

MATHEUS FERNANDES CORSETE

**A TERAPIA DE REMINISCÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
UM ESTUDO DE EFICÁCIA**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2017

MATHEUS FERNANDES CORSETE

**A TERAPIA DE REMINISCÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
UM ESTUDO DE EFICÁCIA**

Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Dina Silva



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

2017

A TERAPIA DE REMINISCÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
UM ESTUDO DE EFICÁCIA

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, o qual é original e inédito. Os autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Universidade do Algarve, ___/___/_____

(Matheus Fernandes Corsete)

Copyright © Matheus Fernandes Corsete

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de divulgá-la através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

“Fazei tudo para a glória de Deus!”

(I Coríntios 10:31b)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu Deus, Pai amoroso, único e verdadeiro, pela bondade, misericórdia, cuidado e paz concedidos não só no decorrer desta etapa, mas também ao longo de toda a minha vida. Sem Ti, simplesmente nada disto seria possível. “Rendei graças ao Senhor, pois Ele é bom; o Seu amor dura para sempre” (Salmos 107:1);

Aos meus amados pais e irmã, pelo apoio incondicional, preocupação, motivação, interesse, carinho e investimento. Obrigado por acreditarem em mim e caminharem comigo sempre, desde o início, com tanta paciência. Vocês são uma bênção imensa, e motivo de profunda e eterna gratidão.

À minha amada Miriam, por ter abraçado este projeto juntamente comigo, tomado as minhas dores e partilhado desta luta com dedicação e amor. Muito obrigado por toda a motivação, esforço, disponibilidade e tremendo incentivo que me deste.

À minha orientadora, Professora Doutora Dina Silva, pela cooperação na elaboração e construção desta tese. Os seus conhecimentos transmitidos foram de valor imprescindível. Valorizo também a empatia e tamanha paciência sempre demonstrados durante a condução rumo ao alcance deste objetivo.

À todos os amigos que intercederam por mim, me ajudando direta ou indiretamente. Um “muito obrigado” particular à Rafaela, pelo auxílio com os livros; à Marília, pela revisão preciosa e eficaz; à Inês, pela tradução; e também à tão abençoada família Castro, pelas orações e palavras de conforto que transmitiram tanta tranquilidade em momentos-chave.

À Instituição Quinta de São Sebastião, em Algoz, pelo crescimento proporcionado, tanto pessoal como profissional. Um agradecimento especial à Dr.^a Marta, Dr.^a Diana Barja e às incansáveis colegas Dr.^a Cátia Vieira e Dr.^a Roberta Gonçalves pela confiança e suporte depositados neste trabalho.

E por último, mas de longe o menos importante, aos idosos com os quais convivi e que colaboraram nesta investigação. Agradeço-lhes por terem aceitado este desafio, pelo interesse e disposição na participação da recolha de dados. O vosso afeto e amizade certamente ficaram marcados no meu coração.

RESUMO

A institucionalização do idoso acarreta consequências negativas a nível da sua saúde mental e emocional, pelo que se torna relevante a intervenção terapêutica junto à esta população específica a fim de contornar os prejuízos advindos dessa condição. Neste âmbito, a Terapia de Reminiscência revela-se apropriada à terceira idade, uma vez que vários estudos têm apontado para os efeitos benéficos da evocação guiada de memórias significativas para os idosos. A presente investigação caracteriza-se por um estudo *quasi*-experimental, prospetivo e com medidas repetidas, cujo objetivo principal foi verificar o impacto de um programa de intervenção grupal por reminiscência simples a nível de cinco medidas relevantes para a qualidade de vida de idosos institucionalizados – cognição, depressão, autoestima, satisfação com a vida e solidão. Para tal, reuniu-se uma amostra composta por oito indivíduos ($N = 8$) os quais participaram num programa terapêutico composto por seis sessões semanais de reminiscência não estruturada. A avaliação do efeito do procedimento terapêutico foi realizada recorrendo aos instrumentos *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale - 15* (GDS-15), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS), *Life Satisfaction Index - A* (LSI-A), *UCLA Loneliness Scale* (ULS) e *Depression, Anxiety and Stress Scale - 21* (DASS-21). Como principais resultados obtidos, destacam-se os efeitos positivos significativos da terapia de grupo nas medidas não clínicas da qualidade de vida (autoestima e solidão), ao passo que o mesmo não se verificou de forma tão inequívoca para as medidas clínicas (depressão). Conclui-se que a terapia grupal por reminiscência simples pode ser útil na promoção da autoestima e redução dos sentimentos de solidão em idosos institucionalizados, aumentando a sua perceção de qualidade de vida. No entanto, salienta-se a necessidade de investigação adicional para clarificação dos efeitos desta intervenção a longo termo.

Palavras-chave: Idosos institucionalizados; qualidade de vida; reminiscência simples; autoestima; solidão; depressão.

ABSTRACT

The institutionalization of the elderly entails negative consequences in regard to their mental and emotional health. Therefore, therapeutic intervention within this specific population becomes relevant in order to bypass the problems derived from that condition. Reminiscence Therapy seems appropriate for the older generation since various studies have been pointing towards the beneficial effects of oriented evocation of significant memories for the elderly. The present investigation is characterized by a *quasi*-experimental, prospective and repeated-measures study, whose main purpose was to verify the impact of an interventional group program of simple reminiscence within five relevant aspects of the quality of life of institutionalized elderly – cognition, depression, self-esteem, life satisfaction and loneliness. To this end, a sample composed by eight individuals was collected ($N = 8$), which took part in a therapeutic program composed by six weekly sessions of unstructured reminiscence. The evaluation of the effects of the therapeutic procedure was carried out using the *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Geriatric Depression Scale - 15* (GDS-15), *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS), *Life Satisfaction Index - A* (LSI-A), *UCLA Loneliness Scale* (ULS) and *Depression, Anxiety and Stress Scale - 21* (DASS-21). The main results obtained were the positive and significant effects of group therapy on non-clinical measures of quality of life (self-esteem and loneliness), whereas the same did not occur in a unequivocal way for clinical measures (depression). In conclusion, group therapy through simple reminiscence may be useful in the promotion of self-esteem and reduction of loneliness in institutionalized elderly, increasing their perception of quality of life. However, there is a need for further investigation in order to clarify its long-term effects.

Key-words: Institutionalized elderly; quality of life; simple reminiscence; self-esteem; loneliness; depression.

ÍNDICE

PARTE I – INTRODUÇÃO	12
1. ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO	13
1.1. Conceito de “envelhecimento”	13
1.2. Envelhecimento demográfico mundial	14
1.3. A realidade portuguesa	14
1.4. Envelhecimento e saúde	15
1.5. Institucionalização	17
1.6. Reabilitação cognitiva	19
2. TERAPIA DE REMINISCÊNCIA	21
2.1. Desenvolvimento histórico da reminiscência	21
2.2. O conceito de “reminiscência”	22
2.3. Reminiscência, revisão de vida e memória autobiográfica	23
2.4. Tipos e funções da reminiscência	25
2.5. Reminiscência enquanto estratégia terapêutica	26
2.6. Efetividade das intervenções com reminiscência	30
2.7. Impacto da intervenção por reminiscência simples na população institucionalizada	30
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	33
1. METODOLOGIA	34
1.1. Desenho da investigação	34
1.2. Amostra	34
1.3. Instrumentos	35
1.3.1. <i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	36
1.3.2. <i>Geriatric Depression Scale - 15 (GDS-15)</i>	37
1.3.3. <i>Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)</i>	38

1.3.4. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS)</i>	39
1.3.5. <i>Life Satisfaction Index - A (LSI-A)</i>	40
1.3.6. <i>UCLA Loneliness Scale (ULS)</i>	41
1.4. Procedimento	42
1.5. Análise estatística	44
PARTE III – RESULTADOS	45
1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	46
1.1. Médias e desvios-padrões das escalas nos dois momentos de avaliação	46
1.2. Resultado do impacto da intervenção nas diferentes variáveis	47
1.3. Correlações entre as medidas nos dois momentos de avaliação	48
1.4. Avaliação contínua da intervenção	50
PARTE IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	51
1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	74
Anexo I. <i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	75
Anexo II. <i>Geriatric Depression Scale - 15 (GDS-15)</i>	77
Anexo III. <i>Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS -21)</i>	78
Anexo IV. <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS)</i>	79
Anexo V. <i>Life Satisfaction Index - A (LSI-A)</i>	80
Anexo VI. <i>UCLA Loneliness Scale</i>	81
APÊNDICES	82
Apêndice I. Questionário Sociodemográfico	83
Apêndice II. Pedido de Permissão	84
Apêndice III. Consentimento Informado	86
Apêndice IV. Sessão 1 – Infância	87
Apêndice V. Sessão 2 – Música e Dança	88

Apêndice VI. Sessão 3 – Transporte e Comunicação	89
Apêndice VII. Sessão 5 – Mulheres	91
Apêndice VIII. Sessão 6 – Profissões	92

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra	35
Tabela 2. Pontos de corte recomendados para as subescalas da DASS-21	39
Tabela 3. Estatística descritiva das variáveis	46
Tabela 4. Efeito da intervenção nas variáveis de estudo	48
Tabela 5. Correlações de Spearman entre as escalas no período pré-intervenção	49
Tabela 6. Correlações de Spearman entre as escalas no período pós-intervenção	49
Tabela 7. Medida contínua DASS-21	50

PARTE I
INTRODUÇÃO

1. ENVELHECIMENTO E INSTITUCIONALIZAÇÃO

1.1. Conceito de “envelhecimento”

O envelhecimento é um evento universal, intrínseco à natureza do Homem. De caráter inevitável e irreversível, constitui-se numa das poucas certezas da vida, culminando no que se designa por “última etapa do ciclo vital”. No entanto, conforme refere Agostinho (2004), é também um processo individual, no qual “ninguém envelhece da mesma maneira”, sendo que as alterações provocadas se desenvolvem a um ritmo diferente para cada um, rumo ao mesmo destino comum.

Devido à sua complexidade e variabilidade de manifestação, diversos pontos de vista na análise deste facto foram surgindo no decorrer dos anos, havendo, como afirmam García e Maya (2014), numerosas definições do que é realmente “envelhecimento”. Contudo, mesmo com a inexistência de uma elaboração que atenda aos seus múltiplos aspetos, este conceito pode ser caracterizado como:

Um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (Netto, 1996; *cit in* Netto, 2011, p. 72).

Enquanto o envelhecimento diz respeito a um decurso de acontecimentos, a fase final (e consequência) deste ciclo, comumente nomeada por “velhice”, remete para o prolongamento e término das consideráveis modificações previstas, sendo um “fenômeno natural e social que se desenrola sobre o ser humano, único e indivisível, o qual defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural que singularizam o seu processo de envelhecimento” (Siqueira *et al.*, 2002). De acordo com Esquivel *et al.* (2009), consiste numa situação da vida, onde se situam uma série de alterações psicossociais e físicas. Tais mudanças são também relativas às características em que a circunstância se apresenta a nível pessoal, em função da cultura e das especificações orgânicas.

Tem-se revelado uma difícil tarefa estabelecer a idade a partir da qual um indivíduo passa a denominar-se “idoso”, uma vez que a velhice, para além de ser um fenómeno com características biológicas e psicológicas, também depende do contexto onde está inserida. Segundo Paschoal (2002), a decisão para definir-se o início desta

etapa torna-se arbitrária por, dependendo do desenvolvimento socioeconómico de cada sociedade, os seus membros apresentarão os sinais inexoráveis do envelhecimento, com as suas limitações e perdas de adaptabilidade, em diferentes idades cronológicas. Posto isto, e de modo a fornecer uma padronização no que toca à presente questão, a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou o corte etário para os países desenvolvidos de 65 anos, idade a partir da qual a pessoa já é considerada idosa. Já para os países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é menor, considera-se os 60 anos como a idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população (ONU, 1985; *cit in* Paschoal, 2002).

1.2. Envelhecimento demográfico mundial

Se, por um lado, o envelhecimento e a velhice são factos naturais e foram objetos de reflexões no decorrer de vários períodos da História, é certo que nunca antes alcançaram tamanha importância e magnitude como nos últimos anos.

Perante o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), fica clara a manifestação de uma situação relativamente nova – o envelhecimento populacional, o qual, segundo Moreira (1998), traduz-se no aumento da idade média da população, por meio do crescimento na fração de idosos. Esta alteração demográfica, estando em constante crescimento, é a grande tendência do século XXI (INE, 2015), e deve-se basicamente ao aumento na longevidade, à diminuição da fecundidade, como também aos movimentos migratórios (Paúl & Ribeiro, 2012; Mailloux-Poirier, 1995).

De acordo com dados expostos no relatório *World Population Ageing 2015*, divulgado pela Divisão de População do Departamento de Assuntos Económicos e Sociais da ONU, em 2015 havia cerca de 901 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais no mundo, um aumento de 48% em relação aos 607 milhões apontados em 2000. Projeta-se que, para o ano de 2030, este número sofra um acréscimo de 56%, passando a 1.4 mil milhões de idosos, e em 2050, a população global de pessoas na terceira idade deverá chegar aos impressionantes 2.1 mil milhões.

1.3. A realidade portuguesa

Ainda que o envelhecimento demográfico abranja todas as partes do globo, a Europa sofre um efeito acentuado deste fenómeno. Conhecido como “o Velho Continente”, atualmente este termo já não diz respeito apenas ao carácter histórico,

constituindo uma realidade para vários países europeus, dos quais Portugal certamente não se encontra alheio.

Conforme a Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA, 2017a), em 2016 o país lusitano tinha cerca de 10.325.500 de habitantes. Dentre estes, 14.1% eram jovens com menos de 15 anos; 65% encontravam-se na idade ativa (dos 15 aos 64 anos); e 20.9% consistiam em idosos com 65 anos ou mais. Esses números, se comparados aos obtidos há 15 anos, refletem a verdade do envelhecimento nacional: desde 2001 até 2016, verifica-se uma redução da população jovem (0-14 anos) de 2.1 pontos percentuais; um decréscimo de 2.3 na faixa etária ativa e um aumento de 4.4 no número de idosos.

Rosa & Chitas (2010) relatam que, em 1960, as pessoas com menos de 15 anos (2.6 milhões) representavam claramente uma maior fração da população quando comparados aos indivíduos com 65 anos ou mais (cerca de 709 mil). Contudo, no ano de 2000, pela primeira vez desde que há registos sobre a população de Portugal, o número de idosos ultrapassou o de jovens e, em 2016, novamente com recurso aos valores apresentados pelo PORDATA, mostrou-se nítido o modo como os mais velhos (2.1 milhões) superaram os mais jovens (1.4 milhões). Isto é ainda reforçado pelo índice de envelhecimento da população nacional, o qual, para o mesmo ano, foi de 148.7%, apontando assim para a existência de pouco menos de 150 idosos para cada 100 jovens (PORDATA, 2017b).

1.4. Envelhecimento e saúde

Com o notável aumento do crescimento dos indicadores de envelhecimento e o acréscimo na expectativa de vida da população, factos observados tanto no mundo como em Portugal, é inevitável o acumular das suas consequências indesejadas (Almeida, 2008). A maior prevalência da velhice torna mais comum e incrementa o impacto dos efeitos desta temática na sociedade, especialmente em relação aos problemas e situações de incapacidade daí decorrentes (Mailloux-Poirier, 1995).

Sabe-se que a velhice geralmente acarreta diminuição de funções principalmente a três níveis (Cordeiro, 1982; Belsky, 1996; Fontaine, 2000; Fernandes, 2002; Imaginário; 2004; Netto, 2004; Cabete; 2005; *cit in* Cardão, 2009):

- *Biológico*: Inclui a perda ou restrição de energia física, de acuidade visual, de massa óssea e mobilidade;
- *Psicológico*: Compreende alterações cognitivas e emocionais;
- *Social*: Abrange a perda de papéis e de estatutos; do cônjuge, seja por separação ou morte; de demais familiares e amigos; e/ou a perda de suporte social.

Estas modificações observadas muitas vezes acabam por interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que está inserido, tornando-o mais propenso aos agravos e doenças, comprometendo assim a sua qualidade de vida (Souza *et al.*, 2007). Há um decréscimo do bem-estar e da capacidade funcional do idoso, tendo por consequência o aumento do sentimento de vulnerabilidade, o que dá lugar a níveis de dependência mais elevados (Conceição, 2012).

Nesta etapa é frequente a ocorrência de diversas patologias crónicas, tais como problemas cardíacos, circulatórios e respiratórios (Mailloux-Poirier, 1995); enfermidades de foro neurológico, como AVC, doenças de Parkinson e Alzheimer; e transtornos emocionais (Belsky, 1996; *cit in* Cardão, 2009). Além disto, e de modo relacionado, junta-se o facto de que muitos idosos passam a experimentar estados de solidão, carência de redes sociais de suporte e deterioração do nível de vida, devido à perda do poder aquisitivo, impossibilidade de uma boa alimentação e pagamento de serviços, dentre outros (Ornelas & Vilar, 2011). Estes fatores acabam por constituir um impasse à sua vivência diária, de modo que até as tarefas fáceis do quotidiano vão paulatinamente tornando-se difíceis, e muitas vezes os indivíduos percebem-se na necessidade de auxílio de outras pessoas (Araújo & Ceolim, 2007).

Perante esta perda de autonomia e dependência funcional decorrente, o idoso poderia, em tese, encontrar na sua própria família o assegurar da prestação de cuidados e a garantia de condições de vida adaptativas nesta última fase da vida, tal como era comum há algumas décadas. No entanto, isto já não é observado com frequência na sociedade contemporânea. Este facto pode ser explicado por certas alterações demográficas e sociais vigentes nos últimos anos, onde, como ressaltam Chaimowicz e Greco (1999), os agregados familiares passaram a ter novos arranjos (mulheres sós, mães solteiras, casais sem filhos, filhos que emigraram); houve uma maior integração da mulher no mercado de trabalho e conseqüente emancipação, sendo esta antes considerada personagem principal no cuidado dos parentes mais velhos; e notou-se um

aumento do consumismo e competitividade (Almeida, 2008), bem como, adicionalmente, o culto à juventude e o individualismo. Estes aspetos, entre outros, contribuíram para a emergência do cenário atual, no qual as famílias por vezes não têm disponibilidade ou capacidade para ocupar-se do idoso necessitado.

