post test, higher in patients with more cognition decline (correlation coefficient= $-0.851$ ;  $p=0.032$ ) pointing to the positive impact of reminiscence in autobiographical memory. The participants reported more specific events, decreasing overgeneralization of autobiographical memory after reminiscence therapy. These positive results in autobiographical memory recuperation are important because autobiographical memory is essential for having a sense of self-continuity that allows the varied and sophisticated human behavior (Bluck & Liao, 2013) and overgeneralization impairs the skills to solve problems (Williams et al., 2007).

#### 4.1.5.1. Limitations

Our study, being a pilot investigation, has important methodological weaknesses, such as its small sample size ( $n=6$ ), the lack of randomization of the participants who were all selected from a single institution, and the lack of a control group. These limitations lead also to the difficulty of performing a blinded assessment of the outcomes and made constrained the possibility of comparing context effect in the impact of this therapy. These restrictions had already been pointed as important gaps in the study of the reminiscence effects in general (Lin, Dai & Hwang, 2003; Piquart & Forstmeier 2012; Westerhof, Bohlmeijer & Webster, 2010) and in persons with dementia in particular (Cotelli, Manenti

& Zanetti, 2012; Woods et al., 2005), but are difficult to surpass. We recommend in future investigations, as other authors previous said, the use of randomized controlled trials designs to evaluate the effects of this intervention. Besides its methodological weaknesses, this pilot study achieved the objective of testing the possibility of carrying out an individual and unstructured reminiscence program with this population.

Another limitation of this investigation was the recruitment method used to select the sample. Indeed, in the absence of dementia diagnosis, we contoured this restraint using a screen test which is sensitive to dementia (Freitas et al., 2010; Freitas et al., 2013) and the Global Deterioration Scale. Dementia is under diagnosed worldwide and typically this diagnose emerges only in later stages of the dementia process, estimating that about 50% of the cases are not reported (World Health Organization, 2012). There is an urgent need to create new multidimensional scales and strategies that enable the access to the multitude of symptoms and become applicable to various stages of dementia (Robert et al., 2010). However, recognizing the wide range of signs and symptoms of dementia constitute themselves as a challenge and a priority target of attention (Passos, Sequeira & Fernandes, 2014).

Despite the attempt to use specific instruments for dementia, the limitation was huge due to the lack of scales adapted to the Portuguese population. This difficulty was bypassed with the use of scales translated and applied in qualitative version, by reporting the observation of the caregiver (ADAS non Cog, CSDD). This idea was based on the knowledge that the scales for dementia have low sensitivity and do not assess important aspects with impact in the participant and caregiver (Robert et al., 2010), and so, it seemed clear that using even less sensitive scales, the results would not be visible. To overcome this limitation of the study, it is suggested that in future research, the concomitant use of self-reported scales with these observation scales to address mood and behavioural changes.

#### **4.1.6. Conclusions**

Despite the methodological constraints, we managed to evaluate the effects of individual reminiscence therapy in a population with cognitive impairment. We observed that the therapy improved cognition and autobiographical memory retrieval and diminished depressive symptoms and observed behavior disturb in our participants, even if our data were not statistically significant. Reminiscence therapy can be helpful to maintain or improve mood, cognitive function, altered behavior and self-esteem, however further investigations are needed to redefine the results, using more standardized research methodologies (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012; Lin, Dai & Hwang, 2003; Woods et al.,

2005). Based on the facts that psychological and behavioral symptoms are the focus and burden of caregivers (WHO, 2012) and that autobiographical memory declines as the dementia progresses (Martinelli, Anssens, Sperduti & Piolino, 2013; Philippi et al., 2012) supported the idea that reminiscence therapy, directed to positive and specific life events, may improve autobiographical memory, and indirectly some symptoms associated with dementia (Bluck & Liao, 2013). Indeed, by focusing on preserved abilities of the person, reminiscence values life paths, responds to the basic human need to communicate and promotes basic skills to deal with everyday solicitations (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Gonçalves, & Martin, 2008; Peix, 2009).

#### 4.1.7. References

. *Memory*, 12, 56-74. doi: 10.1080/09658210244000423.

Afonso, R. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatologia depressiva, la integridade del yo u el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Doctoral Thesis. Universidade da Beira Interior: Covilhã.

Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para as Ciências e Tecnologias: Lisboa (in Portuguese).

Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia com distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatologia depressiva en la vejez. *Psicothema*, 22 (2), 213-220. (in Spanish).

Afonso, R., Bueno, B., Loureiro, M., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, Psychological Well-Being, and Ego Integrity in Portuguese Elderly People. *Educational Gerontology*, 37, 1063-1080. doi: 10.1080/03601277.2010.500585.

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.

Alexopoulos, G. (2002). The Cornell Scale for Depression in Dementia: Administration & Scoring Guidelines. *Cornell Institute of Geriatric Psychiatry*. 1-10. Available at: [http://www.unitedhealthcareonline.com/ccmcontent/ProviderII/UHC/enUS/Assets/ProviderStaticFiles/ProviderStaticFilesPdf/ClinicianResources/GeriatricResources/GeriatricConditions/Memory/Cornell\\_Scale\\_Guidelines.pdf](http://www.unitedhealthcareonline.com/ccmcontent/ProviderII/UHC/enUS/Assets/ProviderStaticFiles/ProviderStaticFilesPdf/ClinicianResources/GeriatricResources/GeriatricConditions/Memory/Cornell_Scale_Guidelines.pdf) Accessed in February 2014.

Alexopoulos, G., Abrams, R., Young, R., & Shamolan, C. (1988). Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284. doi:10.1016/0006-3223(88)90038-8.

Alzheimer's Association. (2012). Alzheimer's Association Report 2012: Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 8, 131-168.

- Alzheimer's Association. (2013). Alzheimer's Association Report 2013: Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 208–245.
- Ashida, S. (2000). The Effect of reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 170-182.
- Baillon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J., & Campbell, R. (2005). Variability in Response of Older People with Dementia to Both Snoezelen and Reminiscence. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 367-374.
- Bevins, A. (2008). *Memory, identity and well-being: Preserving selfhood in dementia*. (Doctoral Thesis), University of Exeter, Cornwall: United Kingdom.
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). *Exploring the Functions of Autobiographical Memory: Why Do I Remember the Autumn?*, 61-75. In: Webster, J. & Haight, B. (2002). *Critical Advances in Reminiscence Work: from Theory to Application*, Springer Publishing Company: New York.
- Bluck, S., & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S., & Liao, H. (2013). I Was Therefore I Am: Creating Self-Continuity Through Remembering Our Personal Past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 1, 7-12.
- Cappeliez, P. (2013). Neglected Issues and New Orientations for Research and Practice in Reminiscence and Life Review. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*. 1, 19-25.
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22, 266-272.
- Chao, S., Liu, H., Wu, C., Jin, S., Chu, T., Huang, T., & Clark, M. (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. *Scand J Caring Sci*, 23, 259-264.
- Conway, M., & Pleydell-Pearce, C. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Conway, M. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628. doi: 10.1016/j.jml.2005.08.005.
- 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., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9, 345-357 (in Portuguese).
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2011). The Effect of Reminiscence Therapy on Quality of Life in Elderly Persons with Dementia. *Memory*, 19(8), 993-1003. doi: 10.1080/09658211.2011.626428.

- Fromholt, P., Mortensen, D., Torpdahl, P., Bender, L., Larsen, P., & Rubin, D. (2003). Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: Comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory*, 11, 81-88. doi: 10.1080/741938171.
- Gilboa, A., Ramirez, J., Köhler, S., Westmacott, R., Black, S., & Moscovitch, M. (2005). Retrieval of Autobiographical Memory in Alzheimer's Disease: Relation to Volumes of Medial Temporal Lobe and Other Structures. *Hippocampus*, 15, 535-550. doi: 10.1002/hipo.20090.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 101-110 (in Portuguese).
- Gonçalves, D., & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumentativa Curitiba*, 25 (51), 371-384 (in Portuguese).
- 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: Author.
- 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 Assesment Scale\_ADAS. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (Eds.), *Escalas e Testes na Demência*, (2ª ed., pp. 41-68). Portugal: Author.
- 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*, 2, 56-58, DOI: 10.1016/j.jalz.2005.12.003.
- Hsieh, C., Chang, C., Su, S., Hsiao, Y., Shih, Y., Han, W., & Lin, C. (2010). Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-moderate Dementia. *J Exp Clin Med*, 2, 72-78.
- 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.
- Irish, M., Hornberger, M., Lah, S., Miller, L., Pengas, G., Nestor, P., Hodges, J., & Piguet, O. (2011). Profiles of recent autobiographical memory retrieval in semantic dementia, *beh Neuropsychologia*, 49, 2694-2702. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2011.05.017.
- 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, 48-54.

- Janssen, S., Chessa, A., & Murre, J. (2005). The reminiscence bump in autobiographical memory: Effects of age, gender, education, and culture. *Memory*, 13, 658-668. doi:10.1080/09658210444000322.
- Janssen, S., Rubin, D., & Jacques, P. (2011). The temporal distribution of autobiographical memory: changes in reliving and vividness over the life span do not explain the reminiscence bump. *Memory & Cognition*, 39, 1-11. doi: 10.3758/s13421-010-0003-x.
- Lai, C., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16, 33-49, DOI: 10.1017/S1041610204000055.
- Lalanne, J., & Piolino, P. (2013). Prise en charge des troubles de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer du stade débutant au stade sévère : revue de la littérature et nouvelles perspectives. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 11, 275-285. doi:10.1684/pnv.2013.0422 (in French).
- Lemos, C., Hazin, I., & Falcão, J. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia*, 17, 135-144 (in Portuguese).
- 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*. (unpublished), University of Minnesota, Estados Unidos da América.
- Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: A Systematic Review. *Public Health Nursing*, 20, 297-306.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia*, 2 (1), 107-118 (in Portuguese).
- Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M.  
 Self. *Neuropsychology*, 27 (1), 69-78. doi: 10.1037/a0030453.
- Moses, A., Culpin, V., Lowe, C., & McWilliam, C. (2004). Overgener . *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 377-386.
- Müller, S., Saur, R., Greve, B., Melms, A., Hautzinger, M., Fallgatter, A., & Leyhe, T. (2012). Similar autobiographical memory impairment in lo - . *Multiple Sclerosis Journal*, 19, 225-232. doi: 10.1177/1352458512450352.
- Naylor, E., & Clare, L. (2008). Awareness of memory functioning, autobiographical memory and identity in early-stage dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18, 590-606. doi:10.1080/09602010701608681.
- 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 (3), 57-68. doi: 10.1300/J148v26n03\_04.



- 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.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H., & Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178, doi: 10.1159/000316119.
- O'Rourke, J., Tobin, F., O'Callaghan, S., Sowman, R., & Collins, D. (2011). "YouTube": a useful tool for reminiscence therapy in dementia? *Age and Ageing*, 40, 742-744.
- O'Shea, E., Devane, D., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., & Murphy, E. (2011). Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: A study protocol for a cluster randomised trial. *Trials*, 12 (41), 1-10.
- Parker, R. (1995). Reminiscence: A Continuity Theory Framework. *The Gerontologist*, 35, 515-525.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, I. (2014). Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 81-91 (in Portuguese).
- Peix, R. (2009). Réminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 9, 163-165. doi:10.1016/j.npg.2008.12.007 (in French).
- Philippi, N., Noblet, V., Botzung, A., Després, O., Renard, F., Sfikas, G., Cretin, B., Kremer, S., Manning, L., & Blanc, F. (2012). The effectiveness of reminiscence therapy in dementia: A meta-analysis. *Plos One*, 7(10), e46200. doi: 10.1371/journal.pone.0046200.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 1-18, doi: 10.1080/13607863.2011.651434.
- Robert, P., Ferris S., Gauthier, S., Ihl, R., Winblad, B., & Tennigkeit, F. (2010). Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice? *Alzheimer's Research & Therapy*, 2 (24).
- Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P., Geider, J., & Schröde, R. (2011). The effectiveness of reminiscence therapy in dementia: A meta-analysis. *Journal of Aging and Health*, 23, 567-574. doi:10.3233/JAD-2011-110014.
- Serrano, J.; Latorre, J. & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Esp. Geriatr Gerontol*, 40, 228-235 (in Spanish).
- Serrano, J., Latorre, J., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M., Nieto, M., Ricarte, J., & Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24, 224-229.
- Su, T., Wu, L., & Lin, C. (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, 187-196. doi: 10.1002/gps.2707.
- Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 545-555, doi: 10.1586/ern.12.35.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatr. Gerontol. Int.*, 7, 167-173.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Cantegreil, I. et al. (2012). Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 27, 40-48.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240.
- Wang, J., Yen, M., & OuYang, W. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 227-232.
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2010). Mapping the Future or Reminiscence: A Conceptual Guide for Research and Practice. *Research on Aging*, 32, 527-564, doi: 10.1177/0164027510364122.
- Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107-114. doi: 10.1016/j.jaging.2014.02.003.
- Westerhof, G., 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.
- Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122.
- Williams, J., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144-149.
- 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, Switzerland : Author.
- Yamagami, T., Oosawa, M., Ito, S., & Yamaguchi, H. (2007). Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics*, 7, 69-75.

#### 4.2. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE REMINISCÊNCIA COM PESSOAS IDOSAS: ESTUDO DE CASO.

Artigo submetido para revisão:

Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., Quelhas, H., & Pereira, D. (submetido em Agosto, 2015). Impacto de um programa de reminiscência com pessoas idosas: estudo de caso. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*.

#### 4.2.1. Resumo e palavras-chave

##### **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.

##### **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.

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

#### 4.2.2. Introdução

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; Pinguart & 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 Pinguart 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 estruturada 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 trajectória 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, 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.

### **4.2.3. Método**

#### **4.2.3.1. 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.

#### 4.2.3.2. 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.

#### 4.2.3.3. Instrumentos

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.

#### 4.2.4. Resultados

##### 4.2.4.1. 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 alendróico) 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 3 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 3.** Avaliação pré e pós teste da cognição, sintomatologia depressiva e comportamentos observados no pré e pósteste.

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 4 apresenta os resultados obtidos no AMT no pré e pós teste da P1.

**Quadro 4.** 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

#### 4.2.4.2. Apresentação do caso 2

O participante 2 (P2) é do gênero 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, dislipidemia 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 3 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 4 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.

#### **4.2.5. Discussão dos Resultados**

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 percepção 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).

#### **4.2.6. Conclusões**

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).

#### **4.2.7. 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.
- 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 Assesment 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.

#### 4.3. PERCEÇÕES DE PESSOAS IDOSAS COM DECLÍNIO COGNITIVO SOBRE A PARTICIPAÇÃO NUM PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA: ANÁLISE DE CONTEÚDO

### 4.3.1. Resumo e palavras-chave

#### Resumo

**Introdução:** A investigação sobre reminiscência tem sido, sobretudo, direcionada para os resultados da intervenção e a percepção desse impacto nos cuidadores, sendo necessárias investigações mais focadas na pessoa idosa em si, nomeadamente na sua percepção sobre este tipo de intervenção.

**Objetivo:** Explorar as percepções dos participantes sobre a terapia de reminiscência, nomeadamente os sentimentos experienciados durante e no final das sessões.

**Método:** Estudo exploratório, de carácter qualitativo, baseado na análise de conteúdo de entrevistas estruturadas. Amostra constituída por seis pessoas idosas, residentes numa instituição de apoio social, que aceitaram participar na terapia.

**Resultados:** Os participantes manifestaram uma opinião positiva sobre o tipo de terapia considerando importante relembrar a sua vida passada. Referiram sentir-se felizes e otimistas durante as sessões e expressaram sentimentos de alegria, contentamento e sensação de bem-estar após a recuperação de memórias passadas.

**Conclusões:** Em linha com os autores desta temática, a terapia de reminiscência mostrou-se efetiva, desencadeando estados afetivos de carácter imediato, tais como a alegria e o orgulho na partilha de informações. O estudo revela a importância de se conhecerem e valorizarem as percepções das pessoas idosas que participam em terapias.

**Palavras-chave:** Pessoas idosas; Reminiscência; Demência.

#### Abstract

**Introduction:** Research on reminiscence therapy has been mainly directed to the results of the intervention and the perception of that impact on caregivers, requiring more focused investigation on the older person itself, particularly in its perception about the intervention.

**Objective:** To explore the perceptions of participants on reminiscence therapy, namely the feelings experienced during and at the end of the sessions.

**Method:** An exploratory and qualitative study, based on content analysis of structured interviews. Sample consists of six elderly, residents in an institution of social support, who agreed to participate in therapy.

**Results:** Participants expressed a positive opinion about the therapy considering important to remember their past life. They reported feeling happy and optimistic during the sessions and expressed feelings of joy, contentment and sense of well-being after recovering past memory events.

**Conclusions:** In line with the authors of this issue, reminiscence therapy was effective, triggering affective states of immediate character, such as joy and pride in sharing information. The study reveals the importance of getting to know and appreciate the perceptions of older people participating in therapy.

**Keywords:** Older Persons; Reminiscence; Dementia.

### 4.3.2. Introdução

Os dados demográficos apontam para um aumento do envelhecimento na população portuguesa, representando a faixa etária das pessoas com mais de 65 anos 19.03% dos residentes no país em 2011, com valores mais elevados na região centro (22%) (1). Este envelhecimento acarreta maiores dificuldades na manutenção da independência e autonomia das pessoas idosas portuguesas, que relataram complicações relacionadas com a visão, mobilidade, tomar banho e vestir-se, fazer-se compreender e, em 15% dos inquiridos, dificuldades de memória e concentração (1).

Esta preocupação com a memória observa-se não só nas pessoas idosas em particular, mas ganhou uma dimensão mundial, constituindo-se o aparecimento de défice cognitivo e sua evolução para demência como um problema de saúde pública (2–5). O aumento da prevalência de demência causa um crescimento da sobrecarga da família, dos serviços de saúde e dos custos associados a estes (2,4).

Assumindo que a demência é uma doença degenerativa, mas de evolução muito lenta, o indivíduo e família necessitam de uma abordagem paliativa durante longos períodos, com a finalidade de melhorar a sintomatologia psicológica e comportamental associada (6–9). Uma das estratégias não farmacológica utilizada na demência, com o fim de melhorar a cognição e a sintomatologia associada a esta patologia é a reminiscência.

A reminiscência consiste na recuperação de experiências remotas, significativas para a pessoa (10). Os estudos apontam que estimulando as funções positivas da reminiscência (narrativa, integrativa, instrumental) e desencorajando as suas funções negativas (ruminação) observa-se melhoria da saúde mental (10,11).

Criar um sentido de continuidade do ego é uma das funções centrais da recuperação de memórias (12). No entanto, esta continuidade pode ser interrompida, seja por eventos de vida normativos ou críticos (morte de um filho, internamento hospitalar, admissão em lar de idosos), conduzindo à desorientação, com efeitos nefastos no bem-estar da pessoa (12). Neste sentido, a recuperação de memórias na velhice tem como propósito alcançar um conjunto de auto esquemas positivos que proporcionam um sentido de coerência e identidade à pessoa (13) permitindo a adaptação ao *stress* e mantendo a integridade passado-presente-futuro (14).

A reminiscência simples, como estratégia de terapia em pessoas idosas, assume-se como a promoção, individualmente ou em grupo, da recuperação de eventos de vida, sendo pouco estruturada, através da qual a pessoa pode saltar de um evento para outro (15). Consiste numa narrativa autobiográfica não estruturada, que promove o contacto social e o bem-estar (16). A reminiscência simples pretende estimular as funções sociais

da reminiscência (comunicação, educação, informação), criar laços e recuperar eventos passados positivos para promoção de emoções positivas (11,17).

Através da reminiscência narrativa, de carácter mais descritivo e menos interpretativo, a pessoa fornece informação biográfica e reconta histórias passadas (18). Esta função da reminiscência foi associada a emoções positivas, induzindo-as, mantendo-as ou amplificando-as (10). Verificou-se que a reminiscência, para além de proporcionar a partilha de informações, melhora a autoestima e o bem-estar e contribui para estados afetivos positivos de carácter imediato, nomeadamente a alegria, o prazer, o relaxamento, a curiosidade e o orgulho (10). As histórias de vida negativas têm maior probabilidade de ser recuperadas de forma intrapessoal (ruminação), enquanto as histórias positivas de serem partilhadas. Quanto mais positivo for o conteúdo da reminiscência, maior será o seu benefício terapêutico (19). O foco na recuperação de eventos passados e reativação de conhecimentos é praticado há várias décadas, através da terapia de reminiscência, no entanto, poucos são realizados com base em sessões individuais ou têm em conta as complexidades da memória autobiográfica (20).

A terapia de reminiscência em pessoas com demência apresenta resultados inconclusivos. No entanto, existe evidência científica que aponta para um impacto positivo desta terapia em pessoas com demência, na melhoria da cognição e humor (21–23), comportamento (21,23), bem-estar (22), da qualidade de vida (24), sintomatologia depressiva (25) e comunicação (26,27).

Apesar da terapia de reminiscência ser aplicada há cerca de cinco décadas, o seu uso em Portugal encontra-se pouco documentado, e as investigações existentes reportam-se, sobretudo, a populações com sintomatologia depressiva (28,29). Além da carência de estudos sobre reminiscência na demência, acresce-se a ausência de investigações focadas na pessoa idosa em si, nomeadamente na perceção que a mesma tem da intervenção, tendo os estudos sobre reminiscência mais direccionados para o impacto da intervenção e para a perceção do mesmo pelos cuidadores. Contudo, as pessoas com défice cognitivo conseguem, em fases iniciais, avaliar o que é importante para a sua qualidade de vida, sendo a sua perspetiva sobre as intervenções um elemento fundamental a considerar (30). O objetivo deste estudo é explorar as perceções dos participantes em terapia de reminiscência, nomeadamente o sentimento experienciado, durante e no final das sessões.

### **4.3.3. Método**

#### **4.3.3.1. Participantes**

Participaram nesta investigação 6 pessoas idosas com défice cognitivo, residentes numa instituição de apoio à terceira idade, do distrito de Castelo Branco. Trata-se de participantes de um estudo piloto, para avaliar o impacto de um programa de terapia de reminiscência com avaliação pré e pós teste. O acesso e recrutamento da amostra realizaram-se após contacto formal e autorização da direção da respetiva instituição. Os critérios de inclusão na investigação foram: a) idade maior ou igual a 65 anos; b) pontuação no *Montreal Cognitive Assessment* inferior ou igual a 26; c) pontuação na Escala de Deterioração Global entre 2 e 4 (pessoas com declínio cognitivo muito ligeiro até demência leve); d) consentimento informado e voluntário da pessoa idosa e família/representante legal.

A amostra foi constituída por 3 participantes do género masculino e 3 do género feminino, com idade média de 80 anos, com escolaridade básica (83.3%), maioritariamente viúvos (66.7%), residentes na instituição há mais de 1 ano (50%). O número médio de doenças crónicas diagnosticadas era de 5, o número médio de medicamentos 3.67, com 66.7% dos participantes medicados para a depressão.

#### 4.3.3.2. Procedimentos

Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e exploratório. Os indivíduos que aceitaram participar na investigação realizaram 5 sessões individuais de terapia de reminiscência simples, em que foi estimulada a recuperação de memórias autobiográficas de valência positiva. As sessões foram semanais, em horário acordado com o participante. A intervenção baseou-se num protocolo de intervenção previamente construído (31). O impacto da terapia foi avaliado através de metodologias quantitativas nos momentos pré e pós teste, sendo avaliadas as dimensões da cognição, depressão, comportamento e memória autobiográfica. Além da avaliação destas dimensões, foi administrada, por um investigador independente, no pós-teste uma entrevista estruturada para a identificação das perceções dos participantes sobre o programa de intervenção. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pela investigadora principal para análise de conteúdo, do tipo temático e frequencial (32). O conteúdo das entrevistas foi categorizado segundo os procedimentos descritos por *Bardin* (33): categorias, subcategorias, indicadores e unidades de registo. Foi utilizado o software Atlas.ti, versão 7 como instrumento de apoio ao processo de análise de conteúdo.

#### 4.3.3.3. Instrumentos

Para avaliar a perceção dos participantes após a realização do programa de reminiscência, foi construído um guião de entrevista estruturada. A aplicação do instrumento foi realizada no momento do pós-teste, aos participantes. O guião constava

de quatro questões de resposta curta, elaboradas pelos criadores do programa de reminiscência.

Devido às dificuldades inerentes à avaliação de pessoas com défice cognitivo (34) foram construídas questões simples e de resposta curta. De forma a facilitar a colaboração desta população, os participantes responderam de forma oral, sendo o conteúdo gravado e posteriormente transcrito.

