



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Sintomatologia Depressiva e Memória Autobiográfica em pessoas idosas com demência de Alzheimer nas fases leve e moderada

Tânia Marlene Xavier Malta

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

Covilhã, outubro de 2012

Dedicatória

Dedico com todo o amor e gratidão...

Aos meus queridos pais, avós, sogros e noivo

E especialmente à memória do meu avô paterno,

Delfim Malta, que foi uma das pedras mais preciosas para a construção desta dissertação. Foi-lhe diagnosticado demência de Alzheimer numa fase bastante precoce da sua vida e eu acompanhei todos os seus passos, o avançar de todo o declínio cognitivo e a tristeza de não conhecer as pessoas que mais amava...tão cedo partiu...

Mas vai ficar sempre na memória as lindas palavras e conselhos que me deu...

“Nunca deixes que ninguém se atravesse no teu caminho e te impeça de realizares os teus sonhos. Vive a vida, constrói um bom futuro e sê feliz”

Resumo

A demência de Alzheimer é um quadro clínico que afeta um número crescente de pessoas idosas a que aparece, frequentemente, associada a sintomatologia depressiva. As alterações cognitivas relacionadas com a demência abrangem sobretudo a recuperação de memórias autobiográficas que, nos casos de sintomatologia depressiva, tendem a ser gerais e negativas. Pretende-se com este estudo avaliar os níveis de sintomatologia depressiva e a abrangência de memórias autobiográficas em pessoas idosas com demência de Alzheimer, assim como analisar a relação entre o tipo de memórias recuperadas e a sintomatologia depressiva. Participaram nesta investigação 40 pessoas idosas que se encontram na fase leve e moderada da demência de Alzheimer, com idades compreendidas entre os 63 e os 92 anos.

Os resultados obtidos evidenciam que a maioria dos participantes (72,5%;29) apresenta sintomatologia depressiva, sendo as pessoas idosas na fase leve da demência aquelas que apresentam valores mais elevados ($M=14,56$; $DP=6,06$), embora os resultados não sejam estatisticamente significativos ($U=-1,64$; $p>0,05$). A análise dos resultados indica, também, um maior número de memórias autobiográficas gerais ($M=8,78$; $DP=2,21$) do que específicas ($M=6,00$; $DP=2,31$). Constata-se uma correlação negativa muito fraca e estatisticamente não significativa entre a sintomatologia depressiva e as memórias autobiográficas gerais ($r=-0,207$; $p>0,01$) e uma correlação positiva muito fraca e estatisticamente não significativa entre a sintomatologia depressiva e as memórias específicas ($r=0,188$; $p>0,01$). Os resultados indicam ainda uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e as memórias positivas recuperadas ($r=-0,416$; $p<0,01$) e uma correlação positiva moderada e estatisticamente muito significativa relativamente às memórias autobiográficas negativas ($r=0,538$; $p<0,001$). Este estudo alerta para a possibilidade de existência de sintomatologia depressiva associada a quadros demenciais e para a existência de mais memórias autobiográficas gerais do que específicas.

Palavras-Chave: demência de Alzheimer; sintomatologia depressiva; memória autobiográfica; envelhecimento

Abstract

Alzheimer's disease is a clinical condition that affects a growing number of old people to whom is, frequently, associated with depressive symptoms. The cognitive changes related to dementia include mainly the autobiographical memories retrieval that, in the cases of depressive symptomatology, tend to be general and negative. This study aims to assess the levels of depressive symptomatology and the range of autobiographical memories in old people with dementia in Alzheimer's disease, as well as to analyse the relationship between the type of recovered memories and depressive symptomatology. 40 elderly people who are in light and moderate stage of Alzheimer's dementia, aged 63 and 92 years old, participated in this research.

The results obtained show that the majority of participants (72.5%;29) present depressive symptomatology, being elderly people in light phase of dementia, those who have higher values ($M=14.56$; $DP=6.06$), although the results are not statistically significant ($U=-1.64$; $p>0.05$). The analysis of the results indicates, as well, a larger number of autobiographical memories ($M=8.78$; $DP=2.21$) than specific ($M=6.00$; $DP=2.31$). There is a very weak negative correlation and statistically not significant difference between depressive symptomatology and general autobiographical memories ($r=-0.207$; $p>0.01$) and a very weak positive correlation and statistically not significant difference between depressive symptomatology and specific memories ($r=0.188$; $p>0.01$). The results indicate a moderate and statistically significant negative correlation between the depressive symptomatology and the positive memories recovered ($r=-0.416$; $p<0.01$) and a moderate positive correlation and statistically very significant with regard to negative autobiographical memories ($r=0.538$; $p<0.001$). This study draws attention to the possibility of existence of depressive symptoms associated with dementia clinical condition and to the existence of more general than specific autobiographical memories.

Keywords: Alzheimer's disease; depressive symptomatology; autobiographical memory; aging

Agradecimentos

A realização da dissertação é um dos passos mais importantes para a concretização deste curso e exigiu muito de mim, assim como daqueles que me rodeiam. Muita paciência, muito carinho, muitas horas de trabalho, desespero e nervosismo, mas ao mesmo tempo uma satisfação e orgulho por cada etapa que ia sendo ultrapassada, que foram sem dúvida preciosas para a sua concretização.

Quero, deste modo, começar por agradecer à minha orientadora, Dra. Rosa Marina Afonso, pela disponibilidade prestada, pelo profissionalismo e compreensão, pelos conselhos, pelas aprendizagens transmitidas e por tudo aquilo que de mais me proporcionou.

Agradeço também o enorme e tão crucial apoio e colaboração da Dra. Purificación Ortiz e da Dra. Marta Feijó, que se mostraram incansáveis e contribuíram para aquele que era o maior e mais importante passo desta investigação, a recolha de dados. Muito obrigada por todos os contatos estabelecidos, por toda a disponibilidade prestada, pelo profissionalismo transmitido e pelos bons conselhos, tanto a nível pessoal como profissional.