Portanto, seja pelos conflitos e negligência dos parentes, ou mesmo por impossibilidade em exercer um apoio direto ao idoso, de modo a garantir a sua manutenção no seu domicílio ou dentro do seio familiar, tem-se observado cada vez mais a procura por parte dos parentes de suporte diferenciado a tempo integral, ainda que normalmente como “última alternativa” (Pimentel, 2001). Para tanto, estes muitas vezes recorrem à institucionalização do mesmo, havendo assim a substituição do papel familiar pelas chamadas “redes sociais de apoio” (Martins, 2006).

1.5. Institucionalização

Segundo Cardão (2009), o processo de internamento da pessoa idosa em instituições de acolhimento que desenvolvem cuidados de longa duração, tais como lares e casas de repouso, é uma realidade situacional e ambiental para algumas pessoas que, por certos motivos, não encontraram dentro da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades. A presença de múltiplos problemas médicos, viuvez recente, isolamento social (Born & Boechat, 2011) e a falta de recursos económicos e habitacionais (Pimentel, 2001), aliados à referida impossibilidade de auxílio da família e à perda de autonomia e dependência funcional, geralmente acabam por conduzir ao ingresso e permanência do idoso nesse novo mundo, o que acarreta sentimentos de incerteza e apreensão.

Dados comunicados em 2014 pelo Instituto de Segurança Social, de acordo com Malveiro e Jesus (2015), apontam este como sendo o contexto de vida para mais de 78 mil idosos portugueses que, perante condicionantes diversas, viram-se perante a necessidade de abandonar a sua casa e espaço próprios, marcados pela independência outrora possuída e vivências tidas por anos, para então se integrarem numa instituição que lhes é limitativa e que, em muitos casos, assume o controlo de vários aspetos das suas vidas (Paúl, 1997; *cit in* Martins, 2006). Este meio irá representar para o idoso um rompimento com o seu quadro de vida quotidiano; uma nova situação na qual este irá passar a última fase da sua trajetória de vida, sem qualquer expectativa ou possibilidade de retorno ao que era anteriormente, conforme visto em Pimentel (2001).

A rutura existente, de igual modo abordada por Cardão (2009), caracteriza o processo de institucionalização como uma grande transformação na vida do idoso, despoletando e/ou acentuando uma série de perdas psicossociais: a perda da vida ativa; dos laços familiares e comunitários mais próximos, agora longínquos; da autonomia e do exercício pleno da própria vontade. São requeridas tremendas capacidades de adaptação (Meléndez-Moral *et al.*, 2013), dentre as quais Zimmerman (2007) inclui, para além das perdas, a mudança interna de parâmetros (convivência junto a pessoas diferentes, num local desconhecido, com as suas próprias regras de funcionamento), a eventual falta de convivência com o sexo oposto (em muitas instituições há a separação entre ambos os sexos) e o abandono (ausência de visitas e sentimento de esquecimento por parte dos entes queridos).

Para agravar a situação de muitos, a residência que recebe a pessoa idosa, na grande parte das vezes, desenvolve as atividades num mesmo local, sob uma única autoridade, com uma rotina que é praticamente igual para todos, sem levar em conta as diferenças individuais e as histórias de vida de cada um (Soares *et al.*, 2010). O ambiente é marcado pelo ócio e desocupação, predominando a manutenção das prováveis disfunções, além da diminuição da interação com o meio (Loureiro *et al.*, 2011) e o empobrecimento de estímulos (Dantas *et al.*, 2013).

Todas estas mudanças e obstáculos fazem com que esse evento seja vivido como algo emocionalmente difícil e prejudicial, promovendo maiores sentimentos de infelicidade, problemas de ajustamento e de comunicação com os outros (Cupertino, 1996; *cit in* Tomasini & Alves, 2007). Os idosos institucionalizados, não raras vezes, apresentam uma série de comportamentos negativos, tais como dificuldades na realização das atividades de vida diária, baixa interação social e motivação reduzida (Soares *et al.*, 2010). Isto certamente representa o caráter agravante deste processo em termos da deterioração já implícita ao envelhecimento, levando mais rapidamente ao declínio físico e cognitivo desses indivíduos (Scocco *et al.*, 2006).

O *stress* vivenciado pelo idoso poderá ainda desencadear sentimentos debilitantes de solidão e sintomatologia depressiva (Manion & Rantz, 1995; *cit in* Elias *et al.*, 2015), como também exercer um impacto negativo na autoestima (Antonelli *et al.*, 2000) e na satisfação com a vida (Chao *et al.*, 2006). A solidão é frequente nos indivíduos idosos alocados em lares, havendo uma maior predominância dessa variável

na população institucionalizada em comparação aos não institucionalizados (Bondevik & Skogstad, 1996; Fessman & Lester, 2000). De igual modo, a depressão, fenômeno importante na pessoa idosa (Fontaine, 2000) e relacionado com a solidão, assume ainda maior prevalência nas residências de terceira idade (Parmelee *et al.*, 1989), atingindo entre 25 a 80% dos idosos institucionalizados a nível mundial e 25 a 73% em Portugal (Ballone, 2002; Fernandes, 2000; *cit in* Martins, 2008). Para além destes, ressalva-se ainda os efeitos em termos dos outros componentes de saúde mental acima mencionados: estudos comparativos (e.g., Santos *et al.*, 2014) têm encontrado menores níveis de autoestima em idosos institucionalizados do que aqueles fora deste contexto, e a satisfação com a vida de pessoas idosas a viver num ambiente familiar é significativamente superior àquela de idosos que estão em regime de internato (Özer, 2004).

Por isso, face ao envelhecimento da sociedade atual e o conseqüente aumento na procura por instituições de assistência e suporte integral a idosos necessitados, surge o grande desafio clínico e político de proporcionar o desenvolvimento e prestação de intervenções de cuidados efetivos para essa população (Gaggioli *et al.*, 2014), já que, como previamente abordado, aquela está sujeita especialmente a défices cognitivos e emocionais que limitam significativamente a sua qualidade de vida. Deste modo, a prática da reabilitação cognitiva nos lares e residências de idosos torna-se um recurso de valor considerável na promoção de bem-estar, de modo a que esta população possa enfrentar as presentes dificuldades de maneiras adaptativas.

1.6. Reabilitação cognitiva

A reabilitação cognitiva diz respeito a um processo terapêutico que abrange vários procedimentos e técnicas, os quais são especialmente concebidos para capacitar os pacientes e as suas famílias a conviver, lidar, contornar, reduzir ou até mesmo superar os problemas cognitivos precipitados por um dano neurológico (Wilson, 1997). Tem por objetivo prover o indivíduo de estratégias para processar e usar a informação recebida, assim como permitir um funcionamento adequado na sua vida quotidiana (Sohlberg & Mateer, 1989; *cit in* Ginarte-Arias, 2002).

Para tal, as intervenções aqui efetuadas podem ter diversas abordagens (Cicerone *et al.*, 2000), incluindo:

- Reforço, fortalecimento ou restabelecimento de padrões de comportamento previamente aprendidos;
- Estabelecimento de novos padrões de atividade cognitiva através de mecanismos cognitivos compensatórios para os sistemas neurológicos que estão prejudicados;
- Estabelecimento de novos padrões de atividade através de mecanismos compensatórios externos, tais como a estruturação ambiental e suporte;
- Permitir que as pessoas se adaptem aos seus défices cognitivos, mesmo que não seja possível a modificação ou compensação direta destas deficiências, de modo a melhorar o seu nível geral de funcionamento e qualidade de vida.

Embora o foco desta modalidade de reabilitação esteja sob o conjunto das funções cognitivas, Wilson (2002) salienta que os défices que afetam este domínio raramente ocorrem isoladamente, pelo que também se torna relevante uma intervenção mais holística que compreenda os problemas emocionais, sociais e comportamentais adjacentes. Atualmente, há uma grande diversidade de técnicas e estratégias terapêuticas aplicáveis tanto a patologias e contextos específicos como em situações mais gerais (Holderbaum, 2006; *cit in Santos et al.*, 2008). Assim sendo, ao contrário de práticas mais focadas e dirigidas ao âmbito cognitivo, como a técnica de estimulação cognitiva, a reabilitação cognitiva também é composta por intervenções que visam outros domínios, tais como a Terapia Comportamental, Terapia de Orientação para a Realidade, Terapia da Validação e Terapia de Reminiscência (Camara *et al.*, 2009).

Dentre as técnicas de intervenção supracitadas, a Terapia de Reminiscência tem desempenhado nos dias correntes um papel deveras importante no trabalho terapêutico junto à população mais idosa e a sua flexibilidade de aplicação a diversos contextos permite facilmente a sua utilização mesmo em instituições de cuidados de longa duração. Portanto, torna-se imperativo uma maior explicitação desta modalidade de reabilitação cognitiva, uma vez que consiste na técnica adotada nesta investigação.

2. TERAPIA DE REMINISCÊNCIA

2.1. Desenvolvimento histórico da reminiscência

A reminiscência é um fenômeno próprio do ser humano (Gonçalves *et al.*, 2008) e, embora não seja exclusiva de um momento específico da vida (Cappeliez *et al.*, 2001; Parker, 1999; Webster, 1994, 1995, 1997; Webster & McCall, 1999; *cit in* Cappeliez & O'Rourke, 2002), assume uma especial importância na velhice (Gibson, 2011). Nesta etapa, revela-se comum o relembrar de determinadas memórias e momentos do passado, estando a saudosa temática dos “velhos tempos” muitas vezes presente nas conversações dos idosos.

Porém, é de salientar que antes de 1960 atribuía-se à reminiscência efeitos negativos e nocivos, sendo esta aceita como um sintoma ou até mesmo causa de deterioração mental e, como tal, sistematicamente desencorajada por cuidadores formais e informais de idosos (Lin *et al.*, 2003). Havia uma ênfase na manutenção da orientação dos indivíduos mais velhos às realidades presentes, possivelmente em detrimento do seu bem-estar psicológico, na medida em que eram dissuadidos de falar sobre coisas que tinham sido importantes para eles ao longo das suas vidas (Latha *et al.*, 2014).

Esse paradigma veio a alterar-se em 1963 no âmbito da publicação do prolífico artigo de Robert Butler, intitulado *The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged*. Neste trabalho, o autor descreveu a reminiscência como um processo universal e natural em adultos de todas as idades (Lin *et al.*, 2003), em contraste com o estereótipo negativo difundido previamente. Além disto, conforme afirmam Westerhof *et al.* (2010), iniciou os primeiros estudos empíricos e aplicações práticas da reminiscência entre a população idosa, argumentando que a revisão de vida detinha uma função positiva, na medida em que, como aponta Afonso (2011), ajuda a pessoa a chegar a um acordo com os conflitos não resolvidos do passado; pensar em perdas e mudanças; perdoar-se a si próprio e aos outros; celebrar êxitos e, por fim, sentir que a sua vida está completa. O processo de revisão da vida seria, portanto, funcional para os adultos mais velhos a partir de uma perspectiva de saúde mental (Westerhof *et al.*, 2010).

A proposta de Butler demonstrou-se consistente com a teoria do desenvolvimento psicológico do adulto formulada no mesmo período por Erik Erikson, o qual discutiu a importância da reconciliação dos idosos com a inevitabilidade do final

da vida (Afonso, 2011). Essa teoria, que divide o percurso de vida em oito estágios, postula que as pessoas irão experienciar uma crise ou conflito principal em cada uma destas etapas, o que serve como um ponto de viragem no desenvolvimento e precisa de ser solucionado. Para os idosos, a principal tarefa é conquistar um sentido de integridade e evitar o desespero. Sendo assim, Erikson sugere que a avaliação do passado seria um componente essencial para a conclusão bem-sucedida dessa incumbência (Chen *et al.*, 2012).

Partindo das ideias de Erikson e Butler, a reminiscência passou a ser um crescente campo de interesse, tanto na área da pesquisa quanto na clínica em geral (Gibson, 2004; Garland & Garland, 2002; *cit in* Bohlmeijer, 2007). O primeiro estudo experimental com a temática da reminiscência foi levado a cabo por Lewis (1971), o qual, baseando-se nos resultados encontrados, sugeriu que “a reminiscência e a identificação com o passado podem ser um mecanismo de defesa para certos indivíduos idosos”. Posteriormente, durante a década de 1980, vários profissionais da área da saúde, como psicólogos e terapeutas ocupacionais, passaram a recorrer mais frequentemente à intervenção de reminiscência na população idosa, tanto dentro como fora do contexto institucional (Baker, 1985; *cit in* Lin *et al.*, 2003). Desde então, o interesse em atividades baseadas na reminiscência tem continuado a subir (Lin *et al.*, 2003).

2.2. O conceito de “reminiscência”

Embora seja claro que o termo “reminiscência” se relaciona ao “ato, processo ou facto de recordar o passado” (Butler, 1963; *cit in* Merriam, 1980), tem-se provado difícil de conceber uma robusta definição científica para o mesmo (Fitzgerald, 1996; *cit in* Westerhof *et al.*, 2010). Talvez a mais inclusiva, completa e específica concetualização já realizada seja a proposta por Bluck e Levine (1998), a qual, após ampla análise de outras definições e taxonomias, refere que:

Reminiscência é o ato volitivo ou não volitivo de relembrar memórias passadas. Isto pode envolver a evocação de episódios particulares ou genéricos que foram ou não esquecidos anteriormente, sendo que esta lembrança surge juntamente com a sensação de que tais acontecimentos recordados são relatos verídicos sobre as experiências originais. Esta recuperação das memórias autobiográficas pode ser de natureza particular ou então partilhada com outros (p. 188).

A partir da definição supracitada, podem-se sublinhar algumas características importantes atribuídas ao fenómeno da reminiscência (Westerhof *et al.*, 2010; Gibson, 2011):

- É algo natural que acontece no dia a dia de todo o indivíduo, quer seja compartilhado ou não;
- Pode referir-se à recordação de uma simples memória ou a uma série de memórias relembradas;
- Embora apresente o seu foco no passado, aquela ocorre no presente e geralmente aponta para o futuro;
- As memórias aqui recuperadas são de natureza verídica, as quais resultam da perceção e construção das experiências do próprio indivíduo;
- Pode ocorrer ocasional ou habitualmente, de modo privado ou público;
- Acontece de modo espontâneo ou pode ser desencadeado por algum estímulo;

Posto isto, é importante refletir sobre o facto de que as reminiscências criam novos sentidos para o passado e promovem a vivência da continuidade do sujeito através do tempo (Camara *et al.*, 2009). O recordar das situações vividas, de modo individual ou interacional, permite a análise e compreensão de mudanças; a adaptação a transições; a aquisição de conhecimentos; a comunicação com os outros e a promoção da autoimagem (Puyenbroeck & Maes, 2005). Isto confere um sentido de integridade e propósito ao contexto atual da vida do indivíduo, sendo algo que pode ser refletido internamente ou inserido numa atividade social onde pessoas falam e recordam conjuntamente acerca das suas lembranças (Parker, 1995; *cit in* Jonsdottir *et al.*, 2001).

2.3. Reminiscência, revisão de vida e memória autobiográfica

Na temática da reminiscência, há determinados conceitos que se mostram intimamente relacionados e fundamentais à eficiente abordagem deste fenómeno, e deles importa referir a revisão de vida e a memória autobiográfica.

Em relação à revisão de vida, a literatura por vezes apresenta-a como sendo um sinónimo de reminiscência (Afonso, 2011). Desde que os dois termos foram usados no título do trabalho pioneiro de Butler em 1963, ambos passaram a ser aplicados por muitos sem haver, de facto, uma diferenciação clara entre os mesmos (Haight & Burnside, 1993). Deste modo, para tal distinção é importante esclarecer que a

reminiscência, enquanto fenômeno de evocação das experiências significativas ocorridas no passado (Jonsdottir *et al.*, 2001), uma vez posta em marcha pelo indivíduo, não requer uma lógica ou sequência dos temas recuperados; a compreensão e a avaliação dos acontecimentos vividos são relativamente pobres e a espontaneidade deste processo é consideravelmente elevada, apresentando um baixo nível de estruturação (Afonso, 2011). Já o termo “revisão de vida” consiste numa forma particularmente estruturada de reminiscência, onde o indivíduo usa uma experiência passada para resolver conflitos do presente e dar sentido e coerência à experiência atual (Bluck & Levine, 1998). Aqui há um relato de vida, em determinada sequência, desde a infância até ao momento presente, de modo a haver uma recapitulação da mesma. Esta revisão é efetuada relacionando os principais temas que dizem respeito ao desenvolvimento pessoal do indivíduo e avaliando as suas memórias autobiográficas, a fim de atribuir um sentido aos seus objetivos de vida (Afonso, 2011). Em comparação com a reminiscência em si, a revisão de vida detém uma espontaneidade significativamente menor, uma vez que são solicitadas memórias autobiográficas relativas a temas específicos que têm uma lógica e uma sequência subjacentes (Webster & Haight, 1995; *cit in* Afonso, 2011). Apresenta um caráter compreensivo e uma forte componente avaliativa, o que implica, frequentemente, uma reinterpretação das memórias (Afonso, 2011).

Assim como a revisão de vida é um subconjunto da reminiscência, esta consiste num subconjunto da memória autobiográfica (Bluck & Levine, 1998). Por “memória autobiográfica”, compreende-se o registro de experiências discretas decorrentes da participação do indivíduo em atos ou situações as quais são até certo ponto localizadas no tempo e no espaço (Robinson, 1976). Representa a “memória para informação e eventos pertencentes ao *self*” (Howe & Courage, 1993; *cit in* Chae *et al.*, 2011), e implica a compilação de informações autobiográficas que a pessoa acumula e que lhe permitem construir um sentimento de identidade e continuidade (Conway, 1997; Conway & Rubin, 1993; *cit in* Afonso, 2011). A diferenciação dos conceitos “memória autobiográfica” e “reminiscência” é estabelecida analisando o facto de que, enquanto a primeira é um sistema encarregado de codificar, armazenar e guiar a recuperação de todos os dados episódicos relacionados com experiências pessoais, a segunda revela-se a forma pela qual o sujeito acede a essas informações para o seu uso (Bluck & Levine, 1998). Mas além da mera recuperação de informação, a reminiscência também realiza a

interpretação e avaliação dos acontecimentos a partir da perspectiva atual do indivíduo (Afonso, 2011).