As questões colocadas aos participantes foram:

- a) *De uma maneira geral o que achou da terapia de recordação?*
- b) *Achou importante relembrar a sua vida passada?*
- c) *Como se sentiu ao recordar memórias do passado?*
- d) *Como se sentia no final das sessões de terapia?*

#### 4.3.4. Apresentação dos resultados

Tendo por base o guião de entrevista elaborado, foram definidas quatro categorias em relação à perceção dos participantes das sessões de reminiscência: “*Opinião sobre a terapia*”, “*Importância de relembrar o passado*”, “*Sentimentos durante a recuperação de eventos*” e “*Sentimentos após sessões*”.

##### 4.3.4.1. Opinião sobre a terapia

Em relação à questão de entrevista “*De uma maneira geral o que achou da terapia de recordação?*”, os seis participantes referiram uma opinião positiva sobre a mesma. O Quadro 5 descreve a matriz de resposta a esta questão. Todos participantes referiram uma opinião positiva sobre a terapia, reportando sensações de felicidade e validade e considerando importante relembrar a sua vida passada.

*“Achei bem, porque são memórias que estão sempre.... As pessoas a pensar, eu a pensar nelas, penso muito (...). Por isso olhe, sinto-me assim feliz por ter e ao mesmo tempo tenho uma família.” (P2)*

*“Quer dizer embora eu não tenha a cabeça que tinha, mesmo assim ainda me considero alguma coisa, que ainda valo alguma coisa, que ainda tenho validade para alguma coisa. Ainda me consigo recordar.” (P5).*

**Quadro 5.** Matriz da categoria “*Opinião sobre a terapia*”.

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de registo
Opinião sobre a terapia	Opinião positiva	Bom	<i>“Achei bom, achei bom, achei bom.” (P1;P3)</i>
		Bem	<i>“Achei que isto é um meio de, olhe ...nem sei. (...) Achei que isto que é bom, que é um meio de a gente passar um bocado de tempo.” (P6)</i>
		Feliz Validade	<i>“Achei bem, porque são memórias que estão sempre.... As pessoas a pensar, eu a pensar nelas, penso muito mas como também tenho esta distração, tive lá com o trabalho da costura...faço isto e faço aquilo, e faço coisas que eles não sabem fazer (...) Por isso olhe, sinto-me assim feliz por ter e ao mesmo tempo tenho uma família.” (P2)</i>



*“Eu achei fantástico, achei bem. Achei bem porque vêm coisas à ideia que se calhar já estariam apagadas se não forem recordadas novamente.” (P4)*

*“Olhe, sabe o que é que achei? Quer dizer embora eu não tenha a cabeça que tinha, mesmo assim ainda me considero alguma coisa, que ainda valo alguma coisa, que ainda tenho validade para alguma coisa. Ainda me consigo recordar.” (P5)*

#### 4.3.4.2. Importância de lembrar o passado

Em relação à questão de entrevista *“Acho importante lembrar a sua vida passada?”*, cinco participantes consideraram positivo recuperar eventos do passado:

*“Achei e são coisas que nunca me esquecem enquanto eu tiver cinco sentidos de juízo como tenho.” (P2)*

*“Então não achei? Achei fantástico este questionário para as pessoas não apagarem a memória. Porque a memória tem que ser desenvolvida senão deixamo-la morrer lentamente.” (P4)*

Apesar da importância atribuída à recordação de memórias passadas pela maioria das pessoas idosas que colaboraram no estudo, no um dos participantes teve algumas objecções, manifestando uma opinião contraditória:

*“Nalguns aspetos achei, agora noutros não. Lembrar a morte do meu pai, ainda hoje sinto a dor. Mas por exemplo o casamento e o curso de cristandade, o nascimento das minhas filhas, isso, ainda hoje me sinto bem.” (P5)*

O Quadro 6 descreve a matriz de resposta à categoria *“Importância de lembrar o passado”*, respectivas subcategorias (opinião positiva/opinião contraditória), Indicadores e unidades de registo.

**Quadro 6.** Matriz sobre a categoria *“Importância de lembrar o passado”*.

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de registo
Importância de lembrar o passado	Opinião positiva	<i>Achei Importante Fantástico</i>	<i>“Eu achei-me bem, é importante sim.” (P6) (P1;P3)</i>
			<i>“Achei e são coisas que nunca me esquecem enquanto eu tiver cinco sentidos de juízo como tenho.” (P2)</i>
		<i>“Então não achei? Achei fantástico este questionário para as pessoas não apagarem a memória. Porque a memória tem que ser desenvolvida senão deixamo-la morrer lentamente.” (P4)</i>	
	Opinião contraditória	<i>Achei Não</i>	<i>“Nalguns aspetos achei, agora noutros não. Lembrar a morte do meu pai, ainda hoje sinto a dor. Mas por exemplo o casamento e o curso de cristandade, o nascimento das minhas filhas, isso, ainda hoje me sinto bem.” (P5)</i>

#### 4.3.4.3. Sentimentos durante a recuperação de acontecimentos autobiográficos

Em relação às respostas à pergunta: “*Como se sentiu ao recordar memórias do passado?*”, quatro pessoas manifestaram sentimentos positivos, expressando alegria, optimismo e sensação de bem-estar, durante a participação nas sessões de reminiscência.

“*Alegre, alegre, alegre, alegre, alegre, alegre.*” (P1)

“*Senti-me bem, senti-me logo otimista porque recordar é viver.*” (P4)

“*Senti-me bem por que ainda tenho capacidade para isso.*” (P2)

Dois participantes, no entanto, referiram sentimentos negativos, particularmente de tristeza, durante a recuperação de memórias da vida passada.

“*Senti-me triste.*” (P3)

“*Olhe houve coisas tristes e outras coisas menos tristes.*” (P5)

O Quadro 7 sintetiza a informação referente à matriz da categoria “*Sentimentos durante a recuperação de eventos*” e sua subcategorização em sentimentos positivos e negativos, bem como os indicadores e unidades de registo utilizados na análise de conteúdo.

**Quadro 7.** Matriz da categoria “*Sentimentos durante a recuperação de eventos*”.

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de registo
Sentimentos durante a recuperação de eventos	Sentimentos positivos	<i>Alegre Bem</i>	“ <i>Alegre, alegre, alegre, alegre, alegre.</i> ” (P1)
		<i>Otimista</i>	“ <i>Senti-me bem por que ainda tenho capacidade para isso.</i> ” (P2)
			“ <i>Senti-me bem, senti-me logo otimista porque recordar é viver.</i> ” (P4)
			“ <i>Senti-me bem, senti-me bem a recordar coisas do passado.</i> ” (P6)
	Sentimentos negativos	<i>Triste</i>	“ <i>Senti-me triste.</i> ” (P3)
			“ <i>Olhe houve coisas tristes e outras coisas menos tristes.</i> ” (P5)

#### 4.3.4.4. Sentimentos após as sessões

Em relação à questão: “*Como se sentia no final das sessões de terapia?*”, quatro participantes consideraram positivo recuperar eventos do passado:

“*Sentia-me bem, sentia-me feliz. Eu no final da terapia sentia-me bem, estou satisfeito.*” (P4).

Dois dos participantes verbalizaram sentimentos ambíguos:

“*Não sei como é que me sentia. Sentia-me uns dias bem outros dias mal.*” (P3)

“*Às vezes um bocadinho mais magoado mas valeu a pena.*” (P5)

O Quadro 8 descreve a matriz de resposta à categoria “ Sentimentos após as sessões”, respetivas subcategorias (sentimentos positivos/sentimentos contraditórios), Indicadores e unidades de registo.

**Quadro 8.** Matriz da categoria “*Sentimentos após sessões*”.

Categoria	Subcategoria	Indicador	Unidade de registo
Sentimento após sessões	Sentimentos positivos	Alegre	“Alegre, alegre, alegre, alegre, alegre, alegre.” (P1)
		Feliz Bem	“Sentia-me bem, sentia-me feliz. Eu no final da terapia sentia-me bem, estou satisfeito.” (P4)
	Sentimentos contraditórios		“Sentia-me bem, sentia-me bem.” (P6)
		Magoado Mal	“Não sei como é que me sentia. Sentia-me uns dias bem outros dias mal.” (P3)
		“Às vezes um bocadinho mais magoado mas valeu a pena.” (P5)	

#### 4.3.5. Discussão

A implementação da terapia de reminiscência percecionada como sendo positiva pelos participantes do estudo. O facto de se tratar, por um lado, de um tipo de intervenção individualizado e personalizado e, por outro lado, de uma atividade significativa muito significativa para a pessoa idosa, poderão ter contribuído para uma perceção positiva da terapia de reminiscência. A personalização é um aspeto essencial da terapia de reminiscência, quer com pessoas idosas no geral (35,36), quer com pessoas com défice cognitivo em particular (30,37,38), dadas as singularidades e limitações destas populações. Por outro lado, a reminiscência foca-se num aspeto de importância primordial para a pessoa e da qual tem um conhecimento exímio, a sua própria vida (36). Ao valorizar temáticas (individual, social, familiar e musical) identificadas como importantes em atividades com pessoas residentes em instituições, a reminiscência é enquadrada como uma atividade significativa (39).

O tipo de perceções positivas constatadas poderá, ainda, relacionar-se com facto da terapia de reminiscência se focar nas potencialidades do individuo e não nos seus défices cognitivos (21,36,38). Esta explicação é visível, por exemplo em certas verbalizações, tais como:

“Senti-me bem porque ainda tenho capacidade para isso.” (P2)

“ Senti-me bem, senti-me logo otimista porque recordar é viver.” Sentia-me bem, sentia-me feliz (...) estou satisfeito.” (P4)

“(…) ainda me considero alguma coisa, que ainda valo alguma coisa, que ainda tenho validade para alguma coisa. (...)” “Às vezes um bocadinho mais magoado mas valeu a pena.” (P5)

Após a implementação do programa de reminiscência, focado na recuperação de eventos de vida positivos (31), verificou-se que, em linha com os pressupostos subjacentes à sua implementação, os participantes associaram a recuperação de experiências passadas a emoções positivas. Este fato contribui para estados afetivos positivos de carácter imediato, nomeadamente a alegria, o prazer, e o orgulho (10,40).

*“Alegre, alegre, alegre, alegre, alegre, alegre.”* (P1)

*“Senti-me bem porque ainda tenho capacidade para isso.”* (P2)

Os resultados desta investigação acentuam a importância de incentivar a recuperação de memórias positivas, que estimulem as funções adaptativas da reminiscência (narrativa, integrativa, instrumental) e desencorajem utilizações negativas e menos adaptativas (ruminação) dos conteúdos da memória autobiográfica, com o intuito de melhorar a saúde mental (10,11,19,41,42). A utilização das funções positivas da reminiscência, que permitam a recuperação de memórias autobiográficas positivas promove o humor positivo (41,42), patente em algumas afirmações dos participantes, anteriormente expostas.

No entanto, apesar da maior parte dos participantes referir emoções positivas, foram, também, mencionados sentimentos contraditórios em relação à reminiscência, evocando emoções de tristeza em verbalizações como:

*“Senti-me triste.”* (P3)

*“Olhe houve coisas tristes e outras coisas menos tristes. (...) Nalguns aspetos achei, agora noutros não. Relembrar a morte do meu pai, ainda hoje sinto a dor. Mas por exemplo o casamento e o curso de cristandade, o nascimento das minhas filhas, isso, ainda hoje me sinto bem.”* (P5)

Estes dados podem encontrar-se relacionados com características particulares dos indivíduos, nomeadamente a presença de humor depressivo, fator que promove de forma expressiva a recuperação de memórias de valência negativa (41,43). Estes resultados podem, também, dever-se à aplicação de um dos testes usados na avaliação pré e pós-teste, a Prova de Memória Autobiográfica (28,44), que pressupunha a evocação de memórias quer positivas, quer negativas, perante apresentação de palavras estímulo.

O facto da terapia de reminiscência poder gerar perceções de carácter mais negativo deve merecer a análise e reflexão do terapeuta (35). A reminiscência narrativa, enquanto estratégia de promoção da recuperação de eventos de vida, tem um baixo carácter avaliativo e visa essencialmente as memórias positivas (13). Contudo, a perceção deste tipo de intervenção com uma valência mais negativa deve ser analisada com detalhe, revelando, frequentemente, expressões ambíguas, como por exemplo:

*“Às vezes um bocadinho mais magoado mas valeu a pena.”* (P5).

Este estudo apresenta como principais limitações o facto de a amostra ser reduzida e proveniente de um único contexto social e cultural específico. Como

potencialidade deste estudo, destaca-se a sua pertinência e relevância na valorização das percepções das pessoas idosas com declínio cognitivo relativamente às intervenções.

#### 4.3.6. Conclusões

Apesar das limitações associadas ao défice cognitivo, nomeadamente na linguagem, capacidade de comunicação e interpretação do discurso (7,8,34,45), os participantes tiveram a oportunidade de expressar a sua perspetiva pessoal sobre a intervenção a que foram submetidos (30). Escutar as opiniões e percepções da pessoa com défice cognitivo enfatiza o seu valor como pessoa (30). Este aspeto parece fulcral para a dimensão ética do cuidar em pessoas com défices da cognição, sendo necessárias mais investigações nesta linha de pensamento, que promovam a melhoria e desenvolvimento de terapias adaptadas e efetivas para esta população.

#### 4.3.7. Referências bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011: Resultados Definitivos- Portugal. Instituto Nacional de Estatística, editor. Lisboa; 2012. 1-32 p.
2. Gonçalves-Pereira M, Daniel Sampaio. Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. Rev Port Saúde Pública. 2010;29(1):3–10.
3. Woods RT, Bruce E, Edwards RT, Hounscome B, Keady J, Moniz-Cook ED, et al. Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol. *Trials*. 2009;10:64.
4. Wimo A, Winblad B, Jönsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers Dement* [Internet]. Elsevier; 2010 Mar 3 [cited 2015 Nov 27];6(2):98–103. Available from: <http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552526010000154/fulltext>
5. World Health Organization, Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority. World Health Organization, Alzheimer's Disease International, editors. Geneve: World Health Organization Alzheimer's Disease International; 2012.
6. Moniz-Cook E, Vernooij-Dassen M, Woods B, Orrell M, Interdem Network. Psychosocial interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto. *Aging Ment Health* [Internet]. 2011;15(3):283–90. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2010.543665>
7. Alzheimer Association. 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;9(2):208–45. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1552526013000769>

8. Van Der Linde RM, Dening T, Matthews FE, Brayne C. Grouping of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(6):562–8.
9. Van Asch IFM, Nuyen J, Veerbeek M a., Frijters DHM, Achterberg WP, Pot AM. The diagnosis of depression and use of antidepressants in nursing home residents with and without dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:312–8.
10. Cappeliez P, Guindon M, Robitaille A. Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *J Aging Stud*. 2008;22(3):266–72.
11. Pinquart M, Forstmeier S. Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging Ment Health [Internet]*. 2012;16(5):541–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22304736>
12. Bluck S, Liao H. I Was Therefore I Am: Creating Self-Continuity Through Remembering Our Personal Past. *Int J Reminisc Life Rev [Internet]*. 2013;1(1):7–12. Available from: <http://www.ijrlr.org/ojs/index.php/IJRLR/article/view/18>
13. Afonso R. Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas. Gulbenkian FC, Tecnologia F para a C e, editors. Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia; 2011.
14. Puentes WJ. A stress-adaptation model of the phenomenon. *Issues Ment Health Nurs*. 2002;23:497–511.
15. Webster JD, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Mapping the Future of Reminiscence: A Conceptual Guide for Research and Practice. *Res Aging*. 2010;32(4):527–64.
16. Burnside I, Haight BK. Reminiscence and life review: analysing each concept. *J Adv Nurs [Internet]*. 1992 Jul [cited 2015 Nov 27];17(7):855–62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02008.x>
17. Westerhof GJ, Bohlmeijer E, Webster JD. Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing Soc*. 2010;30(04):697–721.
18. Wong PT, Watt LM. What types of reminiscence are associated with successful aging? *Psychol Aging [Internet]*. 1991;6(2):272–9. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0026179340&partnerID=tZOtx3y1>
19. Parker RG. Reminiscence: a continuity theory framework. *Gerontologist [Internet]*. 1995;35(4):515–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7557522>
20. Lalanne J, Piolino P. Main interventions for rehabilitation of autobiographical memory in Alzheimer's disease from early to severe stage: a review and new perspectives. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil [Internet]*. 2013;11(3):275–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026130>
21. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O. Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas [Internet]*. Elsevier Ireland Ltd; 2012;72(3):203–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>

22. Subramaniam P, Woods B. The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: systematic review. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2012 [cited 2015 Sep 28];12(5):545–55. Available from: <http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1586%2Fern.12.35>
23. Woods B, Spector A, Jones C. Reminiscence therapy for dementia: Review. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005;(2). Available from: <http://www.update-software.com/pdf/CD001120.pdf>
24. Serrani Azcurra DJL. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2012;34(4):422–33. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=23429813>
25. Hsieh CJ, Chang C, Su SF, Hsiao YL, Shih YW, Han WH, et al. Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *J Exp Clin Med* [Internet]. Taiwan Medical University; 2010;2(2):72–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1878-3317\(10\)60012-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1878-3317(10)60012-5)
26. Okumura Y, Tanimukai S, Asada T. Effects of short-term reminiscence therapy on elderly with dementia: A comparison with everyday conversation approaches. *Psychogeriatrics*. 2008;8(3):124–33.
27. Wang J-J. Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:1235–40.
28. Afonso RM. Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatologia depressiva, la integridade del yo u el bienestar psicológico en población mayor portuguesa. Universidade da Beira Interior; 2007.
29. Gonçalves DC. Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas. Universidade do Minho; 2006.
30. Beuscher L, Grando VT. Challenges in conducting qualitative research with individuals with dementia. *Res Gerontol Nurs* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Nov 27];2(1):6–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3076620&tool=pmcentre&z&rendertype=abstract>
31. Lopes TS, Afonso R, Ribeiro OMS. Programa de reminiscência simples para pessoas idosas con demência. *Int J Dev Educ Psychol Rev Psicol* [Internet]. 2013;2(1):107–18. Available from: <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1093>
32. Amado J da S. Ref\_5-53a63.Pdf. *Rev Ref*. 2000;5:53–63.
33. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA.; 2009.
34. Gomoll BP, Kumar a. Managing anxiety associated with neurodegenerative disorders. *F1000Prime Rep* [Internet]. 2015;7(January). Available from: <http://f1000.com/prime/reports/m/7/5/pdf>  
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=e>

med12&AN=2015680355

[http://bf4dv7zn3u.search.serialssolutions.com.myaccess.library.utoronto.ca/?url\\_ver=Z39.88-2004&rft\\_val\\_fmt=info:ofi/fmt:kev](http://bf4dv7zn3u.search.serialssolutions.com.myaccess.library.utoronto.ca/?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev)

35. Gonçalves D, Martín I. Intervenção na depressão geriátrica através de reminiscência. *Psicol Argumentativa*. 2007;25(51):371–84.
36. Gonçalves DC, Albuquerque PB, Martín I. Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*. 2008;1(26):101–10.
37. Alzheimer Society. Guidelines for care: Person-centered care of people with dementia living in care homes [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 27]. Available from: [http://www.alzheimer.ca/~ /media/Files/national/Culture-change/culture\\_change\\_framework\\_e.pdf](http://www.alzheimer.ca/~ /media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_e.pdf)
38. Peix RO. Reminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurol - Psychiatr - Geriatr*. 2009;9(51):163–5.
39. Harmer BJ, Orrell M. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging Ment Health* [Internet]. Routledge; 2008 Sep 14 [cited 2015 Nov 27];12(5):548–58. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860802343019?journalCode=camh20>
40. Cappeliez P, Rivard V, Guindon S. Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. *Rev Eur Psychol Appliquée/European Rev Appl Psychol* [Internet]. 2007 Sep [cited 2015 Nov 27];57(3):151–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1162908807000308>
41. Gordon B. Mood and Memory. *Am Psychol* [Internet]. 1981 [cited 2015 Nov 27];36(2):129–48. Available from: [http://web.stanford.edu/~gbower/1981/Mood\\_Memory\\_in\\_American\\_Psychologist.pdf](http://web.stanford.edu/~gbower/1981/Mood_Memory_in_American_Psychologist.pdf)
42. Brinker JK. Rumination and reminiscence in older adults: Implications for clinical practice. *Eur J Ageing*. 2013;10(3):223–7.
43. Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Herman D, Raes F, Watkins E, et al. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull*. 2007;133(1):122–48.
44. Williams JM, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *J Abnorm Psychol*. 1986;95(2):144–9.
45. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2011 May [cited 2014 Jul 9];7(3):270–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3312027&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>



## CAPÍTULO V. ESTUDO 2

5.1. IMPACTO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIA LIVRE E INDIVIDUAL EM PESSOAS IDOSAS COM DÉFICE COGNITIVO INSTITUCIONALIZADAS.

Artigo Publicado:

Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., & Freitas, M. (2014). Impacto de um programa de terapia de reminiscência livre e individual em pessoas idosas com déficit cognitivo institucionalizadas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD, Revista de Psicología*, 2 (1). doi: 10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.012.

### 5.1.1. Resumo e Palavras-Chave

#### Resumo

A evidência científica sobre a eficácia da terapia de reminiscência em pessoas idosas com declínio cognitivo e demência leve sugere a existência de alguns benefícios deste tipo de intervenção; contudo, os resultados não são conclusivos. Este estudo pretende avaliar o impacto de um programa de terapia de reminiscência nas dimensões cognição, humor, ansiedade, comportamento e memória autobiográfica. Participaram no estudo 11 pessoas idosas com déficit cognitivo, institucionalizadas, randomizados para um grupo experimental (n=5), ao qual foram aplicadas 5 sessões individuais de reminiscência livre e para um grupo de controlo (n=6) aos quais não foi aplicada qualquer intervenção. A avaliação dos efeitos da terapia foi realizada com medidas pré e pós-teste, recolhidas por um avaliador cego à distribuição dos participantes pelos grupos. Os resultados indicaram melhorias ao nível do comportamento observado ( $Z=2.114$ ;  $p=0.035$ ) e da recuperação de memórias autobiográficas, nomeadamente no número de eventos recuperados ( $Z=2.909$ ;  $p=0.004$ ), tempo de latência ( $Z=2.739$ ;  $p=0.006$ ), especificidade das memórias evocadas ( $Z=2.659$ ;  $p=0.008$ ) e valência positiva dos eventos ( $Z=2.384$ ;  $p=0.017$ ) do grupo experimental em relação ao grupo de controlo. Nos restantes domínios (cognição, depressão, ansiedade), verificou-se uma tendência para a melhoria, no entanto os resultados não foram estatisticamente significativos. Os resultados apoiam a existência de efeitos positivos da reminiscência em pessoas com déficit cognitivo.

**Palavras-Chave:** Pessoas Idosas. Reminiscência. Déficit cognitivo.

#### Abstract

The scientific evidence on the effectiveness of reminiscence therapy in older persons with cognitive decline and mild dementia suggests the existence of some benefits of this type of intervention; however, the results are not conclusive. This study aims to assess the impact of a reminiscence therapy program in the dimensions cognition, mood, anxiety, behaviour and autobiographical memory. A sample of 11 older persons with cognitive impairment, institutionalized, were randomly assigned to an experimental group (n = 5), to whom were applied 5 individual sessions of simple reminiscence and a control group (n = 6) which was not applied any intervention. The assessment of the effects of therapy was performed with pre and post-test measures, collected by an evaluator, blinded for the distribution of participants by groups. The results indicate improvements in the observed behaviour ( $Z = 2.114$ ;  $p = 0.035$ ) levels and recovery of autobiographical memories, namely the number of retrieved events ( $Z = 2.909$ ,  $p = 0.004$ ), latency time ( $Z = 2.739$ ;  $p = 0.006$ ), specificity of evoked memories ( $Z = 2.659$ ,  $p = 0.008$ ) and positive valence of events ( $Z = 2.384$ ,  $p = 0.017$ ) in the experimental group compared to the control group. In the remaining fields (cognitive, depression, anxiety), there was a trend towards improvement, but the results were not statistically significant. The results support the existence of positive effects for reminiscence in people with cognitive impairment.

**Keywords:** Older Persons. Reminiscence. Cognitive Impairment.

### 5.1.2. Introdução

A população mundial está a envelhecer, graças aos contributos e melhorias nos cuidados de saúde. Hoje vive-se mais tempo e de forma mais saudável. Todavia, este aumento da longevidade acarretou ao acréscimo de pessoas com doenças crónicas, entre as quais a demência, atualmente considerada um problema de saúde pública (World Health Organization - WHO, 2012). Estudos nesta área vieram demonstrar que a sequência de alterações biológicas responsáveis pelas demências começam muitos anos antes da perda de memória e declínio funcional (Sperling et al., 2011), considerando-se atualmente o défice cognitivo ligeiro como um estágio inicial de demência. Indivíduos com declínio cognitivo ligeiro têm maior probabilidade de desenvolver quadros demenciais, pelo que se torna fulcral uma intervenção precoce (Sousa, & Sequeira, 2012).