Gratifico igualmente a Dra. Vanda Palas e a D. Celeste que também se revelaram incansáveis na colaboração deste estudo. Um muito obrigada pela amizade, preocupação e pelas palavras amigas e profissionais que tanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

E como não poderia deixar de ser, quero agradecer a todas as pessoas idosas que participaram de forma voluntária neste estudo, assim como aos seus cuidadores, pelas experiências transmitidas, carinho, histórias de vida, conselhos e pela enorme à-vontade com que desabafaram comigo. Um muito obrigada por tudo.

No fechar desta etapa tão importante, quero também deixar um enorme agradecimento a toda a minha família, nomeadamente aos meus pais, avós, sogros, ao meu noivo, cunhadas e cunhado pelas maravilhosas pessoas que são e por tudo o que têm feito por mim, tanto a nível pessoal como profissional.

Não quero também deixar de mencionar uma das pessoas que mais contribuiu para aquilo que sou hoje. Um eterno agradecimento ao meu falecido avô, que me criou, por todo o amor e carinho que me deu, pelos bons conselhos e pela pessoa que me tornou. Tudo aquilo que sou hoje o agradeço a ele. Obrigada por tudo.

Finalmente, quero agradecer a todos aqueles que não foram mencionados, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho.

A Todos os meus Sinceros Agradecimentos

Índice

Dedicatória.....	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Agradecimentos	ix
Lista de figuras	xv
Lista de tabelas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
Lista de Anexos.....	xxi
Introdução.....	1
Parte I - Corpo teórico	3
Capítulo 1- Demência de Alzheimer	5
1. Demência de Alzheimer: caraterização e diagnóstico	5
1.1. Avaliação e diagnóstico da demência de Alzheimer	7
1.2. Diagnóstico diferencial da demência de Alzheimer	9
1.3. Fases de desenvolvimento da demência de Alzheimer	11
1.4. Prevalência da demência de Alzheimer	12
1.5. Fatores de risco da demência de Alzheimer	13
1.6. Tratamento não farmacológico da demência de Alzheimer	16
2. Demência de Alzheimer e identidade	19
2.1. Visão de vida e sentido de identidade na demência de Alzheimer	20
Capítulo 2 - Sintomatologia Depressiva na Demência de Alzheimer	23
1. Avaliação da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer	23
1.1. Problemas relacionados com o diagnóstico e avaliação da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer	25
1.2. Incidência da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer	27
1.3. Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer	28
1.4. Tratamento não farmacológico da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer	29
Capítulo 3 - Memória Autobiográfica na Demência de Alzheimer	31
1. Memória autobiográfica: conceptualização teórica e aspetos gerais	31
1.1. Organização da memória autobiográfica	32

Sintomatologia Depressiva e Memória Autobiográfica na Demência de Alzheimer
Universidade da Beira Interior

1.2. Funções da memória autobiográfica	33
2. Memória autobiográfica e demência de Alzheimer	36
3. Memória autobiográfica e sintomatologia depressiva	37
Parte II - Corpo empírico	39
Capítulo 4 - Apresentação do estudo.....	41
1. Problema de estudo	41
2. Tipo de estudo	41
3. Objetivos do estudo.....	41
4. Método.....	42
4.1. Participantes	42
4.2. Instrumentos	44
4.3. Procedimentos	48
5. Análise Estatística	49
6. Resultados	50
7. Discussão dos resultados e Conclusões	54
Referências Bibliográficas.....	61
Anexos	77
Anexo 1	79
Anexo 2	83
Anexo 3	87
Anexo 4	91
Anexo 5	95
Anexo 6	99

Lista de figuras

Figura 1. Gráfico de barras das frequências absoluta e relativa quanto à fase de demência (n=40)	43
Figura 2. Gráfico de barras das frequências absoluta e relativa quanto à fase de SD (n=40) ..	51
Figura 3. Gráfico de barras do grau de severidade da SD por fase da demência (n=40)	52

Lista de tabelas

Tabela 1. Sintomas Cognitivos e Comportamentais da demência de Alzheimer.....	6
Tabela 2. Critérios de Diagnóstico da Demência de Alzheimer segundo a APA (DSM-IV, 2000, p. 157).....	8
Tabela 3. Diagnóstico Diferencial da Demência de Alzheimer segundo a APA (2000)	9
Tabela 4. Caracterização sociodemográfica da amostra (n=40)	43
Tabela 5. Resultados da GDS total para os indivíduos com demência leve e moderada (n=40)	51
Tabela 6. Grau de severidade da SD por fase de demência (n=40)	52
Tabela 7. Medidas estatísticas descritivas da especificidade de recordações (n=40)	53
Tabela 8. Resultados do coeficiente de <i>Spearman</i> entre a SD e a especificidade de memórias autobiográficas (n=40)	53
Tabela 9. Resultados do coeficiente de <i>Spearman</i> entre a SD e as memórias autobiográficas positivas e negativas (n=40).....	54

Lista de Acrónimos

DA- Demência de Alzheimer

APA- *American Psychiatric Association*

MMSE- *Mini Mental State Examination*

SD- Sintomatologia depressiva

GDS- *Geriatric Depression Scale*

MA- Memória(s) autobiográfica(s)

AMT- *Autobiographical Memory Test*

N- Número de indivíduos

M- média

DP- desvio padrão

α - *Alpha de Cronbach*

p - Nível de significância

U- Mann-Whitney

r- Coeficiente de correlação de Spearman

Lista de Anexos

Anexo 1 - <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	79
Anexo 2- Medidas estatísticas e consistência interna das escalas.....	83
Anexo 3 - Escala de Depressão Geriátrica (GDS- Versão Original- última adaptação.....	87
Anexo 4- <i>Autobiographical Memory Test</i> (AMT)	91
Anexo 5- Pedido de autorização para recolha de dados aos cuidadores	95
Anexo 6- Formulário consentimento cuidadores	99

Introdução

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo onde são visíveis alterações a nível morfológico, fisiológico, funcional, bioquímico e psicológico, que acabam por determinar a progressiva e contínua perda de capacidade de o indivíduo se adaptar ao seu meio (Fernandes, Raposo, Pereira, Ramalho & Oliveira, 2009), causando uma maior incidência de processos patológicos que trazem consequências devastadoras para o mesmo (Rocha, Carneiro & Júnior, 2006). Estas alterações na vida funcional e cognitiva dos sujeitos podem encontrar-se, muitas vezes, relacionadas com a eventual presença de quadros demenciais, nomeadamente de demência de Alzheimer (Ball et al., 2002).