2.4. Tipos e funções da reminiscência

No decorrer das últimas décadas, diversos autores procuraram desenvolver taxonomias dos tipos de reminiscência e suas finalidades (e.g., LoGerfo, 1980; Romaniuk & Romaniuk, 1981; Wong & Watt, 1991; *cit in* Afonso, 2011), conduzindo à proposição de muitas categorizações nesse âmbito (Cappeliez & O'Rourke, 2006). Essas classificações contêm muitos componentes similares, sendo esta ideia muito bem representada pela taxonomia sugerida por Webster (1993), a qual abrange oito modalidades de uso da reminiscência (Westerhof, 2010; Afonso, 2011):

- *Identidade*: O uso da reminiscência como um mecanismo que permite o autoconhecimento ao longo do ciclo vital;
- *Preparação para a morte*: A utilização do passado como forma de gerar uma atitude calma e aceitável em relação à própria mortalidade;
- *Redução do aborrecimento*: O recorrer ao passado de modo a escapar de um ambiente pouco estimulante ou da falta de envolvimento em atividades direcionadas a objetivos;
- *Resolução de problemas*: O uso da reminiscência como um mecanismo de *coping* construtivo através da recuperação de estratégias de resolução de problemas usadas no passado;
- *Ensinar/informar*: Um tipo instrucional de reminiscência que retransmite experiências pessoais e lições de vida para outros;
- *Conversação*: O relembrar de acontecimentos do passado como estratégia de manutenção de vínculos informais com os que rodeiam o indivíduo;
- *Manutenção da intimidade*: A recordação de aspetos e episódios de interação, quando se está ou não com as pessoas implicadas nesse acontecimento, como forma de recordar amigos e conhecidos.
- *Ressurgimento da amargura*: A recuperação de episódios em que o indivíduo considera ter sido tratado injustamente; pode provocar e manter pensamentos e emoções negativas referentes a outras pessoas.

Tendo por base a proposta de Webster (1993) e na tentativa de reduzir as oito diferentes funções para um número menor, Westerhof e colegas (2010) construíram um novo modelo aglomerando-as em três novos tipos, salientando tanto as características positivas como as negativas da reminiscência:

- *Reminiscência direcionada para o self/positiva*: Engloba as funções de “identidade”, “preparação para a morte” e “resolução de problemas”;
- *Reminiscência disfuncional/negativa*: Abrange as funções de “redução do aborrecimento”, “ressurgimento da amargura” e “manutenção da intimidade”;
- *Reminiscência social*: Compreende as funções de “conversação” e “ensino/informação”.

Como apontam os autores, esse modelo triplo, suportado empiricamente por O’Rourke *et al.* (2011), fornece uma maneira de classificar as intervenções de reminiscência por meio de diferentes usos das suas funções.

2.5. Reminiscência enquanto estratégia terapêutica

Conforme realça Afonso (2011), a reminiscência é um fenômeno espontâneo que surge em distintos contextos e que integra muitos acontecimentos sociais em que o indivíduo relata episódios autobiográficos ou conta a história da sua vida. Porém, pode ser ainda utilizada como uma estratégia de intervenção em distintas áreas, sobretudo em idosos, para que a pessoa se sinta capaz de lidar com mudanças relacionadas com a velhice e, ainda, para intervir em diferentes tipos de sintomatologia.

A evocação guiada de acontecimentos de vida passados, enquanto estratégia terapêutica estruturada para alcançar a integridade do ego, já tinha sido sugerida inicialmente por Butler em 1963 (Gonçalves *et al.*, 2008). Os seus clientes eram encorajados a falar sobre os eventos de vida ocorridos no passado que considerassem significativos, sendo auxiliados por diversos estímulos ou por temas específicos, como “primeiro dia de aulas” ou “nascimento dos filhos” (Gonçalves & Martín, 2007). Segundo o autor, esta avaliação retrospectiva dos acontecimentos de vida permitiria realizar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos (Butler, 1963; *cit in* Gonçalves & Martín, 2007). Sendo assim, a contemplação do passado inspirou um enorme conjunto de estudos teóricos (Westerhof & Bohlmeijer, 2014) que abriram o caminho para a investigação da reminiscência como uma

intervenção estruturada (Lopes *et al.*, 2016a). A partir dos anos 80 (Cotelli *et al.*, 2012; Latha *et al.*, 2014), a reminiscência foi introduzida mais propriamente como uma terapia utilizada em diversos contextos, tais como hospitais, lares, centros de dia e outros estabelecimentos de prestação de cuidados (Lin *et al.*, 2003), sendo especialmente concebida para a população idosa (Chen *et al.*, 2012) e muito difundida internacionalmente (Lopes *et al.*, 2016b).

A Terapia de Reminiscência baseia-se na estimulação sensorial da memória emocional do paciente acerca de eventos passados (Peix, 2009; *cit in* Lopes *et al.*, 2015). Esta recordação de lembranças significativas, a qual geralmente envolve a discussão de atividades, eventos e experiências vividas pelo sujeito (Woods *et al.*, 2005), pode ser facilitada através da apresentação de estímulos sensoriais variados, tais como canções antigas, cartas, fotos, discos, filmes e jornais (Camara *et al.*, 2009), diversas formas de arte e caixas de memória (Latha *et al.*, 2014). É uma terapia que procura centrar-se nas competências preservadas do indivíduo com défice cognitivo ao invés de focar-se nas suas limitações (Cotelli *et al.*, 2012), uma vez que faz uso principalmente da memória remota, não requerendo tanto a integridade da memória a curto prazo (Rentz, 1995; *cit in* García-Sánchez *et al.*, 2002).

Dependendo dos objetivos de saúde mental a ser alcançados e as diversas funções de reminiscência usadas nas intervenções, pode ser diferenciada em três modalidades (Lopes *et al.*, 2016a; Webster *et al.*, 2010):

- *Reminiscência simples/não estruturada*: É, sobretudo, uma narrativa autobiográfica não estruturada e espontânea cujo objetivo é promover as funções interpessoais da reminiscência, tais como “conversação” e “ensinar/informar” (Webster *et al.*, 2010), recordando acontecimentos passados positivos e aumentando os sentimentos agradáveis (Pinquart & Forstmeier, 2012). A sua aplicação mais comum é em grupos, especialmente em lares de idosos (Cook, 1991), onde os indivíduos compartilham eventos positivos das suas vidas, a fim de melhorar os seus níveis de humor e promover a ligação entre os mesmos, estimulando-se funções sociais e o bem-estar a curto prazo (Webster *et al.*, 2010; Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Demonstra-se apropriada a idosos com uma saúde mental relativamente boa e que encontram no recordar conjunto de memórias uma atividade com significado (Westerhof *et al.*, 2010);

- *Reminiscência estruturada/revisão de vida*: Adequa-se mais às pessoas com problemas em encontrar um significado para a vida ou que têm dificuldades em lidar com as transições ou adversidades inerentes à mesma (Westerhof *et al.*, 2010). O seu objetivo é melhorar os aspetos da saúde mental, como a autoaceitação do *self*, mestria e o significado da vida (Birren & Cochran 2001; Bluck & Levine 1998; Wong, 1995; *cit in* Westerhof *et al.*, 2010) por meio da estimulação das funções de reminiscência “identidade” e “resolução de problemas” (e ainda, possivelmente, a “preparação para a morte”). Em relação à reminiscência simples, é muito mais estruturada, no sentido em que abrange todo o decurso de vida, concentrando-se na reavaliação de acontecimentos vividos e na integração de eventos positivos e negativos numa história de vida coerente (Pinquart & Forstmeier, 2012). A revisão de vida, portanto, ajuda as pessoas a obterem informações sobre como se desenvolveram ao longo do seu percurso e como se tornaram ou são agora, o que as ajuda a reconhecer e expressar o que aprenderam com as suas experiências e a recordar o repertório de *coping* e os valores que as guiaram ao longo das suas vidas (Westerhof *et al.*, 2010).
- *Terapia de revisão de vida*: De carácter altamente estruturado, é usada principalmente em ambientes terapêuticos para idosos com sérios problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade (Westerhof *et al.*, 2010; Pinquart & Forstmeier, 2012; Webster *et al.*, 2010), e foca-se no alívio destes sintomas ao alterar os estilos negativos de reminiscência que têm bloqueado o desenvolvimento do indivíduo, tais como o ressurgimento da amargura e o aborrecimento, visando também aumentar e estimular o uso das suas funções positivas (Westerhof & Bohlmeijer, 2014; Pinquart & Forstmeier, 2012). O objetivo último aqui é a promoção de mudança na forma como a pessoa pensa e sente em relação a si mesma e ao seu passado (Westerhof & Bohlmeijer, 2014). Apresenta-se como uma intervenção mais dinâmica, uma vez que a reminiscência de uma pessoa com psicopatologia normalmente traz à tona histórias de vida que evocam amargura ou insatisfação com o *self* e vida atuais (Westerhof *et al.*, 2010). Neste âmbito, muitas vezes aplica explicitamente técnicas de outras abordagens terapêuticas, tais como a Terapia Cognitiva, Terapia de Resolução de Problemas ou Terapia Narrativa (Pinquart & Forstmeier, 2012).

Não sendo uma estratégia exclusiva da intervenção com idosos, a eficácia da Terapia de Reminiscência é potenciada junto desta faixa etária, uma vez que consiste na análise do percurso de vida, realizando um balanço de vida e, eventualmente, resolvendo conflitos localizados no passado (Gonçalves & Martín, 2007). Todavia, ao longo das últimas décadas, tem sido aplicada num largo número de contextos e em muitos grupos-alvo (Bohlmeijer, 2007; Westerhof *et al.*, 2010), tais como residentes da comunidade com sintomatologia depressiva; idosos institucionalizados, bem como seus familiares e auxiliares; pessoas com demência ou doenças crónicas; população idosa rural; emigrantes; minorias étnicas; veteranos de guerra e pessoas com perturbação de *stress* pós-traumático. Em relação aos ambientes, ela tem sido efetuada em bairros, museus, teatros, igrejas, organizações de voluntários, instituições de cuidados de longa duração, lares de idosos, instituições de saúde mental, entre outros.

A estrutura e o formato das intervenções de reminiscência variam consideravelmente nos estudos (Gaggioli *et al.*, 2014). Estas podem ser desenvolvidas em contexto de grupo ou individualmente (Jonsdottir *et al.*, 2001), no entanto, ambas as formas apresentam vantagens únicas. Segundo Pinguart e Forstmeier (2012), as sessões individuais podem ser facilmente adaptadas às necessidades do participante, sendo que este poderá estar mais disposto relativamente a experiências de carácter crítico; contudo, um formato de grupo promove o intercâmbio social entre os seus membros, o qual, geralmente, integra seis a oito participantes (Gaggioli *et al.*, 2014). Assim, as intervenções realizadas numa base individual podem ser mais adequadas a determinadas problemáticas, exercendo efeito em variáveis como a depressão, ao passo que a reminiscência grupal poderá mostrar-se mais efetiva no aumento da integração social e capacidade de comunicação, e também no estabelecimento de novos relacionamentos entre os indivíduos envolvidos (Pinguart & Forstmeier, 2012; Elias *et al.*, 2015).

Quanto à duração, frequência e número total das sessões, há de igual modo uma disparidade nas várias investigações. No entanto, Haight e Haight (2007), mencionados por Pinguart e Forstmeier (2012), sugerem que seis a oito sessões pode ser o suficiente para rever-se a vida de alguém, através de uma constância de uma a duas sessões por semana, cada uma com duração de 30 a 60 minutos (Miller, 2009). Em relação aos temas das sessões usados para orientar a recuperação das memórias autobiográficas no âmbito da intervenção, aqueles são indicados pelo dinamizador ou pelos indivíduos que integram o grupo (Afonso, 2011) e, geralmente, envolvem assuntos relacionados com o

ciclo da vida (Matteson & Munsat, 1982) – família e amizades, amores e perdas, conquistas, desapontamentos e ajustes às mudanças da vida (Miller, 2009).

2.6. Efetividade das intervenções com reminiscência

As evidências da eficácia da Terapia de Reminiscência têm-se fortemente acumulado ao longo da última década (Westerhof & Bohlmeijer, 2014), sendo que diversas revisões sistemáticas da literatura (e.g., Lin *et al.*, 2003) e meta-análises (e.g., Bohlmeijer *et al.*, 2003; Bohlmeijer *et al.*, 2007; Pinquart & Forstmeier, 2012) têm evidenciado que essas intervenções terapêuticas podem ser efetivas no aumento dos níveis de bem-estar e no alívio dos sintomas de depressão. Outros resultados de investigação têm demonstrado os seus efeitos positivos na cognição (Woods *et al.*, 2005; Wang, 2007; Cotelli *et al.*, 2012; Kwon *et al.*, 2013), humor (Cotelli *et al.*, 2012; Lin *et al.*, 2003; Woods *et al.*, 2005) e autoestima (Perrotta & Meacham, 1981; Chao *et al.*, 2006; Wu, 2010); aumento da qualidade de vida (Kwon *et al.*, 2013) e satisfação com esta (Cook, 1998; Chiang *et al.*, 2008); diminuição dos níveis de solidão (Liu *et al.*, 2007; Chiang *et al.*, 2010); e melhoria em dimensões como a integridade do ego, propósito de vida, preparação para a morte, maestria e integração social (Pinquart & Forstmeier, 2012).

Os resultados positivos desta intervenção podem ser explicados pela ausência de aprendizagem de estratégias, isto é, os participantes fazem o que sempre fizeram, falar sobre o passado, com a mesma linguagem que utilizavam anteriormente e sobre um tópico que conhecem bem: a sua vida (Bohlmeijer *et al.*, 2005; Hanaoka & Okamura, 2004; Watt & Cappeliez, 2000; *cit in* Gonçalves *et al.*, 2008). No entanto, apesar deste seu potencial benéfico, os autores são unânimes em reconhecer restrições, particularmente nos desenhos metodológicos, as quais dificultam uma avaliação efetiva do impacto dessa terapia (Cotelli *et al.*, 2012; Lin *et al.*, 2003; Pinquart & Forstmeier, 2012; Westerhof *et al.*, 2010; Woods *et al.*, 2005; *cit in* Lopes *et al.*, 2016a).

2.7. Impacto da terapia por reminiscência simples na população institucionalizada

Na visão de Westerhof *et al.* (2010), dentre as três modalidades que a Terapia de Reminiscência possui, a evidência em relação aos efeitos da reminiscência simples na saúde mental tem sido a mais escassa pois apenas alguns estudos têm demonstrado algum efeito desta modalidade na saúde mental. A revisão de vida, por sua vez, parece

apresentar mais efeitos no bem-estar (Arkoff *et al.*, 2004; *cit in* Westerhof *et al.*, 2010) e significado de vida (Westerhof *et al.*, 2005; *cit in* Westerhof *et al.*, 2010), mas menos na depressão (e.g., Hanaoka & Okamura, 2004; Haight *et al.*, 1998; *cit in* Westerhof *et al.*, 2010). Somente a terapia de revisão de vida tem-se demonstrado realmente efetiva no alívio de sintomas depressivos (Westerhof *et al.*, 2010).

Porém, a revisão da literatura levada a cabo nesta investigação revelou uma diversidade de estudos que demonstram os efeitos significativos da reminiscência simples em várias dimensões. Deste modo, torna-se útil a seleção e destaque para resultados que apontam para a eficácia da terapia por reminiscência simples na sintomatologia depressiva (Wang, 2004; Chiang *et al.*, 2010; Meléndez-Moral *et al.*, 2013; Siverová & Bužgová, 2014; Elias *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2016a), solidão (Chiang *et al.*, 2010), autoestima (Chao *et al.*, 2006; Meléndez-Moral *et al.*, 2013; Lopes *et al.*, 2015) satisfação com a vida (Meléndez-Moral *et al.*, 2013) e cognição (Siverová & Bužgová, 2014; Lopes *et al.*, 2015; Lopes *et al.*, 2016a).

Todavia, dentre os mencionados acima, poucos são os estudos que se debruçaram sobre o impacto da reminiscência simples nestas medidas (Wang, 2004; Chao *et al.*, 2006; Chiang *et al.*, 2010; Meléndez-Moral *et al.*, 2013; Siverová & Bužgová, 2014) em idosos institucionalizados sem demência. Isto vai ao encontro do constatado na revisão sistemática de Elias *et al* (2015) que salientam a existência de um pequeno número de investigações que avaliam a importância da reminiscência na população idosa presente em instituições. Os autores, por exemplo, relatam apenas um estudo que aborda a temática da solidão nesta população, e discutem ainda acerca da falta de consenso quanto aos dados alcançados (principalmente para a dimensão “depressão”). Assim sendo, torna-se necessária a emergência de outros trabalhos científicos neste âmbito, a fim de elucidar de que modo e em que aspectos da saúde mental a reminiscência simples exerce efeito nos idosos institucionalizados.

Tendo por base autores que têm proposto a cognição (e.g., Scocco *et al.*, 2006), depressão (e.g., Parmelee *et al.*, 1989), autoestima (e.g., Antonelli *et al.*, 2000), satisfação com a vida (e.g., Chao *et al.*, 2006) e solidão (e.g., Bondevik & Skogstad, 1996) como dimensões relevantes para esta população específica, o presente estudo estipulou tais medidas como variáveis dependentes, inferindo-se estarem estas associadas à qualidade de vida. Como objetivo geral, estabeleceu-se a avaliação do

impacto de um programa de intervenção grupal por reminiscência simples a nível das cinco variáveis anteriores, por meio da análise pré e pós-teste das pontuações obtidas pelos participantes nestas medidas. Em relação aos objetivos específicos, pretendeu-se ainda:

- Averiguar se o efeito positivo da terapia por reminiscência simples estaria mais diferenciado em variáveis relacionadas com o bem-estar (satisfação com a vida, autoestima e solidão) do que com variáveis clínicas, tais como a sintomatologia depressiva;
- Verificar se a intervenção, apesar de não incluir qualquer treino cognitivo, traduziria de facto alguma melhoria no desempenho cognitivo dos participantes;
- Examinar se o programa de reminiscência, implementado através de grupos, possibilitaria alguma melhoria nos índices de solidão dos indivíduos.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

1.1. Desenho da investigação

Esta investigação insere-se no paradigma quantitativo, constituindo um estudo intervencional cujo desenho se enquadra no tipo *quasi*-experimental, prospetivo e com medidas repetidas.