Entre as intervenções não farmacológicas identificadas como potencialmente benéficas em pessoas idosas com défice cognitivo e demência leve está a terapia de reminiscência (Peix, 2009). No entanto, a evidência científica sobre a sua eficácia ainda é ténue, apontando para resultados inconclusivos e/ou pouco consistentes (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005). Os estudos de revisão realizados neste âmbito apontam para melhorias significativas da cognição, comportamento, humor e qualidade de vida após aplicação de terapia de reminiscência (e.g. Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Kwon, Cho, & Lee, 2013; Woods et al., 2005).

As razões subjacentes à inconsistência dos resultados poderão ser as limitações associadas às estratégias de avaliação da eficácia das intervenções, a fraca qualidade metodológica dos estudos (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Lin, Dai, & Hwang, 2003; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010; Woods et al., 2005), e a indefinição de modelos de intervenção estruturados que fundamentem a prática da reminiscência (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008; Gonçalves, & Martin, 2007).

Bluck e Levine (1998) analisaram a reminiscência como uma forma particular de memória autobiográfica. Os autores consideraram a reminiscência como uma forma de recuperar essa informação e a memória autobiográfica o sistema que codifica, armazena e recupera a informação sobre as nossas experiências pessoais. Esta perspetiva de integração dos dois campos de estudo pretendia reforçar a investigação em ambas as áreas (Webster, & Cappeliez, 1993; Westerhof, & Bohlmeijer, 2014), apesar de, na prática poucas intervenções serem realizadas com base em sessões individuais ou tendo em conta as complexidades da memória autobiográfica (Lalanne, & Piolino, 2013; Westerhof, & Bohlmeijer, 2014).

Criar um sentido de continuidade do ego, que nos permita o sofisticado e distinto comportamento humano é uma das funções centrais da recuperação de memórias

autobiográficas (Bluck, & Liao, 2013). Estas são fundamentais para o ego, as emoções e as experiências pessoais, que se inserem numa cultura, ao longo do tempo de vida (Conway, & Pleydell-Pearce, 2000). Contudo, esta continuidade pode ser interrompida, por eventos de vida normativos ou críticos (morte de um filho, internamento hospitalar, institucionalização), conduzindo à desorientação e com efeitos nefastos no bem-estar da pessoa (Bluck, & Liao, 2013).

Os estudos sobre memória autobiográfica em pessoas com demência indicam um declínio da memória autobiográfica à medida que a patologia avança (El Haj, Postal, LeGall, & Allain 2011; Martinelli, Anssens, Sperduti & Piolino, 2013; Philippi et al., 2012). Assim sendo, tendo em conta que os sintomas psicológicos e comportamentais são, muitas vezes, o foco da preocupação e sobrecarga dos cuidadores (WHO, 2012), a ideia de utilizar a terapia de reminiscência, direcionada para eventos de vida positivos e específicos, poderá melhorar a memória autobiográfica e, de forma indireta, alguma sintomatologia associada à demência, nomeadamente a desorientação (Bluck, & Liao, 2013). Os resultados positivos observados nesta população, parecem advir da possibilidade de se utilizarem memórias mais remotas, relativamente intactas que não implicam a aprendizagem de novas estratégias (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Gonçalves, & Martín, 2008). Com efeito, ao focar-se nas capacidades preservadas da pessoa, a reminiscência valoriza a sua trajetória de vida, dá resposta à necessidade humana básica de comunicar e promove competências elementares para lidar com o quotidiano (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Gonçalves, & Martín, 2008; Peix, 2009).

O exercício de recuperação de eventos autobiográficos passados e reativação de conhecimentos é praticado há várias décadas em contexto institucional, através da terapia de reminiscência, apesar de o seu uso em Portugal estar pouco documentado. O presente estudo pretende avaliar o impacto de um programa de terapia de reminiscência individual e junto de pessoas com défice cognitivo institucionalizadas, nas dimensões cognição, humor, ansiedade, comportamento e memória autobiográfica. O programa de reminiscência aplicado neste estudo segue um protocolo de intervenção anteriormente desenvolvido (Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2014).

### **5.1.3. Método**

#### **5.1.3.1. Participantes**

As tabelas 23 e 24 descrevem as principais características sociodemográficas e de saúde geral dos participantes, no momento da avaliação inicial/pré teste. Os participantes tinham uma idade média superior a 86 anos, maioritariamente de sexo feminino e com escolaridade básica. Em relação à sua saúde física e mental, a maioria

tinha 3 ou mais doenças conhecidas, estava medicado com mais de 5 fármacos, de entre os quais antidepressivos e nenhum tinha diagnóstico médico de demência. Verificou-se que após a randomização dos participantes, os grupos não apresentavam diferenças estatisticamente significativas no início do estudo.

**Tabela 23.** Caracterização da amostra no pré teste.

Variável	Grupo experimental	Grupo controlo	Z	ρ
	Média ±SD ou n (%)			
Idade	87.80±1.828	86.17±2.242	0.367	0.714
Sexo			0.136	0.892
Feminino	4 (80)	5 (83.3)		
Masculino,	1 (20)	1 (16.7)		
Escolaridade			0.471	0.637
Nenhuma	1 (20)	2 (33.3)		
1-4 Anos	4 (80)	4 (66.7)		
Número de doenças			0.601	0.548
1	1 (20)	0 (0)		
2	0 (0)	2 (33.3)		
3	2 (40)	0 (0)		
Mais de 3	2 (40)	4 (66.7)		
Número de medicamentos			1.625	0.104
1-2	1 (20)	0 (0)		
3-5	1 (20)	0 (0)		
Mais de 5	3 (60)	6 (100)		
Medicação para depressão			0.218	0.827
Sim	3(60)	4 (66.7)		
Não	2(40)	2 (33.3)		
GDetS			0.202	0.840
2	3 (60)	3 (50)		
3	1 (20)	2 (33.3)		
4	1 (20)	1 (16.7)		

**Legenda:** (Z) Teste do U de Mann-Whitney; (ρ) Nível de Significância; (\*)  $p < 0.05$ .

**Tabela 24.** Resultados dos grupos no Pré Teste.

Variável	Grupo experimental	Grupo controlo	Z	ρ
	Média ±SD			
MoCA	15.40±1.600	13.17±1.470	1.203	0.229
CSDD	6.00±1.761	8.33±1.764	0.551	0.581
ADAS n Cog	3.00±1.789	5.00±1.633	1.679	0.094
GAI	8.40±2.581	9.17±2.386	0.550	0.582
GDS	1.80±0.374	2.00±0.683	0.374	0.709
AMT				
Recuperação	14.80±0.200	13,83±0.477	1.610	0.107
Gerais	11,20±0.735	11,00±0.632	0.190	0.850
Específicos	3.60±0.678	2.83±0.543	0.864	0.388
Positivos	8.40±0.812	8.33±1.382	0.185	0.931
Negativos	6,40±0.812	5.50±1,176	0.461	0.645
Tempo	99,80±11.55	140,33±27.69	1.095	0.273

**Legenda:** (Z) Teste do U de Mann-Whitney; (ρ) Nível de Significância; (\*)  $p < 0.05$ .

### 5.1.3.2. Instrumentos

O desempenho cognitivo foi avaliado através do MoCA, validado para a população portuguesa (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2013). O instrumento mostrou-se mais

sensível para estádios ligeiros de declínio da cognição, tendo maior capacidade discriminativa para a demência do que o *Mini Mental State Examination*.

O comportamento observado, cotado por um cuidador formal com contacto diário e de proximidade com o participante, através da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer Não Cognitiva (ADAS n Cog) traduzida e aferida para português (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Guerreiro, Fonseca, Barreto, & Garcia, 2008). A escala avalia 10 domínios do comportamento, associados a alterações frequentemente presentes em pessoas com demência.

Os sintomas depressivos avaliados através da *Geriatric Depression Scale* (GDS) validada para Portugal (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008), para aplicação ao participante. Foi utilizada a versão curta, com cinco perguntas, dadas as dificuldades de atenção e de colaboração em testes desta população. Para complementar a avaliação desta variável, foi solicitada uma avaliação qualitativa ao cuidador formal, através da *Cornell Scale for Depression in Dementia* (CSDD), traduzida para português (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, Vieira, Lopes, & Vieira, 2008). Avalia cinco manifestações de sintomas depressivos, sendo este instrumento selecionado pela sua especificidade a esta população (Wang, 2007).

A ansiedade, avaliada através da *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) validada para a população portuguesa (Ribeiro, Paúl, & Firmino, 2011). O participante concorda ou não com as 30 frases descrevendo como se sente em relação à última semana.

A recuperação da memória autobiográfica avaliada através da Prova de Memória Autobiográfica (AMT). O instrumento cota a habilidade na recuperação de memórias autobiográficas específicas, num tempo limitado, mediante apresentação de palavras-estímulo e está validado para a população portuguesa (Afonso, 2007).

#### 5.1.3.3. Procedimentos

O desenho de investigação equacionado para este trabalho foi um estudo experimental, com avaliação pré e pós teste. A investigação foi realizada num Lar de terceira idade, da zona da Beira Interior de Portugal, entre Julho e Setembro de 2014, após autorização formal da direção da instituição. Participaram no estudo 11 pessoas idosas com declínio da cognição, residentes na instituição.

O recrutamento da amostra foi realizado pelo enfermeiro da instituição, através da aplicação de rastreio cognitivo, avaliação do grau de demência e história de saúde e doença. Foram envolvidos no estudo os utentes que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: a) pessoas com 65 ou mais anos de idade, residentes na instituição; b) *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) inferior ou igual a 22; c) *Global Deterioration*

Scale (GDetS) entre 2 e 4; d) consentimento duplo, informado e voluntário da pessoa idosa e família/responsável legal.

Após consentimento informado do participante e família/ representante legal, a amostra foi randomizada, através de uma lista numérica, para um grupo experimental (n=5) ao qual foram aplicadas 5 sessões individuais de reminiscência livre e para um grupo de controlo (n=6) aos quais não foi aplicada qualquer intervenção.

A intervenção através de terapia de reminiscência foi aplicada por uma enfermeira, externa à instituição e alheia ao recrutamento da amostra. As sessões foram semanais, com a duração média de 30 a 40 minutos e ocorreram durante o mês de Agosto de 2014.

A avaliação dos efeitos da terapia obteve-se através de medidas pré e pós-teste, recolhidas por um avaliador cego à distribuição dos participantes pelos grupos. Os instrumentos de avaliação foram aplicados na semana anterior e na seguinte à aplicação da intervenção.

#### 5.1.4. Resultados

Os resultados indicaram melhorias ao nível do comportamento observado ( $Z=2.114$ ;  $p=0.035$ ) e da recuperação de memórias autobiográficas, nomeadamente no número de eventos recuperados ( $Z=2.909$ ;  $p=0.004$ ), tempo de latência ( $Z=2.739$ ;  $p=0.006$ ), especificidade das memórias evocadas ( $Z=2.659$ ;  $p=0.008$ ) e valência positiva dos eventos ( $Z=2.384$ ;  $p=0.017$ ) do grupo experimental em relação ao grupo de controlo. Nos restantes domínios verificou-se uma tendência para a melhoria, no entanto os resultados não foram estatisticamente significativos: cognição ( $Z=1.461$ ;  $p=0.144$ ), depressão ( $Z=-1.229$ ;  $p=0.219$ ) e ansiedade ( $Z=-1.570$ ;  $p=0.116$ ). A tabela 25 descreve os scores obtidos pelos dois grupos após a aplicação da intervenção ao grupo experimental.

**Tabela 25.** Resultados dos grupos no Pós Teste.

Variável	Grupo experimental	Grupo controlo	Z	p
	Média ±SD			
MoCA	17.20±2.22	12.83±1.797	1.461	0.144
CSDD	5.40±1.364	8.00±0.775	1.229	0.219
ADAS n Cog	2.80±8.60	6.17±1.078	<b>2.114</b>	<b>0.035*</b>
GAI	4.40±1.470	9.00±2.033	1.570	0.116
GDS	1.00±0.447	1.83±0.477	1.610	0.107
AMT				
Recuperação	15.00±0.00	12.67±0.760	<b>2.909</b>	<b>0.004**</b>
Gerais	7.20±1.562	10.83±0.792	1.750	0.080
Específicos	8.60±1.536	1.83±0.601	<b>2.659</b>	<b>0.008**</b>
Positivos	11.0±0.837	5.67±1.520	<b>2.384</b>	<b>0.017*</b>
Negativos	5.80±1.744	7.00±0.931	0.930	0.352
Tempo	68.40±8.767	206.83±42.82	<b>2.739</b>	<b>0.006**</b>

**Legenda:** (Z) Teste do U de Mann-Whitney; (p) Nível de Significância; (\*)  $p<0.05$ .



### 5.1.5. Discussão

Este estudo permitiu avaliar o impacto de um programa de terapia de reminiscência, nas dimensões cognição, comportamento, depressão, ansiedade e memória autobiográfica. Os resultados apoiam a existência de um impacto positivo da reminiscência em pessoas com declínio cognitivo leve a moderado, particularmente na diminuição de distúrbios do comportamento e melhoria na recuperação de memórias autobiográficas.

Os resultados evidenciam uma diminuição das alterações comportamentais nos participantes do grupo experimental, corroborando os resultados de estudos anteriores (e.g. Akanuma et al., 2011; Hsieh et al., 2010; Huang et al., 2009; Wang, Yen, & OuYang, 2009; Woods et al., 2005) que evidenciam melhorias comportamentais tais como a diminuição do distúrbio social (Wang, Yen, & OuYang, 2009), da apatia (Hsieh et al., 2010), aumento da participação social (Azcurra, 2012; Huang et al., 2009) e da interação pessoal (Huang et al., 2009) em pessoas idosas com demência, após participação em terapia de reminiscência.

Os resultados indicam que a recuperação de memórias autobiográficas aumentou, no grupo experimental, tendo esta amostra recuperado mais eventos autobiográficos, de forma mais rápida (diminuição do tempo de latência), com maior especificidade e valência positiva. Ainda que não existam estudos sobre a relação entre a aplicação de reminiscência e a recuperação da memória autobiográfica, as investigações com populações com depressão conduziram a resultados semelhantes (Afonso, 2007; Afonso, & Bueno, 2010; Serrano, Latorre, & Montañes, 2005).

Embora nas dimensões cognição, ansiedade e depressão não tenham observado melhorias estatisticamente significativas, constatou-se uma tendência para o aumento do desempenho cognitivo e para a diminuição da ansiedade e sintomatologia depressiva no grupo experimental. Assim, apesar de com limitações interpretativas, estes dados podem apoiar os estudos que sugerem que a terapia de reminiscência poderá melhorar estas dimensões (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Hsieh et al., 2010; Kwon, Cho, & Lee, 2013; Nawate et al., 2008; Wang, 2007; Woods et al., 2005). Apesar de se observar uma tendência para a melhoria cognitiva no grupo experimental, não existiam, à data, estudos realizados com aplicação do MoCA, pelo que a comparação com outros autores fica limitada assim como a possibilidade de perceber se essa diferença seria, ou não, significativa, utilizando outro instrumento. Outro aspeto que poderá ter limitado os resultados obtidos, principalmente nas variáveis depressão e ansiedade foi a carência de instrumentos de medida, direcionados para pessoas idosas com défice cognitivo, validadas para Portugal. Esta lacuna foi colmatada com a utilização de avaliações

qualitativas por parte do cuidador (e.g. CSDD), aplicação de escalas específicas a populações idosas (e.g. GDS, GAI) e triangulação desses dados para aumentar a credibilidade dos dados, como recomendam alguns estudos (Beuscher & Grando, 2009). No entanto, esta investigação ressalva a necessidade, já identificada por outros autores da criação de escalas multidimensionais, mais específicas e sensíveis, que tenham em conta a evolução da demência (Robert et al., 2010), assim como a validação das mesmas para Portugal.

A realização deste estudo apresentou algumas limitações. A amostra foi diminuta, pelo que os resultados não podem ser inferidos à restante população (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Lin, Dai & Hwang, 2003; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010; Woods et al., 2005). Por outro lado, um aspeto que também condicionou a generalização destes resultados foi a realização da intervenção numa única instituição. O estudo teria de ser replicado noutros locais, com características semelhantes a fim de averiguar discrepâncias ou não do impacto desta terapia. Por fim, outra limitação deste estudo foi a dificuldade em recrutar pessoas com diagnóstico médico de demência. Nenhum dos participantes do estudo, apesar de apresentarem valores de rastreio cognitivo e índice de deterioração global coerentes com défice cognitivo ou demência, tinha diagnóstico médico. Este resultado vai em linha com a chamada de atenção para a dificuldade, escassez e prorrogação no diagnóstico de demência para estádios mais tardios, que se observa em populações de todo o mundo (WHO, 2012).

Tendo como objetivo fomentar a melhoria do conhecimento e baseados nas limitações aqui presentes, algumas investigações futuras parecem pertinentes. A realização de estudos multicêntricos ou a replicação do mesmo programa de terapia de reminiscência em outras instituições para avaliação do impacto, utilizando amostras randomizadas e avaliação cega dos efeitos obtidos (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Lin, Dai, & Hwang, 2003; Woods et al., 2005). O reconhecimento precoce de sinais e sintomas de alerta de demência, por forma a melhorar a prevenção e intervenção precoce, especialmente em fases de declínio cognitivo ligeiro (Passos, Sequeira, & Fernandes, 2014).

#### **5.1.6. Conclusão**

A terapia de reminiscência demonstrou, neste estudo, ser uma terapia não farmacológica a ter em conta na abordagem terapêutica de pessoas com défice da cognição ou estádios leves de demência, permitindo valorizar as experiências passadas e as capacidades cognitivas que ainda possui (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Gonçalves, & Martín, 2008; Peix, 2009).

### 5.1.7. Bibliografia

- Afonso, R. (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.
- Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia com distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatologia depressiva en la vejez. *Psicothema*, 22 (2), 213-220.
- 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.
- Azurra, 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.
- Beuscher, L., & Grando, V. (2009). Challenges in Conducting Qualitative Research with Persons with Dementia. *Res Gerontology Nursing*, 2 (1), 6-11.
- Bluck, S., & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S., & Liao, H. (2013). I Was Therefore I Am: Creating Self-Continuity Through Remembering Our Personal Past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 1(1), 7-12.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72, 203-205.
- Conway, M., & Pleydell-Pearce, C. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- El Haj, M., Postal, V., LeGall, D., & Alla  
- . *Memory*, 19(8), 993-1003.
- Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment Validation Study for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 27 (1), 37-43.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 101-110.
- Gonçalves, D., & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumentativa Curitiba*, 25 (51), 371-384.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, (2008). Escala de Depressão Geriátrica. . In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência. (Eds.), *Escala e Testes na Demência*, (2ª ed., pp. 69-72). Portugal: GEECD.
- 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 Assesment Scale\_ADAS. In Grupo de Estudos de

- Envelhecimento Cerebral e Demência. (Eds.), *Escalas e Testes na Demência*, (2ª ed., pp. 41-68). Portugal: GEECD.
- 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: GEECD.
- Hsieh, C., Chang, C., Su, S., Hsiao, Y., Shih, Y., Han, W., & Lin, C. (2010). Reminiscence Group Therapy on Depression and Apathy in Nursing Home Residents With Mild-to-moderate Dementia. *J Exp Clin Med*, 2, 72-78.
- 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.
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence Therapy for Dementia – Meta Analysis. *Healthcare and Nursing Science and Technology Letters*, 40, 10-15.
- Lalanne, J., & Piolino, P. (2013). Prise en charge des troubles de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer du stade débutant au stade sévère : revue de la littérature et nouvelles perspectives. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 11, 275-285.
- Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: A Systematic Review. *Public Health Nursing*, 20, 297-306.
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2014). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas com demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 107-118.
- Martinelli, P., Anssens, A.,  
*Self. Neuropsychology*, 27 (1), 69-78.
- 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 (3), 57-68.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, I. (2014). Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (2), 81-91.
- Peix, R. (2009). Réminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 9, 163-165.
- Philippi, N., Noblet, V., Botzung, A., Després, O., Renard, F., Sfikas, G., Cretin, B., Kremer, S., Manning, L., & Blanc, F. (2012). -  
*Plos One*, 7(10), e46200.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748.
- Robert, P., Ferris S., Gauthier, S., Ihl, R., Winblad, B., & Tennigkeit, F. (2010). Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice? *Alzheimer's Research & Therapy*, 2 (24).

- Serrano, J.; Latorre, J. & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Esp. Geriatr Gerontol*, 40, 228-235.
- Sousa, L., & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção a memória para para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7-15.
- Sperling, R., Aisen, P., Beckett, L., Bennett, D., Craft, S., Fagan, A., Iwatsubo, T., Jack, C., Kaye, J., Montine, T., Park, D., Reiman, E., Rowe, C., Siemers, E., Stern, Y., Yaffe, K., Carrillo, M., Thies, B., Morrison-Bogorad, M., Wagster, M., & Phelps, C. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-92.
- Wang, J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 22, 1235-1240.
- Wang, J., Yen, M., & OuYang, W. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 227-232.
- Webster, J., & Cappeliez, P. (1993). Reminiscence and Autobiographical Memory: Complementary Contexts for Cognitive Aging Research. *Developmental Review*, 13, 54-91.
- Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (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.
- 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.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- World Health Organization. Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia a public health priority*. Geneva, Switzerland: WHO.

5.2. A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY OF A REMINISCENCE PROGRAM FOCUSED ON AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY IN INSTITUTIONALIZED OLDER ADULTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

### 5.2.1. Abstract and keywords

#### Abstract:

Working with past memories through reminiscence interventions has been practiced for several decades with successful outcomes on mental health in older adults. Few studies however have focused on autobiographical memory recall in older individuals with cognitive impairment. This study aims to analyze the impact of an individual reminiscence program in a group of older persons with cognitive decline living in nursing homes, on the dimensions of cognition, autobiographical memory, mood, behavior and anxiety. A two-group pre-test and post-test design with single blinded assessment was conducted. Forty-one participants were randomized to an experimental group (n=20) and a control group (n=21). The first group attended five weekly individual reminiscence sessions. Changes in the outcome measures were examined for cognition (Montreal Cognitive Assessment; Autobiographical Memory Test), behavior (Alzheimer Disease Assessment Subscale Non-Cog) and emotional status (Cornell Scale for Depression in Dementia; Geriatric Depression Scale, and Geriatric Anxiety Inventory). Participants attending reminiscence sessions exhibited better outcomes compared to the control group in cognition, anxiety and depression ( $p < 0.001$ ), and presented a higher number of retrieved autobiographical events, specificity of evoked memories and positive valence of events ( $p < 0.001$ ), and also presented lower latency time for recalling events, and lower negative recalled events ( $p < 0.01$ ). This study supports the potential value of reminiscence therapy in improving the recall of autobiographical memory. Reminiscence therapy can be helpful to maintain or improve cognitive function, decrease anxiety and manage depressive symptoms and altered behavior, but further investigation is needed to clarify long-term effects.

**Keywords:** Reminiscence; Older Persons; Dementia; No Pharmacological Therapy

#### Resumen:

Trabajar con los recuerdos del pasado a través de intervenciones de reminiscencia se ha practicado durante varias décadas con resultados exitosos sobre la salud mental en los adultos mayores. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en la recuperación de la memoria autobiográfica en personas mayores con deterioro cognitivo. Este estudio tiene como objetivo analizar el impacto de un programa de reminiscencia individual en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo que vive en residencias de personas mayores, en las dimensiones cognición, memoria autobiográfica, estado de ánimo, comportamiento y ansiedad. Se realizó un estudio de intervención con dos grupos de pre-test y post-test de diseño y evaluación ciega. Cuarenta y un participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo experimental (n = 20) y un grupo control (n = 21). El primer grupo asistió a cinco sesiones de reminiscencia individual semanales. Los cambios en las medidas de resultado fueron examinados para la cognición (Montreal Cognitive Assessment; Autobiographical Memory Test), comportamiento (Alzheimer Disease Assessment Subscale Non-Cog) y el estado emocional (Cornell Scale for Depression in Dementia; Geriatric Depression Scale y Geriatric Anxiety Inventory). Los participantes que han asistido a las sesiones de reminiscencia presentaron mejores resultados en comparación con el grupo control en cuanto a cognición, ansiedad y depresión ( $p < 0.001$ ), y presentaron un mayor número de recuerdos autobiográficos, especificidad de los recuerdos evocados y valencia positiva de eventos ( $p < 0.001$ ), también presentaron menor tiempo de latencia para la recuperación de los eventos y menor número de acontecimientos negativos recordados ( $p < 0.01$ ). Este estudio apoya el potencial valor de la terapia de reminiscencia en mejoras en la recuperación de la memoria autobiográfica. La terapia de reminiscencia puede ser útil

para mantener o mejorar la función cognitiva, disminuir la ansiedad y controlar los síntomas depresivos y los problemas conductuales, pero se necesita más investigación para aclarar los efectos a largo plazo.