A demência de Alzheimer tornou-se, de uma doença neurodegenerativa rara e pouco conhecida no século XX, numa doença muito frequente na atualidade e muito temida pela sociedade em geral (Caldas & Mendonça, 2005). Trata-se de um quadro demencial muito comum na população idosa e que afeta cerca de 3% das pessoas idosas entre os 60-64 anos e 30% daquelas com 85 ou mais anos (*Idem*). Aparece muitas vezes associado a fatores genéticos, cerebrais e/ou outras doenças médicas e psiquiátricas, podendo também estar relacionado com um comprometimento cognitivo inicial, que se propagou em demência, assim como depender de fatores secundários, como é o caso da idade, do género e do estilo de vida dos indivíduos (Agronin, 2008). Caracteriza-se por uma eventual perda de memória, alterações da personalidade, problemas de linguagem, desorientação temporal e espacial, dificuldades na realização de tarefas básicas do quotidiano e possível comportamento perturbador, sintomas estes que se vão manifestando consoante a gravidade da fase demencial em que os indivíduos se encontram (Beers & Jones, 2004). É uma perturbação que, de forma gradual, retira a capacidade de o indivíduo para pensar, recordar, compreender, comunicar e controlar o seu comportamento, tornando-o dependente ao longo do tempo (Hay, 2002). De salientar ainda a presença de algumas alterações emocionais, principalmente nas fases iniciais, em que os indivíduos se começam a sentir frustrados, deprimidos e até mesmo com um sentido de identidade diminuído, acabando por interferir não só na sua própria vida, mas também na daqueles que os acompanham (Cohen-Mansfield, Golander & Arnheim, 2000).

Deste modo, considera-se relevante intervir não só junto dos sujeitos com demência, mas também juntos dos seus cuidadores, sejam eles formais ou informais, de modo a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida, assim como ajudá-los a adquirir estratégias para suportar e adaptar-se à situação (Hay, 2002). O tratamento engloba uma variedade de técnicas, adaptadas aos indivíduos e seus cuidadores, modificando eventuais comportamentos e padrões de vida menos adequadas tanto a nível social, como profissional e emocional (Beers & Jones, 2004). Os programas de reabilitação cognitiva desempenham um papel crucial no tratamento destes casos, uma vez que permitem aos indivíduos melhorar a sua capacidade na realização de atividades da vida diária, assim como desenvolver e fortalecer determinadas funções que se encontram mais inibidas (Guerreiro, 2005a). Dentre as múltiplas técnicas

utilizadas, a terapia da reminiscência destaca-se como a mais frequente no tratamento deste tipo de quadro demencial (Ball et al. 2002). Sendo a perda de memória um dos sintomas cognitivos que mais caracteriza a demência de Alzheimer, a terapia da reminiscência centra-se sobretudo na recolha de memórias autobiográficas, com vista à estimulação cognitiva dos indivíduos e resolução de eventuais conflitos e possível mal-estar por parte dos mesmos (Coleman, 2005). Quando solicitado que recordem determinados eventos da sua vida, os indivíduos com este tipo de quadro demencial tendem a apresentar um maior número de recordações gerais do que específicas (Addis & Tippett, 2004).

Em simultâneo com a demência de Alzheimer e à medida que a idade vai avançando, surge frequentemente a sintomatologia depressiva, afetando cerca de dois terços das pessoas idosas com este quadro demencial (Steinberg et al. 2008). Pode estar associada a défices cognitivos ligeiros ou ser mesmo um fator de risco indutor de demência (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). A sua avaliação no decorrer do estado demencial é, por vezes, um pouco dificultada, uma vez que as pessoas com demência nem sempre conseguem ou são capazes de exprimir os seus sentimentos. Expressões faciais tristes, episódios de choro, desinteresse na realização de atividades da vida diária, apatia e perturbações do sono são alguns dos sintomas mais característicos, sendo vistos, muitas das vezes, pelos cuidadores, como típicos da demência e não necessariamente relacionados com a presença de sintomatologia depressiva (Beers & Jones, 2004). Tal como na demência, também na sintomatologia depressiva existem algumas alterações ao nível das memórias autobiográficas, sendo que os indivíduos tendem a recuperar memórias mais gerais e negativas (Aurélio & Claudio, 2009).

Deste modo, pretende-se com esta investigação avaliar a presença de sintomatologia depressiva numa amostra de 40 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos, na fase leve e moderada da demência de Alzheimer, assim como avaliar a abrangência de memórias autobiográficas recuperadas e a sua relação com a sintomatologia depressiva.

Esta dissertação está dividida em duas partes, sendo uma relacionada com o corpo teórico e outra com o corpo empírico. No decorrer do corpo teórico é feita a revisão da literatura acerca das eventuais temáticas, começando, num primeiro capítulo, por apresentar uma breve contextualização teórica acerca da demência de Alzheimer, seus principais conceitos, definições e relação com o sentido de identidade dos sujeitos. Segue-se o segundo capítulo, onde são abordados aspetos relacionados com a sintomatologia depressiva e eventual relação recíproca com a demência de Alzheimer, terminando, num terceiro capítulo, por ser feita referência às memórias autobiográficas e outros aspetos relevantes relacionados com as mesmas, assim como a sua relação com a demência de Alzheimer e a sintomatologia depressiva. No corpo empírico, referente ao quarto capítulo, é apresentado o problema, tipo, objetivos e hipóteses de estudo, fazendo um posterior esclarecimento acerca dos participantes na investigação, instrumentos utilizados e respetivos procedimentos para a recolha de dados. Numa última parte é apresentada a análise estatística dos dados, terminando com os resultados obtidos e discussão dos mesmos.