1.2. Amostra

A amostra desta investigação é constituída por indivíduos idosos inseridos na Instituição Quinta de São Sebastião, estabelecimento do setor social incluído na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e situado na freguesia de Algoz, concelho de Silves, distrito de Faro. A opção por tal instituição deve-se ao facto deste ter sido o local de estágio curricular desempenhado pelo investigador, para além de questões de proximidade e de fácil e pleno acesso à população que se pretendia estudar – os idosos institucionalizados.

Como técnica de amostragem, aplicou-se o método não probabilístico do tipo “juízo”, o qual, segundo Beins e McCarthy (2011), baseia-se no juízo do investigador e num propósito específico para a identificação dos participantes. Os critérios de inclusão para este estudo consistiram em (1) sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos; (2) em regime de internato; (3) não acamados e/ou em estado vegetativo; (4) com capacidades mínimas de funcionamento e comunicação asseguradas pela equipa clínica; e (5) com desejo e consentimento na integração do programa proposto. Já como critérios de exclusão, considerou-se (1) a incapacidade de permanecer numa atividade de grupo durante 30-60 minutos devido a factores de natureza diversa; (2) alterações súbitas do estado de saúde em geral e/ou humor que impeçam a participação e realização das atividades até ao término do programa; (3) a presença de condições de cariz psiquiátrico ou cognitivo que possam interferir nos resultados obtidos, nomeadamente um resultado na *Geriatric Depression Scale - 15* (GDS-15) superior a 11 e/ou pontuação no teste *Mini Mental State Examination* (MMSE) abaixo do ponto de corte definido para o grau de escolaridade.

Atendendo aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, de início foram selecionados 14 idosos, sendo que destes cinco eram do sexo masculino e nove pertenciam ao sexo feminino. No entanto, posteriormente, foram retirados seis utentes

por cumprirem os critérios de exclusão. Posto isto, a amostra final aqui considerada compõe-se de oito idosos ($N = 8$) de ambos os sexos, sendo 50% ($n = 4$) do sexo masculino e 50% ($n = 4$) do sexo feminino. O intervalo de idades compreende os 60 e os 90 anos, calculando-se uma média etária de 74 anos ($DP = 9.89$) e a moda de 72 anos de idade. As características sociodemográficas dos participantes encontram-se de forma mais detalhada na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

		Frequência/Percentagem
Género	Masculino	4 (50%)
	Feminino	4 (50%)
Idade	60-70 anos	2 (25%)
	71-80 anos	4 (50%)
	81-90 anos	2 (25%)
Estado Civil	Solteiro	1 (12.5%)
	Casado	2 (25%)
	Divorciado	1 (12.5%)
	Viúvo	4 (50%)
Escolaridade	Analfabeto	1 (12.5%)
	1-4 anos de escolaridade	6 (75%)
	5-8 anos de escolaridade	1 (12.5%)
Profissão	Costureira	2 (25%)
	Construtor civil	1 (12.5%)
	Carteiro	1 (12.5%)
	Armador de ferro	1 (12.5%)
	Fabril	1 (12.5%)
	Dona-de-casa	1 (12.5%)
	Chefe de estação de comboio	1 (12.5%)

1.3. Instrumentos

Na seleção dos instrumentos que seriam utilizados, ponderou-se não somente a sua pertinência para o estudo, mas também o ajustamento destes às variáveis abordadas e a sua adequação às características da população idosa. Deste modo, procurou-se ter o cuidado na escolha de medidas mais simples e breves, as quais, não obstante, pudessem

fornecer valores apropriados ao âmbito desta investigação. Aplicou-se ainda um rápido questionário de dados sociodemográficos (Apêndice I), desenvolvido pelo próprio investigador, com o propósito de recolher informação para a caracterização da amostra, contemplando informações alusivas à idade, sexo, estado civil, profissão desempenhada e escolaridade.

Tendo em conta os aspectos mencionados anteriormente, tal como os objetivos estabelecidos, foram ainda administrados os seguintes instrumentos:

- *Mini-Mental State Examination* (MMSE);
- *Geriatric Depression Scale - 15* (GDS-15);
- *Depression, Anxiety and Stress Scale - 21* (DASS-21);
- *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSS);
- *Life Satisfaction Index - A* (LSI-A);
- *UCLA Loneliness Scale* (ULS).

1.3.1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

O MMSE foi elaborado por Folstein *et al.* (1975) e revela-se como o teste de rastreio cognitivo mais usado em contexto clínico e investigação, mais amplamente validado para diversas populações e mais referenciado na literatura (Freitas *et al.*, 2013). Aplicado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e deteção de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006), ainda que, segundo assinalam Tombaugh e McIntyre (1992), não contribua para um diagnóstico diferencial de qualquer entidade nosológica em particular.

Conforme descrito originalmente, o MMSE é composto por duas partes: a primeira, que requer somente respostas verbais, compreende aspetos como orientação espaço-temporal, memória imediata, atenção e concentração. Já a segunda parte avalia a capacidade de nomeação, compreensão de comandos verbais e escritos, redação espontânea de uma frase e a execução da cópia de uma figura (Folstein *et al.*, 1975). Geralmente é administrado em 5-10 minutos e a sua pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que aos valores mais elevados correspondem melhores desempenhos.

Em Portugal, a tradução e a adaptação transcultural do MMSE foram realizadas por Guerreiro *et al.* (1994), os quais desenvolveram estudos de carácter psicométrico e normativo para a população portuguesa. Quando estabelecidos os pontos de corte,

passou-se a considerar a presença de déficit cognitivo em desempenhos com pontuações menores ou iguais a 15 para indivíduos analfabetos; pontuação igual ou inferior a 22 com 1 a 11 anos de escolaridade; e pontuação igual ou inferior a 27 com escolaridade superior a 11 anos.

Para este estudo, o MMSE (Anexo I) foi escolhido a fim de averiguar a presença e o grau dos défices cognitivos que poderiam interferir no processo terapêutico, constituindo-se assim como um dos componentes presentes no terceiro critério de exclusão da investigação. Além disto, o seu uso prendeu-se também à avaliação dos efeitos da terapia no funcionamento cognitivo dos utentes, ao funcionar como medida pré e pós-intervenção.

1.3.2. Geriatric Depression Scale - 15 (GDS-15)

A GDS (Yesavage *et al.*, 1982) é um instrumento de avaliação amplamente empregue na triagem de sintomatologia depressiva em idosos (Almeida & Almeida, 1999), sendo o único concebido exclusivamente para esta população (Sharp & Lipsky, 2002). Traduz-se numa medida de autorrelato simples, de fácil administração, com respostas dicotómicas referentes à forma como o sujeito se tem sentido na última semana (Roman & Callen, 2008). Como vantagem, não inclui sintomas somáticos, reduzindo assim a interferência e o enviesamento. Em contrapartida, apresenta uma limitação do seu uso na presença de déficit cognitivo, especialmente após um estágio moderado (Frank & Rodrigues, 2011).

A versão original da GDS contempla 30 itens. No entanto, para contornar o problema de possível fadiga nesta população mais envelhecida (Stiles & McGarrahán, 1998), outras versões mais curtas foram sendo posteriormente desenvolvidas (Almeida & Almeida, 1999). A escala utilizada na presente investigação consiste na versão curta de 15 itens (GDS-15) construída por Sheikh e Yesavage (1986) e traduzida para a língua portuguesa por Barreto *et al.* (2008). Neste questionário, tal como nos demais, a pontuação é calculada através da quantidade do número de respostas obtidas que sugerem sintomas depressivos (Stiles & McGarrahán, 1998). Atribui-se 1 ponto para a resposta “sim” e 0 pontos para a resposta “não”, exceto nos casos em que há cotação inversa (como para os itens 1, 5, 7, 11 e 13). A cotação final corresponde ao somatório das respostas aos 15 itens (Apóstolo *et al.*, 2014). Em relação aos pontos de corte, conforme indicação dos autores, considera-se a existência de depressão em pontuações

iguais ou maiores que 5, e a presença de depressão severa em valores iguais ou acima de 11.

Nesta investigação, optou-se pela GDS devido ao seu amplo e difundido uso na medição de sintomatologia depressiva em idosos, estando presente num considerável número de pesquisas efetuadas com esta população. Preferiu-se recorrer à sua versão curta, com 15 itens (Anexo II), por esta demonstrar-se mais adequada, já que a versão original de 30 itens poderia ser demasiado cansativa e requerer mais tempo de aplicação. Portanto, a GDS-15 foi aqui administrada como uma forma rápida de estimar a presença de elevados índices de depressão, o que poderia ser um impasse para a obtenção de resultados fiáveis na intervenção, consistindo noutra componente do terceiro critério de exclusão da investigação. Serviu ainda para a avaliação da eficácia da terapia nos níveis de depressão dos participantes, ao funcionar como medida pré e pós-intervenção.

1.3.3. Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)

A DASS-21 foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995a) e aferida à população portuguesa por Pais Ribeiro *et al.* (2004). Constitui um questionário mais curto e de fácil aplicação (em oposição à extensa medida original, criada com 42 itens), cujo objetivo é medir e diferenciar, ao máximo, os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* (Patias *et al.*, 2016).

Conforme assegura Apóstolo *et al.* (2006), esse é um instrumento de autoavaliação, o qual é composto por 21 itens, agrupados em três subescalas. Cada subescala é composta por 7 itens relacionados com os estados emocionais de depressão, ansiedade e *stress*, correspondendo todos a uma frase afirmativa que remete para sintomas emocionais negativos. Pinto *et al.* (2015) referem tais subescalas e os seus itens constituintes do seguinte modo:

- A subescala *Ansiedade* é constituída por “excitação do Sistema Nervoso Autônomo” (itens 2, 4 e 19); “efeitos nos músculos esqueléticos” (item 7); “ansiedade situacional” (item 9); e “experiências subjetivas de ansiedade” (itens 15 e 20);
- A subescala *Depressão* é constituída por “disforia” (item 13); “desânimo” (item 10); “desvalorização da vida” (item 21); “autodepreciação” (item 17); “falta de

interesse ou de envolvimento” (item 16); “anedonia” (item 3); e “inércia” (item 5);

- A subescala *Stress* é constituída por “dificuldade em relaxar” (itens 1 e 12); “excitação nervosa” (item 8); “facilmente agitado/chateado” (item 18); “irritação/reação exagerada” (itens 6 e 11); e “impaciência” (item 14).

Todos os itens são avaliados através de um modelo de resposta de tipo *Likert*, de 4 pontos, onde o sujeito deverá identificar o seu estado emocional relativamente à última semana, optando pelas seguintes respostas: (0) “não se aplicou nada a mim”; (1) “aplicou-se a mim algumas vezes”; (2) “aplicou-se a mim muitas vezes”; e (3) “aplicou-se a mim a maior parte das vezes” (Veigas & Gonçalves, 2009; Pinto *et al.*, 2015). Os resultados alcançados para cada uma das dimensões são determinados pela soma de cada um dos seus sete itens, sendo que, para a pontuação final, esses valores devem ainda ser multiplicados por dois. Os pontos de corte para as três subescalas foram desenvolvidos e estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2 – Pontos de corte recomendados para as subescalas da DASS-21.

	Depressão	Ansiedade	Stress
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Severo	21-27	15-19	26-33
Extremamente severo	≥ 28	≥ 20	≥ 34

Fonte. Adaptado de Lovibond e Lovibond (1995b).

A DASS, um teste mais abrangente, foi aqui selecionada e empregue como uma medida mais contínua sobre o efeito do programa em todos os sujeitos (Anexo III), sendo eles submetidos a uma avaliação semanal com recurso a este instrumento. Para além disto, funcionou de igual modo como recurso de avaliação pré e pós-intervenção, para assim se conhecer os efeitos do programa terapêutico.

1.3.4. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS)

Dentre os muitos dispositivos úteis na avaliação da autoestima, a RSS é certamente a mais utilizada (Gray-Little *et al.*, 1997). Criada por Rosenberg (1965), trata-se de uma medida unidimensional elaborada a partir de uma conceção

fenomenológica de autoestima, a qual capta a percepção global dos sujeitos acerca do seu valor próprio (Martín-Albo *et al.*, 2007). O seu reduzido número de itens, a simplicidade da linguagem, a facilidade e a brevidade da sua aplicação e cotação (Santos, 2008) fazem dela um instrumento frequentemente presente na investigação psicológica, o que explica o facto de ter sido traduzida para 28 línguas diferentes (Schmitt & Allik, 2005).

Sendo adaptada à população portuguesa por Ferreira e Meek (2001), a RSS é constituída por 10 itens, sendo 5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa. Conforme referem Vásquez *et al.* (2004), ainda que tenha sido originalmente construída como uma escala *Guttman*, tornou-se comum a sua pontuação como escala do tipo *Likert*, com quatro alternativas de resposta (1 = “concordo completamente”; 2 = “concordo”; 3 = “discordo”; e 4 = “discordo completamente”). Para a sua correção, devem ser invertidas as pontuações dos itens enunciados positivamente (como é o caso dos itens 1, 2, 4, 6, e 7), e posteriormente proceder-se à soma de todos os valores. A pontuação total, portanto, varia entre 10 e 40, com resultados mais elevados a evidenciar níveis mais altos de autoestima global (Santos, 2008).

Dado que a autoestima é uma das variáveis em estudo, decidiu-se proceder à escolha de um instrumento que pudesse medir esta dimensão com excelência, mas que também detivesse uma estrutura mais simples e acessível, auxiliando na verificação da existência de efeitos da intervenção e funcionando como medida pré e pós-intervenção. Para tal, elegeu-se a RSS (Anexo IV), escala que tem sido utilizada na avaliação desta percepção subjetiva em idosos institucionalizados (e.g., Nelson, 1989).

1.3.5. Life Satisfaction Index - A (LSI-A)

Desenvolvido como parte do *Kansas City Study of Life*, o LSI-A foi projetado por Neugarten, Havighurst e Tobin, em 1961, com o propósito de medir a avaliação do indivíduo quanto ao seu próprio bem-estar psicológico (Ryff, 1989). No âmbito deste teste, “satisfação com a vida” é um termo definido como abrangendo cinco componentes: entusiasmo pela vida em oposição à apatia; resolução e resiliência em oposição à resignação; congruência entre os objetivos almejados e alcançados; elevado autoconceito físico, psicológico e social; e um tom de humor feliz e otimista (Adams, 1969).

Dos 20 itens presentes nesse questionário, que foi traduzido e adaptado ao português europeu por Martín (2002), 12 afirmações estão formuladas positivamente, sendo que as três opções de resposta – “discordo”, “não sei” e “concordo” – correspondem a 0, 1 e 2 pontos, respetivamente. As oito restantes são negativamente redigidas, sendo que à resposta “concordo” não se atribui pontos (Subaşı & Hayran, 2004). Posto isto, a pontuação final pode variar entre 0 e 40 pontos, evidenciando as pontuações mais elevadas maiores índices de satisfação com a vida (Cook, 1998).

A LSI-A foi destacada para este estudo uma vez que se propõe avaliar a satisfação com a vida, constructo aqui abordado, concedendo informações globais e não somente de aspetos específicos da vida do indivíduo (Anexo V). Também se revela apropriada para a população idosa em instituições, já que os seus itens não contemplam questões desajustadas a este contexto. Sendo assim, este questionário foi aplicado tanto antes como depois do programa de reminiscências, como forma de aceder-se a evidências de eficácia da intervenção na amostra participante.

1.3.6. UCLA Loneliness Scale (ULS)

Esta escala, criada por Russell *et al.* (1978), é um instrumento de heteroadministração constituído por 20 itens, todos elaborados com o objetivo de avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social (Pocinho *et al.*, 2010). Por ser a medida de solidão mais utilizada na literatura, foi descrita e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). Esta versão passou a incluir 18 itens (9 positivos e 9 negativos), avaliados numa escala *Likert* de 4 pontos, com alternativas de resposta que variam entre (1) “nunca”, (2) “raramente”, (3) “algumas vezes” e (4) “muitas vezes” (Neves & Pinheiro, 2009). A pontuação total é o produto da soma dos 18 valores, sendo esta de acordo com a escala para os itens negativos e, ao inverso, para os itens positivos. O resultado final deste questionário pode variar entre 18 e 72, sendo que os sujeitos com valores mais elevados se descrevem como sentindo-se mais sós do que as outras pessoas (Neto, 1989).

A *UCLA Loneliness Scale* foi acrescentada ao corpo de testes usados na investigação precisamente pela variável que se propõe estudar, a solidão (Anexo VI). Com questões de fácil compreensão e em número reduzido, foi usada para examinar a influência da intervenção por reminiscência nos níveis de solidão dos utentes, sendo aplicada tanto antes como depois do programa.

1.4. Procedimento

A presente investigação envolveu, inicialmente, o contacto com a direção técnica da Instituição Quinta de São Sebastião, que, após ter sido formalmente solicitada via *e-mail* (Apêndice II) e posteriormente esclarecida, emitiu o seu consentimento para o início do programa terapêutico de reminiscência com alguns idosos.

O facto de o investigador já estar previamente inserido no contexto deste estabelecimento demonstrou-se uma mais-valia no processo de observação dos potenciais participantes, havendo ainda o auxílio de referenciação providenciado pela assistente social e a psicóloga clínica do local. As profissionais encarregaram-se de assinalar os indivíduos que, mediante os objetivos visados pelo estudo e a população com a qual se pretendia trabalhar, estariam física e psicologicamente capazes de responder à aplicação dos instrumentos, de usufruir da intervenção e em condições para participar. Depois de realizada esta redução da população, e de modo a atender aos critérios de inclusão escolhidos, foram selecionados 14 indivíduos que se demonstravam aptos para ingressar no estudo. Porém, devido à observância de alguns critérios de exclusão, foram retirados seis sujeitos, passando assim a uma amostra final de oito participantes.

Na segunda fase, procedeu-se individualmente à abordagem dos idosos, a fim de comunicar-lhes o futuro projeto e as sessões de terapia que teriam lugar na instituição. Procurou-se explicar de modo simples e compreensível a todos eles o que era basicamente a Terapia de Reminiscência, como e onde seriam as sessões, a sua frequência e as possíveis temáticas que seriam abordadas. Uma vez efetuado o esclarecimento, tendo-se respondido a eventuais perguntas e obtida a aceitação por parte dos mesmos, prosseguiu-se logo à fase da recolha de dados.