**Palabras Clave:** Terapia de Recuerdo; Personas Mayores; Demencia; Terapia No Farmacológica



### 5.2.2. Introduction

Reminiscence can be conceptualized as a normative process of thinking about the past, inherent across lifespan of the human being (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008). It is a voluntary and spontaneous mental process of retrieving autobiographical memories, associated with life events that are considered significant and truthful to the person (Afonso, 2011; Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; Westerhof, Bohlmeijer, & Webster, 2010).

Reminiscence therapy is based on sensorial stimulation issuing from the patient's emotional memory of past events (Peix, 2009). The contemplation of the past has inspired a huge set of theoretical studies (Westerhof & Bohlmeijer, 2014) that lined the way for the investigation of reminiscence as a structured intervention. This is based on the assumption that stimulating reminiscence's positive functions (narrative, integrative, instrumental) can improve mental health (Cappeliez et al., 2008; Gonçalves et al., 2008; Pinguart & Forstmeier, 2012).

Depending on the mental health objectives to be achieved and the diverse functions of reminiscence used in interventions, recovery of past events can be differentiated in simple reminiscence, life review and life review therapy (Pinguart & Forstmeier, 2012; Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010; Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Westerhof et al., 2010). Simple reminiscence encourages the unstructured and spontaneous recollection and sharing of positive memories in order to improve mood and promote bonding, stimulating social functions (Pinguart & Forstmeier, 2012; Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Westerhof et al., 2010). Life review implies a more comprehensive and evaluative description of the autobiographical positive and negative events through lifespan, integrating them into a coherent life story (Pinguart & Forstmeier, 2012; Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Westerhof et al., 2010). Life review therapy focuses on alleviating mental health symptoms by changing negative styles of reminiscence (e.g., obsessive, escapist) that have blocked further development, and aims to increase positive uses of the personal past. The intervention targets a change in how the person generally thinks and feels about oneself and past life (Westerhof & Bohlmeijer, 2014).

In this investigation we focused on simple reminiscence, aiming to stimulate social functions of reminiscence and retrieving positive past events spontaneously to promote positive feelings (Cappeliez et al., 2008; Pinguart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010). The effectiveness of simple reminiscence evidence is however limited with regard to its effects on mental health (Westerhof et al., 2010). Several research findings point to the positive effects of reminiscence in reducing depressive symptoms (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005; Chiang et al., 2010; Kwon, Cho, & Lee,

2013; Pinguart & Forstmeier, 2012; Shellman, Mokel, & Hewitt, 2009; Stinson, Young, Kirk, & Walker, 2010), improving cognition (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012; Kwon et al., 2013; Pinguart & Forstmeier, 2012; B. Woods, Spector, & Jones, 2005), mood (Cotelli et al., 2012; Lin, Dai, & Hwang, 2003; B. Woods et al., 2005), quality of life (Kwon et al., 2013), satisfaction with life (Chiang, Lu, Chu, Chang, & Chou, 2008; Lin et al., 2003), self-esteem (Chao et al., 2006; Chiang et al., 2008), well-being (Chiang et al., 2010; Pinguart & Forstmeier, 2012; Reis-Bergan, Gibbons, Gerrard, & Ybema, 2000), mastery (Bohlmeijer et al., 2005; Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & Van Marwijk, 2009; Pinguart & Forstmeier, 2012), ego integrity, purpose in life, preparation for death, mental health and social integration (Pinguart & Forstmeier, 2012). Nevertheless, despite the potential beneficial of reminiscence therapy, authors are unanimous in recognizing constraints, particularly in methodological designs, that hampers an effective assessment of the impact of this therapy (Cotelli et al., 2012; Lin et al., 2003; Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2014; Pinguart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010; Woods et al., 2005).

#### 5.2.2.1. Reminiscence therapy in cognitive decline

Within the scope of non pharmacological therapies recommended for cognitive decline, the use of reminiscence therapy has revealed some benefits, although the effectiveness of this intervention is still inconclusive (Cotelli et al., 2012; Kwon et al., 2013; Lopes et al., 2014; Woods et al., 2005). Even though a recent meta-analysis reported no statistical differences on the results obtained both by individual or group reminiscence therapy (Pinguart & Forstmeier, 2012), few studies had applied individual reminiscence therapy to older persons with dementia (Baillon et al., 2005; Lai, Chi, & Kayser-Jones, 2004; Subramaniam & Woods, 2012). In fact, reminiscence therapy among individuals with dementia is usually conducted in groups (Akanuma et al., 2011; Hsieh et al., 2010; Lalanne & Piolino, 2013; Wang, Yen, & OuYang, 2009).

Studies about the use of reminiscence interventions found that it improves cognition (Akhoondzadeh, Jalalmanesh, & Hojjati, 2014; Cotelli et al., 2012; Tadaka & Kanagawa, 2007; B. Woods et al., 2005) decreases depressive symptoms (Chung, 2009; Hsieh et al., 2010; Wang, 2007), decreases behavioral symptoms (Akanuma et al., 2011; Hsieh et al., 2010; Huang, Li, Yang, & Chen, 2009; Wang et al., 2009; Woods et al., 2005; Yamagami, Oosawa, Ito, & Yamaguchi, 2007), promotes happiness (Okumura, Tanimukai, & Asada, 2008), enhances a positive mood (Cotelli et al., 2012; O'Rourke, Tobin, O'Callaghan, Sowman, & Collins, 2011; B. Woods et al., 2005) and facilitates communication (Huang et al., 2009; O'Rourke et al., 2011; Okumura et al., 2008).

#### 5.2.2.2. Reminiscence and autobiographical memory

Reminiscence and autobiographical memory implicitly involve thinking about the past (Bluck & Alea, 2002; Bluck & Liao, 2013; Westerhof et al., 2010), being the memories partially reconstructed in relation to current preoccupations and goals (Bluck, Alea, Habermas, & Rubin, 2005; Conway, 2005). Autobiographical memory is considered the most complex form of human memory (Piefke & Fink, 2005), conceptualized as a uniquely human form of memory that goes beyond recalling to include thoughts, emotions and evaluations of past experiences (Fivush, Habermas, Waters, & Zaman, 2011; Piefke & Fink, 2005). Bluck and Levine (1998) analysed reminiscence as a particular form of autobiographical memory, which means that reminiscence was a way of recalling information and autobiographical memory the system that encode, store and retrieve information related to personal experiences (Bluck & Levine, 1998). Theoretical authors, in a recent time, recommended synergy between these two fields with the idea of bringing a new direction to these topics (Cappeliez, 2013; Lalanne & Piolino, 2013; Westerhof & Bohlmeijer, 2014).

Studies about autobiographical memory in cognitive impairment are consensual on the fact that the progression of dementia involves decline in autobiographical memory (Addis & Tippett, 2004; El Haj, Postal, Le Gall, & Allain, 2011; Irish et al., 2011; Martinelli, Anssens, Sperduti, & Piolino, 2013; Muller et al., 2012; Philippi et al., 2012) and that these changes can be observed from initial stages (Lalanne, Gallarda, & Piolino, 2014; Lemos, Hazin, & Falcão, 2012), resulting in a loss of personal identity (Lalanne et al., 2014). Some particularities are nevertheless to be highlighted in this process. Firstly, studies observed a phenomenon, entitled “positive temporal gradient” (a decrease in autobiographical memories for the recent past events), associated to a characteristic of Alzheimer’s disease: the presence of retrograde amnesia (Muller et al., 2012; Philippi et al., 2012; Seidl, Lueken, Thomann, Geider, & Schröder, 2011). Secondly, research has pointed to the presence of overgeneralization of the autobiographical memory (Fromholt et al., 2003; Irish et al., 2011; Lemos et al., 2012; Martinelli et al., 2013) a phenomenon also observed in other pathological conditions as depression and suicidal attempts (e.g. Fromholt et al., 2003; Williams et al., 2007), that affects the ability to solve problems and to generate specific images of the future, being a predictor of emotional disorders (Williams et al., 2007).

Presently there is some investigation on structured reminiscence interventions and life review procedures that have a specific focus on autobiographical memory. Such research has been conducted mostly in patients with depression, for whom reminiscence has shown to reduce depressive symptoms (Afonso & Bueno, 2010; Afonso, Bueno, Loureiro, & Pereira, 2011; Serrano, Latorre, & Montañés, 2005; Serrano et al., 2012) and

elicit an increase in the number of retrieval for specific autobiographical memories (Afonso & Bueno, 2010; Serrano et al., 2005), principally for positive specific autobiographical memories (Afonso & Bueno, 2010). But there's still a scarceness of solid evidence on the results of individual structured reminiscence sessions that account the complexities of autobiographical memory in older adults with dementia (Lalanne & Piolino, 2013). The purpose of this study is to analyze the impact of a reminiscence program in a group of older persons with cognitive impairment living in nursing homes. More specifically, we intended to evaluate the effect of individual reminiscence therapy in cognition, autobiographical memory, mood, behavior and anxiety.

### **5.2.3. Methods**

This study was a two-group pre-test and post-test design investigation with a control group and single blinded assessment. The design planned for this investigation was a quasi-experimental, exploratory and descriptive investigation.

#### **5.2.3.1. Participants and Procedures**

The study population was the total number of individuals living in four nursing homes located in a district of the East central part of Portugal (*Castelo Branco* district). All residents were invited to participate based upon three inclusion criteria; (1) being 65 years of age or more; (2) presenting cognitive impairment (scoring between 26 and 9 in a screening cognitive instrument, the Montreal Cognitive Assessment, MoCA); and (3) presenting willingness to participate in the study.

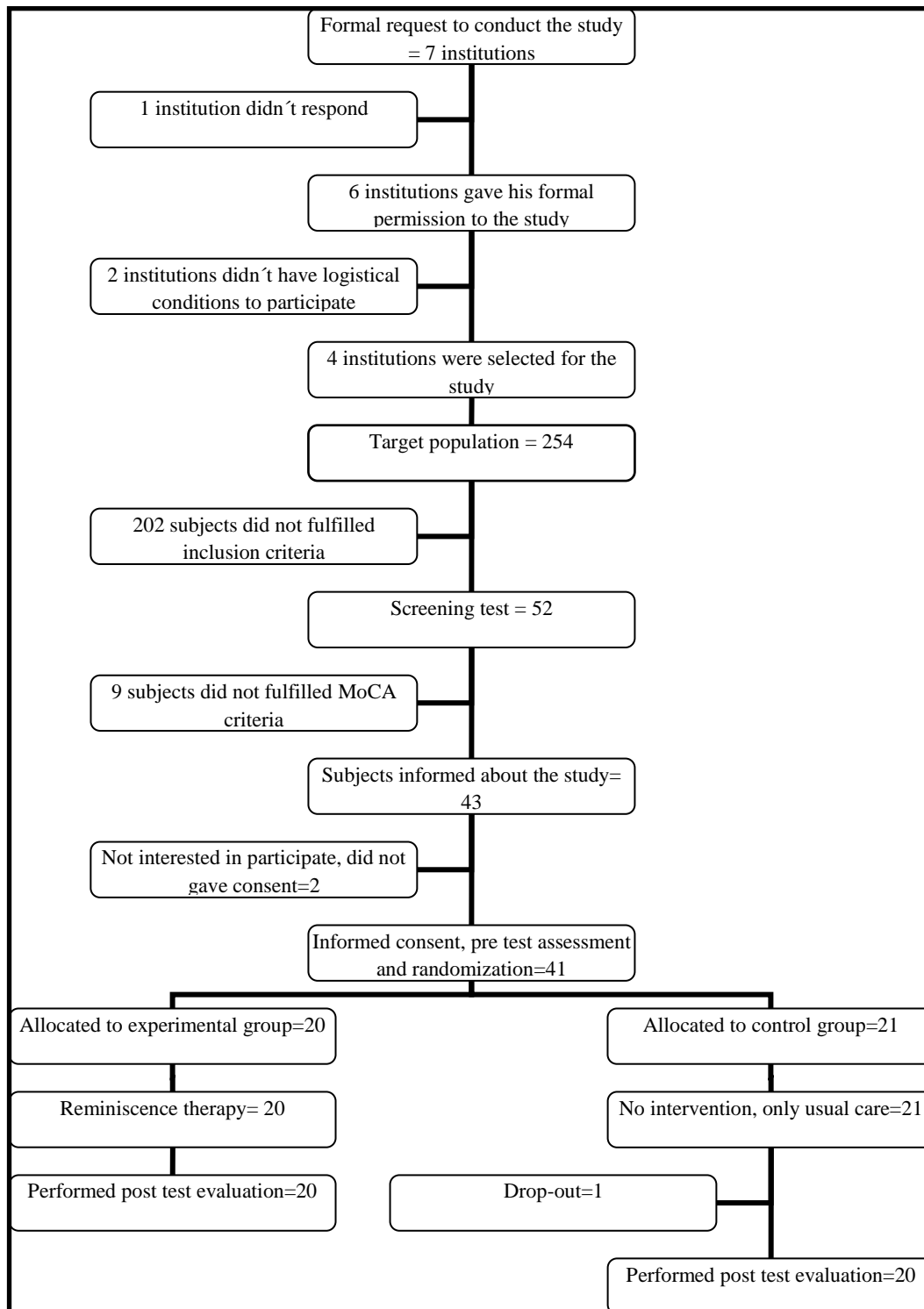
A formal request for permission to conduct the study was addressed to the direction of seven nursing homes, from which six approved its implementation; one did not respond to the request. From the six institutions that accepted to participate in this investigation, two of them did not have the logistical requisites to perform it (e.g. other intervention therapies in course). The four institutions where this study was conducted had 254 residents from whom 52 were screened with the MoCA, after institution indication that they had mild dementia. After the screening assessment, 43 participants fulfilled the inclusion requisites of this study but only 41 consented to participate. Informed and voluntary consent was obtained from the participants and from their family/legal responsible, after a brief reunion with both, in the presence of the technical directors of nursing homes. During this meeting an explanation letter of the study was given to participants and all doubts posed by participants and family members were clarified.

Participants' assessment occurred in two distinct moments (pre and post test) and were performed by two independent researchers who had extensive training in the

instruments used in this study. They firstly applied the screening cognitive test (see 2.2 outcome measures); the other measures were administered in the 2 weeks prior and following the intervention, by the same researchers. Participants were randomized to a control (n=21) and an experimental group (n=20) by the technical directors of each institution, in the presence of the main investigator, after pre test assessment, with the use of GraphPad Software 2014. Both did not participate at any step of participants' evaluation pre and post test. The study took place between July, 2014 and August, 2015.

In overall, from a total of 43 eligible participants, 41 participants were considered. Figure 4 presents the process from the identification of participants in nursing homes to the final sample and groups' allocation (control vs. experimental group).

**Figure 4.** Flow diagram of the participants' through the study



#### 5.2.3.2. Outcome measures

The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) validated for the Portuguese population (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010) was used to assess cognitive status. This cognitive screening instrument is sensitive to earlier

stages of cognitive decline, and is a fast, convenient and effective method to distinguish between performances of adults with a higher sensitivity for dementia (Freitas et al., 2010). Cut off points for the Portuguese population for MCI is between 26 and 17, and between 16 and 12 for mild dementia (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2013; Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011). In this study we included subjects scoring 9 due to visual and hearing impairment (Wittich, Phillips, Nasreddine, & Chertkow, 2010). The instrument was applied to the participants at pre and post test evaluation.

The Autobiographical Memory Test (AMT) (Williams & Broadbent, 1986), validated for the Portuguese population (Afonso, 2007), was used to evaluate the ability to assess the recovery of specific autobiographical memories, in a limited time, upon presentation of a stimulus word. For this study we used 15 stimulus words, 10 of affective valence (happy, unhappy, cheerful, sad, amused, isolated, hopeful, rejected, enthusiastic and abandoned) and 5 neutral words (home, family, car, work, street), applied to the participants in the pre and post-test.

The subscale Alzheimer Disease Assessment Scale Non-Cog (ADAS non-Cog) from the Alzheimer Disease Assessment Scale (Rosen, Mohs, & Davis, 1984), measured and translated to Portuguese (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência - Guerreiro, Fonseca, Barreto, & Garcia, 2008). This scale assesses 10 domains of behavior, associated with changes present in persons with dementia: crying, depressive symptoms, dispersion, lack of cooperation in the tests, delirium, hallucination, deambulation, increased motor activity, shaking, eating behavior. The ADAS non-Cog was applied to the nursing staff on the pre and post-test.

The Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988), translated to Portuguese (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência - Vieira, Lopes, & Vieira, 2008) was used for assessing depressive symptoms. This scale measures 5 manifestations of depressive symptoms: mood related signs, behavioral disturbance, physical signs, cyclic functions and ideational disturbance (Alexopoulos et al., 1988). Scores below 6 are associated with absence of significant depressive symptoms; scores above 10 indicate a probable major depression, and scores above 18 indicate a major depression (Alexopoulos et al., 1988). The CSDD was applied to the nursing staff of the institution in the pre and post-test. A short form from the Geriatric Depression Scale (GDS-5) (Rinaldi, Mecocci, Benedetti, & Ercolani, 2003) validated for the Portuguese language (G. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, Barreto, Leuschner, Saints, & Sobral, 2008) was also used. The instrument was introduced as a complement to the CSDD, after analyzing results from a pilot study that tested this reminiscence program (Lopes, Afonso, Ribeiro, Quelhas, & Pereira, n.d.). We choose a short version given the difficulties of attention and

collaboration in testing this population (Gomoll & Kumar, 2015). GDS very short scale (5 items) performed just as well as longer instruments (with 15 and 30 items) in older persons with medical conditions (Pomeroy, Clark, & Philp, 2001).

The Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (Pachana et al., 2007), validated for the Portuguese population (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011) was used for assessing anxiety symptoms. Authors from the Portuguese version found a cut-off point for severe anxiety symptoms at levels of 8-9 (Ribeiro et al., 2011). Participants agree or disagree with the 20 sentences describing how they felt during the last week. This instrument was applied at pre and post test assessment.

#### 5.2.3.3. Reminiscence intervention

The intervention was an individual reminiscence program based on a previously developed program for older persons with dementia living in nursing homes (Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2013). This program is based on simple reminiscence (unstructured autobiographical narrative), encouraging the use of narrative reminiscence functions and directed to positive events, that is ought to bring higher therapeutic benefits (Cappeliez et al., 2008; Parker, 1995; Webster et al., 2010). Although the spontaneity inherent to the practice of free reminiscence, to facilitate the collection of materials and organization of the sessions, the first reminiscence session was structured. With the help of the therapist, each participant built, a time scale for life events with the purpose of identifying the events considered most important in a chronological order; providing a visual and tangible support to the participant enabling them to maintain the temporal orientation; providing the investigator a source of occurrences/events and create a reminiscent tool, which was supplemented during the sessions with the introduction of recovered memories (Lopes et al., 2013). This reminiscence tool consisted in a cardboard on which participants and the therapist registered events throughout the sessions, using colored pens, photo collage, newspaper clippings, crafts made during the sessions (e.g. folding letters, tissue samples with stitches). During the rest of the intervention program, the therapist neither suggested themes nor a chronological recall of events. Participants were encouraged to recall positive specific life events using sensory stimulation (e.g., the day of my marriage, my first job, my journey to emigration and my holidays in the beach). Participants were encouraged to bring objects that they considered suitable and significant to the sessions: photographs, letters, clothing or any other.

The program comprised 5 weekly reminiscence sessions, during 30 to 40 minutes each, applied by the same therapist to all participants from the experimental group. The therapist was a nurse undertaking doctoral studies in gerontology and geriatrics,



motivated and with ability to listen and communicate effectively with the participants. The reminiscence facilitator stimulated the subjects to retrieve specific memories from the recalled events, focusing then on details, in order to promote the recall of time, persons, context and circumstances associated with life experiences. The recall of negative memories was not encouraged and the therapist did not allowed escapist and ruminative reminiscence. The idea was to offer the opportunity to explore and stimulate autobiographical memories, not to offer psychotherapy, focusing them in positive memories.

Subjects from control group had not undergone any specific intervention rather than their usual daily routine care. The study was conducted in 4 different settings, with various routine activities equally available for both groups and so the only different intervention during this study was reminiscence sessions. Although some reminiscence studies opted to introduce a placebo intervention (e.g., Lai et al., 2004; Okumura et al., 2008; Serrani Azcurra, 2012), in our study design it would be difficult to perform an active intervention, such as social contact (Serrani Azcurra, 2012), in individual context, by the same therapist, without promoting reminiscence in the control group participants. For this reason, the reminiscence intervention was compared with a no treatment group, in line with previous investigations (Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi, & Hashimoto, 2014; Woods et al., 2012).

#### 5.2.3.4. Statistical analyses

Statistical analysis was performed using SPSS 21.0 and Excel for Windows. Demographic (e.g. sex, gender, and education), clinical characteristics (e.g. number of diagnosed diseases, number of medication in use) and outcome measures at baseline (MoCA, CSDD, GDS-5, GAI, Adas n Cog, AMT) assessment were compared between groups through descriptive and inferential statistics. Due to our short sample size, normality tests assessment was performed through Shapiro-Wilk test. Considering that the sample did not present a normal distribution in all outcome measures, non parametrical tests were used. We used Mann-Whitney Test and Kruskal-Wallis Test to analyze differences at baseline, between experimental and control group that might interfere with the effects of the reminiscence program. To analyze differences between experimental group and control group, at post test, we used Mann-Whitney Test. Outcome measures differences in each group across time, were compared between the pre and post-test, using analysis of variance through another non parametrical test (Wilcoxon Signed Ranks Test). The statistical significance level was set to  $\alpha=0.05$ .

## 5.2.4. Results

### 5.2.4.1. Participants' characteristics at baseline

A sample of 41 subjects participated in this study, from which 40 concluded the protocol program. Only 1 participant, from the control group did not complete the study (dropout =2.44%) due to acute sickness (stroke) and subsequent hospitalization.

The sample was composed mostly by females (75.6%) in both groups, with a mean age of 83.73 years old (SD=7.622). The majority of participants were widowers (82.9%) with low education level; 26.8% had never attended school. Most had more than 3 diagnosed diseases and the number of different medications daily taken was superior to 5 (65.9%); none of the participants was medicated for dementia and 75.6% of had been prescribed with antidepressants. Only 3 participants had a formal medical diagnose of dementia (early stages of Alzheimer's disease). Table 26 lists the baseline sample characteristics of the participants. No significant differences were found between experimental group and control group characteristics.

**Table 26** Participants characteristics and difference between groups at baseline (pre test).

Variables	Experimental group	Control group	Z	P value
Age mean (years, ±standard deviation)	83.85±6.991	83.62±8.352	0.144 <sup>a</sup>	0.886
Female, no (%)	15 (75%)	16 (76.2%)	0.088 <sup>a</sup>	0.930
1-4 Years of education, no (%)	14 (70%)	10 (47.6%)	1.362 <sup>b</sup>	0.243
Widowed, no (%)	18 (90%)	16 (76.2%)	1.381 <sup>b</sup>	0.240
More than 3 diagnosed disease, no (%)	8 (40%)	12 (57.1%)	2.811 <sup>b</sup>	0.094
More than 5 medications in use, no (%)	11 (55%)	16 (76.2%)	2.646 <sup>b</sup>	0.104
No anti-depressive in use, no (%)	15 (75%)	16 (76.2%)	0.088 <sup>a</sup>	0.930
No dementia diagnostic, no (%)	19 (95%)	19 (90.5%)	0.549 <sup>a</sup>	0.583
GDetS=3, no (%)	9 (45%)	9 (42.9%)	0.352 <sup>b</sup>	0.553
MoCA	14.35±4.368	13.62±4.165	0.615 <sup>a</sup>	0.538
CSDD	8.35±8.119	9.86±7.136	0.941 <sup>a</sup>	0.347
GDS-5	1.85±1.387	2.52±1.537	1.527 <sup>a</sup>	0.127
ADAS n Cog	8.70±7.921	8.24±7.873	0.105 <sup>a</sup>	0.917
GAI	10.25±5.552	10.19±5.963	0.157 <sup>a</sup>	0.875
AMT				
Recuperation	13.55±2.012	13.81±1.250	0.137 <sup>a</sup>	0.891
General answer	10.15±2.796	10.81±2.064	0.660 <sup>a</sup>	0.509
Specific answer	3.50±2.328	3.00±2.191	0.864 <sup>a</sup>	0.387
Positive valence	7.00±3.129	7.48±2.892	0.526 <sup>a</sup>	0.945
Negative valence	6.50±2.544	6.14±2.575	0.499 <sup>a</sup>	0.993
Latency time	7.823±2.484	7.898±3.950	0.324 <sup>a</sup>	0.746

**Legend:** (Z) Non parametric test value; (Z<sup>a</sup>) U de Mann-Whitney; (Z<sup>b</sup>) Kruskal-Wallis Test; (p) level of significance.