Parte I - Corpo teórico

Capítulo 1- Demência de Alzheimer

É cada vez maior o número de pessoas que consultam os profissionais de saúde devido a uma preocupação constante em desenvolver quadros demenciais, pela presença de períodos de perda de memória ou esquecimentos repetidos, ou com um diagnóstico demencial já desenvolvido e em diferentes estádios de gravidade. (Gauthier & Ballard, 2001)

A demência encontra-se relacionada com um declínio progressivo e global da memória e das funções cognitivas (linguagem, agnosias, praxias e funções executivas) que acaba por interferir nas atividades da vida diária e na autonomia dos indivíduos, nomeadamente a nível social, relacional e ocupacional (e.g. Abreu, Forlenza & Barros, 2005; American Psychiatric Association, 2000; Neto, Tamelini & Forlenza, 2005). Trata-se de um problema médico e social que está em crescimento e que, apesar de poder surgir em qualquer idade, é mais comum na população idosa, nomeadamente em indivíduos com 75 ou mais anos (Ribeira, Ramos & Sá, 2004). A demência da Alzheimer é o quadro demencial mais frequente, sendo que a sua prevalência vai aumentando à medida que o indivíduo vai envelhecendo. Esta investigação centra-se apenas neste tipo de demência, sendo de seguida feita uma breve introdução à mesma e posterior descrição de aspetos com ela relacionados.

1. Demência de Alzheimer: caracterização e diagnóstico

A demência de Alzheimer (DA) é uma doença cortical que se caracteriza por uma perda lenta e progressiva das funções cognitivas (Agronin, 2008). Trata-se de um processo degenerativo que afeta e compromete as zonas do hipocampo, as áreas corticais associativas e os córtices primários, provocando deste modo alterações cognitivas e comportamentais no indivíduo (Caramelli & Barbosa, 2002). Estas alterações vão-se agravando com o decorrer da demência, destacando-se uma maior mudança a nível cognitivo, nomeadamente no que concerne às funções da memória e linguagem (Ortiz & Bertolucci, 2005). Na perspetiva de diferentes autores (e.g. Geldmacher, 2009; Mansur, Carthery, Caramelli e Nitrini, 2005; Schlindwein-Zanini, 2010; Thies e Bleiler, 2011), existe também uma alteração a nível da orientação, da praxis, do processamento visual e espacial e da função executiva. Quanto aos sintomas comportamentais, podem ser visíveis alterações relacionadas com apatia, psicose, desordens de humor e agitação (cf. Tabela 1).

Sintomatologia Depressiva e Memória Autobiográfica na Demência de Alzheimer
 Universidade da Beira Interior

Tabela 1. Sintomas Cognitivos e Comportamentais da demência de Alzheimer

	Ideia Central	Autores
Memória	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades na aprendizagem e na aquisição de novas informações; - Dificuldades em lembrar acontecimentos recentes; - Repetição constante da mesma informação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009) - Mansur et al. (2005) - Schlindwein-Zanini (2010) - Thies e Bleiler (2011)
Orientação	<ul style="list-style-type: none"> - Distorção da orientação temporal e espacial. Os pacientes com demência de Alzheimer perdem a noção do tempo e espaço; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009) - Thies e Bleiler (2011)
Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades em encontrar palavras de uma forma espontânea e em fornecer informações relevantes; - Discurso desorganizado e vazio, com termos e frases sem significado; - Baixo desempenho em atividades que envolvem nomeação e fluência verbal; - Substituição de nomes próprios por pronomes (ele, ela e eles); 	<ul style="list-style-type: none"> - Abreu et al. (2005) - Geldmacher (2009) - Mansur et al. (2005) - Thies e Bleiler (2011)
Práxis	<ul style="list-style-type: none"> - Défices na leitura e compreensão verbal; - Dificuldade em traduzir a ideia numa ação dirigida espacialmente (apraxia ideomotora); - Incapacidade de posicionar o corpo e/ou partes do corpo (Apraxia membro-cinética) 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009) - Thies e Bleiler (2011)
Processamento visual e espacial	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades no reconhecimento de pessoas e/ou objetos familiares; - Comprometimento da atenção visual, nomeadamente em tarefas que requerem exploração ativa do ambiente; - Desorientação espacial e perda em ambientes familiares e/ou conhecidos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009) - Thies e Bleiler (2011)
Disfunção executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de julgamento; - Dificuldades na resolução de problemas; - Dificuldades de planeamento; - Dificuldade na realização de tarefas complexas; - Desinibição; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009) - Thies e Bleiler (2011)
Apatia	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorre na fase inicial da demência; - Redução da iniciativa; - Redução da expressão emocional; - Diminuição de expressões afetivas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009)
Psicose	<ul style="list-style-type: none"> - Ocorre na fase mais avançada da demência; - Períodos de alucinações e paranoias; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009)
Desordens de Humor	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestação de sintomas depressivos e de ansiedade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009)
Agitação	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de agressão verbal e física; 	<ul style="list-style-type: none"> - Geldmacher (2009)

Em suma, a DA pode ser vista como uma alteração global e persistente do funcionamento cognitivo e comportamental dos indivíduos, suficientemente grave para provocar alterações na vida profissional, social e familiar dos mesmos. Trata-se de um quadro demencial que, de uma forma progressiva, tende a desorganizar e destruir as redes neurais que suportam as modalidades cognitivas, provocando assim diversas alterações no indivíduo

idoso, à medida que a demência se vai desenvolvendo (Grilo, 2009). Entre os múltiplos sintomas que caracterizam este quadro demencial, o agravamento das perturbações cognitivas, o desenvolvimento de sintomas psicocomportamentais/neurológicos e a perda de autonomia, são aqueles que mais se destacam (Grilo, 2009).

1.1. Avaliação e diagnóstico da demência de Alzheimer

O diagnóstico surge como uma das principais etapas para a avaliação da presença ou ausência de um determinado quadro demencial. O profissional de saúde começa por recolher informações prévias acerca da história familiar/médica do indivíduo, passando a avaliar a existência, ou não, de alterações cognitivas e/ou comportamentais por parte do mesmo (Thies & Bleiler, 2011). A colaboração dos familiares/cuidadores e a diversificada utilização de testes cognitivos são cruciais nesta fase, de modo a comprovar ou refutar um possível diagnóstico de demência. Revela-se ainda pertinente recorrer a exames médicos, como por exemplo a Ressonância Magnética, para identificar eventuais mudanças no cérebro ou, caso contrário, avaliar possíveis causas do declínio cognitivo (*Idem*).