O processo de administração dos testes dividiu-se em dois períodos – pré e pós-intervenção. Em ambos, recorreu-se à entrevista individual. Por não haver um local fixo próprio para desenvolver as avaliações, optou-se por ambientes que salvaguardassem a privacidade do idoso e que pudessem proporcionar boas condições para a aplicação dos instrumentos. Raras vezes o idoso respondia por ele mesmo na folha de teste; geralmente era o próprio investigador a fazer as perguntas dos questionários e a apontar as informações fornecidas, devido a questões como analfabetismo, lentificação e

problemas de visão que poderiam dificultar a compreensão e o correto preenchimento das escalas. Sendo assim, todas as perguntas eram, caso necessário, reformuladas e bem explicadas, de modo a conseguir-se uma maior veracidade e fidedignidade nas respostas.

A fase de testes pré-intervenção compreendeu um período de seis semanas. Após este período, deu-se início ao programa terapêutico. A amostra foi dividida em dois grupos, submetidos às mesmas condições experimentais, tendo essa repartição sido feita de modo a assegurar o bom andamento do programa, visto que havia o conhecimento de desentendimentos e dissensões entre certos participantes. Na primeira sessão de reminiscência, para ambos os grupos, foi-lhes explicado novamente no que consistiria a terapia e as atividades que seriam desempenhadas, sendo-lhes assegurado o livre desejo e vontade quanto à participação, através da assinatura de um documento de consentimento informado. As sessões seguintes aconteceram semanalmente, todas elas se iniciavam com uma conversa informal, dando-se por vezes margem para descontração e bom-humor e, seguidamente, prosseguia-se com a partilha conjunta de memórias positivas, mediante a dinamização do investigador. Todas as seis intervenções aconteceram no ginásio da instituição, com uma duração que variava entre 40 a 60 minutos, sem haver um dia fixo (tal seria difícil de ser estabelecido devido a fatores externos, tais como problemas de saúde, visitas familiares aos participantes, entre outros).

Cada um dos encontros terapêuticos baseou-se num tema ou atividade-base. Teve-se o cuidado de escolher assuntos e perguntas que iriam suscitar um bom diálogo intragrupo e o recordar de lembranças positivas. Para tal, a primeira sessão apresentou o tema “infância” (Apêndice IV); a segunda sessão discorreu sobre a temática “música e dança” (Apêndice V); a terceira sessão trouxe-lhes o assunto “transporte e comunicação” (Apêndice VI); a quarta sessão baseou-se numa dinâmica de sorteio de perguntas variadas referentes a diversos tópicos; a quinta sessão abordou o tema “mulheres” (Apêndice VII) e a sexta e última sessão encerrou o programa com a temática “profissões” (Apêndice VIII), obtendo-se aqui também um *feedback* dos participantes relativamente às intervenções realizadas.

Concluído este período, procedeu-se à avaliação pós-intervenção, com o propósito de obter valores que permitissem averiguar a eficácia do programa em causa.

Neste sentido, foram levados a cabo os mesmos métodos de aplicação de instrumentos característicos do primeiro momento, durante um último espaço de tempo de duas semanas.

1.5. Análise estatística

O estudo estatístico foi realizado por meio do *software* SPSS 21.0 (*Statistical Package for the Social Science*). De modo a estabelecer uma caracterização sociodemográfica da amostra, foram efetuadas estatísticas descritivas através do cálculo da média, desvio-padrão, moda e frequências. A verificação dos efeitos da intervenção no que toca às variáveis em estudo, representadas pelas escalas e questionários anteriormente apresentados, foi de igual modo conduzida pelo cálculo das médias e desvios-padrão, e ainda de pontuações mínimas e máximas alcançadas nos dois diferentes períodos de avaliação. Devido ao facto de a amostra incluir poucos elementos ($N = 8$) e de não se possuir a distribuição normal para alguma das variáveis de estudo, optou-se por utilizar uma análise geral não paramétrica, aplicando-se o Rô de Spearman (r_s), com um nível de significância de $\rho \leq 0.05$, para o cálculo da correlação entre as medidas da investigação nos momentos pré e pós-intervenção. A comparação entre as medidas repetidas nos grupos experimentais foi efetuada por meio do Teste de Postos Sinalizados de Wilcoxon (Z), também com um nível de significância de $\rho \leq 0.05$. Este teste de hipóteses foi aplicado para todas as variáveis dependentes, com a intenção de constatar quaisquer efeitos da terapia, mas também na análise da medida contínua do efeito do programa, representada pelos valores adquiridos por meio da DASS-21. Adicionalmente, empregou-se o teste de Friedman, igualmente com nível de significância de $\rho \leq 0.05$, especificamente para detetar diferenças entre as seis administrações desta última escala efetuadas aos participantes.

PARTE III
RESULTADOS

1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

1.1. Médias e desvios-padrões das escalas nos dois momentos de avaliação

A Tabela 3 apresenta a análise estatística descritiva das pontuações alcançadas pelos participantes nos testes MMSE, GDS-15, RSS, LSI-A, ULS e DASS-21 (dividido este pelas suas subescalas – depressão, ansiedade e *stress*).

Tabela 3 — Estatística descritiva das variáveis.

<i>Resultados</i>	Pré-intervenção			Pós-intervenção		
	<i>M ± DP</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M ± DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
MMSE	25.50 ± 3.50	19	29	26.00 ± 3.70	18	29
GDS-15	6.00 ± 2.26	3	10	6.38 ± 3.11	2	12
RSS	26.13 ± 5.91	17	34	30.25 ± 4.55	25	37
LSI-A	16.75 ± 5.62	8	24	18.63 ± 2.77	15	22
ULS	38.13 ± 11.33	24	54	32.25 ± 11.82	18	49
DASS-21_D*	7.00 ± 7.55	0	20	2.88 ± 2.74	0	8
DASS-21_A*	2.88 ± 3.98	0	10	2.00 ± 1.51	0	4
DASS-21_S*	3.25 ± 2.55	0	6	2.50 ± 3.07	0	9

Nota. *M* = média; *DP* = desvios-padrão; *Min.* = pontuação mínima; *Máx.* = pontuação máxima *DASS-21_D* = subescala “depressão”; *DASS-21_A* = subescala “ansiedade”; *DASS-21_S* = subescala “*stress*”.

*Os valores aqui expressos para as subescalas da DASS-21 referem-se à pontuação bruta.

Em relação aos dados expostos acima, importa ressaltar a pontuações mínimas encontradas para o teste MMSE nos períodos pré e pós-intervenção (19 e 18, respectivamente). Estes resultados alcançados provêm de uma utente analfabeta, cujo valor total da escala em ambos os momentos não evidencia a presença de um défice cognitivo, uma vez que se encontra acima do ponto de corte para o grau de escolaridade (≤ 15).

Quanto à GDS-15, também é pertinente um esclarecimento acerca de pontuações obtidas pelos sujeitos que indicavam a presença de depressão e depressão severa. No momento anterior ao programa, seis indivíduos apresentaram desempenhos que assinalavam para a presença de sintomatologia depressiva (≥ 5). Após a intervenção, a nova avaliação apontou para a existência de depressão em quatro indivíduos, e depressão severa em um participante (≥ 11).

Por fim, no que diz respeito à avaliação contínua efetuada por intermédio do teste DASS-21, a padronização dos valores brutos adquiridos antes da intervenção revelou que alguns utentes pontuaram significativamente na subescala “depressão” – dois deles com sintomatologia depressiva extremamente severa e um com sintomas moderados; e “ansiedade” – um deles com sintomas extremamente severos e outro com sinais severos, tendo por referência os pontos de corte propostos para o instrumento. O mesmo procedimento realizado depois da intervenção evidenciou níveis expressivos em apenas um utente, o qual apresentou sintomas moderados para a subescala “depressão”.

1.2. Resultado do impacto da intervenção nas diferentes variáveis

O teste não paramétrico de Wilcoxon foi aplicado para detectar diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações nos diversos testes nos dois momentos de avaliação, de modo a esclarecer um eventual efeito da terapia nas variáveis de estudo.

Ainda que, à parte a GDS-15, todas as outras medidas tenham sofrido alguma influência do programa de reminiscência, esta diferença só é significativa em algumas delas. De acordo com a Tabela 4, a autoestima (RSS; $Z = -2.388$, $\rho = .017$) e a solidão (ULS; $Z = -2.254$, $\rho = .024$) detiveram alterações significativas decorrentes da intervenção. A primeira apresentou valores no período pós-teste superiores (posto médio = 4) aos do período pré-teste (posto médio = 0), e para a segunda os valores antes do programa demonstraram-se mais elevados (posto médio = 4.86) que os obtidos após o mesmo (posto médio = 2). Para além destas, observou-se também uma diferença significativa na subescala “depressão”, da DASS-21 ($Z = -2.120$; $\rho = .034$), a qual apresenta valores no período pós-intervenção (posto médio = 1.50) inferiores aos do período pré-intervenção (posto médio = 4.42).

Já para os outros domínios, o grau de significância não foi alcançado pelas médias das dimensões “cognição” (MMSE; $Z = -.846$, $\rho = .398$), “depressão” (GDS-15; $Z = -.744$, $\rho = .457$), “satisfação com a vida” (LSI-A; $Z = -.511$, $\rho = .610$), e nas duas restantes subescalas do teste DASS-21 – “ansiedade” ($Z = -.405$; $\rho = .686$) e “*stress*” ($Z = -.412$; $\rho = .680$).

Tabela 4 – Efeito da intervenção nas variáveis de estudo

<i>Resultados</i>	Teste de Wilcoxon	
	Z	ρ
MMSE	-.846	.398
GDS-15	-.744	.457
RSS	-2.388	.017*
LSI-A	-.511	.610
ULS	-2.254	.024*
DASS-21_D	-2.120	.034*
DASS-21_A	-.405	.686
DASS-21_S	-.412	.680

Nota. Z = Teste de Postos Sinalizados de Wilcoxon; ρ = teste de significância; * $\rho \leq 0.05$.

1.3. Correlações entre as medidas nos dois momentos de avaliação

Com o objetivo de enriquecer o conhecimento acerca dos efeitos relacionados entre a intervenção e as variáveis de estudo, foi aplicado o teste não paramétrico Rô de Spearman (r_s), o qual fornece informação sobre a intensidade e a relação entre duas variáveis.

A Tabela 5 sumariza as correlações entre as escalas no período pré-intervenção. Nota-se a existência de uma correlação forte positiva entre as medidas RSS e LSI-A ($r_s = .806$; $\rho = .016$), indicando assim uma maior autoestima correspondendo à uma maior satisfação com a vida. Também foi encontrada uma correlação significativa positiva entre a subescala “*stress*” (DASS-21) e a GDS-15 ($r_s = .768$; $\rho = .026$), sendo que maiores níveis de sintomas depressivos estavam associados à um maior *stress*; entre as subescalas “depressão” e “ansiedade”, do teste DASS-21 ($r_s = .777$; $\rho = .023$); e uma correlação negativa entre o teste MMSE e as três subescalas do teste DASS-21 – “depressão” ($r_s = -.726$; $\rho = .042$), “ansiedade” ($r_s = -.879$; $\rho = .004$) e “*stress*” ($r_s = -.810$; $\rho = .015$), com melhores índices de funcionamento cognitivo relacionando-se a menores níveis destas medidas.

Tabela 5 – Correlações de Spearman entre as escalas no período pré-intervenção

	MMSE	GDS-15	RSS	LSI-A	ULS	DASS_D	DASS_A	DASS_S
MMSE	-							
GDS-15	.086	-						
RSS	.179	.188	-					
LSI-A	.612	.287	.016*	-				
ULS	.955	.435	.778	.754	-			
DASS_D	.042*	.061	.135	.633	.955	-		
DASS_A	.004**	.203	.153	.809	.696	.023*	-	
DASS_S	.015*	.026*	.087	.296	.604	.073	.147	-

Nota. * $\rho \leq 0.05$; ** $\rho \leq 0.01$.

Já para o momento pós-intervenção, pode-se observar na Tabela 6 algumas alterações no que respeita ao padrão das correlações. A escala RSS passa a correlacionar-se significativa e negativamente às medidas de sintomatologia depressiva – GDS-15 ($r_s = -.921$; $\rho = .001$) e subescala “depressão”, do teste DASS-21 ($r_s = -.745$; $\rho = .034$), com maiores índices de autoestima relacionando-se à menores níveis de depressão. Há ainda uma correlação significativa positiva entre a subescala “*stress*” (DASS-21) e as medidas para depressão – GDS-15 ($r_s = .810$; $\rho = .015$) e subescala “depressão”, do teste DASS-21 ($r_s = .890$; $\rho = .003$); e negativa entre a subescala “*stress*” e o teste RSS ($r_s = -.914$; $\rho = .001$), sendo que, para uma maior autoestima, menores níveis de *stress*.

Tabela 6 – Correlações de Spearman entre as escalas no período pós-intervenção

	MMSE	GDS-15	RSS	LSI-A	ULS	DASS_D	DASS_A	DASS_S
MMSE	-							
GDS-15	.247	-						
RSS	.069	.001**	-					
LSI-A	.652	.396	.479	-				
ULS	.201	.268	.379	.842	-			
DASS_D	.173	.082	.034*	.560	.933	-		
DASS_A	.965	.266	.637	.490	.885	.466	-	
DASS_S	.129	.015*	.001**	.628	.731	.003**	.745	-

Nota. * $\rho \leq 0.05$; ** $\rho \leq 0.01$.

1.4. Avaliação contínua da intervenção

A escala DASS-21 foi aplicada semanalmente de modo a avaliar se o impacto da terapia de reminiscência em medidas de depressão, ansiedade e *stress* seria variável ao longo da intervenção. Através da análise pelo Teste de Friedman para as três subescalas, verificou-se que os relatos na DASS-21 não são significativamente diferentes no decurso das semanas de intervenção, tanto para a subescala “depressão” ($\chi^{2(6)} = 5.425$; $\rho = .491$), como para “ansiedade” ($\chi^{2(6)} = 4.121$; $\rho = .660$) e “*stress*” ($\chi^{2(6)} = 10.410$; $\rho = .108$). Os demais detalhes estão expressos na Tabela 7.

Tabela 7 - Medida contínua DASS-21

<i>Resultados</i>	Depressão		Ansiedade		Stress	
	<i>Posto Médio</i>	<i>Estatística de Teste</i>	<i>Posto Médio</i>	<i>Estatística de Teste</i>	<i>Posto Médio</i>	<i>Estatística de Teste</i>
DASS_PRE	4.75	$\chi^{2(6)} = 5.425$ $\rho = .491$	4.19	$\chi^{2(6)} = 4.121$ $\rho = .660$	4.69	$\chi^{2(6)} = 10.410$ $\rho = .108$
DASS_1	4.88		4.06		3.44	
DASS_2	3.50		3.31		3.94	
DASS_3	4.13		3.31		2.31	
DASS_4	4.00		4.31		4.81	
DASS_5	3.88		4.19		4.81	
DASS_PÓS	2.88		4.63		4.00	

Nota. χ^2 = qui-quadrado.

PARTE IV

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Uma reflexão mais aprofundada acerca da temática do envelhecimento demográfico, da frequente e subjacente alocação de idosos em estabelecimentos de cuidados continuados, e em especial das consequências negativas que advêm deste processo de institucionalização, sensibiliza para a necessidade de estratégias no desenvolvimento e manutenção de condições adaptativas à vivência destes utentes, principalmente no que respeita à sua qualidade de vida. Este último conceito, embora careça de uma definição consensual devido ao seu carácter amplo e multidimensional (Barcaccia *et al.*, 2013), pode ser compreendido como “um bem-estar geral que inclui descritores de avaliação objetiva e subjetiva de bem-estar físico, material, social e emocional, juntamente com a extensão de desenvolvimento pessoal e atividade intencional, ponderados por um conjunto de valores pessoais” (Felce & Perry, 1995), e representa uma meta fundamental para as intervenções junto à essa população, estando relacionado a diversas dimensões comumente abordadas em programas terapêuticos.

O presente estudo, almejando ser um contributo para a investigação sobre a influência da Terapia de Reminiscência em idosos residentes em instituições, teve como objetivo geral verificar o impacto de um programa de intervenção grupal por reminiscência simples em medidas relevantes para a qualidade de vida dos mesmos. Para tanto, elegeu-se como variáveis a cognição, depressão, autoestima, satisfação com a vida e solidão.

A escolha destes domínios, além da relevância para o estudo junto a população institucionalizada, considerou também a sua relação com o constructo “qualidade de vida”, mediante a evidência apresentada pela literatura. Assim, a capacidade cognitiva, conforme alguns autores (Ribeiro & Yassuda, 2007; *cit in* Beckert *et al.*, 2012), é tida como um dos determinantes da qualidade de vida na velhice, sendo esta ligação observada em demais investigações (e.g., Saraçlı *et al.*, 2015). A depressão, segundo a revisão da literatura realizada por Sivertsen *et al.* (2015), possui uma forte e negativa correlação com a qualidade de vida na terceira idade. Quanto à autoestima, diversos autores discorrem sobre o seu vínculo com o conceito em questão (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2000; Tavares *et al.*, 2016), chegando a referi-la como “a espinha dorsal da qualidade de vida para os idosos” (Schwartz, 1975). Já a satisfação com a vida, embora não consista num sinónimo de qualidade de vida, encontra-se intimamente

relacionada ao termo, no sentido em que é compreendida por autores como sendo parte integrante deste domínio na vida de um indivíduo (e.g., Joia & Ruiz, 2013). E, por fim, a solidão é encontrada como tendo forte e negativa correlação à qualidade de vida (e.g., Castro & Amorim, 2016), o que vai de encontro ao pressuposto de que as relações sociais são fundamentais para o bem-estar do ser humano.

Com recurso às medidas escolhidas, e de modo a operacionalizar o propósito máximo desta investigação, foram estabelecidos como objetivos específicos os seguintes: averiguar se o efeito positivo da terapia de reminiscência simples estaria mais diferenciado em variáveis relacionadas ao bem-estar (satisfação com a vida, autoestima e solidão) do que em variáveis clínicas, tais como a sintomatologia depressiva; analisar se o programa terapêutico, apesar de não incluir qualquer treino cognitivo, manifestaria alguma melhoria no desempenho cognitivo dos participantes; e examinar se a intervenção, uma vez efetuada através de grupos, promoveria alguma melhoria nos índices de solidão dos indivíduos. Posto isto, e em análise aos resultados apresentados, torna-se pertinente a discussão de alguns dos aspectos encontrados.