### 5.2.4.2. Differences between groups after reminiscence intervention

Considering outcome differences between experimental and control groups after reminiscence intervention (see Table 27), significant differences were found in cognition

( $Z= 2.305$ ;  $p<0.05$ ), anxiety ( $Z=2.836$ ;  $p<0.01$ ), self reported depression through GDS-5 ( $Z=3.730$ ;  $p<0.001$ ) and all autobiographical memory measures. Experimental group had a significantly higher number of events retrieved ( $Z=3.381$ ;  $p<0.005$ ), specificity of evoked memories ( $Z=4.310$ ;  $p<0.001$ ) and positive valence of events ( $Z=4.435$ ;  $p<0.001$ ) and lower latency time for recalling events ( $Z=3.279$ ;  $p<0.005$ ), number of general answers ( $Z=3.814$ ;  $p<0.001$ ) and negative recalled events ( $Z=3.119$ ;  $p<0.005$ ) compared to the control group. Although depressive symptoms and altered behaviors were lower in the experimental group, observed differences between groups were not statistically significant: CSDD ( $Z=1.278$ ;  $p>0.05$ ) and ADAS n Cog ( $Z=0.881$ ;  $p>0.05$ ).

**Table 27.** Changes between groups, in outcome measures, after reminiscence intervention at post test

Measures	Experimental group N=20	Control group N=20	Z	P value
	Mean $\pm$			
MoCA	15.60 $\pm$ 4.828	11.95 $\pm$ 3.776	2.305	<b>0.021*</b>
CSDD	7.30 $\pm$ 8.053	9.70 $\pm$ 8.455	1.278	0.201
GDS-5	1.10 $\pm$ 1.294	2.85 $\pm$ 1.309	3.730	<b>0.000***</b>
ADAS n Cog	8.10 $\pm$ 7.144	9.85 $\pm$ 8.512	0.881	0.378
GAI	6.25 $\pm$ 4.494	11.70 $\pm$ 5.639	2.836	<b>0.005**</b>
AMT				
Recuperation	14.60 $\pm$ 0.995	13.05 $\pm$ 1.959	3.381	<b>0.001**</b>
General answer	5.25 $\pm$ 2.826	9.95 $\pm$ 3.379	3.814	<b>0.000***</b>
Specific answer	8.55 $\pm$ 3.268	2.75 $\pm$ 2.425	4.310	<b>0.000***</b>
Positive valence	10.75 $\pm$ 1.585	6.25 $\pm$ 3.160	4.435	<b>0.000***</b>
Negative valence	3.85 $\pm$ 1.531	6.55 $\pm$ 2.685	3.119	<b>0.002**</b>
Latency time	4.488 $\pm$ 1.344	9.531 $\pm$ 5.824	3.279	<b>0.001**</b>

**Legend:** (Z) U Mann-Whitney test; (p) Significance level; (\*)  $p<0.05$ ; (\*\*)  $p<0.01$ ; (\*\*\*)  $p<0.001$ .

#### 5.2.4.3. Differences in groups across time

After the 5-week reminiscence intervention, participants from experimental group exhibited pre-to-post-intervention improvements in all outcome measures, although some differences were not statistically significant. Table 28 describes the changes in outcome measures after reminiscence intervention in the 20 participants exposed to the therapy. We observed that after reminiscence intervention participants showed a decrease in depressive and anxiety symptoms ( $WSR=3.217$ ,  $p<0.005$  and  $WSR=3.557$ ,  $p<0.001$  respectively), a decrease in general answers to AMT ( $WSR=3.930$ ,  $p<0.001$ ) and a decrease in negative valence of the recalled autobiographical memories ( $WSR=3.158$ ,  $p<0.005$ ). The experimental group increased the number of memories recalled ( $WSR=2.971$ ,  $p<0.005$ ), positive ( $WSR=3.390$ ,  $p<0.005$ ) and specific autobiographical memories ( $WSR=3.877$ ,  $p<0.001$ ).

**Table 28.** Changes in outcome measures after reminiscence, in the intervention group.

Measures	Pre-test (n=20)		Post-test (n=20)		WSR value	P value
	Mean	SD	Mean	SD		
MoCA	14.35	4.368	15.60	4.828	1.950	0.051
CSDD	8.35	8.119	7.30	8.053	1.502	0.133
GDS-5	1.85	1.387	1.10	1.294	3.217	<b>0.001**</b>
ADAS non COG	8.70	7.921	8.10	7.144	1.101	0.271
GAI	10.25	5.552	6.25	4.494	3.557	<b>0.000***</b>
AMT						
Recuperation	13.55	2.012	14.60	0.995	2.971	<b>0.003**</b>
General answer	10.15	2.796	5.25	2.826	3.930	<b>0.000***</b>
Specific answer	3.50	2.328	8.55	3.268	3.877	<b>0.000***</b>
Positive valence	7.00	3.129	10.75	1.585	3.390	<b>0.001**</b>
Negative valence	6.50	2.544	3.85	1.531	3.158	<b>0.002**</b>
Latency time	7.823	2.484	4.488	1.344	3.517	<b>0.000***</b>

**Legend:** (WSR) Wilcoxon signed ranks test; (p) significance level; (\*) p<0.05; (\*\*) p<0.01; (\*\*\*) p<0.001.

Table 29 describes the changes in control group between pre and posttest assessment. Participants from this group were not exposed to any intervention and during time the outcome measures have not statistically changed. We only noticed expressive changing in AMT recuperation (WSR=1.997, p<0.05) and positive valence (WSR=2.088, p<0.05) that decreased, and anxiety that increased (WSR=2.485, p<0.05) between the 2 moments. The control group showed a reduction in cognitive performance, depressive symptoms, specific answers recalls and positive answers through recalling although these changes were not statically significant. An increase in self reported depression, observed behaviors, general answers recall, latency time for recalling and negative answers recuperation was also noticed, but with inexpressive statistical differences.

**Table 29.** Changes in outcome measures in the control group, between pre and posttest.

Measures	Pre-test (n=21)		Post-test (n=20)		WSR value	P value
	Mean	SD	Mean	SD		
MoCA	13.62	4.165	11.95	3.776	2.721	0.007
CSDD	9.86	7.136	9.70	8.455	0.545	0.586
GDS-5	2.52	1.537	2.85	1.309	1.303	0.193
ADAS non COG	8.24	7.873	9.85	8.512	1.703	0.089
GAI	10.19	5.963	11.70	5.639	2.485	<b>0.013*</b>
AMT						
Recuperation	13.81	1.250	13.05	1.959	1.997	<b>0.046*</b>
General answer	10.81	2.064	9.95	3.379	1.295	0.195
Specific answer	3.00	2.191	2.75	2.425	0.642	0.521
Positive valence	7.76	2.700	6.25	3.160	2.088	<b>0.045*</b>
Negative valence	6.14	2.575	6.55	2.685	0.503	0.615
Latency time	118.52	59.26	141.15	88.09	1.862	0.063

**Legend:** (WSR) Wilcoxon signed ranks test; (p) significance level; (\*) p<0.05.

### 5.2.5. Discussion

To the best of our knowledge this is the first study on the impact of individual reminiscence therapy designed for a Portuguese population with cognitive impairment. Most of the available reminiscence therapy investigation with older persons with cognitive impairment is conducted in groups (Pinquart & Forstmeier, 2012; Subramaniam & Woods, 2012), but our findings suggest that this intervention may also be effective when conducted individually. We found statistical differences in the experimental group in cognition, depression, anxiety and autobiographical memory, compared with the control group, after reminiscence therapy. The participants in the reminiscence program improved in all these measures after completing the intervention, with improvements in self reported depression, anxiety and all autobiographical measures. We found also an improvement, although not statistically expressive, in cognition, altered behaviour and depression. All these results signal the potential positive effects of reminiscence in enhancing or maintaining mental health, as stated by previous investigations (e.g. Cotelli et al., 2012; Pinquart & Forstmeier, 2012; Webster et al., 2010).

In what regards the recall of autobiographical memories, the main focus of this intervention program, we found statistically significant improvements that express a positive impact of reminiscence in the recuperation of personal memories. This finding corroborates data found by other authors with different populations (Afonso & Bueno, 2010; Serrano et al., 2005) and highlights the sense that larger samples would produce expressive effects in these outcomes (Lopes, Afonso, Ribeiro, Quelhas, & Pereira, n.d.). Participants from the experimental group improved significantly the mean number of recalled events, which was significantly higher at post-test compared to control group. A previous study using live review and distinct instruments also found improvements in autobiographical memory recall (Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2014).

Our sample presented a high level of general answer ( $10.49 \pm 2.441$ ) and low specific answer recall ( $3.244 \pm 2.245$ ) at baseline, congruent with the idea that cognitive impairment origins overgeneralization of the autobiographical memory (Lemos et al., 2012; Lopes, Afonso, & Ribeiro, 2013; Martinelli et al., 2013). The reminiscence intervention group significantly increased specific answer and decreased general response to autobiographical memory recall after reminiscence. Compared to those participants who received no intervention at all, reminiscence has shown positive results in what regards specific recuperation of events, decreasing overgeneralization of autobiographical memory after reminiscence therapy. These positive results in autobiographical memory recuperation are important because overgeneralization impairs the skills to solve problems and face the future (Williams et al., 2007).

Directing this intervention protocol to the recuperation of positive and significant autobiographical past experiences also influenced our positive impacts on the valence of recalled memories. Reminiscence therapy showed an optimistic impact, increasing the number of positive memories recalled and decreasing the negative valence in the participants, with statistically important differences when compared to having no intervention at all (positive:  $p < 0.001$ ; negative:  $p < 0.005$ ). This finding emphasizes the idea that directing the recall of past experiences to positive events brings higher therapeutic benefits (e.g. Cappeliez et al., 2008; Webster et al., 2010), and is able to promote positive feelings (Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010). As noticed in other studies, persons with depression ignore positive information and focus on negative memories (escapism, rumination) to validate their dysfunctional thoughts (Gonzalez, Mayordomo, Torres, Sales, & Meléndez, n.d.). A future direction for research could be a comprehensive synergy between the fields of reminiscence and autobiographical memory in order to better understand the relation between depression and cognitive impairment (e.g. Cappeliez, 2013; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Reminiscence interventions is based on the expertise the person has on his/her own life, which oneself knows very well, without the need of learning new abilities (Gonçalves et al., 2008) and can be used with early memories, which remain relatively intact (Cotelli et al., 2012). Reminiscence is centred on the person's preserved abilities rather than focusing on level of impairment caused by the disease (Cotelli et al., 2012; Gonçalves et al., 2008; O'Shea et al., 2011) and this is ought to be optimized in future investigations.

Bearing in mind the therapeutic benefits of reminiscence in the emotional status, this study also showed a decrease of depressive symptoms that was statistically expressive when comparing self reported depression (although not in observed depressive symptoms by the caregivers in the experimental group). These positive benefits of reminiscence in depression where congruent with other authors' findings (e.g. Hsieh et al., 2010; Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi, & Hashimoto, 2014; Subramaniam & Woods, 2012) and emphasize the perspective that as a person notices an increasing cognitive impairment, he/she tends to present depressive symptoms (Cohen-Mansfield, 2015). Reminiscence therapy may reverse this trend transmitting feelings of belonging (Wang, 2007), improving self-acceptance and purpose in life (Pinquart & Forstmeier, 2012), and enabling a sense of continuity of the self (Afonso, 2011; Peix, 2009). As for the different results found between observed (CSDD) and self reported depressive symptoms (GDS-5), these may be due to several constrains, namely the ability of caregivers to notice effects in the participants with thin observable differences. In what regards anxiety outcomes, we noticed a very significant effect of reminiscence therapy in decreasing anxiety symptoms in the participants, with statistical difference in the intervention group

when compared to the control group. Reminiscence theoretical studies state that recalling the past may be beneficial to anxious persons (Lin et al., 2003; Westerhof et al., 2010), and there's evidence that simple reminiscence mediates the response to stress, as manifested by state anxiety (e.g. Puentes, 2001, 2002), and that simple reminiscence is used to adapt to anxiety resulting from stress (Webster, 1993; Wong, 1995). Nevertheless, research of reminiscence's impacts on anxiety lacks empirical studies to validate this theoretical frame, and our study is, to our knowledge, the first that evaluates simple reminiscence effects on anxiety in persons with cognitive impairment.

Reminiscence intervention was also found to have positive impacts in altered behaviours in previous research (e.g. Akanuma et al., 2011; Hsieh et al., 2010; Woods et al., 2005), establishing a connection to the personal past and personal identity that is lost during the onset of dementia symptoms (Gonzalez et al., n.d.). The presence of altered behaviour also decreased in the participants of this study but such change was not statistically significant as preciously exposed by other authors (Gudex, Horsted, Jensen, Kjer, & Sørensen, 2010; B. K. Haight, Gibson, & Michel, 2006). We observed a decrease in altered behaviours in the experimental group, observed by the caregiver, but the change was not statistically important ( $p>0.05$ ), nor significant when compared to the control group ( $p>0.05$ ). The ADAS non Cog scale has been pointed as specific for the evaluation of this outcome, although its use is very sparse (Robert et al., 2010). In future research we suggest the use of another scale to complement the findings and allow a second evaluation of this outcome or the use of other data collection techniques, such as naturalistic observation. Studying reminiscence effects on behaviour symptoms remains important, particularly in this population, as it often causes major difficulties in the care provision and in the caregiver - care-receiver's relationship.

The major limitation of the present investigation is due to methodological constraints, particularly the small sample size, which reduces the possibility of a generalization of our findings. This methodological aspect was already pointed in the literature as an important aspect that may interfere with the outcomes (Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005). The fact that a single therapist was responsible for conducting the intervention also constrained the generalization of our findings. In line with this idea, some authors noticed that a single individual is powerful enough to modify recalled personal memories, namely the listener characteristics (Webster et al., 2010) and the skills of the reminiscence therapist (Lin et al., 2003). To diminished the influence of the facilitator in reminiscence impacts some programs, based on existing protocols, include a reminiscence training program (Woods et al., 2012), however our investigation is a first intervention study about an original program (Lopes et al., 2013). For this reason, as in other studies with new intervention programs (Nakamae et al., 2014; Subramaniam et al.,

2014) we opted to use only one therapist who was familiar with the protocol (co-author), to apply it and the other 2 authors as blinded evaluators (experts in the outcome measures testing). In order to prevent this bias, the literature alerts to the need of multicentre randomized control trials with larger samples, multiple settings, and diverse therapists following a common intervention protocol (Subramaniam et al., 2014). The absence of consensual structured models for intervention is also seen as a methodological obstacle to effective reminiscence therapy and so it would be useful to establish in the future which objectives, intervention strategies and assessment methodologies are contributing to the available flimsy results (Gonçalves et al., 2008).

Another constrain of our study was the absence of a placebo group, which prevents us to discriminate what are the specific effect changes due to reminiscence therapy and what are due to the promotion of an activity that enhances social contact or another kind of intervention. For this reason, our results only demonstrated that reminiscence improved the outcome measures of the experimental group compared with no therapy at all. This limitation was already questioned in some reviews, pointing to heterogeneous results. When analyzing the outcome depression, investigation suggests that there is no difference between active or passive control groups ( Bohlmeijer, Roemer, Cuijpers, & Smit, 2007), however when studying differences in well-being, authors found that reminiscence effects were tenuous when compared to placebo interventions (Pinquart & Forstmeier, 2012).

### **5.2.6. Conclusions**

This study intended to fulfill a gap in research adding new evidences about the effects of individual simple reminiscence in persons with cognitive impairment. Despite the tradition of applying simple reminiscence on group intervention formats we analyzed the impact of unstructured individual reminiscence and supported that reminiscence therapy directed to positive and specific life events, may improve autobiographical memory, and other symptoms associated with cognitive impairment. Caring for persons with cognitive decline offers the chance to develop a broad field of interventions that go well beyond medicinal therapies (Peix, 2009). Reminiscence therapy can one of those interventions as it seems to be helpful in maintaining or improving cognitive function, while also decreasing anxiety and depressive symptoms, as well as altered behaviors.

### **Conflict of Interests Statement**

All authors declare no conflict of interest.



## Acknowledgement

The work presented in this paper is part of a Doctoral Thesis Project in Gerontology and Geriatrics (UNIFAI, ICBAS, University of Porto, Portugal). We acknowledge the operational support of the administration and staff of the senior residences where we conducted this study. Thanks are due especially to the study participants and their families.

## 5.2.7. References

- Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2004). Memory of myself: autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory (Hove, England)*, 12(1), 56–74. <http://doi.org/10.1080/09658210244000423>
- Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. (F. C. Gulbenkian & F. para a C. e Tecnologia, Eds.). Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: Efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213–220.
- Afonso, R. M. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatología depresiva, la integridade del yo u el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Universidade da Beira Interior.
- Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M. J., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, Psychological Well-Being, and Ego Integrity in Portuguese Elderly People. *Educational Gerontology*, 37(12), 1063–1080. <http://doi.org/10.1080/03601277.2010.500585>
- Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, 192(3), 183–187. <http://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.11.012>
- Akhoondzadeh, G., Jalalmanesh, S., & Hojjati, H. (2014). Effect of Reminiscence on Cognitive Status and Memory of the Elderly People. *Iran Journal of Psychiatry Behavioural Sciences*, 8(3), 75–80.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R., Young, R., & Shamoian, C. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271–284. [http://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](http://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Baillon, S., van Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J., & Campbell, R. (2005). Variability in response to older people with dementia to both Snoezelen and reminiscence. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(8), 367–374.
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the Functions of Autobiographical Memory: Why Do I Remember the Autumn? In J. Webster & B. Haight (Eds.), *Critical Advances in*

*Reminiscence Work: from Theory to Application* (pp. 61–75). New York: Springer Publishing Company.

- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A TALE of Three Functions: The Self Reported Uses of Autobiographical Memory. *Social Cognition, 23*(1), 91–117. <http://doi.org/10.1521/soco.23.1.91.59198>
- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society, 18*(2), 185–208. <http://doi.org/10.1017/S0144686X98006862>
- Bluck, S., & Liao, H. (2013). I Was Therefore I Am: Creating Self-Continuity Through Remembering Our Personal Past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review, 1*(1), 7–12. Retrieved from <http://www.ijrlr.org/ojs/index.php/IJRLR/article/view/18>
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & Van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health Journal, 45*(6), 476–484. <http://doi.org/10.1007/s10597-009-9246-z>
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Ageing & Mental Health, 11*(3), 291–300. <http://doi.org/10.1080/13607860600963547>
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project. *Ageing & Mental Health, 9*(4), 302–304. <http://doi.org/10.1080/13607860500089567>
- Cappeliez, P. (2013). Neglected Issues and New Orientations for Research and Practice in Reminiscence and Life Review, *1*(1), 19–25.
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies, 22*(3), 266–272. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.06.003>
- 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. *The Journal of Nursing Research: JNR, 14*(1), 36–45.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(4), 380–388. <http://doi.org/10.1002/gps.2350>
- Chiang, K., Lu, R., Chu, H., Chang, Y., & Chou, K. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(12), 7–10. <http://doi.org/10.1002/gps.1824>
- Chung, J. C. C. (2009). An intergenerational reminiscence programme for older adults with early dementia and youth volunteers: Values and challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*(2), 259–264. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00615.x>

- Cohen-Mansfield, J. (2015). Behavioral and psychological symptoms of dementia. In P. A. Lichtenberg & B. T. Mast (Eds.), *APA Handbook of Clinical Geropsychology: Assessment, Treatment, and Issues of Later Life* (Vol. 2, pp. 271–317). American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/14459-011>
- Conway, M. a. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594–628. <http://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203–205. <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>
- El Haj, M., Postal, V., Le Gall, D., & Allain, P. (2011). Directed forgetting of autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Memory*, 19(8), 993–1003. <http://doi.org/10.1080/09658211.2011.626428>
- Fivush, R., Habermas, T., Waters, T. E. A., & Zaman, W. (2011). The making of autobiographical memory: intersections of culture, narratives and identity. *International Journal of Psychology*: *Journal International de Psychologie*, 46(5), 321–45. <http://doi.org/10.1080/00207594.2011.596541>
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment Validation Study for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37–43. <http://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3182420bfe>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989–996. <http://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345–357. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf>
- Fromholt, P., Mortensen, D. B., Torpdahl, P., Bender, L., Larsen, P., & Rubin, D. C. (2003). Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory (Hove, England)*, 11(1), 81–88. <http://doi.org/10.1080/741938171>
- Gomoll, B. P., & Kumar, a. (2015). Managing anxiety associated with neurodegenerative disorders. *F1000Prime Reports*, 7(January). <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.12703/P7-05>
- 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.
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (n.d.). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, (2015), 1–7. <http://doi.org/10.1017/S1041610215000344>
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, G., Barreto, Leuschner, Saints, & Sobral. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In G. de E. de E. C. e D.