No entanto, fazer o diagnóstico de um quadro demencial nem sempre é tarefa fácil para quem está a avaliar, pois nem todos sujeitos manifestam os sintomas necessários para preencher os critérios de diagnóstico de um determinado tipo de demência, nomeadamente aqueles que se encontram nas fases mais precoces (Grilo, 2009). O diagnóstico da demência de Alzheimer é visto como um processo de probabilidade e exclusão, em que a ausência de qualquer critério pode levar a simplificações reducionistas que, por sua vez, na maioria dos casos, se podem tornar muito perigosas (Grilo, 2009). Posto isto, deve ser um processo fundamentalmente clínico, onde se estudam as diferentes cognições e comportamentos de um dado sujeito e onde devem ser excluídas quaisquer outras etiologias prováveis de demência (American Psychiatric Association-APA, 2000; Grilo, 2009). Muito embora se possa optar por diversas fontes de diagnóstico, os critérios mencionados pela DSM-IV são os mais utilizados pelos profissionais de saúde na avaliação da DA (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico da Demência de Alzheimer segundo a APA (DSM-IV, 2000, p. 157)

A.	Desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos manifestados por:
1)	Diminuição da memória (diminuição da capacidade para aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida)
2)	Uma, ou mais, das seguintes perturbações cognitivas:
a)	Afasia (perturbação da linguagem);
b)	Apraxia (diminuição da capacidade para desenvolver atividades motoras apesar de a função motora permanecer intacta);
c)	Agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos apesar de a função sensorial permanecer intacta);
d)	Perturbação na capacidade de execução (isto é, planeamento, organização, sequencionamento e abstração);
B.	Os défices cognitivos dos critérios A1 e A2 causam deficiências significativas no funcionamento social ou ocupacional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.
C.	A evolução caracteriza-se pelo início gradual de declínio cognitivo continuado.
D.	Os défices cognitivos dos critérios A1 e A2 não são devidos a nenhum dos seguintes:
1)	Outras doenças do sistema nervoso central que causam défices progressivos da memória e cognição (por exemplo, doença cerebrovascular, doença de Parkinson, doença de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalo de pressão normal, tumor cerebral);
2)	Doenças sistémicas que causam demência (por exemplo, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B ₁₂ ou ácido fólico, deficiência de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infeção HIV);
3)	Doenças induzidas por substâncias
E.	Os défices não ocorrem exclusivamente durante a evolução de um <i>delirium</i> .
F.	A perturbação não é devida a outra perturbação do Eixo 1 (por exemplo, Perturbação Depressiva Major, Esquizofrenia)

Para um melhor e mais correto diagnóstico da DA, o profissional de saúde deve, em primeiro lugar, fazer uma avaliação dos diferentes sintomas apresentados pelos sujeitos, através da utilização de diferentes escalas que avaliem este tipo de situações demenciais; e posteriormente deve comparar os resultados obtidos nessas escalas com os vários critérios de diagnóstico que caracterizam o quadro demencial, de modo a confirmar, ou não, a existência de demência por parte dos sujeitos (Grilo, 2009).

Destacam-se como alguns dos instrumentos mais comumente utilizados para avaliar o funcionamento cognitivo dos sujeitos, o *Mini Mental State Examination* (MMSE), o *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) o *Questionário Informante sobre o declínio cognitivo do Idoso* (IQ-CODE), a *Escala de Bayer* acerca das atividades da vida diária (B-ADL), o *Índice de Katz*, o *Teste Cognitivo de Cambridge* (CAMCOG), a *Escala de Blessed*, a *Escala de Avaliação de Demência de Alzheimer* (ADAS-COG), o *Instrumento de Rastreamento de Habilidades Cognitivas*, o *Exame Cognitivo de Addenbrooke*, a *Clinical Dementia Rating*, a *Clinical Global Impression*, entre muitos outros (e.g. Abreu et al., 2005;Chaves et al., 2011;Grilo, 2009; Nitrini et al., 2005). O *Mini Mental State Examination* (MMSE), criado por Folstein e colaboradores em 1975, destaca-se como o teste mais comum aquando da avaliação do funcionamento cognitivo da população idosa (Abreu et al. 2005; Almeida, 1998; Chaves et al., 2011; Grilo, 2009). Contudo, na opinião de Nitrini et al. (2005), é apenas um teste de rastreio, sendo importante

recorrer a outros métodos para confirmar e/ou comparar os resultados obtidos. Nem sempre sua utilização individual é a melhor solução, pois os sujeitos também devem ser submetidos a outro tipo de apreciação ou mesmo ser encaminhados para uma avaliação neuropsicológica mais detalhada, de modo a existir uma maior precisão diagnóstica (Abreu et al., 2005; Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003; Rahman, Swainson e Sahakian, 2002).

1.2. Diagnóstico diferencial da demência de Alzheimer

Dada a especificidade dos critérios que caracterizam a demência de Alzheimer (DA), é importante verificar se os défices cognitivos manifestados por um determinado sujeito não se encontram relacionados com a presença de outras doenças do sistema nervoso central/doenças familiares ou com o consumo de uma determinada substância que, por sua vez, levam ao desenvolvimento de demência de Alzheimer. De acrescentar ainda a importância de comprovar se estes défices cognitivos não se manifestaram apenas durante um determinado período delirante (APA, 2000). O diagnóstico definitivo da demência de Alzheimer só pode ser feito mediante uma análise histopatológica relativa ao tecido cerebral *pós-mortem* que, por sua vez, se caracteriza pela perda neural das camadas do córtex cerebral e pelas degenerações sinápticas intensas, no hipocampo e no neocórtex (Neto et al., 2005).