Dentre os objetivos prescritos, o primeiro deles tinha como base o que é constatado em Webster *et al.* (2010) e Westerhof *et al.* (2010) quanto aos efeitos mais acentuados da reminiscência simples na socialização e bem-estar à curto prazo, em comparação às restantes modalidades da Terapia de Reminiscência que apresentam maior eficácia no alívio da sintomatologia depressiva (em especial a terapia de revisão de vida). Portanto, à partida esperava-se que esta intervenção exercesse maior influência em variáveis como autoestima, satisfação com a vida e solidão, em detrimento da variável depressão.

No que diz respeito à esta última dimensão, os resultados apontam para valores aparentemente contraditórios. Enquanto para a GDS-15 não foram encontrados quaisquer efeitos da intervenção na redução dos sintomas depressivos dos participantes ($Z = -.744$; $\rho = .457$), a subescala “depressão”, do teste DASS-21, apresenta valores estatisticamente significativos ($Z = -2.120$; $\rho = .034$). Porém, isto pode dever-se à existência de *outliers* na primeira aplicação desta subescala (DASS-21), onde dois sujeitos alcançaram pontuações consideravelmente elevadas, influenciando assim a análise estatística. Por conseguinte, atenta-se à apreciação dos valores do teste GDS-15 para a reflexão do domínio “depressão” nesta investigação, o qual, para além de não

mostrar influências da terapia, ainda evidenciou um aumento na média das aplicações deste instrumento no período pós-teste ($M = 6.38$) em relação ao pré-teste ($M = 6.00$). Estes resultados, embora estando de acordo com Webster *et al.* (2010) e Westerhof *et al.* (2010), não vão de encontro a outros estudos prévios realizados por meio de reminiscência simples na população institucionalizada, como Chiang *et al.* (2010), Meléndez-Moral *et al.* (2013) e Siverová e Bužgová (2014). No presente estudo, a falta de eficácia da intervenção nesta medida poderá dever-se ao modo como foram estruturadas as sessões, nas quais se procurou basicamente a abordagem a tópicos de conversa específicos que promovessem a socialização e o recordar comum de lembranças positivas, sem atentar-se a aspectos mais profundos dos sentimentos dos participantes (o que difere, por exemplo, do estudo desencadeado por Chiang *et al.*, 2010).

Ainda em relação ao primeiro objetivo proposto, dentre as três variáveis mais relacionadas ao bem-estar, somente a autoestima ($Z = -2.388$; $p = .017$) e a solidão ($Z = -2.254$; $p = .024$) apresentaram um efeito significativo decorrente da intervenção. No que diz respeito à solidão, os resultados serão abordados de modo mais aprofundado à frente. Já para a autoestima, os resultados sugerem que a intervenção terapêutica grupal por reminiscência simples pode promover uma maior autoestima em idosos institucionalizados, como evidenciado pelo acréscimo nas médias da RSS no pós ($M = 30.25$) em relação ao pré-teste ($M = 26.13$). Este achado é congruente com outras investigações (Chao *et al.*, 2006; Meléndez-Moral *et al.*, 2013), e reforça a importância que a reminiscência simples poderá ter na melhoria desta dimensão que se encontra tão prejudicada na população institucionalizada (Santos *et al.*, 2014). Também há que referir a correlação forte e negativamente significativa existente no período pós-intervenção entre a autoestima e as medidas para depressão – GDS-15 ($r_s = -.921$; $p = .001$) e subescala “depressão”, do teste DASS-21 ($r_s = -.745$; $p = .034$), relação esta que é suportada por Nelson (1989) e constitui um valor imprescindível para as próximas investigações neste âmbito. Ainda que não tenha havido um efeito direto da terapia em medidas de sintomatologia depressiva, crê-se que houve uma influência indireta da intervenção neste domínio, indicando que, quanto maior os níveis de autoestima, menores os sintomas depressivos nos idosos institucionalizados, sendo assim de esperar um aumento da percepção de qualidade de vida.

No que toca à satisfação com a vida, embora as médias da escala LSI-A tenham aumentado no momento pós-intervenção, os efeitos não foram significativos ($Z = -.511$; $\rho = .610$). Este resultado é consistente com os divulgados por Chao *et al.* (2006) e Jonsdottir *et al.* (2001), mas não com os relatados por autores como Cook (1998) e Meléndez-Moral *et al.* (2013). Esta disparidade pode ser atribuída aos procedimentos e conteúdos diferentemente aplicados nos vários estudos (Lin *et al.*, 2003), tais como outros instrumentos de avaliação (como no caso de Meléndez-Moral *et al.*, 2013), bem como ao tamanho das amostras (Chao *et al.*, 2006). Para além disto, a satisfação com a vida, a qual refere-se à “avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, refletindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, relacionando-se mais a um processo cognitivo do que afetivo” (Paúl, 1992; *cit in* Fonseca, 2004), remete a um conceito estável no tempo (conforme evidenciado por itens característicos do teste LSI-A, tais como “quando penso na minha vida passada, vejo que não alcancei a maior parte das coisas importantes que eu queria”), provavelmente não passível de considerável influência a partir de uma intervenção tão breve como a do presente estudo. Ademais, isto é justamente o que difere a presente investigação do estudo efetuado por Cook (1998), o qual encontrou efeitos significativos da intervenção nesta medida após um período de 16 sessões semanais, e pode ser uma provável explicação para os resultados obtidos.

O segundo objetivo prendia-se à análise de uma possível melhoria no desempenho cognitivo dos participantes do programa, ainda que este não incluisse qualquer treino cognitivo. Os resultados descritos neste estudo não apoiam tal intento; embora se tenha observado um relativo aumento na média da amostra para o instrumento MMSE no momento pós-intervenção ($M = 26.00$) em comparação ao pré-intervenção ($M = 25.50$), esta diferença não se demonstrou significativa ($Z = -.846$; $\rho = .398$). Isto é congruente com os resultados obtidos por Meléndez-Moral *et al.* (2013) e pela meta-análise de Pinquart e Forstmeier (2012), embora não esteja de acordo com outros estudos de reminiscência com a população institucionalizada, tais como Siverová e Bužgová (2014) e Lopes *et al.* (2016a). Essa discrepância pode achar uma possível explicação no que comentam Pinquart e Forstmeier (2012), sobre a evidência existente de que a reminiscência poderá melhorar levemente o desempenho cognitivo de indivíduos com défices consideráveis neste domínio, embora ainda não haja certeza acerca desse efeito em indivíduos sem diagnóstico de demência. Os estudos de Siverová

e Bužgová (2014) e Lopes *et al.* (2016a) possuíam amostras constituídas na sua totalidade por indivíduos com défice cognitivo acentuado (inclusive alguns em estágio de demência), enquanto que o presente estudo considerou apenas indivíduos sem alterações cognitivas significativas, conforme as pontuações no teste MMSE e atendendo aos critérios de exclusão estabelecidos. No entanto, grande parte dos participantes dessa investigação provavelmente não estava em condições cognitivas ótimas, e teoricamente haveria sempre margem para uma melhoria nos valores alcançados pelo MMSE. Logo, ressalva-se a hipótese de que a ausência de efeito da intervenção poderá dever-se mais propriamente à falta de tarefas e estimulações cognitivas contempladas por esta terapia, a qual se concentra na estimulação social e das interações pessoais.

No que tange ao terceiro objectivo colocado, pretendeu-se examinar se a terapia, efetuada através de grupos, promoveria alguma melhoria nos índices de solidão dos indivíduos. A opção pela intervenção grupal teve por base a maior facilidade de administração do programa e a rentabilidade, sendo também o modelo mais adotado na intervenção por reminiscência simples em idosos (Cook, 1991), uma vez que promove uma maior interação, capacidade de comunicação e socialização (Burnside & Haight, 1994). Mediante a relevância da solidão para a temática dos idosos institucionalizados (Fessman & Lester, 2000), bem como a existência de apenas um estudo (Chiang *et al.*, 2010) com reminiscência grupal na população institucionalizada que relata efeitos significativos neste domínio, o qual foi levado a cabo em uma amostra composta apenas por utentes masculinos, reafirmou-se a importância deste objetivo e da presente investigação, a qual abrangiu ambos os sexos. De acordo com o já exposto acima, a solidão foi uma das dimensões que manifestou um efeito significativo resultante da intervenção, sendo a média dos valores da escala ULS consideravelmente menores no pós-teste ($M = 32.25$) do que no pré-teste ($M = 38.13$), estando este achado de acordo com o estudo levado a cabo por Chiang *et al.* (2010) em idosos institucionalizados. É útil observar ainda a ausência de correlações entre a solidão e as restantes medidas em estudo, tanto na condição pré-intervenção como pós-intervenção, o que sugere a independência do efeito. No entanto, mesmo sem qualquer associação encontrada no estudo, é sabido que a solidão é um factor de risco especialmente para a depressão (Alpass & Neville, 2003), especialmente na população institucionalizada (Choi *et al.*, 2008; Ribeiro *et al.*, 2014). Assim, tal como pelo seu efeito sobre a autoestima, a

intervenção por reminiscência simples pode constituir um impacto na redução da incidência de sintomatologia depressiva, por meio de uma melhoria na solidão.

Ainda que não seja um instrumento-base para nenhum dos objetivos em estudo, a escala DASS-21 foi incluída nesta investigação como uma medida contínua sobre o efeito do programa de reminiscência nos seus participantes, uma vez que aborda questões importantes para a qualidade de vida – para além da depressão, também a ansiedade e o *stress*. Procurou-se explorar e compreender em que sentido as sessões poderiam exercer uma influência positiva direta nos idosos, sendo isto possível através de uma escala sensível a acontecimentos diários e pequenas ocorrências, o que a difere dos demais instrumentos utilizados. A análise entre a avaliação pré e pós-intervenção revela efeitos significativos decorrentes da intervenção apenas na subescala “depressão”, como citado acima, ao passo que o mesmo não se observa nas subescalas “ansiedade” ($Z = -.405$; $\rho = .686$) e “*stress*” ($Z = -.412$; $\rho = .680$). Quanto à avaliação recorrente efetuada ao longo das seis semanas, os resultados mostram que não houve diferenças significativas entre os relatos da DASS-21, mostrando esta uma continuidade dos sintomas no decorrer do programa. Sublinha-se a existência de alguns fatores negativos pontuais que deram parte durante o programa de reminiscência, com destaque ao agravamento do estado de saúde com fortes repercussões emocionais em pelo menos três indivíduos. No entanto, como não se observou diferenças significativas entre as seis aplicações deste instrumento, pode-se assumir que essas flutuações não foram significativas para interferir nestas medidas da intervenção. A opção pela inserção de uma escala que fornecesse informação relacionada aos efeitos diretos da terapia revelou-se como proveitosa e um ponto forte deste estudo, pois não há muitos relatos na literatura consultada acerca de uma metodologia semelhante. Ainda que não se tenha observado valores significativos decorrentes desta avaliação por intermédio do teste DASS-21, a exploração da forma e intensidade com que a modalidade de reminiscência simples exerce sua influência na vida diária de idosos residentes em instituições prossegue como um procedimento útil para futuras intervenções neste âmbito, com o propósito de aperfeiçoar cada vez mais a prática terapêutica.

Em termos práticos, relativamente às sessões preparadas e desempenhadas com os utentes do lar, todas elas caracterizaram-se pela natureza não estruturada da terapia por reminiscência simples, não havendo um protocolo rígido antes estipulado. Teve-se o cuidado de providenciar a todos os sujeitos a mesma quantidade de tempo e

oportunidade de discurso, a fim de que pudessem integrar-se num plano de igualdade. A seleção e aplicação dos temas mostraram-se propícias, ao suscitarem diálogos alegres e descomprometidos entre os idosos. O facto de os tópicos terem fomentado o surgimento de semelhanças entre as histórias e experiências dos participantes (e.g., os mesmos transportes que eram utilizados por eles antigamente, ou uma atriz e cantora de conhecimento comum) constituiu outra vantagem desta investigação. Todavia, é de interesse realçar a carência de uma medida para avaliar o grau em que cada utente participou e a profundidade do conteúdo autobiográfico que dissecou; não se pôde mensurar a quantidade ou a qualidade de participação, o que condiciona a interpretação dos resultados alcançados.

A realização da presente tese apresenta, para além da anterior, importantes limitações. Em primeiro lugar, destacam-se aquelas de cariz metodológico, como o pequeno tamanho da amostra ($N = 8$); a ausência de grupo de controlo; e o método de amostragem não probabilística, feito mediante julgamento a partir de uma única instituição. Estas restrições já têm sido apontadas na literatura como importantes lacunas no estudo dos efeitos da reminiscência na população idosa em diversos contextos (Cotelli *et al.*, 2012; Woods *et al.*, 2005; Lin *et al.*, 2003). Outro importante constrangimento a levar em consideração é o facto de ter sido o próprio investigador a conduzir as sessões terapêuticas dos grupos experimentais, o que, segundo Bohlmeijer *et al.* (2003), pode muitas vezes consistir num viés. Tal como Subramaniam *et al.* (2014), não é possível indicar se resultados similares seriam obtidos por outros terapeutas. Um aspeto também limitador, frequentemente relatado em estudos de revisão e de igual modo encontrado nesta investigação, é a falta de avaliação longitudinal do impacto da terapia de reminiscência nos participantes (Cotelli *et al.*, 2012; Pinguart & Forstmeier, 2012). Uma vez que, conforme visto anteriormente, a reminiscência simples é tida como uma intervenção cujos efeitos manifestam-se mais a curto prazo (Webster *et al.*, 2010; Westerhof & Bohlmeijer, 2014), uma reavaliação posterior poderá providenciar nova informação que clarifique a durabilidade dos efeitos a longo termo da terapia em questão.

No que se refere às dificuldades encontradas no proceder do estudo, destacam-se os problemas relativos ao preparo do programa terapêutico, em especial quanto à aplicação dos testes na fase pré-intervenção. Uma extensão considerável de tempo foi despendida neste período, o que teve como causa fatores de origem diversa que

impossibilitaram uma avaliação fluida (tais como problemas de saúde dos indivíduos, consultas externas, visitas, falta de disponibilidade, entre outros). Importa de igual modo referir a existência de indícios de sintomatologia depressiva leve a moderada em grande parte da amostra na condição pré-teste, de acordo com valores expressos no teste GDS-15. Sendo algo comum à terceira idade, especialmente em idosos presentes em instituições (Parmelee *et al.*, 1989), a depressão revela-se um percalço na avaliação de um programa terapêutico, uma vez que este estado de humor pode condicionar a reação do indivíduo à uma dada intervenção, como nesse caso a Terapia de Reminiscência. A presença de sujeitos na amostra com níveis de sintomas depressivos extremados poderá ter afetado de certo modo a interpretação dos resultados.

Como sugestões e linhas futuras para investigação, enfatiza-se, como é evidente, o recurso a amostras provenientes de diferentes instituições, certamente aliando-se a um maior número de participantes e grupo de controlo para comparação de resultados, com o propósito de promover uma maior inferência e possibilidade de generalização dos resultados obtidos à restante população. Recomenda-se também a presença de diversos dinamizadores, todos seguindo um mesmo protocolo de intervenção, a fim de reduzir a incidência de influências externas que possam prejudicar a interpretação dos da intervenção.

A escolha por outros instrumentos para a avaliação dos constructos é aconselhada, particularmente no que respeita ao domínio da autoestima. Dado que o teste RSS foi aqui utilizado, tal como em outros estudos que também relataram efeitos significativos nesta variável (Chao *et al.*, 2006; Meléndez-Moral *et al.*, 2013), torna-se pertinente o recurso à outras medidas de autoestima, com o intuito de esclarecer de modo mais profundo o carácter da sua relação com a intervenção por reminiscência simples. Neste plano também se recomenda o eventual uso de outros instrumentos (para além da DASS-21) para uma melhor avaliação da ocorrência de situações no decurso da terapia que possam interferir no aproveitamento da intervenção por parte dos seus integrantes. O recurso à gravação e análise de conteúdo, embora consideravelmente dispendioso, pode ser de igual modo uma mais-valia no controlo da participação de cada indivíduo e da variação de interesse para cada tema das sessões desenvolvidas.

Uma linha de investigação a aprofundar é a promoção da terapia por reminiscência simples em idosos que estão prestes a ingressar permanentemente numa

instituição de cuidados continuados, estando ainda em fase prévia à internação total. Aparenta haver poucos relatos na literatura para tal população, e importa conhecer os efeitos desempenhados por essa intervenção também a nível destes indivíduos. Segundo Bohlmeijer *et al.* (2003), a Terapia de Reminiscência parece ser mais efetiva contra a sintomatologia depressiva em idosos não institucionalizados, pelo que importa conhecer de que modo esta intervenção pode constituir um apoio contra o despoletar ou o agravar de sintomas depressivos nas pessoas que ainda não imergiram nesta condição.

Em suma, sendo a institucionalização um processo que pode acarretar problemas ao bem-estar dos idosos, interessa o recurso a alternativas e estratégias que lhes permitam uma melhor vivência desta última etapa do ciclo vital. A Terapia da Reminiscência, em especial a sua modalidade não estruturada, tem demonstrado a sua eficácia em domínios importantes para a qualidade de vida desses sujeitos, e o presente estudo vem dar o seu contributo na evidência dos efeitos desta terapia em variáveis como autoestima e solidão. Os resultados aqui alcançados sinalizam para a necessidade de maiores esforços na investigação do impacto da reminiscência simples em idosos institucionalizados. Esta, que permite reviver momentos agradáveis e trazê-los para o presente, pode ter os seus efeitos ainda mais potencializados, tornando-se cada vez mais uma ferramenta preciosa de intervenção nessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, D. L. (1969). Analysis of a Life Satisfaction Index. *Journal of Gerontology*, 24(4), 470-474. doi: 10.1093/geronj/24.4.470.
- Afonso, R. M. L. B. M. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Santa Maria da Feira: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Agostinho, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 31-36. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28760104>
- Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Portugal. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7218/3/Tese%20final%20II.pdf>
- Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the Geriatric Depression Scale: A study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-865. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:103.0.CO;2-8.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & Mental Health*, 7(3), 212-216. doi: 10.1080/1360786031000101193.
- Antonelli, E., Rubini, V., & Fassone, C. (2000). The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*, 20(2), 151-164. doi: 10.1006/jevp.1999.0159.
- Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale - 15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73. doi: 10.12707/RIV14033.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871. doi: 10.1590/S0104-11692006000600006.
- Araújo, M. O. P. H., & Ceolim, M. F. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 378-385. doi: 10.1590/S0080-62342007000300006.
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: A wild-goose chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203. doi: 10.5964/ejop.v9i1.484

- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Geriatric Depression Scale (GDS). In Mendonça, A., & Guerreiro, M. (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (3a ed., pp. 71-72). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
- Beckert, M., Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 155-62. doi: 10.1590/S0103-166X2012000200001
- Beins, B. C., & McCarthy, M. A. (2011). *Research, methods and statistics*. Boston: Pearson Education.
- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing & Society*, 18, 185-208. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Susan_Bluck/publication/231878991_Remimiscence_as_Autobiographical_Memory_A_Catalyst_for_Remimiscence_Theory_Development/links/5481f3ad0cf2e5f7ceab19fc.pdf
- Bohlmeijer, E. T. (2007). Reminiscence and depression in later life (unpublished doctoral dissertation). Free University of Amsterdam, Netherlands. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254762877_Remimiscence_and_Depressi_on_in_Later_Life
- Bohlmeijer, E. T., Roemer, M., Cuijpers, P., & Smit, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300. doi: 10.1080/13607860600963547.
- Bohlmeijer, E. T., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088-1094. doi: 10.1002/gps.1018.
- Bondevik, M., & Skogstad, A. (1996). Loneliness among the oldest old: A comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 181-197. doi: 10.2190/9C14-NHUX-XQPL-GA5J.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2011). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3a ed., cap. 117, pp. 1820-1835). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Burnside, I., & Haight, B. (1994). Reminiscence and life review: Therapeutic interventions for older people. *The Nurse Practitioner*, 19(4), 55-61. doi: 10.1097/00006205-199404000-00011.
- Butler, R. N. (1964). The life review: An interpretation of reminiscence in aged. In Kastenbaum, R. (Ed.), *New thoughts on old age* (cap. 20, pp. 265-280). doi: 10.1007/978-3-662-38534-0.