- G.E.E.C.D. (Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (2nd ed., pp. 41–68). Portugal: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, GEECD.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, G., Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2008). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer-EADA: Alzheimer Disease Assesment Scale\_ADAS. In G. E. E. C. D. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (2nd ed., pp. 41–68). Portugal: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, GEECD.
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, G., Vieira, C., Lopes, R., & Vieira, O. (2008). Escala Cornell para a Depressão na Demência: Cornell Scale for Depression in Dementia. In G. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (2nd ed., pp. 73–76). Portugal: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência, G.E.E.C.D.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A. M., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from use of reminiscence--a randomised intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, *10*, 33. <http://doi.org/10.1186/1471-2318-10-33>
- Haight, B. K., Gibson, F., & Michel, Y. (2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimer's and Dementia*, *2*(1), 56–58. <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2005.12.003>
- 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 and Clinical Medicine*, *2*(2), 72–78. [http://doi.org/10.1016/S1878-3317\(10\)60012-5](http://doi.org/10.1016/S1878-3317(10)60012-5)
- 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. <http://doi.org/10.1097/JNR.0b013e3181a53f1b>
- Irish, M., Hornberger, M., Lah, S., Miller, L., Pengas, G., Nestor, P. J., ... Piguet, O. (2011). Profiles of recent autobiographical memory retrieval in semantic dementia, behavioural-variant frontotemporal dementia, and Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, *49*(9), 2694–2702. <http://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.05.017>
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence Therapy for Dementia—Meta Analysis, *40*, 10–15. Retrieved from [http://onlinepresent.org/proceedings/vol40\\_2013/3.pdf](http://onlinepresent.org/proceedings/vol40_2013/3.pdf)
- Lai, C. K. Y., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics / IPA*, *16*(1), 33–49. <http://doi.org/10.1017/S1041610204000055>
- Lalanne, J., Gallarda, T., & Piolino, P. (2014). “ The Castle of Remembrance ”: New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer ' s disease. *Neuropsychological Rehabilitation*. <http://doi.org/10.1080/09602011.2014.949276>
- Lalanne, J., & Piolino, P. (2013). Main interventions for rehabilitation of autobiographical memory in Alzheimer's disease from early to severe stage: a review and new

- perspectives. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 11(3), 275–85. <http://doi.org/10.1684/pnv.2013.0422>
- Lemos, C. A., Hazin, I., & Falcão, J. T. D. R. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 135–144. <http://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000100017>
- 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), 197–306.
- Lopes, T., Afonso, R. M., & Ribeiro, Ó. (2013). Memória Autobiográfica e Doença de Alzheimer. In *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social* (Vol. 1, pp. 1–9).
- Lopes, T., Afonso, R. M., Ribeiro, Ó., Quelhas, H., & Pereira, D. (n.d.). The effect of a reminiscence program in institutionalized older persons with dementia: a pilot study. *International Journal of Nursing*, 3(2-2015).
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, Ó. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 597–611. <http://doi.org/10.15309/14psd150304>
- Lopes, T. S., Afonso, R., & Ribeiro, O. M. S. (2013). Programa de reminiscência simples para pessoas idosas con demência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology/INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 107–118. Retrieved from <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/1093>
- Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M., & Piolino, P. (2013). The influence of normal aging and Alzheimer's disease in autobiographical memory highly related to the self. *Neuropsychology*, 27(1), 69–78. <http://doi.org/10.1037/a0030453>
- Muller, S., Saur, R., Greve, B., Melms, A., Hautzinger, M., Fallgatter, A., & Leyhe, T. (2012). Similar autobiographical memory impairment in long-term secondary progressive multiple sclerosis and Alzheimer's disease. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(2), 225–232. <http://doi.org/10.1177/1352458512450352>
- 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. <http://doi.org/10.1016/j.hkjot.2014.01.003>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–9. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- 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, 861–869. <http://doi.org/10.1093/ageing/afr100>
- O'Shea, E., Devane, D., Murphy, K., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., ... Murphy, E. (2011). Effectiveness of a structured education reminiscence-based programme for staff on the quality of life of residents with dementia in long-stay units: a study

protocol for a cluster randomised trial. *Trials*, 12(1), 41. <http://doi.org/10.1186/1745-6215-12-41>

- 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(3), 124–133. <http://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2008.00236.x>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <http://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Parker, R. G. (1995). Reminiscence: a continuity theory framework. *The Gerontologist*, 35(4), 515–525. <http://doi.org/10.1093/geront/35.4.515>
- Peix, R. O. (2009). Reminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 9(51), 163–165. <http://doi.org/10.1016/j.npg.2008.12.007>
- Philippi, N., Noblet, V., Botzung, A., Després, O., Renard, F., Sfikas, G., ... Blanc, F. (2012). MRI-Based Volumetry Correlates of Autobiographical Memory in Alzheimer's Disease. *PLoS ONE*, 7(10). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0046200>
- Piefke, M., & Fink, G. R. (2005). Recollections of one's own past: the effects of aging and gender on the neural mechanisms of episodic autobiographical memory. *Anatomy and Embryology*, 210(5-6), 497–512. <http://doi.org/10.1007/s00429-005-0038-0>
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.651434>
- Pomeroy, I. M., Clark, C. R., & Philp, I. (2001). The effectiveness of very short scales for depression screening in elderly medical patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 321–326. <http://doi.org/10.1002/gps.344>
- Puentes, W. J. (2001). OCCURRENCE OF SPONTANEOUS SIMPLE REMINISCENCE IN OLDER ADULT. *Issues in Mental Health Nursing*, 22, 51–61. <http://doi.org/10.1080/01612840118107>
- Puentes, W. J. (2002). A stress-adaptation model of the phenomenon. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 497–511. <http://doi.org/10.1080/0161284029005266>
- Reis-Bergan, M., Gibbons, F. X., Gerrard, M., & Ybema, J. F. (2000). The Impact of Reminiscence on Socially Active Elderly Women's Reactions to Social Comparisons. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 225–236. [http://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203\\_9](http://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_9)
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742–748. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.562177>
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., & Ercolani, S. (2003). Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694–698. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00216.x>

- Robert, P., Ferris, S., Gauthier, S., Ihl, R., Winblad, B., & Tennigkeit, F. (2010). Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice? *Alzheimer's Research & Therapy*, 2(24), 1–13. <http://doi.org/10.1186/alzrt48>
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., & Davis, K. L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1356–1364.
- Seidl, U., Lueken, U., Thomann, P. a., Geider, J., & Schröder, J. (2011). Autobiographical memory deficits in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27(3), 567–574. <http://doi.org/10.3233/JAD-2011-110014>
- 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. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.05.008>
- Serrano, J. P., .Latorre, J., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M., Nieto, M., ... Gatz, M. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24, 224–229.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., & Montañés, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 40(4), 220–227. [http://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74858-7](http://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74858-7)
- Shellman, J. M., Mokel, M., & Hewitt, N. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 772–786. <http://doi.org/10.1177/0193945909335863>
- Stinson, C. K., Young, E. a., Kirk, E., & Walker, R. (2010). Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 665–673. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01556.x>
- 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. <http://doi.org/10.1586/ern.12.35>
- Subramaniam, P., Woods, B., & Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 18(3), 363–75. <http://doi.org/10.1080/13607863.2013.837144>
- 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. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2007.00381.x>
- Wang, J. J., Yen, M., & OuYang, W. C. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 227–232. <http://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.007>

- Wang, J.-J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235–1240. <http://doi.org/10.1002/gps.1821>
- Webster, J. D. (1993). Construction and Validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology*, 48(5), 256–262. <http://doi.org/10.1093/geronj/48.5.P256>
- 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. <http://doi.org/10.1177/0164027510364122>
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107–14. <http://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.02.003>
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E., & Webster, J. D. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Ageing and Society*, 30(04), 697–721. <http://doi.org/10.1017/S0144686X09990328>
- Williams, J. M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144–149. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122–148. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Wittich, W., Phillips, N., Nasreddine, Z., & Chertkow, H. (2010). Sensitivity and specificity of the Montreal Cognitive Assessment modified for individuals who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, (June), 360–369. Retrieved from <https://www-psychology.concordia.ca/fac/phillips/files/WittichetalJVIB2010.pdf>
- Wong, P. (1995). The Processes of Adaptative Reminiscence. In B. Haight & J. Webster (Eds.), *The Art and Science of Reminiscing: Theory, Research, Methods, and Applications* (pp. 23–35). Bristol: Taylor & Francis.
- Woods, B., Spector, A., & Jones, C. (2005). Reminiscence therapy for dementia: Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub2>
- Woods, R. T., Bruce, E., Edwards, R. T., Elvish, R., Hoare, Z., Hounsome, B., ... Russell, I. T. (2012). REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(48). <http://doi.org/10.3310/hta16480>
- Yamagami, T., Oosawa, M., Ito, S., & Yamaguchi, H. (2007). Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics*, 7(2), 69–75. <http://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2007.00189.x>



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

## 1. DISCUSSÃO GERAL

A presente tese tem como objetivo geral construir e analisar o impacto de um programa de reminiscência em pessoas idosas portuguesas institucionalizadas com défice cognitivo. Para tal foram delineadas 3 etapas nesta investigação:

- I. Construção de um programa de reminiscência para pessoas idosas com défice cognitivo.
- II. Estudo piloto sobre programa de reminiscência para pessoas idosas com défice cognitivo (impacto e perceções dos participantes sobre o programa).
- III. Análise do impacto do programa de reminiscência em pessoas idosas com défice cognitivo.

### **1.1. Construção de um programa de reminiscência para pessoas idosas com défice cognitivo**

Na primeira etapa foi elaborado um protocolo de intervenção, através de reminiscência simples, não estruturada, de cariz narrativo e de aplicação individual. Para tal, foram consultados protocolos existentes, constando-se que a maioria se encontra direcionado para a intervenção através de reminiscência estruturada e revisão de vida (e.g. Afonso, 2011; Etchemendy, Baños, Botella, & Castilla, 2009; Navarro, Latorre, Hidalgo, & Pretel, 2008; Serrano, 2002) ou reminiscência simples em formato de grupo (e.g. Stinson, 2009), sendo, a sua maioria, direcionados para pessoas com sintomatologia depressiva (Marques, 2012). Assim, este programa preenche uma lacuna em relação a intervenções de reminiscência individuais para pessoas idosas com demência em Portugal.

O programa construído assume uma aplicação individual, apesar de se recomendar a aplicação de reminiscência simples em grupo, sendo os modelos de intervenção individual mais associados a programas mais estruturados, tais como a revisão de vida (Lin, Dai, Huang, 2003; Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Embora *Pinquart* e *Forstmeier* (2012) tenham verificado que o contexto de aplicação de reminiscência, individual ou grupal, não modera o efeito da terapia, a teoria direciona a aplicação de reminiscência simples para os contextos de grupo.

A revisão da literatura indica que, de facto, os estudos de intervenção de reminiscência individual são raros, particularmente no defeito cognitivo (Baillon et al., 2005; Lai, Chi, & Kayser-Jones, 2004; Subramaniam & Woods, 2012). Constata-se,

ainda, que a aplicação de reminiscência simples não apresenta um impacto significativo nas pessoas idosas com declínio cognitivo, institucionalizadas, ao invés das investigações focadas em reminiscência estruturada e revisão de vida (Subramaniam & Woods, 2012).

A ausência de efeito associado à intervenção individual comparada com a aplicação em grupo, parece um contra senso tendo em conta as idiossincrasias da população em estudo. As pessoas com declínio cognitivo apresentam alterações comportamentais heterogéneas (Alzheimer's Association, 2012, 2013; Petrovic et al., 2007; Van der Linde, Dening, Matthews, & Brayne, 2014), presença de sintomas psicológicos diversos, tais como a ansiedade e a depressão (Bergh & Selbaek, 2012), défices de atenção e concentração (Albert et al., 2011), alterações cognitivas que podem afetar as mais diversas vertentes do desempenho cognitivo (Albert et al., 2011; Alzheimer's Association, 2012, 2013), dificuldades de comunicação, julgamento e capacidade de auto relato (Gomoll & Kumar, 2015, McKhann et al., 2011), que parecem pouco controláveis numa intervenção grupal. Para além da heterogeneidade relativa às manifestações e tipologias de defeito cognitivo, a literatura aponta a individualização e adaptação das terapias não farmacológicas como benéficas e recomendadas nesta população (Douglas, James, & Ballard, 2004; Gonçalves et al., 2008; Lalane & Piolino, 2013). No entanto, dada a escassez de estudos sobre aplicação da reminiscência, é necessário clarificar o seu impacto (Subramaniam & Woods, 2012). Este estudo pretende, precisamente analisar o impacto de um programa de reminiscência personalizado e individualizado, que é apresentado no Capítulo III desta tese.

A ideia central do programa construído é a de fomentar as funções adaptativas da reminiscência (Cappeliez, Rivard, & Guindon, 2007; Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; O'Rourke, Cappeliez, & Claxton, 2011) através do tipo narrativo, desencadeando emoções positivas de carácter imediato (Cappeliez, Rivard, & Guindon, 2007; Cappeliez, Guindon, & Robitaille, 2008; Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010). O programa construído consiste na estimulação individual da recuperação de memórias autobiográficas positivas, no formato de reminiscência livre. O participante foi incentivado a recordar experiências de vida que considerava positivas e a narrá-las de forma detalhada e específica.

## **1.2. Estudo piloto sobre programa de reminiscência para pessoas idosas com défice cognitivo**

O estudo piloto (Estudo 1) pretendeu testar a aplicabilidade e adequação do programa de intervenção pela reminiscência construído. Este estudo recorreu a

metodologias quantitativas (análise descritiva, correlacional e inferencial) e qualitativas (análise de conteúdo), sendo estas metodologias mistas consideradas por *Cappeliez* (2013) como sendo de particular interesse para a análise dos efeitos da terapia de reminiscência.

A análise do impacto da intervenção de reminiscência foi realizada através dos dados recolhidos na avaliação pré e pós teste. Inicialmente, o objetivo era analisar o impacto do programa em pessoas idosas com diagnóstico de demência (fase leve). Contudo, a população alvo teve de ser alterada uma vez que, durante o recrutamento, se constatou a carência de indivíduos com diagnóstico médico de demência leve. Dos 6 participantes do estudo piloto, que apresentavam um rastreio cognitivo positivo, abaixo do valor 26 e acima de 12 (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010), apenas 1 tinha diagnóstico formal de demência. Assim, optou-se por testar o programa com idosos com défice cognitivo, excluindo-se o termo demência. Este constrangimento do estudo piloto, patente também no Estudo 2 será posteriormente abordado nas limitações inerentes à realização desta tese.

Em relação ao rastreio utilizado no estudo piloto, optou-se pela utilização do MoCA (Nasreddine et al., 2005; Freitas et al., 2010), o que foi um aspeto inovador deste estudo, uma vez que, na maioria dos estudos de reminiscência se optou pelo MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Embora esta escolha tenha limitado a comparação de dados com outros estudos, onde maioritariamente se utiliza o MMSE (Akanuma et al., 2011; Huang et al., 2009; Su, Wu & Lin, 2012; Tadaka & Kanagawa, 2007), no estado da arte atual e no contexto português em particular, o MoCA revela-se mais sensível na deteção de DCL e demência (Freitas et al., 2010). Os autores da escala publicaram novos pontos de corte para a população portuguesa tendo em conta não só a presença ou não de defeito da cognição (Freitas et al., 2010), mas também o ponto de corte para o DCL e a demência, adaptados à idade e escolaridade, num momento paralelo à realização do estudo piloto, pelo que esta nova informação só foi integrada *a posteriori* no estudo experimental, onde os critérios de inclusão foram redefinidos (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2013).

Em relação ao impacto da intervenção de reminiscência nos participantes no estudo piloto (subcapítulo 4.1) verificou-se uma melhoria nas dimensões, nomeadamente na cognição, memória autobiográfica, depressão e comportamento observados, embora esta não tenha sido estatisticamente significativa, excetuando a diminuição do tempo de latência na recuperação de eventos autobiográficos. Estes ténues resultados podem estar relacionados com os constrangimentos apontados na literatura como limitadores da avaliação dos efeitos da terapia de reminiscência: amostra pequena, amostragem acidental, metodologia experimental, sem grupo de controlo (Cotelli, Manenti, & Zanetti,

2012; Lin et al., 2003; Westerhof et al., 2010; Woods et al., 2005). Concluiu-se que a reminiscência poderia ser útil para manter ou melhorar o humor, a cognição, a memória autobiográfica e os comportamentos alterados, no entanto era necessário um estudo mais aprofundado e redefinido dos resultados a alcançar e utilizando metodologias de melhor qualidade.

No âmbito do estudo exploratório do programa, foi, também, realizada uma análise mais pormenorizada, no formato de estudo de caso, dos 2 participantes com maior declínio da cognição (subcapítulo 4.2). Como estes 2 sujeitos apresentavam maiores alterações nas medidas em avaliação, analisaram-se individualmente as diferenças pré e pós teste de ambos. Os resultados revelaram uma diminuição da sintomatologia comportamental, nomeadamente o delírio, a alucinação e a dispersão, da sintomatologia depressiva, da ansiedade, melhoria da cognição e da memória autobiográfica. Estes resultados corroboraram o constatado por outros investigadores (e.g. Cotelli et al., 2012; Serrani, 2012; Wang, 2007).

Ainda nesta fase, foi feito o estudo da percepção que os participantes sobre a intervenção de reminiscência através de uma metodologia qualitativa com recurso a análise de conteúdo de entrevistas estruturadas (conforme descrito no subcapítulo 4.3). Os resultados revelaram uma percepção positiva dos participantes em relação à terapia, com sentimentos de validade, alegria, otimismo. Estes resultados podem estar relacionados com o facto da reminiscência se centrar nas capacidades e habilidades mantidas do indivíduo, não valorizando os seus défices e perdas (Peix, 2009).

Após a realização do estudo piloto foram detetadas algumas lacunas metodológicas no programa /estudo, que originaram algumas alterações e ajustamentos no planeamento do estudo principal desta investigação, nomeadamente:

- I. Inicialmente foi planeada a avaliação dos afetos através de grelha construída para o efeito ou da *Observed Emotion Rating Scale* (Lawton, Van Haitsma, & Klapper, 1996) que seria cotada por dois investigadores independentes, após visualização dos vídeos, realizados no final das sessões de terapia. Contudo, as escalas revelaram-se desadequadas e surgiram vários constrangimentos, nomeadamente problemas contextuais e dificuldade de observar / filmar sem se comprometer a intimidade e privacidade de outros utentes da instituição. Assim, optou-se por não se avaliar esta dimensão.
- II. Para a avaliação da sintomatologia depressiva considerou-se, inicialmente, a heteroavaliação através da CSDD (Alexopoulos et al., 1988; GEECD et al., 2008a). Contudo foi considerada limitadora por não valorizar a opinião do participante, ao contar somente com o juízo do cuidador. Para superar esta limitação do Estudo 1, foi considerada optou-se por, no estudo 2, se

acrescentar a utilização concomitantemente uma escala de auto relato, a GDS-5 (Rinaldi et al., 2003; GEECD et al., 2008b).

- III. Após a realização do estudo piloto observaram-se melhorias ao nível da ansiedade, avaliada com a CSDD (Alexopoulos et al., 1988; GEECD et al., 2008a), o que alertou para a necessidade de se avaliar esta dimensão. A ansiedade é um sintoma muito frequente em pessoas com demência institucionalizadas (Bergh & Selbaek, 2012), com uma prevalência de 10,3% nos casos de DCL (Lyketsos et al., 2002) e cerca de 37- 44% em pessoas com demência (Aalten et al., 2008; Prado-Jean et al., 2010; Petrovic et al., 2007). A ansiedade é, também, considerada um fator de risco de progressão para demência em pessoas com DCL (Gomoll & Kumar, 2015; Palmer, Berger, Monastero, Winblad, Bäckman, & Fratiglioni, 2007). Assim, optou-se pela avaliação desta dimensão no estudo principal.

### **1.3. Análise do impacto do programa de reminiscência em pessoas idosas com défice cognitivo**

A terceira etapa consistiu na realização de um estudo quási-experimental para se analisar o impacto do programa de reminiscência livre e individualizado construído para pessoas idosas portuguesas com defeito cognitivo ao nível da cognição, memória autobiográfica, comportamento, sintomatologia depressiva e ansiedade.

Para tal, foram constituídos dois grupos (controlo e experimental) e foram feitas avaliações pré e pós teste. Os indivíduos do grupo experimental, do momento pré para o pós teste, revelaram um aumento estatisticamente significativo quanto ao número de eventos autobiográficos positivos e específicos recuperados e diminuíram a sintomatologia depressiva a ansiedade e o número de eventos gerais e negativos evocados.

Comparando os participantes do grupo experimental com o grupo de controlo, considerando que as características iniciais de ambos eram similares, os indivíduos do grupo de intervenção apresentaram pontuações significativamente superiores na cognição e recuperação de eventos autobiográficos (em número, especificidade, valência positiva) e valores inferiores de depressão (GDS-5), ansiedade, tempo de latência para evocação de acontecimentos e número de memórias negativas e gerais evocadas. Observaram-se, ainda, no grupo experimental melhorias ao nível do comportamento e sintomatologia depressiva, comparativamente ao grupo controlo. Contudo, estas diferenças não foram estatisticamente significativas.

### 1.3.1. Impacto do programa de reminiscência ao nível da cognição

Relativamente ao impacto da terapia na cognição, verificou-se que os indivíduos expostos a reminiscência apresentam valores superiores de desempenho cognitivo médio no pós-teste ( $p=0.051$ ). Embora este resultado não fosse estatisticamente significativo, verificou-se que a exposição a terapia de reminiscência aumentou o desempenho cognitivo dos participantes experimentais, em relação ao grupo de controlo, na avaliação pós teste ( $p < 0.005$ ). Desta informação pode-se concluir que, embora a terapia de reminiscência não melhore significativamente a cognição dos indivíduos expostos, a participação na intervenção, de facto, ampliou o seu desempenho cognitivo médio em relação aos cuidados diários habituais.

A reminiscência estimula o potencial cognitivo disponível (Lalane & Piolino, 2013; Peix, 2009), centrando-se em memórias preservadas, apesar do declínio (Cotelli et al., 2012), em competências próprias de cada indivíduo, sem necessidade de aquisição de novas aprendizagens, focadas num assunto de particular interesse e conhecimento da pessoa, a sua própria vida (Gonçalves et al., 2008; Gonçalves & Martín, 2007). Assim, a reminiscência poderá potenciar, preservar ou contribuir para que o défice cognitivo associado à demência não seja tão acentuado, apesar do impacto observado poder não ser estatisticamente significativo. Os resultados observados corroboram a ideia de que impacto da reminiscência simples em pessoas com défice cognitivo é ténue (Westerhof et al., 2010), particularmente em aspetos relativos à melhoria da cognição (Kwon et al., 2013; Pinquart & Forstmeier, 2012; Subramaniam & Woods, 2012; Woods et al., 2005).

A melhoria observada na cognição média do grupo experimental em relação ao grupo de controlo foi também verificada na literatura científica, tanto a nível de revisões sobre esta temática (Cotelli et al., 2012; Kwon et al., 2013; Woods et al., 2005) como a nível de publicações sobre outros programas de reminiscência direcionados para populações com défice cognitivo (e.g. Akhoondzadeh, Jalalmanesh, & Hojjati, 2014; Haight, Gibson & Michel, 2006; Nawate, Kaneko, Hanaoka, & Okamura, 2008; Tadaka & Kanagawa, 2007; Wang, 2007).

Numa tentativa de explicação destas melhorias cognitivas decorrentes da terapia, a literatura aponta para a possibilidade de um aproveitamento da reserva cognitiva da pessoa (Peix, 2009; Woods et al., 2005), acedendo através de reminiscência, a conteúdos cada vez mais específicos da memória autobiográfica (Cotelli et al., 2012). A reminiscência em contexto interpessoal é, habitualmente, um processo dinâmico e cumulativo de recuperação de memórias (Gibson, 2011). Ou seja, a recordação e partilha de memórias sobre um evento estimula a recuperação de outras memórias de acontecimentos de vida associados, acrescentando detalhes e diferentes experiências a cada recuperação (Gibson, 2011). Este aspeto cumulativo da reminiscência é explicado

pelos teóricos da MA, que defendem um acesso hierarquizado à mesma, com detalhes e especificidades cada vez maiores de um acontecimento à medida que tentamos recordar um evento específico do conhecimento autobiográfico de base (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Williams et al, 2007).

A perda de memória é uma característica frequente em pessoas com défice cognitivo (Albert et al., 2011; McKhann et al., 2011), particularmente a perda de MA (e.g. Addis & Tippett, 2004; El Haj, Postal, LeGall, & Allain, 2011; Martinelli, Anssens, Sperduti, & Piolino; 2013; Müller et al., 2012; Seidl, Lueken, Thomann, Geider, & Schröder, 2011). O défice ao nível da MA pode dificultar a perceção de um sentido de identidade pessoal (Addis & Tippett, 2004; Beavis, 2008) e a desconexão entre o passado e o presente (Puentes, 2002; Woods et., 2005). A reminiscência, ao promover a comunicação e memória autobiográfica, poderá gerar um impacto positivo no funcionamento cognitivo global (Woods et al., 2005), potenciado indiretamente por uma melhoria do sentido de identidade (Addis & Tippett, 2004; Beavis, 2008). Nesta linha de pensamento, o facto do programa de reminiscência direcionar os participantes para a recuperação de acontecimentos de vida positivos, específicos e detalhados, poderá ter contribuído para as melhorias da cognição observadas no grupo experimental em relação aos indivíduos que não foram estimulados a fazer reminiscência nenhuma (grupo controlo).

### 1.3.2. Impacto do programa de reminiscência ao nível da sintomatologia depressiva

Relativamente ao impacto do programa ao nível da sintomatologia depressiva, os resultados da avaliação feita com os participantes do estudo e com os seus cuidadores não foi consensual. Os dados recolhidos com os próprios participantes revelaram uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva dos participantes do grupo experimental ( $p < 0.001$ ), sendo a sintomatologia depressiva do grupo experimental significativamente menor do que a apresentada pelo grupo de controlo ( $p < 0.001$ ). Contudo, esta diminuição não se observou quando se efetuou a análise das respostas dos cuidadores formais dos participantes no estudo. Na heteroavaliação dos sintomas depressivos, através da CSDD, embora tenha sido observada redução dos sintomas no grupo experimental após a intervenção, esta não foi estatisticamente significativa ( $p = 0.133$ ). Do mesmo modo, quando comparámos os grupos experimental e de controlo no pós-teste, a diferença entre ter sido ou não exposto à intervenção não foi percebida como significativa pelos cuidadores formais ( $p = 0.201$ ). Esta inconsistência de resultados em relação aos efeitos da reminiscência simples nos sintomas depressivos encontra-se patente na literatura consultada, tendo sido objeto de revisão detalhada no subcapítulo 1.1 desta tese.



Assim, estes resultados apoiam, parcialmente a ideia do potencial benefício da terapia reminiscência na diminuição dos sintomas depressivos em pessoas com déficit cognitivo (Chung, 2009; Hsieh et al., 2010; Gonzalez et al., in press; Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi, & Hashimoto, 2014; Wang, 2007).

Segundo Lin et al. (2003), a reminiscência simples não deve visar a melhoria de sintomas patológicos (e.g. depressão), cuja abordagem recomendada seria para estratégias de mais estruturadas, nomeadamente a revisão de vida (Bohlmeijer et al., 2007; Lin et al., 2003; Webster et al., 2010; Westerhof et al., 2010; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Contudo, dada a elevada prevalência de depressão no déficit cognitivo, entre 40-60% em pessoas com diagnóstico de demência (Aalten, et al., 2008; Fritze et al., 2011; Prado-Jean et al., 2010; Petrovic et al., 2007; Rosness, Barca & Engedal, 2010; Volicer, Frijters, & Van der Steen, 2012) e na ordem dos 20% nos casos de DCL (Lyketsos, et al., 2002; Savva et al., 2009) este estudo pretendeu analisar o impacto da reminiscência a este nível.