Deste modo, pode considerar-se que, por muito que os investigadores procurem diferentes instrumentos e fontes de avaliação, segundo a APA (2000), o diagnóstico da demência de Alzheimer continua a ser um diagnóstico de exclusão, que se deve apoiar, de uma forma obrigatória, na eliminação de um determinado número de causas que possam levar à presença de défice cognitivo, como é o caso das perturbações cognitivas não demenciais e outro tipo de doenças degenerativas e não degenerativas (cf. Tabela 3). Devem também ser excluídas todas as hipóteses de perturbações Neurológicas, Psiquiátricas e Mnésicas (Grilo, 2009).

Tabela 3. Diagnóstico Diferencial da Demência de Alzheimer segundo a APA (2000)

Tipo de Demência	Semelhanças	Diferenças
<i>Delirium</i>	- Declínio da memória; - Redução da capacidade de manter e/ou transferir a atenção de uma forma apropriada;	- Existem flutuações de sintomas; - Na demência de Alzheimer, os défices cognitivos persistem imutáveis durante um determinado período de tempo;
Perturbação Mnésica	- Défices graves na memória; - Diminuição da capacidade para aprender nova informação ou recordar informação previamente aprendida ou acontecimentos passados;	- Existem défices graves de memória sem outras deficiências significativas a nível cognitivo (afasia, apraxia, agnosia e capacidade de execução);

Tabela 3. Diagnóstico Diferencial da Demência de Alzheimer segundo a APA (2000) (Continuação)

Tipo de Demência	Semelhanças	Diferenças
Demência Vascular	<ul style="list-style-type: none"> - Declínio da memória; - Défices cognitivos manifestados por afasia, apraxia, agnosia e perturbação da capacidade de execução; - Os défices cognitivos causam deficiências significativas a nível social e ocupacional; - Os défices não ocorrem apenas durante a evolução do delirium; 	<ul style="list-style-type: none"> - Há uma manifestação de sinais neurológicos focais e evidência laboratorial de doença vascular etiológicamente relacionada com a demência;
Demência Secundária a Outros Estados Físicos Gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Declínio da memória; - Défices cognitivos manifestados por afasia, apraxia, agnosia e perturbação da capacidade de execução; - Os défices cognitivos causam deficiências significativas a nível social e ocupacional; - Os défices não ocorrem apenas durante a evolução do delirium; 	<ul style="list-style-type: none"> - A perturbação é uma consequência fisiológica direta de um estado físico que não seja a doença de Alzheimer ou a doença cerebrovascular;
Deficiência Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Défices ou insuficiências a nível do funcionamento adaptativo atual (comunicação, aptidões sociais e interpessoais, cuidados próprios); 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo; - Não está necessariamente associada a perda de memória; - Idade de início antes dos 18 anos; - A demência de Alzheimer tende a aparecer numa idade mais tardia;
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> - Os défices cognitivos causam deficiências significativas a nível social e ocupacional; 	<ul style="list-style-type: none"> - Défices cognitivos múltiplos, menos graves do que na demência, e declínio do funcionamento; - Padrão característico de sintomas e ausência de etiologia específica de estado físico geral ou de utilização de substâncias;
Perturbação Depressiva Major	<ul style="list-style-type: none"> - Défices de memória, dificuldades de pensamento e concentração e redução global das aptidões intelectuais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de um estado pré-mórbido relativamente normal de um declínio cognitivo abrupto associado com a depressão; - Na demência de Alzheimer existe uma história pré-mórbida de declínio da função cognitiva;
Demência Sem Outra Especificação Simulação e Perturbação Factícia	<ul style="list-style-type: none"> - A demência não preenche os critérios para nenhum dos tipos específicos descritos. - Existência de défices cognitivos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Existem défices cognitivos consistentes no tempo, mas não característicos daqueles observados na demência;
Declínio Normal do Funcionamento Cognitivo/ Processo normal de envelhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de défices cognitivos; - Redução da capacidade de o sujeito aprender coisas novas e uma lentificação dos seus processos mentais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Na demência de Alzheimer existe redução da capacidade de o sujeito aprender coisas novas e uma lentificação dos seus processos mentais, mas traz limitações para o quotidiano do sujeito.

O diagnóstico diferencial entre a demência de Alzheimer e os outros quadros clínicos, com características semelhantes, é assim indispensável, nomeadamente nas fases iniciais da demência, uma vez que é nestas fases que reside uma maior dificuldade de diagnóstico

correto. Primeiramente deve verificar-se que tipo de quadros demenciais são realmente reversíveis, passando posteriormente a fazer uma avaliação clínica cuidadosa, através de, por exemplo, fichas completas de anamnese e exames físicos, psiquiátricos e neurológicos, com a finalidade de obter uma maior eficácia no diagnóstico diferencial e de descartar todas as possibilidades existentes (Grilo, 2009; Neto et al., 2005). Deve também existir uma avaliação biológica, de caráter sistemático, recorrendo a exames mais complexos, análises gerais, avaliação de processos inflamatórios, eletroencefalograma e tomografia computadorizada. Estes dois últimos recursos são imprescindíveis para o diagnóstico correto de DA pois, o primeiro permite analisar e verificar determinados sinais de confusão ou focalização de diagnóstico; e o segundo permite analisar e comprovar a existência, ou não, de um determinado número de lesões não degenerativas que podem desencadear este tipo de quadros demenciais (Grilo, 2009). McKhann et al. (1984) fazem também referência aos exames de laboratório, considerando-os como um método de extrema importância para a identificação de outras etiologias do quadro demencial.

Em suma, fazer o diagnóstico diferencial da DA é muito complexo nas fases iniciais, nomeadamente quando esta aparece acompanhada de queixas de perda de memória. Muitas das vezes, esta queixa existente por parte dos sujeitos pode encontrar-se relacionada com a presença de um quadro depressivo ou ansioso, mas que pode ser já indicativo de um posterior desenvolvimento de DA. Deste modo, é importante que o profissional de saúde, aquando do processo de avaliação e diagnóstico, tenha em consideração o contexto clínico e evolutivo do quadro demencial, compreendendo também quais os resultados de avaliações e/ou investigações complementares (Grilo, 2009).