- Camara, V. D., Gomes, S. S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, A. S., ... & Fonseca, A. A. (2009). Reabilitação cognitiva das demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 25-39. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf>
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2002). Profiles of reminiscence among older adults: Perceived stress, life attitudes, and personality variables. *The International Journal of Aging and Human Development*, 54(4), 255-266. doi: 10.2190/ykyb-k1dj-d1vl-6m7w.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *The Journals of Gerontology*, 61B(4), 237-244. doi: 10.1093/geronb/61.4.p237.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 39-44. doi: 10.19131/rpesm.0115.
- Chae, Y., Goodman, G. S., & Edelstein, R. S. (2011). Autobiographical memory development from an attachment perspective: The special role of negative events. *Advances in Child Development and Behaviour*, 40(2), 1-49. doi: 10.1016/B978-0-12-386491-8.00001-3.
- Chaimowicz, F., & Greco, D. B. (1999). Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 454-460. doi: 10.1590/S0034-89101999000500004.
- Chao, S. Y., Liu, H. Y., Wu, C. Y., Jin, S. F., Chu, T. L., Huang, T. S., & Clark, M. J. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research*, 14(1), 36-45. doi: 10.1097/01.jnr.0000387560.03823.c7.
- Chen, T. J., Li, H. J., & Li, J. (2012). The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of chinese elderly: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12(1), 189-194. doi: 10.1186/1471-244x-12-189.
- 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. doi: 10.1002/gps.2350.
- Chiang, K. J., Lu, R. B., Chu, H., Chang, Y. C., & Chou, K. R. (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(1), 7-10. doi: 10.1002/gps.1824.
- Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging and Mental Health*, 12(5), 536-547. doi: 10.1080/13607860802343001.

- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., ... & Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(12), 1596-1615. doi: 10.1053/apmr.2000.19240.
- Conceição, J. G. S. (2012). *Envelhecimento de idosos institucionalizados: Formação de auxiliares de ação direta na Associação Casapiana de Solidariedade* (dissertação de mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://recil.ulusofona.pt/handle/10437/3534>
- Cook, E. A. (1991). The effects of reminiscence on psychological measures of ego integrity in elderly nursing home residents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5(5), 292-298. doi: 10.1016/0883-9417(91)90027-3.
- Cook, E. A. (1998). Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care for Women International*, 19(2), 109-118. doi: 10.1080/073993398246449.
- 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.
- Dantas, L. C. V., Ferreira, L. A. K., Andrade, C. V. S., Silva, S. M. S., & Soares, E. (2013). Aspectos do Processo de Institucionalização na Saúde Mental do Idoso. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, 13(2). Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/view/3033/2483>
- Department of Economic and Social Affairs – Population Division. (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2_015_Report.pdf
- Elias, S. M. 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), 372-380. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.05.004.
- Esquivel, J. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P. O., & Paz, M. T. H. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. Disponível em: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. doi: 10.1016/0891-4222(94)00028-8
- Ferreira, J. P., & Meek, G. A. (2001). Portuguese wheelchair athletes self-perceptions in physical domain: Preliminary analysis. *Proceedings of the 13th International Symposium, 5th European Congress Adapted Physical Activity – ISAPA*. Vienna, Austria.
- Fessman, N., & Lester, D. (2000). Loneliness and depression among elderly nursing home patients. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 137-141. doi: 10.2190/5vy9-n1vt-vbfx-50rg.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
- Fonseca, A. M. G. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma": Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação* (tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Portugal. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9776>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Frank, M. H., & Rodrigues, N. L. (2011). Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3a ed., cap. 25, pp. 477-495). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Freitas, S., Alves, L., Simões, M. R., & Santana, I. (2013). Importância do rastreio cognitivo na população idosa. *Revista Eletrónica de Psicologia, Educação e Saúde*, 3(1), 4-24. Disponível em: http://www.udip.porto.ucp.pt/sites/default/files/files/FEP/docs/Temas_em_Psicologia_do_Envelhecimento_Vol_I.pdf
- Gaggioli, A., Scaratti, C., Morganti, L., Stramba-Badiale, M., Agostoni, M., Spatola, C. A. M., ... & Riva, G. (2014). Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized elderly adults: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 408-414. doi: 10.1186/1745-6215-15-408.
- García, A. M. A., & Maya, A. M. S. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. doi: 10.4321/S1134-928X2014000200002.
- García-Sánchez, C., Estévez-González, A., & Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(6), 374-378. Disponível em: http://www.infogerontologia.com/documents/estimulacion/estim.cognit.vejez_demenia.pdf
- Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: A practice guide* (4th ed.). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva: Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34(9), 870-876. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/106023384/Rehabilitacion-cognitiva-Aspectos-teoricos-y-metodologicos>
- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 26(1), 101-110. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a08.pdf>
- Gonçalves, D. C., & Martín, I. (2007). Intervenção na depressão geriátrica através da reminiscência. *Psicologia Argumento*, 25(51), 371-384. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=1925&dd99=view&dd98=pb>

- Gray-Little, B., Williams, V. S. L., & Hancock, T. D. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(5), 443-451. doi: 10.1177/0146167297235001.
- Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa do “Mini-Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Haight, B. K., & Burnside, I. (1993). Reminiscence and life review: Explaining the differences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(2), 91-98. doi: 10.1016/s08839417(09)90007-3.
- INE – Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa: Autor. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Joia, L. C., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a vida na percepção dos idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(4), 79-102. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20023>
- 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. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01824.x.
- Kwon, M., Cho, B., & Lee, J. (2013). Reminiscence therapy for dementia: Meta analysis. *Advanced Science and Technology Letters*, 40, 10-15. doi: 10.14257/astl.2013.40.03.
- Latha, K. S., Bhandary, P. V., Tejaswini, S., & Sahana, M. (2014). Reminiscence therapy: An overview. *Middle East Journal of Age and Ageing*, 11(1), 18-22. doi: 10.5742/MEAA.2014.92393.
- Lewis, C. N. (1971). Reminiscing and self-concept in old age. *Journal of Gerontology*, 26(2), 240-243. doi: 10.1093/geronj/26.2.240.
- Lin, Y. C., Dai, Y. T., & Hwang, S. L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297-306. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20407.x.
- Lopes, T. S., Afonso, R. M. L. B. M., Ribeiro, O. M., Quelhas, H. D. C., & Almeida, D. F. C. (2015). The effect of a reminiscence program in institutionalized older persons with dementia: A pilot study. *International Journal of Nursing*, 2(2), 59-71. doi: 10.15640/ijn.v2n2a8.
- Lopes, T. S., Afonso, R. M. L. B. M., & Ribeiro, O. M. (2016a). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 183-192. doi: 10.1016/j.archger.2016.05.007.

- Lopes, T. S., Afonso, R. M. L. B. M., Ribeiro, O. M., Quelhas, H. D. C., & Almeida, D. F. C. (2016b). Impacto de um programa de reminiscência com pessoas idosas: Estudo de caso. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 189-200. doi: 10.15309/16psd170207.
- Loureiro, A. P. L., Lima, A. A., Silva, R. C. G., & Najjar, E. C. A. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: Um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(2), 136-144. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v22i2p136-144.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: Características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719. doi: 10.1590/S0034-89102006000500023.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995a). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995b). *Manual for the Depression, Anxiety & Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). Aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento. In Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (Eds.), *Pessoas idosas – uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades* (cap. 6, pp. 87-98). Lisboa: Lusodidacta.
- Malveiro, J. A., & Jesus, S. N. (2015). A percepção da qualidade de vida: Um estudo comparativo de idosos institucionalizados. *Omnia*, 3, 67-86. Disponível em: <http://omnia.grei.pt/OM03/10.23882-OM03-2015-10-07.html>
- Martín, I. (2002). *Psicossociologia da doença de Machado-Joseph: Estudos sobre os doentes e seus cuidadores* (tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Portugal.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467. doi: 10.1017/s1138741600006727.
- Martins, R. M. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Millenium*, 34, 119-123. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>
- Matteson, M. A., & Munsat E. M. (1982). Group reminiscing therapy with elderly clients. *Issues in Mental Health Nursing*, 4(3), 177-189. doi: 10.3109/01612848209141054.
- Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 25(3), 319-323. doi: 10.7334/psicothema2012.253.

- Merriam, S. (1980). The concept and function of reminiscence: A review of the research. *The Gerontologist*, 20(5), 604-609. doi: 10.1093/geront/20.5_part_1.604.
- Miller, M. C. (2009). What is reminiscence therapy? *The Harvard Mental Health Letter*, 10(8). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26247066_What_is_reminiscence_therapy
- Moreira, M. M. (1998). O envelhecimento da população brasileira: Intensidade, feminização e dependência. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 15(1), 79-94. Disponível em: https://www.rebep.org.br/revista/article/view/414/pdf_390
- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. Disponível em: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53>
- Nelson, P. B. (1989). Social support, self-esteem, and depression in the institutionalized elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(1), 55-68. doi: 10.3109/01612848909140834.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134-143. doi: 10.1093/geronj/16.2.134.
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79. Disponível em: https://www.iscet.pt/sites/default/files/imce/avaliacao_solidao_felix_neto.pdf
- Netto, M. P. (2011). O estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In Freitas, E. V., & Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3a ed., cap. 1, pp. 62-75). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neves, C. I. C., & Pinheiro, M. R. M. (2009). A qualidade dos relacionamentos interpessoais com os amigos: adaptação e validação do Quality of Relationships Inventory (QRI) numa amostra de estudantes do ensino superior. *Exdra*, 2, 9-31. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3398225>
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Autor. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?ua=1
- Ornelas, A. M., & Vilar, D. (2011). O processo de institucionalização da pessoa idosa: A influência de factores pessoais e da rede social. *Intervenção Social*, 37, 125-144. Disponível em: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1135/1/IS_n37_8.pdf
- 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.
- Özer, M. (2004). A study on the life satisfaction of elderly individuals living in family environment and nursing homes. *Turkish Journal of Geriatrics*, 7(1), 33-36. Disponível em: http://geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_195.pdf

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250207>
- Parmelee, P. A., Katz, I. R., & Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *Journal of Gerontology*, 44(1), 22-29. doi: 10.1093/geronj/44.1.m22.
- Paschoal, S. M. P. (2002). Epidemiologia do envelhecimento. In Netto, M. P. (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (cap. 3, pp. 26-43). São Paulo: Atheneu.
- Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - short form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. *Psico-USF*, 21(3), 459-469. doi: 10.1590/1413-82712016210302.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Perrotta, P., & Meacham, J. A. (1982). Can a reminiscing intervention alter depression and self-esteem? *The International Journal of Aging and Human Development*, 14(1), 23-30. doi: 10.2190/GEY5-F684-70R3-P1A0.
- Pimentel, L. M. G. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- 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., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e estresse: Um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163. doi: 10.15309/15psd160202.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 10(18), 65-77. Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/304/316>
- PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2017a). *População residente: Total e por grandes grupos etários*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2017b). *Indicadores de envelhecimento*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Puyenbroeck, J. V., & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: An exploratory study. *The British Journal of Development Disabilities*, 51(100), 3-16. doi: 10.1179/096979505799103821.

- Ribeiro, M. I., Rodrigues, C., Gonçalves, C., & Sousa, V. (2014). Loneliness and depression in the institutionalized elderly. *Revista de Saúde Pública*, 48, 86. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/11494>
- Robinson, J. A. (1976). Sampling autobiographical memory. *Cognitive Psychology*, 8(4), 578-595. doi: 10.1016/0010-0285(76)90020-7.
- Roman, M. W., & Callen, B. L. (2008). Screening instruments for older adult depressive disorders: Updating the evidence-based toolbox. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 924-941. doi: 10.1080/01612840802274578.
- Rosa, M. J. V., & Chitas, P. (2010). *Portugal: Os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. doi: 10.1207/s15327752jpa4203_11.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness if everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
- Santos, A. C. C., Santos, A. A., Barbosa, A. C., Melo, T. L., & Cogo, A. C. P. (2014). Estudo comparativo acerca da autoestima de idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 1(11), 163-170. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/282>
- Santos, A. C. T., Moura, S. M., & Haase, V. G. (2008). Recomendações para a reabilitação neuropsicológica aplicada á demência. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 2(1), 17-33. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/4359>
- Santos, P. J. (2008). Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. In Noronha, A. P., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V. (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 13). Braga: Psiquilíbrios Edições. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf>
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 253-268. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16170/2/SantoseMaia2003000077930.pdf>
- Saraçlı, Ö., Akca, A. S. D., Atasoy, N., Önder, Ö., Şenormancı, Ö., Kaygisız, İ., & Atik, L. (2015). The relationship between quality of life and cognitive functions, anxiety and depression among hospitalized elderly patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 13(2), 194-200. doi: 10.9758/cpn.2015.13.2.194.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01568.x.

- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*(4), 623-642. doi: 10.1037/0022-3514.89.4.623.
- Schwartz, A. N. (1975). An observation on self-esteem as the linchpin of quality of life for the aged: An essay. *The Gerontologist*, *15*(5), 470-472. doi: 10.1093/geront/15.5_Part_1.470
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(3), 281-287. doi: 10.1002/gps.1453.
- Siverová, J., & Bužgová, R. (2014). Influence reminiscence therapy on quality of life patients in the long-term hospital. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, *5*(1), 21-28. Disponível em: http://periodicals.osu.eu/cejnm/5_13_influence-reminiscence-therapy-on-quality-of-life-patients-in-the-long-term-hospital.html
- Sharp, L. K., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression across the lifespan: A review of measures for use in primary care settings. *American Academy of Family Physicians*, *66*(6), 1001-1008. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2002/0915/p1001.html>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, *5*(1-2), 165-173. doi: 10.1300/J018v05n01_09.
- Siqueira, R. L. D., Botelho, M. I. V., & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: Algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *7*(4), 899-906. doi: 10.1590/S1413-81232002000400021.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *40*(5-6), 311-339. doi: 10.1159/000437299.
- Soares, E., Oliveira, T. P., Komatsu, P. S., Demartini, S. M., Suziki, M. M., Rodrigues, M. M., ... & Horimoto, A. T. (2010). Projeto Memória e Envelhecimento: Capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, *7*(1), 62-73. doi: 10.5335/rbceh.2010.007.
- Souza, R. F., Skubs, T., & Brêtas, A. C. P. (2007). Envelhecimento e família: Uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*(3), 263-267. doi: 10.1590/S0034-71672007000300003.
- Stiles, P. G., & McGarrahan, J. F. (1998). The Geriatric Depression Scale: A comprehensive review. *Journal of Clinical Geropsychology*, *4*(2), 89-110. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232468443_The_Geriatric_Depression_Scale_A_comprehensive_review

- Subaşı, F., & Hayran, O. (2005). Evaluation of life satisfaction index of the elderly people living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*(1), 23-29. doi: 10.1016/j.archger.2004.10.005.
- 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), 363-375. doi: 10.1080/13607863.2013.837144.
- Tavares, D. M. S., Matias, T. G. C., Ferreira, P. C. S., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S., & Paiva, M. M. (2016). Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*, 3557-3564. doi: 10.1590/1413-812320152111.03032016.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, *4*(1), 88-102. doi: 10.5335/rbceh.2012.119.
- Tombaugh, T. N., & McIntyre, N. J. (1992). The Mini-Mental State Examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, *40*, 922-935. doi: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb01992.x.
- Veigas, J., & Gonçalves, M. (2009). A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress (artigo não publicado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf>
- Wang, J. J. (2004). The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *Journal of Nursing Research*, *12*(3), 237-245. doi: 10.1097/01.JNR.0000387507.06502.d9.
- Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(12), 1235-1240. doi: 10.1002/gps.1821.
- Webster, J. D. (1993). Construction and validation of the Reminiscence Functions Scale. *The Journals of Gerontology*, *48*(5), 256-262. doi: 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. doi: 10.1177/0164027510364122.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, *29*, 107-114. doi: 10.1016/j.jaging.2014.02.003.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Webster, J. D. (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.

- Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 487-496.
- Wilson, B. A. (2002). Cognitive rehabilitation in the 21st century. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 16(2), 207-210. doi: 10.1177/0888439002016002003.
- 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.
- Wu, L. F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2195-2203. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03699.x.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.
- Zimmerman, G. I. (2007). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I

Mini-Mental State Examination (MMSE)

(Folstein *et al.*, 1975; versão portuguesa por Guerreiro *et al.*, 1994)

1. Orientação espaço-temporal (um ponto por cada resposta correta):

“Em que ano estamos?”: ____ “Em que país estamos?”: ____
“Em que mês estamos?”: ____ “Em que distrito vive?”: ____
“Em que dia do mês estamos?”: ____ “Em que terra vive?”: ____
“Qual é o dia da semana?”: ____ “Em que casa estamos?”: ____
“Qual é a estação do ano?”: ____ “Em que andar estamos?”: ____

Nota: ____

2. Retenção (um ponto por cada palavra corretamente repetida):

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu dizê-las todas.
Procure sabê-las de cor.”