Apesar dos resultados sobre o impacto da reminiscência simples na sintomatologia depressiva não serem conclusivos, os resultados sugerem que este tipo de terapia pode apresentar benefícios. Estes efeitos positivos da terapia de reminiscência são congruentes com os resultados observados em outros estudos empíricos nesta temática (e.g. Chung, 2009; Hsieh et al., 2010; Gonzalez et al., in press; Nakamae et al., 2014; Wang, 2007; Subramaniam, & Woods, 2012).

O impacto positivo da reminiscência simples na sintomatologia depressiva poderá relacionar-se com a congruência entre o estado de ânimo e as memórias recuperadas (Bower, 1981). A intervenção promoveu a recuperação de eventos positivos, fomentando, conseqüentemente, estados de ânimo positivos e passíveis de melhoria através de reminiscência simples (Cappeliez et al., 2007; Cappeliez et al., 2008). No programa de reminiscência implementado não foi incentivada a recuperação de acontecimentos negativos, mais adequados a estratégias de revisão de vida e passíveis de causar efeitos negativos quando aplicados por terapeutas não treinados e alerta para estes aspetos (Brinker, 2013; Gonçalves & Martín, 2007).

As melhorias ao nível da sintomatologia depressiva podem também, relacionar-se com o facto de a reminiscência poder contribuir para a autoaceitação e sentido de propósito na vida (Pinquart & Forstmeier, 2012), fomentando um sentido de continuidade do Eu (Afonso, 2011; Peix, 2009). O programa de reminiscência construído pretendia desencadear emoções positivas imediatas, utilizando as funções adaptativas da reminiscência narrativa (Cappeliez et al., 2007; Cappeliez et al., 2008; Webster et al., 2010), estimulando a recuperação de acontecimentos positivos, com maior potencial terapêutico (Parker, 1995).

### 1.3.3. Impacto do programa de reminiscência ao nível da ansiedade

Os resultados revelaram uma diminuição muito significativa da sintomatologia ansiosa dos participantes após a intervenção de reminiscência ( $p < 0.001$ ), que apresentaram menores níveis médios de ansiedade quando comparados com o grupo de controlo ( $p < 0.005$ ). Estes resultados corroboram a ideia de que a reminiscência tem um efeito potencial como resposta adaptativa ao *stress* (Puentes, 2001, 2002; Webster, 1993; Wong, 1995). Contudo, a investigação sobre o efeito da reminiscência na ansiedade carece de estudos empíricos que validem os constructos teóricos (Lin et al., 2003; Westerhof et al., 2010). A carência de investigações neste domínio não se restringe à população com defeito cognitivo (Gomoll & Kumar, 2015), estendendo-se à população idosa em geral, na qual a ansiedade é menos estudada (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011).

Este estudo, no estado de conhecimento atual, foi a primeira pesquisa a avaliar os efeitos da reminiscência simples individual na sintomatologia ansiosa de pessoas com défice cognitivo. No âmbito da revisão da literatura efetuada, encontrou-se apenas um estudo que analisou os efeitos da terapia de reminiscência em formato grupal e com a participação dos cuidadores em pessoas com demência, ao nível da ansiedade, não tendo sido encontrando resultados significativamente expressivos (Woods et al., 2012).

Os benefícios observados neste estudo alertam para a importância de estudar com maior detalhe os efeitos da reminiscência na ansiedade de pessoas idosas com défice cognitivo. O estudo desta temática apresenta elevada pertinência uma vez que a presença de sintomatologia ansiosa em pessoas com DCL aumenta o risco de progressão para demência (Gomoll & Kumar, 2015; Palmer et al., 2007), sendo importante intervir de forma precoce nesta dimensão da saúde mental.

### 1.3.4. Impacto do programa de reminiscência ao nível das alterações comportamentais

Os resultados do estudo principal sobre o impacto da reminiscência simples nas alterações comportamentais não revela mudanças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós-teste, apesar de se observar uma diminuição ( $p=0.271$ ) e uma pontuação média menor nos participantes do grupo experimental (pós-teste) do que no grupo de controlo ( $p=0.378$ ). Estes resultados que indicam mudanças mas que não são estatisticamente significativos encontram-se na linha do constatado na revisão da literatura efetuada (e.g. Gudex, Horsted, Jensen, Kjer, & Sørensen, 2010; Haight et al., 2006; Thorgrimsen, Schweitzer & Orrell, 2002). Conjetura-se que esta melhoria comportamental surge devido à capacidade da reminiscência conectar aspetos identitários do passado com o presente, no qual a identidade está comprometida pelas perdas cognitivas associadas à patologia (Addis & Tippett, 2004; Afonso, 2011; Beavis,

2008; Gonzalez et al., in press; Puentes, 2002) que originam as alterações comportamentais.

A alteração comportamental tem um importante impacto nas pessoas com déficit cognitivo e seus cuidadores, constituindo um fator de risco para a institucionalização, ocorrência de eventos adversos e aumento da sobrecarga dos cuidadores (O'Neil, Freeman, Christensen, Telerant, Addleman, & Kansagara, 2011; Volicer et al., 2007; WHO, 2012). As alterações comportamentais mais frequentemente referidas na literatura são a agitação, agressividade, apatia, deambulação, alterações do padrão de sono, a ansiedade, depressão, alucinação e delírio (WHO, 2012).

Apesar dos resultados obtidos neste estudo não revelarem um impacto da reminiscência estatisticamente significativo, algumas intervenções de reminiscência alcançam resultados estatisticamente significativos ao nível das alterações comportamentais (e.g. Akanuma et al., 2011; Hsieh et al., 2010; Huang, Li, Yang, & Chen, 2009; Wang, Yen, & OuYang, 2009; Yamagami, Oosawa, Ito, & Yamaguchi, 2007), sendo que um estudo de revisão também aponta nessa direção. O estudo de revisão efetuado por Woods et al. (2005) aponta para um impacto da reminiscência nas alterações comportamentais estatisticamente significativo.

Os resultados obtidos neste estudo quanto às alterações comportamentais podem ter apresentado algumas limitações relacionadas com o instrumento de avaliação utilizado (ADAS n Cog). Trata-se de um instrumento que mede a presença ou não de comportamentos alterados de uma forma geral (e.g. ansiedade, delírio). Para se superar esta limitação na avaliação comportamental no âmbito deste estudo, sugere-se que, em próximas investigações, se utilizem escalas focadas em comportamentos específicos, em linha com alguns autores, que direcionaram a avaliação para temas como a apatia (Hsieh et al., 2010) ou o comportamento alimentar (Cleary et al., 2012). Em suma, a avaliação dos efeitos da reminiscência nas alterações comportamentais merece uma avaliação individualizada, através de instrumentos direcionados para cada alteração comportamental (Savva et al., 2009; Van der Linde, Dening, Matthews, & Brayne, 2014), a fim de aferir em quais comportamentos ela poderá ser mais efetiva.

#### 1.3.5. Impacto do programa de reminiscência ao nível da memória autobiográfica

Os participantes expostos à terapia de reminiscência simples aumentaram significativamente o número médio de memórias autobiográficas recuperadas ( $p < 0.005$ ), bem como o valor médio das recuperações no pós teste quando comparados com os indivíduos que não participaram na terapia ( $p < 0.005$ ). Estes dados reiteram a necessidade de mais investigação nesta temática, visto a perda de MA ser um dado adquirido no processo demencial (e.g. Martinelli et al., 2013; Müller et al., 2012) afetando

particularmente a memória episódica em fase precoces do declínio cognitivo (Seidl et al., 2011). Estas perdas de MA contribuem para a perda de identidade pessoal (Lalanne et al., 2014), essenciais na manutenção do sentido de continuidade do Eu (Afonso, 2011; Bluck & Liao, 2013), modulador dos comportamentos e emoções únicas do Homem (Bluck & Liao, 2013).

O declínio precoce da MA episódica, que armazena os eventos pessoais específicos, inseridos num contexto cronológico e espacial, com cariz emocional próprio (Berna et al., 2012; Conway, 2005; Lalanne et al., 2014) poderá comprometer desde fases iniciais a identidade e ser causa de comportamentos disruptivos. Recomenda-se a intervenção no sentido de fomentar a identidade e continuidade do ego através de estratégias estruturadas de reminiscência (Westerhof et al., 2010), no entanto, os benefícios alcançáveis através de reminiscência simples poderão ser tidos em linha de conta em análises futuras.

Embora as funções sociais da reminiscência, onde se insere a reminiscência narrativa utilizada neste estudo, não visem a manutenção da identidade (Bluck et al., 2005), a melhoria alcançada através do aumento de eventos significativos do passado recuperados poderá contribuir indiretamente na manutenção de uma identidade autobiográfica e um auto conceito coerente ao longo do ciclo de vida (Bluck et al., 2005). Por outro lado, também pode ser entendida como um meio indireto para alcançar ou manter um sentido de orientação, através da recuperação de conhecimentos e experiências passadas, importantes na função de resolução de problemas (Cappeliez & O'Rourke, 2006; Westerhof et al., 2010), uma capacidade comprometida em pessoas com declínio cognitivo (Albert et al., 2011). Neste sentido, o estudo desta influência carece de uma análise mais detalhada, incluindo novas dimensões a avaliar, nas quais se inclui a identidade, pensamento esse reiterado na literatura (Beavis, 2008; Pinquart & Forsteimeier, 2012).

Os resultados deste estudo indicaram, também, a diminuição de eventos gerais recuperados ( $p < 0.001$ ) e o aumento da recuperação de eventos específicos no grupo experimental ( $p < 0.001$ ) após a terapia de reminiscência. Este resultado relaciona-se com o facto das sessões de intervenção terem sido direcionadas para a recuperação de experiências pessoais específicas, delimitadas num tempo, espaço e circunstâncias social e emocional. Este impacto foi, também, observado na comparação entre grupos no pós-teste, constatando-se uma diferença muito significativa quer na recuperação de eventos específicos ( $p < 0.001$ ), quer para eventos gerais ( $p < 0.001$ ), entre os grupos experimental e de controlo. Os valores da avaliação inicial da amostra ( $n=41$ ) apontaram para um número elevado de recuperação de eventos gerais (média=10.49) e baixo número de eventos específicos (média=3.244), sem diferença significativa entre os

grupos. Estes dados corroboram a ideia de que, tal como na depressão (Fromholt et al., 2003; Williams et al., 2007) o declínio cognitivo também causa sobre generalização da MA (Fromholt et al., 2003; Irish et al., 2011; Lemos, Hazin & Falcão, 2012; Martinelli et al., 2013; Moses, Culpin, Lowe & McWilliam, 2004), aspeto abordado num subcapítulo desta tese (2.2).

O grupo exposto a sessões individuais de reminiscência aumentou o número médio de memórias positivas recuperadas ( $p < 0.005$ ) e diminuiu as respostas negativas ( $p < 0.005$ ). Este dado indica que a participação em terapia de reminiscência tem um impacto positivo na valência das experiências autobiográficas recuperadas. Segundo a perspectiva da congruência entre valência das memórias e estado de ânimo, este resultado sugere que, através do treino, os indivíduos poderão quebrar ciclos negativos de recuperação de memórias (Bower, 1981) e, conseqüentemente, melhorar o seu estado de ânimo através da ativação de memórias autobiográficas positivas. A utilização de reminiscências negativas para validar e alimentar pensamentos negativos (Bower, 1981; Brinker, 2013; Gonzalez, et al., in press) poderá deste modo ser contrariada com utilização de reminiscência narrativa simples direcionada para a recuperação de memórias positivas, conforme planeado no protocolo de terapia aqui testado.

Em suma, estes resultados enfatizam que é possível, em pessoas com défice cognitivo:

- I. Estimular a recuperação de acontecimentos autobiográficos positivos, o que tem benefícios terapêuticos (Cappeliez et al., 2008; Parker, 1995; Webster et al., 2010) e promove emoções positivas (Bower, 1981; Piquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010);
- II. Diminuir do fenómeno de sobre generalização da MA. Este impacto é importante na medida em que a sobre generalização compromete a capacidade de resolver problemas e encarar o futuro, sendo preditora de desordens emocionais (Williams et al., 2007).

## 2. POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES

A realização deste estudo enfatizou as potencialidades que a terapia de reminiscência simples, com aplicação individual poderá ter em pessoas idosas com défice cognitivo. Após a participação nas sessões, os indivíduos melhoraram em todas as medidas avaliadas, quer comparando os seus resultados ao longo do tempo, quer em relação ao grupo de controlo. Embora essa melhoria não tenha sido sempre estatisticamente significativa, estes resultados alertam para um efeito benéfico desta

terapia não farmacológica, que pode ser tida em linha de conta no planeamento transdisciplinar de cuidados a pessoas com défice cognitivo.

Outra potencialidade detetada na realização deste trabalho foi a possibilidade de alterar/melhorar a sintomatologia associada ao défice cognitivo (e.g. ansiedade, depressão, comportamentos) e melhorar alguns aspetos da cognição, nomeadamente a MA, através de uma estratégia não farmacológica. Focando as sessões em memórias autobiográficas específicas, de carácter positivo, foi possível melhorar os resultados nas dimensões avaliadas, indicando que a terapia aplicada de forma individual poderá também ser efetiva neste tipo de populações. O presente estudo vem dar respostas no âmbito do impacto da reminiscência simples individual, particularmente em pessoas com défice cognitivo, campo de investigação que carecia de estudos.

A realização da presente tese apresentou várias limitações, que foram elencadas ao longo dos artigos apresentados. A maioria das limitações reporta-se a questões de âmbito metodológico e aspetos relacionados com a implementação das intervenções. A seguir são sintetizadas as principais limitações que se destacaram e causaram constrangimentos à elaboração e análise desta intervenção.

A primeira limitação que surgiu e acompanhou toda esta investigação foi o método de recrutamento e seleção dos participantes. A inclusão dos sujeitos deveria ter-se baseado nas avaliações clínicas e diagnósticos efetuados por médicos especialistas (neurologistas, psiquiatras). Este aspeto seria causador de uma impossibilidade técnica quando transposto para a realidade das instituições de apoio a idosos em Portugal e até no mundo. De facto, a Organização Mundial de Saúde estima que metade dos casos de demência não está diagnosticado e os casos que estão tiveram um diagnóstico formal tardio (WHO, 2012). Sabendo que o DCL surge como uma fase de transição entre o envelhecimento cognitivo normal e a demência, causando dificuldades e incertezas no diagnóstico precoce (Albert et al., 2011) e com as queixas cognitivas muito subtis (Sousa & Sequeira, 2012), ultrapassou-se este constrangimento com a aplicação de um teste de rastreio cognitivo, conjuntamente com a *Global Deterioration Scale* para recrutar os participantes. Esta ideia também foi reiterada pelos investigadores e nesse sentido emanaram recomendações por forma a simplificar e tornar menos complexo o processo de identificação de casos de DCL, facilitando uma intervenção precoce em todos os contextos da prática e da investigação neste domínio (Albert et al., 2011). O processo de recrutamento da amostra baseou-se, desta forma, não no diagnóstico formal de défice cognitivo mas na pontuação obtida no MoCA e sua interpretação segundo os valores de corte definidos para a população portuguesa (Freitas et al., 2010; Freitas et al., 2013).

Uma segunda limitação, também de cariz metodológico, relaciona-se com a escolha dos instrumentos de avaliação. Existe uma necessidade premente de validação e

construção de instrumentos de avaliação capazes de, por um lado, detetar manifestações precoces de demência (Sperling et al., 2011) e, por outro lado, serem multidimensionais e capazes de abranger as variadas alterações patentes no défice cognitivo, nomeadamente os sintomas não cognitivos, avaliação do humor, capacidade funcional, interação social e simultaneamente de fácil administração à pessoa com defeito da cognição (Robert et al., 2010; Sperling et al., 2011). Para contornar esta limitação foram utilizados instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa, específicos para a demência. Optou-se pela implementação de escalas específicas para esta população (CSDD, Adas n Cog) no sentido de serem mais sensíveis a mudanças do que escalas de avaliação geriátrica globais. No entanto, surgiu a necessidade de incluir novas dimensões e avaliações, nomeadamente a avaliação da ansiedade (GAI) e da sintomatologia depressiva (GDS-5). Estas dificuldades limitaram, posteriormente, a possibilidade de comparar dados com outros estudos nesta área e introduzem também viés nos resultados obtidos no estudo 2. Como a intervenção foi multicêntrica, tanto a depressão como os comportamentos observados (CSDD e Adas n Cog) foram cotados por 4 enfermeiros diferentes, o que poderá de algum modo justificar a ausência de resultados significativos nestas duas dimensões. Uma forma de contornar este viés será a utilização de mais de um avaliador para cada escala e introduzir um fator de congruência entre avaliadores, em investigações futuras neste domínio, assim como um treino prévio específico dos avaliadores. Estas limitações inserem-se na necessidade de construção de instrumentos (Robert et al, 2010) e identificação precoce dos múltiplos sinais e sintomas de defeito cognitivo (Passos et al., 2014).

Outra das limitações deste estudo foram os métodos de amostragem. O estudo 1 foi feito com uma amostragem de conveniência, o que não permite a extrapolação dos dados obtidos para a população. No entanto, esta amostragem pode ser aceitável na realização de estudos de carácter exploratório (Pinto & Curto, 2010), principalmente quando não existe acesso ao universo populacional (Fortin, 2009) como era o caso do estudo 1. Para a realização do estudo 2 foi prevista uma amostragem probabilística, no entanto, visto que a população alvo não estava acessível num mesmo momento, a fim de realizar uma amostragem aleatória simples, foi executada uma amostragem por conveniência, pelos profissionais das instituições que recrutaram os sujeitos consoante a capacidade ou não de preencher o MoCA. Para diminuir aumentar a validade interna do estudo (Freixo, 2010) a repartição pelos grupos controlo e experimental foi aleatória (Fortin, 2009; Freixo, 2010; Pinto & Curto, 2010). Esta metodologia conduz a maiores erros amostrais do que a amostragem aleatória simples (Fortin, 2009), no entanto, não havia possibilidade operacional de aleatoriamente selecionar os sujeitos das diferentes instituições num mesmo momento temporal. Para diminuir a probabilidade de viés desta

amostragem, foi atribuído previamente um número aleatório a cada indivíduo e uma letra a cada grupo, através de sorteio, sem reposição. Após este sorteio, os dados foram introduzidos, no programa *Graph Pad*®, versão 6, que distribuiu aleatoriamente as 4 subamostras. A randomização, feita através do programa referido, foi realizada pelas diretoras técnicas das instituições, alheias aos restantes passos do estudo. Para se controlarem as diferenças entre as variáveis nos dois grupos, quer as sociodemográficas quer as dependentes foram aplicados testes de variância não paramétricos (Freixo, 2010) tendo-se observado que não existiam diferenças entre o grupo experimental e controlo, na avaliação pré teste, que pudessem comprometer a inferência no pós-teste. A análise das diferenças sociodemográficas entre os dois grupos encontra-se explanada no Anexo IV, visto não estarem descritas em nenhum artigo.

As restantes limitações encontradas, quer na aplicação do estudo 1, quer do estudo 2 foram comuns às referidas pelos estudos sobre o impacto da terapia de reminiscência analisados no âmbito da revisão da literatura, destacando-se a utilização de uma amostra pequena, que compromete a inferência e possibilidade de generalização dos resultados (Cotelli et al., 2012; Lin et al., 2003; Subramaniam, Woods, & Whitaker, 2014; Pinguart & Forstmeier, 2012; Woods et al., 2005). Apesar do rigor aplicado na distribuição aleatória dos sujeitos pelos grupos amostrais, do controlo das variáveis e da presença de uma amostra superior a 30 elementos, a amostra do estudo 2 não seguia o Teorema do Limite Central (Oliveira, 2009; Pinto & Curto, 2010), visto algumas medidas não apresentarem uma distribuição normal (Anexo IV). Este facto poderá dever-se à repartição pelos grupos ter sido realizada por “cachos”, isto é, foi feita em espaços temporais diferentes em cada subamostra (Fortin, 2009; Freixo, 2010; Pinto & Curto, 2010) ou por estas medidas dependerem de uma avaliação subjetiva de 4 profissionais diferentes. O teste escolhido para verificar a normalidade da distribuição amostral foi o Shapiro-Wilk (SW), sendo recomendado em vez do Kolmogorov-Smirnov para amostras de pequenas dimensões (Ghasemi & Zahediasl, 2010). Apesar de em amostras superiores a 30 se poder dispensar a utilização de testes de normalidade e prosseguir com inferências paramétricas, a probabilidade de erro é maior (Ghasemi & Zahediasl, 2010), por este motivo, foram selecionadas medidas de variância não paramétricas de forma a manter o rigor metodológico.

O *Wilcoxon Signed Ranks Test* foi utilizado para captar a magnitude das diferenças nos momentos antes e depois da intervenção (Pinto & Curto, 2010). Para análise da variância entre grupos nos momentos pré teste e pós teste utilizaram-se também testes não paramétricos. Esta limitação da análise de dados com medidas estatísticas e testes mais robustos (paramétricos), conjuntamente com o número reduzido



de participantes do estudo, limita a generalização dos achados à população em geral (e.g. Cotelli et al., 2012; Subramaniam et al., 2014; Pinquart & Forstmeier, 2012).

Outra limitação deste estudo foi a ausência de um grupo placebo, que impediu a atribuição das mudanças às especificidades da terapia de reminiscência aplicada. Por esta razão, os resultados alcançados apenas demonstram que a reminiscência melhorou as dimensões avaliadas em comparação com a não aplicação de terapia. Este constrangimento metodológico já foi questionado em alguns artigos, apontando para resultados heterogêneos. Ao analisar os resultados da terapia na sintomatologia depressiva a investigação sugere que não há nenhuma diferença entre os grupos de controlo ativo ou passivo (Bohlmeijer et al., 2007), No entanto, quando se analisaram diferenças na variável bem-estar, os autores descobriram que o efeito da reminiscência era ténue quando comparada com grupos placebo (Pinquart & Forstmeier, 2012).

Outro aspeto limitador, a ter em linha de conta nesta investigação, foi a ausência de avaliação longitudinal do impacto da terapia de reminiscência no grupo experimental. De facto, uma avaliação a longo prazo dos efeitos, nas dimensões em análise neste estudo, poderia enriquecer esta investigação e contribuir para o avanço do conhecimento, ainda limitado, existente sobre os mesmos (e.g. Cotelli et al., 2012; Westerhof et al., 2010; Woods et al., 2005).

Como sugestões e linhas futuras para a investigação, vários aspetos foram salientados ao longo dos capítulos desta tese. Sumarizando estas perspetivas verifica-se um destaque evidente para a necessidade de mais investigação experimental e sobretudo longitudinal dos efeitos da reminiscência em pessoas idosas (Bohlmeijer et al., 2007; Gonçalves et al., 2008; Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof et al., 2010), e, de forma particular em pessoas idosas com défice cognitivo (Cotelli et al., 2012; Woods et al., 2005).

A investigação sobre os efeitos da terapia de reminiscência deverá incluir a avaliação de dimensões inovadoras, ao invés de focar-se somente na diminuição dos sintomas patológicos, como por exemplo a avaliação do bem-estar, da identidade, da satisfação com a vida, da qualidade de vida, da felicidade e da maestria (Cappeliez, 2013; Pinquart & Forstmeier, 2012; Woods et al., 2005).

Um aspeto que poderá também suscitar interesse futuro é a operacionalização da avaliação da manifestação dos afetos, que não foi conseguida nesta investigação. Embora se saiba que a progressão do declínio afeta a capacidade de manifestar os afetos (Lawton, Van Haistma, & Klapper, 1996) a influência da reminiscência nesta variável não está ainda estudada.

Outra linha de investigação a aprofundar é o estudo dos efeitos da recuperação de eventos na ansiedade, em que sintomas se manifesta e quais as determinantes que

regem essa melhoria. Outro aspeto que carece um olhar mais aprofundado é o estudo da sintomatologia ansiosa nas pessoas com défice cognitivo e mais especificamente da sua relação com a prática da reminiscência. Os dados do estudo 1 apontaram para a presença de ansiedade, referida pelo cuidador e o estudo 2 veio corroborar a sua elevada presença na amostra e, de forma mais grave, alertar para valores médios correspondentes a presença de ansiedade auto relatada como severa (Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011) nos 41 participantes. Estes valores necessitam ser aferidos numa população estatisticamente relevante, visto a ansiedade comprometer a capacidade funcional dos idosos (Hynninen, Breitve, Rongve, Aarsland, & Nordhus, 2012; Pachana & Byrne, 2012) e aumentar o risco de progressão do DCL para demência (Gomoll & Kumar, 2015; Palmer et al., 2007).