1.3. Fases de desenvolvimento da demência de Alzheimer

No decorrer do desenvolvimento da DA, os défices cognitivos vão piorando e há uma maior probabilidade de presença de distúrbios psiquiátricos, como é o caso da ansiedade, da depressão, da apatia, da agitação e da psicose. O indivíduo começa por revelar diminuição ou perda das suas funções, chegando a uma fase em que a sua vida autónoma se torna demasiado perigosa e começa a depender de outras pessoas, sejam elas familiares e/ou cuidadores formais (Agronin, 2008).

Na fase inicial da demência, os sujeitos começam a manifestar algumas alterações cerebrais, muitas vezes silenciosas, que rapidamente passam a uma perda constante da memória, manifestações de períodos mnésicos, problemas na denominação de objetos, descuido face à aparência pessoal, perda de espontaneidade e iniciativa, alterações de humor e personalidade, presença de sintomas depressivos e manifestação de quadros clínicos delirantes (Camargo, 2003; Grilo, 2009). Seguem-se também os esquecimentos frequentes, as dificuldades na realização de atividades diárias mais complexas, os lapsos no conhecimento de pessoas e/ou locais (Abreu et al., 2005; Agronin, 2008), a perda de memória episódica, as

dificuldades em adquirir novas habilidades e o défice de algumas das funções cognitivas, como o raciocínio abstrato, o cálculo e as habilidades visuoespaciais (Neto et al., 2005). No entanto, segundo Bottino et al. (2002), apesar de todas estas dificuldades, o indivíduo nesta fase da demência ainda é capaz de realizar algumas atividades básicas do seu dia-a-dia, conseguindo manter-se independente de outrem.

Com o evoluir da demência, numa fase moderada, já começa a observar-se um maior comprometimento intelectual por parte do indivíduo, o que faz com que este necessite de assistência tanto na realização de atividades instrumentais, como na realização das atividades básicas do quotidiano (Bottino et al., 2002; Grilo, 2009). Esta dependência por parte do indivíduo é ainda acompanhada pela presença de perturbações de afasia (dificuldades na linguagem), dificuldade na nomeação de objetos, dificuldade na escolha de palavras adequadas para expressar uma ideia e apraxia (diminuição da capacidade de realizar atividades motoras) (Neto et al., 2005). Camargo (2003) acrescenta ainda a incapacidade por parte dos sujeitos em estabelecer um diálogo com outrem ou em estabelecer qualquer tipo de relação. Os episódios de desorientação espacial e temporal passam a ser mais recorrentes, começando a manifestar-se também episódios delirantes de desconfiança face a familiares e/ou pessoas conhecidas, interpretações erradas da realidade e dependência física.

Na fase terminal da demência, os indivíduos já se encontram num estado incoerente ou completamente apático, sendo incapazes de reconhecer o mundo que os rodeia e os familiares e/ou amigos mais próximos (Agronin, 2008; Camargo, 2003; Grilo, 2009). Os problemas comportamentais deixam de existir, acabando por ser substituídos por colapsos de funções, alimentação mais pobre, incapacidade de andar e realizar atividades/tarefas mais simples, má nutrição, lesões causadas por quedas ou comportamentos inseguros e úlceras de pressão associadas à perda de movimentos e inatividade (Agronin, 2008). A alteração comportamental, nomeadamente a presença de agressividade e irritabilidade, os sintomas psicóticos e a incapacidade de falar e lidar com cuidados pessoais são também características muito frequentes (Neto et al., 2005). Deste modo, esta fase caracteriza-se por uma perda gradual da autonomia e independência por parte dos indivíduos uma vez que, na maioria das vezes, ficam acamados, aumentando a necessidade de supervisão e cuidados por parte de terceiros (Bottino et al., 2002; Grilo, 2009). O indivíduo nesta fase da demência pode ainda apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos e incontinência urinária e fecal (Bottino et al., 2002). Estes períodos severos da demência são, muitas vezes, acompanhados da morte, num prazo máximo que vai desde os 5 aos 10 anos, desde que o quadro demencial se começou a fazer sentir (Grilo, 2009).

1.4. Prevalência da demência de Alzheimer

O desenvolvimento de doenças mentais, como é o caso da demência de Alzheimer, tem vindo a atingir enormes proporções, nomeadamente na terceira idade (Stella et al.,

2002). A DA é o quadro demencial mais frequente ao longo do período de envelhecimento e corresponde a cerca de 60%-80% dos casos entre a população idosa (Logiudice, 2002; Rahman et al., 2002; Ribeira et al., 2004). Num estudo de Hebert et al. (1995) acerca da prevalência deste quadro demencial, numa população com 60 ou mais anos, foi possível verificar que as taxas de incidência aumentam com a idade, afetando cerca de 0.6% das pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, 2% entre os 75-79 anos e 8.4% com 85 ou mais anos. Pode assim considerar-se que a prevalência da demência de Alzheimer é maior em pessoas com mais de 85 anos do que em pessoas na faixa etária dos 65-69 anos (Thies & Bleiler, 2011). A mesma conclusão foi retirada do estudo de Hebert, Scherr, Bienias, Bennett e Evans (2003), onde se verificou que a Demência de Alzheimer afeta cerca de 4% dos idosos com 65 anos, 6% entre 65-74 anos, 45% entre os 75 e os 84 anos e 45% com 85 ou mais anos.

No que concerne à prevalência da demência de Alzheimer em população do sexo masculino ou feminino, segundo Thies e Bleiler (2011) a população feminina tem uma maior probabilidade de desenvolver este tipo de demência relativamente à população masculina, sendo que, em 5.2 milhões de pessoas com este tipo de demência, 3.4 milhões são mulheres e 1.8 são homens. Segundo Hebert, Scherr, McCann, Beckett e Evans (2001) estes resultados podem estar relacionados com o facto de as mulheres terem uma esperança média de vida maior que os homens. Contrariamente a estes estudos, num estudo de Rocca, Cha, Waring e Kokmen (1998), verificou-se que não existe uma diferença significativa relativamente à presença da demência de Alzheimer em homens e mulheres, considerando que as mulheres não estão mais suscetíveis de desenvolver este quadro que os homens.