Pera ____

Gato ____

Bola ____

Nota: ____

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta; caso houver uma errada mas posteriormente continuar a subtrair corretamente, consideram-se as seguintes como certas, encerrando-se ao fim de cinco respostas):

“Peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3, e o valor encontrado diminuído novamente por 3, e assim sucessivamente até que eu mande-lhe parar”.

27__24__21__18__15

Nota: ____

4. Evocação (um ponto por cada palavra correta):

“Recorda-se das três palavras que lhe pedi há pouco para decorar?”

Pera: ____; Gato: ____; Bola: ____

Nota: ____

5. Linguagem (um ponto por cada resposta correta):

5.1. “O que é isto?” (mostrar os objetos):

a) Relógio: _____

b) Lápis: _____

Nota: _____

5.2. “Repita a frase que eu irei dizer: ‘O rato roeu a rolha’”

Nota: _____

5.3. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue-a com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa” (dar a folha segurando com as duas mãos):

a) Pega a folha com a mão direita: _____

b) Dobra a folha ao meio: _____

c) Coloca a folha onde deve: _____

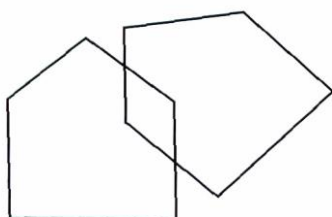
Nota: _____

5.4. “Leia o que está neste cartão e faça o que nele diz” (mostrar um cartão com a frase bem legível – “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto, lê-se a frase):

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade construtiva (um ponto pela cópia correta – dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada qual com cinco lados, dois destes intersectados; não valorizar tremor ou rotação):



Nota: _____

TOTAL (máximo 30 pontos): _____

Presença de défice cognitivo:

- Pontuação \leq a 15 para indivíduos analfabetos;
- Pontuação \leq a 22 para indivíduos com um a 11 anos de escolaridade;
- Pontuação \leq a 27 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos.

ANEXO II

Geriatric Depression Scale - 15 (GDS-15)

(Sheikh & Yesavage, 1986; versão portuguesa por Barreto *et al.*, 2008)

Assinale a resposta mais adequada ao seu estado de espírito durante a última semana.

	Sim	Não	Pontuação
1. De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?			
2. Abandonou muitas das suas atividades e interesses?			
3. Sente que a sua vida é vazia, sem significado?			
4. Anda muitas vezes aborrecido (a)?			
5. Está bem-disposto (a) a maior parte do tempo?			
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?			
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?			
8. Sente-se muitas vezes desamparado (a)?			
9. Você prefere ficar no seu quarto em vez de sair e fazer outras coisas?			
10. Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?			
11. Pensa que é bom estar vivo (a)?			
12. Sente-se inútil nas condições atuais?			
13. Sente-se com muita energia?			
14. Sente que a sua situação é desesperadora?			
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?			

Presença de depressão: Pontuação ≥ 5 ;

Presença de depressão severa: Pontuação ≥ 11 .

ANEXO III

Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)

(Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa por Pais-Ribeiro *et al.*, 2004)

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale “0”, “1”, “2” ou “3” para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a última semana*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim;
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes;
- 2 – aplicou-se a mim muitas vezes;
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1.	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2.	Senti a boca seca	0	1	2	3
3.	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4.	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5.	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6.	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7.	Senti tremores (mãos, pés)	0	1	2	3
8.	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9.	Preocupe-me com situações em que poderia entrar em pânico	0	1	2	3
10.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11.	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12.	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13.	Senti-me desanimado e/ou melancólico	0	1	2	3
14.	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15.	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17.	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18.	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19.	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

ANEXO IV

Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS)

(Rosenberg, 1965; versão portuguesa por Ferreira & Meek, 2001)

Para cada item assinale o número que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio (a).

		Concordo completamente	Concordo	Discordo	Discordo completamente
1.	Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	1	2	3	4
2.	Sinto que tenho um bom número de qualidades	1	2	3	4
3.	Em termos gerais, estou inclinado (a) a sentir-me um (a) falhado (a)	1	2	3	4
4.	Estou apto (a) a fazer coisas tão bem como as outras pessoas	1	2	3	4
5.	Sinto que não tenho muito do que me orgulhar	1	2	3	4
6.	Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo (a)	1	2	3	4
7.	No geral, estou satisfeito (a) comigo mesmo (a)	1	2	3	4
8.	Gostava de ter mais respeito por mim mesmo (a)	1	2	3	4
9.	Sinto-me por vezes inútil	1	2	3	4
10.	Por vezes penso que não sou nada bom (a)	1	2	3	4

ANEXO V

Life Satisfaction Index - A (LSI-A)

(Neugarten *et al.*, 1961; versão portuguesa por Martín, 2002)

Abaixo estão algumas afirmações sobre o modo como as pessoas se sentem, em geral, relativamente à vida. Para cada uma das frases, assinale "Concordo", "Discordo" ou "?".

	Concordo	Discordo	?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

ANEXO VI

UCLA Loneliness Scale (ULS)

(Russel *et al.*, 1978; versão portuguesa por Neto, 1989)

Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

		Nunca	Rara mente	Algumas vezes	Muitas vezes
1.	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	1	2	3	4
2.	Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3.	Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4.	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4
5.	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4
6.	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7.	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8.	Sou uma pessoa voltada para fora.	1	2	3	4
9.	Há pessoas a quem me sinto chegado.	1	2	3	4
10.	Sinto-me excluído.	1	2	3	4
11.	Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12.	Sinto-me isolado dos outros.	1	2	3	4
13.	Consigo encontrar camaradagem quando quero.	1	2	3	4
14.	Há pessoas que me compreendem realmente.	1	2	3	4
15.	Sou infeliz por ser tão retraído.	1	2	3	4
16.	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	1	2	3	4
17.	Há pessoas com quem consigo falar.	1	2	3	4
18.	Há pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1) **Idade:** ____ anos

2) **Sexo:**

Masculino

Feminino

3) **Estado Civil:**

Casado (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

Solteiro (a)

Viúvo (a)

União de Facto (a)

4) **Situação Laboral:**

Empregado (a)

Profissão: _____

Desempregado (a)

Baixa Médica

Reformado (a)

5) **Escolaridade:**

Analfabeto

3º Ciclo Ensino Básico (9º ano)

1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe)

Secundário (12º ano)

2º Ciclo Ensino Básico (6º ano)

Ensino Superior

APÊNDICE II

PEDIDO DE PERMISSÃO

Plano de sessões grupais de Terapia de Reminiscência

1. Enquadramento teórico:

A Reminiscência é um processo mental voluntário e espontâneo de recordação de memórias autobiográficas, associadas a eventos da vida considerados verídicos e significativos para o indivíduo. Embora não seja exclusiva de uma determinada etapa da vida, é cada vez mais comum e presente ao longo do envelhecimento.

Este fenómeno enquanto técnica terapêutica baseia-se na estimulação sensorial com recurso à recuperação das memórias que o sujeito possui sobre o seu passado, consistindo num processo onde estas memórias são significativamente acedidas para serem então revistas, repetidas, interpretadas e partilhadas. Os acontecimentos e experiências passados são relembrados e desenvolvem-se assuntos à volta da informação que o próprio sujeito recorda, sendo que para isto pode-se recorrer ao auxílio de fotografias, músicas, vídeos, livros, revistas, jornais, artigos domésticos, entre outros estímulos. A terapia pode ser aplicada tanto em grupo como individualmente, e demonstra uma grande flexibilidade, uma vez que pode ser adaptada a cada participante.

Vários resultados de investigações apontam para os efeitos positivos da reminiscência na redução de sintomas depressivos, melhoria da cognição, humor, qualidade de vida, satisfação com a vida, autoestima, bem-estar, controlo e mestria, integridade do ego, propósito de vida, preparação para a morte, saúde mental e integração social.

2. Objetivos:

Implementação da Terapia de Reminiscência, em contexto de grupo, como modalidade de intervenção psicoterapêutica, de modo a promover o bem-estar dos utentes ao reviver acontecimentos agradáveis; estimular funções cognitivas como a atenção, memória a curto prazo e flexibilidade cognitiva; melhorar a qualidade de vida e aliviar sintomas depressivos; e proporcionar comunicação, integração e cooperação intragrupal.

3. Determinações:

Pretende-se trabalhar com três grupos de indivíduos, abrangendo utentes tanto do Lar 1 e 2 como da ULDM. As sessões irão decorrer no Ginásio da Instituição Quinta de São Sebastião, com uma duração entre 40 a 60 minutos (ajustável de acordo com a capacidade e disposição dos utentes) e uma frequência de uma sessão por semana para cada grupo (dias e horas ainda a definir), num total de seis sessões por grupo.

Os critérios de inclusão para a participação nesta intervenção são os seguintes: (1) sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos; (2) não acamados e/ou em estado vegetativo; (3) com capacidades mínimas de funcionamento e comunicação asseguradas pela equipa clínica; e (4) com desejo e consentimento na integração ao programa proposto. À partida, pretende-se trabalhar com os seguintes utentes: João Mourinho, Mariete, Vitorino e Otilia (Lar 1); Felizarda, Marília, Maria Esperança e Maria do Rosário (Lar 2); e Caciano, Madalena, João Bernardo, Lurdes Matos, Catarina Silva e Armindo Neto (ULDM).

4. Descrição das sessões:

Os utentes serão encaminhados para o local onde decorrerá a sessão de Reminiscência. Num momento inicial irá se decorrer a introdução e apresentação de cada um dos participantes, bem como a explicação do que consiste a atividade que irão desempenhar. Cada uma das sessões terá um tema, com diferentes estímulos que serão usados para desencadear uma lembrança: visuais (fotos, filmes, recortes), auditivos (canções; músicas familiares e não familiares), palavras (nome de locais; pessoas famosas; histórias), movimento, entre outros. Dentre os temas das sessões, pretende-se abordar assuntos relacionados a relações interpessoais (e.g., família, amigos, amores, casamento); realizações; épocas específicas da vida (infância, adolescência e idade adulta) e atividades associadas (brincadeiras de infância, trabalho, viagens de férias, etc.).

APÊNDICE III

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Matheus Fernandes Corsete, aluno do Mestrado em Neuropsicologia da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, vinculada à Universidade do Algarve, a realizar a Tese de Mestrado intitulada “A Terapia de Reminiscência em Idosos Institucionalizados”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo, através da participação num programa terapêutico de reminiscências.

Esta terapia pressupõe o uso da lembrança de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida e a adaptação a circunstâncias atuais. Envolve a discussão das atividades passadas, eventos e experiências com outras pessoas.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados prestados. Asseguro ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente com o intuito a que se destinam: a elaboração desta tese.

Matheus Fernandes Corsete _____

Nome do Participante _____

Assinatura do Participante _____

Data: __/__/__

APÊNDICE IV

SESSÃO 1 – INFÂNCIA

Pontos para a recordação:

- Onde nasceu e passou a sua infância? Com quem foi criado?
- Qual é a sua memória mais antiga? Qual o instante ou situação mais agradável que recorda da sua vida enquanto criança? Pode voltar atrás no tempo tanto quanto deseje;
- Jogos de infância:
 - Que jogos você fazia enquanto criança?
 - Quais eram as brincadeiras mais comuns para meninos e meninas?
 - Recorda um dia da sua infância que fosse muito divertido em que estivesse a brincar com um jogo ou um brinquedo preferido?
- Você teve animais de estimação? Quais? Qual era o nome deles? Quem cuidava dos animais de estimação?
- Comida:
 - Quais eram as suas comidas favoritas? E o que menos gostava?
 - Como eram as refeições em família na sua casa? Você ajudava a cozinhar?
- Amigos e amigas de infância:
 - Quem era o seu melhor amigo? Como se conheceram?
 - Recorda algum dia especial, em que estiveste com um amigo e te divertiste imenso? Porque crê que esse dia o (a) fez sentir tão feliz?

Conexão com o presente:

- As principais diferenças entre as crianças da sua época e agora;
- A infância de hoje em dia: inconvenientes e desvantagens em relação à sua época;

Atividade prática:

- Espalhar sobre a mesa imagens de brincadeiras comuns naquela época; pedir a cada um para pegar uma ou duas imagens que definam a sua infância, ou que representem uma brincadeira que gostavam muito; cada um deve falar por que escolheu determinada imagem e contar algum episódio relacionado.

APÊNDICE V

SESSÃO 2 – MÚSICA E DANÇA

Estímulos desencadeadores:

- Instrumentos musicais;
- Música e canções da época;
- Fotografias de cantores e músicos da época apresentados em ecrã;

Pontos para a recordação:

- Quais eram as músicas e cantigas infantis da sua época de criança? (ex. parabéns, etc.);
- Quais eram os cantores e canções da moda na sua juventude?
- Instrumentos musicais:
 - Qual instrumento você mais gostava? Por quê?
 - Tocava algum? Se não, conhecia alguém que tocava? (amigo, familiar);
- Quais eram seus cantores e as músicas favoritas?
- Os gêneros musicais que ouvia?
- Os bailes, danças tradicionais da época (corridinho algarvio, vira, valsa, tango) - quando, como e onde foi a sua primeira dança?
- Bandas de música da altura;
- Você já foi assistir algum concerto ao vivo?
- Que recordações estas canções e músicas lhe trazem?

Conexão com o presente:

- Como é a música moderna de hoje em dia? (gêneros, cantores, instrumentos);
- Em que tipo de lugares se escuta? (bares, concertos, discotecas, etc.);
- Quais são as principais diferenças entre os gostos musicais de sua época e agora?

Atividades práticas:

- Trazer vários instrumentos musicais para os utentes; promover o manuseio e exploração de sons;
- Fotos de cantores e dançarinos portugueses famosos.

APÊNDICE VI

SESSÃO 3 – TRANSPORTE E COMUNICAÇÃO

Estímulos desencadeadores:

- Fotografias de meios de transporte e objetos usados na comunicação, apresentados em ecrã;

Pontos para a recordação:

- Os meios de transporte principais nos deslocamentos cotidianos: Quais eram? Como eram? Com qual frequência e para quê se utilizavam?
 - Deslocamento a pé;
 - Carroças/carros/automotoras;
 - Animais/carro de besta;
 - Comboio (estação de comboio vs. apeadeiros);
 - Autocarro;
 - Bicicleta;
- As ruas, caminhos e estradas: Como eram? Como era a N125?
- As viagens mais longas:
 - Quais foram as viagens mais demoradas e longas que você já fez? Para onde foram?
 - Como foi que as fez?
- Os meios de transporte mais modernos para a época:
 - Motocicletas e carros: Quem é que as tinha? Qual foi a primeira vez que andou em uma moto ou carro?
 - Qual foi o seu primeiro carro? Como e quando o adquiriu? Qual era a cor e o modelo?
 - Como era usar o autocarro?
 - Outros transportes, como barco e avião: Já alguma vez utilizou algum destes?
- Os meios de comunicação principais: Quais eram os mais utilizados? Para que se usavam? Como eram?
 - Cartas e correio;
 - Telegrama;

- Rádio;
- Máquina de escrever;
- Os meios de comunicação mais modernos: Quando começou a tê-los? Como eram no início?
 - Telefone;
 - Televisão;
 - Telemóvel;

Conexão com o presente:

- Discussão acerca dos meios de transporte principais hoje em dia: Carro, moto, autocarro, comboio e avião;
- Discussão acerca dos meios de comunicação principais hoje em dia: Telefone, televisão, outros mais modernos.

APÊNDICE VII

SESSÃO 5 – MULHERES

Pontos para a recordação:

- A educação das meninas:
 - Como era? Era diferente da educação dos meninos? Em quê?
 - Que coisas as meninas deviam aprender?
 - Iam à escola? Até que idade?
- Idade de transição entre menina e mulher:
 - Com qual idade uma menina passava a ser considerada mulher?
 - O que marcava essa mudança? Fazia-se alguma festa?
 - Que novas obrigações surgiam, e o que mudava na vida da menina quando isso acontecia?
- O casamento:
 - Com que idade as jovens se casavam?
 - O casamento era arranjado? Ou a jovem escolhia o marido?
 - Como era a relação com o marido?
- A profissão e o trabalho da mulher adulta:
 - Como era o trabalho fora de casa?
 - Como eram os trabalhos domésticos?
 - A criação dos filhos?
 - O cuidado com as pessoas mais velhas?

Conexão com o presente:

- A mulher hoje em dia e as principais diferenças em relação ao passado: Na educação e os estudos, no trabalho, na divisão do trabalho em casa, na liberdade e independência, na relação com o homem, etc.
- Quais são os principais problemas da mulher hoje em dia?

Atividades práticas:

- Descrever em uma palavra o que é a mulher para cada um;
- Identificar fotografias de diversas figuras femininas importantes na História de Portugal.

APÊNDICE VIII

SESSÃO 6 – PROFISSÕES

Estímulos desencadeadores:

- Fotografias de objetos utilizados em diversas profissões mostradas em ecrã;

Pontos para a recordação:

- O início do trabalho:
 - Com qual idade começou a trabalhar? Qual foi o primeiro trabalho/emprego?
- Os trabalhos que desempenhava:
 - O que era/no que consistia?
 - Quanto tempo durava a jornada de trabalho/trabalhava quantas horas por dia?
 - O que era melhor no seu trabalho? E o que era mais difícil?
- As condições de trabalho de antigamente:
 - O descanso: Quantas vezes costumava-se parar para descansar?
 - O salário era suficiente para se viver bem?
- Gostava do seu trabalho? Se sentia bem fazendo esse trabalho?
- Acontecimentos no trabalho:
 - Houve algum sucesso especial que recorde?
- Chefes e colegas de trabalho:
 - Quem eram? Tinha uma boa relação com eles? Como você se sentia com eles?
- Quando deixaram de trabalhar/quando se reformaram? Como se sentiram?

Conexão com o presente:

- Quais são as profissões mais importantes/de maior impacto na atualidade?
- Quais são os principais avanços e vantagens do trabalho hoje em dia (e.g., maior preparação académica, menor exigência física, melhores condições de trabalho);
- Os principais inconvenientes – o problema de encontrar trabalho para os mais jovens (havia isto na sua altura?);
- A mulher e o acesso ao trabalho