Em suma, sendo a demência um problema de saúde de cariz global (WHO, 2012, 2013) e assumindo-se o DCL como uma fase inicial da mesma, na qual ainda é possível atrasar e até evitar a sua evolução para demência (e.g. Kaduszkiewicz et al., 2014; Sousa & Sequeira, 2012), a investigação alerta para a necessidade de uma avaliação e diagnóstico precoce, que permita intervenções nas fases iniciais do processo, onde estas poderão ter um maior impacto (Passos et al., 2014; Sousa & Sequeira, 2012).

Tendo por base a literatura consultada, este é o primeiro estudo sobre o impacto da terapia de reminiscência individual, projetada para uma população portuguesa com défice cognitivo. Os resultados obtidos sugerem que intervenção pode ser igualmente eficaz quando realizada individualmente. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental, após participar no programa de reminiscência, nas variáveis cognição, depressão, ansiedade e memória autobiográfica, em comparação com o grupo controlo. Os participantes do programa de reminiscência melhoraram em todas as medidas avaliadas após a conclusão da intervenção, com melhorias estatisticamente significativas da sintomatologia depressiva (auto relatada), ansiedade e todas as medidas de memória autobiográfica. Estes resultados sinalizam os potenciais efeitos positivos da reminiscência em melhorar ou manter a saúde mental, como relatado em investigações anteriores (e.g. Cotelli et al, 2012; Pinquart & Forstmeier, 2012; Webster et al, 2010).

### 3. BIBLIOGRAFIA

Aalten, P., et al. (2008). Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: Results from the European Alzheimer Disease Consortium – Part II. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 25(1), 1-8. doi: 10.1159/000111082.

- Addis, D. & Tippett, L. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory . *Memory*, 12(1), 56-74. doi: 10.1080/09658210244000423.
- Afonso, R. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Afonso, R. & Bueno, B. (2010). Reminiscencia com distintos tipos de recuerdo autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depressiva en la vejez. *Psicothema*, 22 (2), 213-220.
- Akanuma, K., et al. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulated metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 192(3), 183-187. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.012.
- Akhoondzadeh, G., Jalalmanesh, S., & Hojjati, H. (2014). Effect of reminiscence on cognitive status and memory of the elderly people. *Iran Journal of Psychiatry Behavioural Sciences*, 8 (3), 75-80.
- Albert, M.S., et al. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dementia*, 7(3), 270-279. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.008.
- 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.
- Alzheimer's Association. (2013). Alzheimer's Association Report 2013: Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 208-245. doi: 10.1016/j.jalz.2013.02.003.
- Baillon, S., Diepen, E., Prettyman, R., Rooke, N., Redman, J. & Campbell, R. (2005). Variability in response of older people with dementia to both snoezelen and reminiscence. *British Journal of Occupational Therapy*, 68 (8), 367-374.
- Beavis, A. (2008). *Memory, identity and well-being: Preserving selfhood in dementia*. Ph.D.Thesys, University of Exeter, Cornwall, Reino Unido.
- Bennett, S. & Thomas, A. (2014). Depression and dementia: Cause, consequence or coincidence?. *Maturitas*, 79, 184-190. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.009.
- Bergh, S. & Selbaek, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiology*, 22 (2), 225-232.
- Berna, F., Schönknecht, P., Seidl, U., Toro, P., & Schröder, J. (2012). Episodic autobiographical memory in normal and mild cognitive impairment: A population-based study. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 807-12. doi: 10.1016/j.psychres.2012.03.022.
- Bluck, S. & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S. & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the Autumn? In J. Webster & B. Haight (Ed), *Critical advances in reminiscence work: from theory to application* (61-75). New York: Springer Publishing Company.

- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. (2005). A Tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117. doi: 10.1521/soco.23.1.91.59198.
- Bohlmeijer, E., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological wellbeing in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11 (3), 291-300. doi: 10.1080/13607860600963547.
- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129-148. doi: 10.1037/0003-066X.36.2.129.
- Brinker, J.K. (2013). Rumination and reminiscence in older adults: implications for clinical practice. *European Journal on Ageing*, 10(3), 223-227. doi: 10.1007/s10433-013-0271-y.
- Cappeliez, P. (2013). Neglected issues and new orientations for research and practice in reminiscence and life review. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, 1(1), 19-25.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology*, 61B (4), 237-244.
- Cappeliez, P., Rivard, V., & Guindon, S. (2007). Functions of reminiscence in later life: proposition of a model and applications. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 57(3), 151-156. doi: 10.1016/j.erap.2005.02.014.
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 266-272. doi:10.1016/j.jaging.2007.06.003.
- 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(2), 259-264. doi: 10.1111/j.471-6712.2008.00615.x.
- Cleary, S., Hopper, T., & Van Soest, D. (2012). Reminiscence therapy mealtimes and improving intake in residents with dementia. *Canadian Nursing Home*, 23, 8-13.
- Cohen-Mansfield, J. (2015). Behavioral and psychological symptoms of dementia. In American Psychological Association (Eds.) *APA handbook of clinical geropsychology vol. 2: Assessment, treatment, and issues of later life* (P. A. Lichtenberg, P.A., & Mast, B.T., pp.271-317). APA: Author. doi: 10.1037/14459-011.
- 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.
- Conway, M. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594-628. doi: 10.1016/j.jml.2005.08.005.
- Conway, M., & Pleydell-Pearce, C. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288. doi: 10.1037/0033-295X.107.2.261.
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(3), 171-179. doi: 10.1192/apt.10.3.171.

- El Haj, M., Postal, V., LeGall, D., & Allain, P. (2011). Directed forgetting of autobiographic . *Memory*, 19(8), 993-1003. doi: 10.1080/09658211.2011.626428.
- Etchemendy, E., Baños, R., Botella, C., & Castilla, D. (2009). Programa de revisión de vida apoyado en las nuevas tecnologías para las personas mayores: Una aplicación de tecnologías positivas. *Escritos de Psicología*, 3 (2), 1-7.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Forrester, S., Gallo, J., Smith, G., & Leoutsakos, J. (2014, In Press). Patterns of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and risk of dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jagp.2015.05.007.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (5nd ed.). Loures: Lusociência.
- Freitas, S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2011): Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. doi:10.1080/13803395.2011.589374.
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2013). Montreal Cognitive Assessment validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27(1), 37-43. doi: 10.1097/WAD.0b013e3182420bfe.
- Freixo, M.J. (2010). *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (2nd ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fritze, F., et al. (2011). Depression in mild dementia: associations with diagnosis, APOE genotype and clinical features. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1054-1061. doi: 10.1002/gps.2643.
- Fromholt, P., Mortensen, D., Torpdahl, P., Bender, L., Larsen, P., & Rubin, D. (2003). Life-narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: Comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory*, 11(1), 81-88. doi: 10.1080/741938171.
- Ghasemi, A. & Zahediasl, S. (2010). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology & Metabolism*, 10(2), 486-489. doi: 10.5812/ijem.3505.
- Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: A practice guide*. (4nd ed.). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Gomoll, B. & Kumar, A. (2015). Managing anxiety associated with neurodegenerative disorders. *Faculty 1000 Prime Reports*, 7 (5), 1-6. doi:10.12703/P7-05.
- Gonçalves, D. & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumentativa Curitiba*, 25 (51), 371-384.

- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1 (26), 101-110.
- Gonzalez, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J.C. (in press, 2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, available on CJO2015. doi:10.1017/S1041610215000344.
- GEECD., Vieira, C., Lopes, R., & Vieira, O. (2008a). Escala Cornell para a Depressão na Demência: Cornell Scale for Depression in Dementia. In GEECD.(Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (2nd ed., pp. 73–76). Portugal: G.E.E.C.D.
- GEECD., Barreto, Leuschner, Saints, & Sobral. (2008b). Escala de Depressão Geriátrica. In GEECD(Ed.), *Escalas e Testes na Demência* (2nd ed., pp. 41–68). Portugal: GEECD.
- Gudex, C., Horsted, C., Jensen, A., Kjer, M., & Sørensen, J. (2010). Consequences from the use of reminiscence – a randomized intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics*, 10 (33). doi:10.1186/1471-2318-10-33.
- 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(3), 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*, 2(1), 56-58. doi: 10.1016/j.jalz.2005.12.003.
- Hsieh, C., et al. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 2(2), 72-78. doi: 10.1016/S1878-3317(10)60012-5.
- Huang, 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(2), 112-119. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181a53f1b.
- Hynninen, M.J., Breivte, M.H., Rongve, A., Aarsland, D., & Nordhus, I.H. (2012). The frequency and correlates of anxiety in patients with first-time diagnosed mild dementia. *International Psychogeriatrics*, 24 (11), 1771-1778. doi: 10.1017/S1041610212001020.
- Irish, M., et al. (2011). Profiles of recent autobiographical memory retrieval in semantic dementia. *Neuropsychologia*, 49(9), 2694-2702. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2011.05.017.
- Ismail, Z., et al. (2015, In Press). Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimer's & Dementia*. doi: 10.1016/j.jalz.2015.05.017.
- Kaduszkiewicz, H. et al. (2014). Prognosis of Mild Cognitive Impairment in General Practice: Results of the German AgeCoDe Study. *Annals of Family Medicine*, 12 (2), 158-165. doi:10.1370/afm.1596.
- Kobayashi, T. & Kato, S. (2011). Depression–dementia medius: Between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics*, 11(3), 177–182. doi:10.1111/j.1479-8301.2011.00363.x.

- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence therapy for dementia – meta analysis. *Healthcare and Nursing Science and Technology Letters*, 40, 10-15. doi: 10.14257/astl.2013.40.03.
- Lai, C., Chi, I., & Kayser-Jones, J. (2004). A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 16(1), 33-49. doi: 10.1017/S104161020400005.
- Lalanne, J. & Piolino, P. (2013). Prise en charge des troubles de la mémoire autobiographique dans la maladie d'Alzheimer du stade débutant au stade sévère : revue de la littérature et nouvelles perspectives. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(3), 275-285. doi: 10.1684/pnv.2013.0422.
- Lalanne, J., Gallarda, T., & Piolino, P. (2014). "The Castle of Remembrance": New insights from a cognitive training programme for autobiographical memory in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 25(2), 254-282. doi: 10.1080/09602011.2014.949276.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K., & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 51 B (1), 3-14.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K., Perkinson, M., Ruchedeschel, K. (1999). Observed affect and quality of life in dementia: further affirmations and problems. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1), 69-81.
- Lemos, C., Hazin, I., & Falcão, J. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 135-144. doi: 10.1590/S1413-294X2012000100017.
- Lin, Y., Dai, Y., & Hwang, S. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20 (4), 297-306. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x.
- Lyketsos, C.G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A.L., Breitner, J., & DeKosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Journal of American Medical Association*, 288(12), 1475-1483. doi:10.1001/jama.288.12.1475.
- Marques, A. (2012). *Terapia de reminiscências: Projecto de intervenção*. Relatório Final, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Superior Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.
- Martinelli, P., Anssens, A., Sperduti, M.  
 self. *Neuropsychology*, 27 (1), 69-78. doi: 10.1037/a0030453.
- McKann, G., et al. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 263-269. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.
- Moses, A., Culpin, V., Lowe, C., & McWilliam, C. (2004). Overgenerality of  
 a . *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 377-386.

*Sclerosis Journal*, 19, 225-232. doi: 10.1177/1352458512450352.

- Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: a pilot randomized controlled study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 13-19. doi: 10.1016/j.hkjot.2014.01.003.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-9. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Navarro, B., Latorre, J. M., Hidalgo, J., & Pretel, F. (2008). Memoria autobiográfica y entrenamiento en revisión de vida como método de mejora del estado de ánimo en la vejez. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (4) 171-177.
- 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(3), 57-68. doi: 10.1300/J148v26n03\_04.
- Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: Teoria e aplicações*. Porto: Lidel Edições Técnicas Lda.
- O'Neil, M., Freeman, M., Christensen, V., Telerant, A., Addleman, A., & Kansagara, D. (2011) *Non-pharmacological interventions for behavioral symptoms of dementia: a systematic review of the evidence*. Department of Veterans Affairs Health Services, Research & Development Service. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Health Services Research & Development Service.
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15 (2), 272-281. doi: 10.1080/13607861003713281.
- Pachana, N., & Byrne, G. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist*, 47(1), 33-38. doi: 10.1111/j.1742-9544.2011.00052.x.
- Palmer, K., Berger, A.K., Monastero, R., Winblad, B., Bäckman, L., & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68(19), 1596-1602. doi:10.1212/01.wnl.0000260968.92345.3f.
- Parker, R. (1995). Reminiscence: A continuity theory framework. *The Gerontologist*, 35 (4), 515-525.
- Passos, J., Sequeira, C., & Fernandes, I. (2014). Focos de enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 81-91. doi: 10.12707/RIV14002.
- Peix, R. (2009). Réminiscence: une philosophie du soin. *NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 9(51), 163-165. doi: 10.1016/j.npg.2008.12.007.



- Petrovic, M., et al. (2007). Clustering of behavioural and psychological symptoms in dementia (BPSD): a European Alzheimer's disease in consortium (EACD) study. *Acta Clínica Belgica*, 62 (6), 426-432. doi: 10.1179/acb.2007.062.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434.
- Pinto, J.C. & Curto, J.D. (2010). *Estatística para economia e gestão: Instrumentos de apoio à tomada de decisão* (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prado-Jean, A., et al. (2010). Specific psychological and behavioral symptoms of depression in patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(10), 1065-1072. doi: 10.1002/gps.2468.
- Prince, M., Bryce, R., & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report 2011: the benefits of early diagnosis and intervention*. Alzheimer's Disease International.
- Puentes, W.J. (2001). Coping styles, stress levels, and the occurrence of spontaneous simple reminiscence in older adult nursing home residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(1), 51–61. doi: 10.1080/01612840118107.
- Puentes, W.J. (2002). Simple Reminiscence: A stress-adaptation model of the phenomenon. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(59), 497-511. doi: 10.1080/01612840290052668.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). (2011): Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. doi: 10.1080/13607863.2011.562177.
- Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., & Ercolani, S. (2003). Validation of the Five-Item Geriatric Depression Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 694–698. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00216.x>
- Robert, P., Ferris S., Gauthier, S., Ihl, R., Winblad, B., & Tennigkeit, F. (2010). Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice? *Alzheimer's Research & Therapy*, 2 (24). doi:10.1186/alzrt48.
- Rosness, T., Barca, M., & Engedal, K (2010). Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 704-711. doi: 10.1002/gps.2411.
- Savva, G.M., Zaccai, J., Matthews, F.E., Davidson, J.E., McKeith, I., & Brayne, C. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 212–219. doi: 10.1192/bjp.bp.108.049619.
- Seidl, U., Lueken, U  
, 27(3),  
567-574. doi: 10.3233/JAD-2011-110014.
- Serrani, A. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 422-433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008.

- 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.
- Serrano, J., Latorre, J., & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 40(4), 228-235.
- Serrano, J., et al. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224-229.
- Sousa, L. & Sequeira, C. (2012). Concepção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7-15.
- Sperling, R.A., et al. (2011). Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 280-292. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.003.
- Stinson K. (2009). Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *The Journal of Continuing Education Nursing*, 40 (11), 521-528.
- Su, T., Wu, L., & Lin, C. (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. doi: 10.1002/gps.2707.
- 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.
- Subramaniam, P., Woods, B., & Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 18(3), 363-375. doi: 10.1080/13607863.2013.837144.
- 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. doi: 10.1111/j.1447-0594.2007.00381.x.
- Thorgrimsen, L., Schweitzer, P., & Orrell, M. (2002). Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 29, 93-97.
- Van der Linde, R., Dening, T., Matthews, F., & Brayne, C. (2014). Grouping of behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 562-568. doi: 10.1002/gps.4037.
- Volicer, L., Frijters, D., & Van der Steen, J. (2012). Relationship between symptoms of depression and agitation in nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(7), 749-754. doi: 10.1002/gps.2800.
- Wang J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235-1240. doi: 10.1002/gps.1821.

- Wang, J., Yen, M., & OuYang, W. (2009). Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 227-232. doi : 10.1016/j.archger.2008.08.007.
- Watt, L. & Wong, P. (1991). A taxonomy of reminiscence and therapeutic implications. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(1), 37-57. doi: 10.1300/J083v16n01\_04.
- Webster, J. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48(5), 256-262.
- Webster, J. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory*, 11(2), 203-215. doi: 10.1080/741938202.
- Webster, J., Bohlmeijer, E., & Westerhof, G. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging*, 32(4), 527-564. doi: 10.1177/0164027510364122.
- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Webster, J. (2010). Reminiscence and mental health: a review of recent progress in theory, research and interventions. *Aging & Society*, 30(4), 697-721. doi: 10.1017/S0144686X09990328.
- Westerhof, G. & Bohlmeijer, E. (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.
- Williams, J., et al. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.122.
- Wong, P. (1995). The processes of adaptive reminiscence. In B. Haight & J. Webster (Ed), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications* (23-35). Bristol: Taylor & Francis.
- Wong, P. & Watt, L. (1991). *What types of reminiscence are associated with successful aging?*. *Psychology and Aging*, 6 (2), 272-279.
- Woods, B., Spector, C., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18 (2), doi: 10.1002/14651858.
- Woods, R.T., et al. (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). doi: 10.3310/hta16480.
- 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.
- Yamagami, T., Oosawa, M., Ito, S., & Yamaguchi, H. (2007). Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. *Psychogeriatrics*, 7(2), 69-75. doi: 10.1111/j.1479-8301.2007.00189.x.

## ANEXOS

## **Carta de explicação do estudo**

### **Investigadora:**

Teresa Silveira Lopes (aseret.lopes@gmail.com; tm: 965756754).

### **Orientadores:**

Professora Doutora Rosa Marina Afonso.

Professor Doutor Óscar Manuel Ribeiro.

O presente estudo, intitulado “Avaliação de um Programa de Reminiscência em Pessoas Idosas com Demência” tem por objetivo analisar o impacto de um Programa de Reminiscência em pessoas idosas portuguesas com défice cognitivo ligeiro a moderado, institucionalizadas. Enquadra-se no Programa Doutoral de Geriatria e Gerontologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Prevê-se a realização deste estudo em várias instituições com pessoas idosas, na Cova da Beira, utilizando uma metodologia de investigação ação. O estudo compreende a avaliação inicial da pessoa idosa (participante), aplicação do programa de reminiscência e posterior avaliação dos resultados

O participante será questionado sobre informações de carácter sociodemográfico e de saúde geral assim como a aplicação de escalas de avaliação da cognição, depressão, ansiedade e memória autobiográfica. A sua colaboração nos testes poderá causar algum desconforto.

A participação em terapias de reminiscência simples não reportou, até à data, eventuais efeitos adversos na sua aplicação. O foco da intervenção será a recuperação de memórias positivas do passado, de forma livre e com carácter narrativo. No entanto, existe a possibilidade de o participante recuperar eventos de vida negativos, que originem emoções negativas: tristeza, humor depressivo.

Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial e conservada à responsabilidade da investigadora. O participante terá acesso aos resultados do estudo, que serão apresentados de forma a salvaguardar a privacidade e anonimato do participante.

A participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que daí decorra prejuízo nos cuidados prestados.

Com os melhores cumprimentos.

A investigadora.

---

**(Teresa Silveira Lopes)**

ANEXO II. Consentimento informado do estudo 2.

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Teresa Silveira Lopes, aluna do Programa Doutoral de Geriatria e Gerontologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, a realizar a Tese de Doutoramento intitulada “Avaliação de um Programa de Reminiscência em Pessoas Idosas com demência leve”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo, através da participação no programa de reminiscência.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados prestados.

Informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente com o intuito a que se destinam: a elaboração da Tese de Doutoramento.

**Teresa Silveira Lopes**

\_\_\_\_\_

**Nome do Participante:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do Participante:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do familiar  
e/ou representante legal:**

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_/\_\_/\_\_

ANEXO III. Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo 2.

**Tabela 30.** Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo 2, por grupos.

Variável	Amostra	Grupo experimental Média ±SD ou n (%)	Grupo controlo	Z <sup>a,b</sup>	P
Idade	83.73±7.622	83.85±6.991	83.62±8.352	0.144 <sup>a</sup>	0.886
70-79 Anos	14 (34.1%)	7 (35%)	7 (33.3%)		
80-89 Anos	17 (41.5%)	8 (40%)	9 (42.9%)		
90-100 Anos	10 (24.4%)	5 (25%)	5 (23.8%)		
Sexo				0.088 <sup>a</sup>	0.930
Feminino	31 (75.6%)	15 (75%)	16 (76.2%)		
Masculino	10 (34.4%)	5 (25%)	5 (23.8%)		
Escolaridade				1.362 <sup>d</sup>	0.243
Nenhuma	11 (26.8%)	3 (15%)	8 (38.1%)		
1-4 Anos	24 (58.5%)	14 (70%)	10 (47.6%)		
5-6 Anos	4 (9.8%)	3 (15%)	1 (4.8%)		
Secundário	2 (4.9%)	0 (0%)	2 (9.5%)		
Estado Civil				1.381 <sup>d</sup>	0.240
Casado	4 (9.8%)	1 (5%)	3 (14.3%)		
Solteiro	3 (7.3%)	1(5%)	2 (9.5%)		
Viúvo	34 (82.9%)	18 (90%)	16 (76.2%)		
Número de doenças				2.811 <sup>d</sup>	0.094
Nenhuma	1 (2.4%)	1 (5%)	0 (0%)		
1	7 (17.1%)	5 (25%)	2 (9.5%)		
2	6 (14.6%)	4 (20%)	2 (9.5%)		
3	7 (17.1%)	2(10%)	5 (23.8%)		
Mais de 3	20 (48.8%)	8 (40%)	12 (57.1%)		
Número de medicamentos				2.646 <sup>b</sup>	0.104
1-2	3 (7.3%)	3 (15%)	0 (0%)		
3-5	11 (26.8%)	6 (30%)	5 (23.8%)		
Mais de 5	27 (65.9%)	11 (55%)	16 (76.2%)		
Medicação para depressão				0.088 <sup>a</sup>	0.930
Sim	10 (24.4%)	15 (75%)	16 (76.2%)		
Não	31 (75.6%)	5 (25%)	5 (23.8%)		
Diagnóstico de demência				0.549 <sup>a</sup>	0.583
Sim	3 (7.3%)	1 (5%)	2 (9.5%)		
Não	38 (92.7%)	19 (95%)	19 (90.5%)		

GDetS					0.352 <sup>b</sup>	0.553
2	16 (39%)	7 (35%)	9 (42.9%)			
3	18 (43.9%)	9 (45%)	9 (42.9%)			
4	7 (17.1%)	4 (20%)	3 (14.2%)			

**Legenda:** (Z) Valor do teste não paramétrico; (Z<sup>a</sup>) U de Mann-Whitney; (Z<sup>b</sup>) Kruskal-Wallis Test; (p) Nível de Significância; (\*) p < 0.05.

**Tabela 31.** Estatística descritiva e inferencial inicial dos participantes, distribuídas por grupos, nas escalas MoCA, CSDD, GDS, ADAS n Cog, GAI e AMT.

Variável	Grupo Experimental				Grupo de Controlo				Z	P
	Média ±SD	Mín	Máx	SW	Média ±SD	Mín	Máx	SW		
MoCA	14.35±4.368	8	22	0.303	13.62±4.165	8	22	0.227	0.615	0.538
CSDD	8.35±8.119	0	30	<b>0.018*</b>	9.86±7.136	0	26	<b>0.042*</b>	0.941	0.347
GDS	1.85±1.387	0	5	0.139	2.52±1.537	0	5	0.050	1.527	0.127
ADAS n Cog	8.70±7.921	0	25	<b>0.020*</b>	8.24±7.873	0	37	<b>0.000*</b>	0.105	0.917
GAI	10.25±5.552	0	19	0.482	10.19±5.963	0	19	0.099	0.157	0.875
AMT										
Recuperação	13.55±2.012	8	15	<b>0.000*</b>	13.81±1.250	11	15	<b>0.004*</b>	0.137	0.891
Gerais	10.15±2.796	4	14	0.059	10.81±2.064	7	13	<b>0.011*</b>	0.660	0.509
Específicos	3.50±2.328	0	9	0.124	3.00±2.191	1	8	<b>0.000*</b>	0.864	0.387
Positivos	7.00±3.129	3	12	0.062	7.48±2.892	3	12	0.087	0.526	0.945
Negativos	6.50±2.544	2	10	0.167	6.14±2.575	2	11	0.466	0.499	0.993
Tempo	7.823±2.484	3.55	12.3	0.707	7.898±3.950	2.07	17.1	0.409	0.324	0.746

**Legenda:** (Máx) Valor máximo; (Mín) Valor mínimo; (SW) Valor do teste de Shapiro-Wilk; (Z) Valor do teste não paramétrico U de Mann-Whitney; (p) Nível de Significância no teste; (\*) p < 0.05.