Para além da prevalência da demência de Alzheimer aumentar com a idade, Plassman et al. (2007) consideram que também tende a aumentar com o baixo nível educacional, ou seja, pessoas com um nível educacional inferior têm uma maior probabilidade de ter ou vir a desenvolver este quadro, do que aquelas com um alto nível educacional.

1.5. Fatores de risco da demência de Alzheimer

São vários os fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento da demência de Alzheimer, muito embora os mais fortes e que mais influenciam sejam a idade e a história familiar de cada indivíduo (Geldmacher, 2009). Nas fases mais tardias e esporádicas deste tipo de demência, os fatores de risco mais comuns relacionam-se com a depressão, doença cardiovascular, diabetes, baixo ou elevado nível de colesterol, baixo nível educacional, falta de atividades intelectuais, falta de atividade física e interação social, ausência de atividades de lazer e presença de respostas excessivas ao fator *stress*. De acrescentar ainda, fatores como a idade, o género, o estilo de vida, fatores genéticos, fatores cerebrais, doenças médicas e psiquiátricas e deterioro cognitivo leve (*Idem*).

a) Idade

A idade é um dos principais fatores de risco para o posterior desenvolvimento da demência de Alzheimer (Agronin, 2008). Uma vez que a prevalência desta demência duplica a cada cinco anos, após os 65, segundo Agronin (2008), Kuhn e Bennett (2003) e Schlindwein-Zanini (2010), cerca de 40 a 50% das pessoas idosas, com 85 ou mais anos, são portadoras deste tipo de quadro demencial.

b) Género

O sexo feminino é mais vulnerável ao desenvolvimento de quadros demenciais comparativamente com ao sexo masculino (Agronin, 2008). Esta diferença pode estar relacionada com uma perda de estrogénios, por parte da mulher, após o período de menopausa, promovendo o crescimento e desenvolvimento neural, efeitos anti-flamatórios e antioxidantes e aumento do fluxo sanguíneo cerebral (*Idem*).

c) Estilo de vida

Um estilo de vida ativo pode reduzir o risco de desenvolvimento da demência de Alzheimer (Agronin, 2008). A prática de exercício físico diminui a incidência de determinados problemas de saúde, como é o caso da obesidade, da hipertensão, dos diabetes, do hipercolesterol e doenças cerebrais ou cardiovasculares que, por sua vez, podem ser vistos como possíveis fatores de risco para o desenvolvimento deste quadro demencial. Também uma estimulação social e mental pode reduzir, ou mesmo eliminar, o desenvolvimento de quadros demenciais, uma vez que leva ao aumento da atividade cerebral e ao desenvolvimento de uma maior reserva cognitiva, evitando o aparecimento de quadros clínicos, como é caso da sintomatologia depressiva e do *stress*, como potenciais desencadeadores (*Idem*).

d) Fatores genéticos

Os fatores genéticos são vistos como uma das causas mais frequentes para o desenvolvimento da demência de Alzheimer (Agronin, 2008; Kuhn & Bennet, 2003; Neto et al., 2005; Schlindwein-Zanini, 2010; Thies & Bleiler, 2011;). O facto de existirem familiares de primeiro grau (pais e irmãos) com demência de Alzheimer, aumenta, três vezes mais, o risco de desenvolvimento deste quadro demencial nos restantes membros da família (Agronin, 2008).

Na perspetiva de Agronin (2008), Neto et al. (2005) e Schlindwein-Zanini (2010), a fase inicial da demência de Alzheimer caracteriza-se pela presença de mutações genéticas

nos cromossomas 1, 14 e 21, enquanto que a fase mais avançada se caracteriza pela presença de apolipoproteína e mutações genéticas nos cromossomas 10, 11 e 12.

e) Fatores cerebrais

As mudanças cerebrais contribuem, sem qualquer dúvida, para o desenvolvimento da demência de Alzheimer (e.g. Kuhn & Bennet, 2003; Schlindwein-Zanini, 2010; Thies e Bleiler, 2011). Como fatores cerebrais que aumentam o risco de desenvolvimento desta demência, podem destacar-se o tamanho do cérebro, a inteligência e os danos cerebrais (Agronin, 2008; Thies e Bleiler, 2011). No que concerne ao tamanho do cérebro e à inteligência, foi comprovado que indivíduos com um menor perímetro cefálico, com tamanho cerebral mais pequeno, com baixos níveis de inteligência e com uma baixa educação formal no início de vida, têm um maior risco de desenvolver DA relativamente aos indivíduos com características opostas, pois trata-se de fatores que proporcionam uma menor proteção de reserva cognitiva. Relativamente aos danos cerebrais, considera-se que uma lesão cerebral traumática, mesmo na fase inicial da vida, pode aumentar o risco de DA, entre duas a quatro vezes mais, dependendo do grau de severidade do traumatismo (*Idem*).

f) Doenças médicas versus psiquiátricas

Os indivíduos que sofrem de um número elevado de doenças, tanto médicas como psiquiátricas, têm, cerca de 60%, maior probabilidade de desenvolver demência de Alzheimer (Agronin, 2008).

Na perspetiva de Geerlings et al. (2000) e Jorm (2000) a depressão surge como uma das principais causas de desenvolvimento da demência de Alzheimer, ou seja, para além de, a maioria das vezes, aparecer como consequência da manifestação de quadros demenciais, também ela pode desencadeá-los. Green et al. (2003) e Lyketsos (2010) consideram que, cerca de um terço, ou metade, dos idosos com sintomas depressivos precoces, desenvolvem quadros demenciais no período de pelo menos um ano. Por sua vez, Schweitzer, Tuckwell, O'Brien e Ames (2002), Heun, Kockler e Ptok (2002) e Stella et al. (2002) são da opinião que os sujeitos idosos com manifestações tardias de Depressão, acompanhadas de um comprometimento cognitivo, têm, cerca de 40%, maior probabilidade de desenvolver DA num período de 3 a 5 anos.

Agronin (2008) e Kuhn e Bennett (2003) consideram que para além da depressão, também o abuso de álcool, *stress* excessivo e consumo de tabaco, podem levar ao desenvolvimento de demências.

g) Deterioro cognitivo leve

As pessoas com deterioro cognitivo leve manifestam problemas de linguagem, memória e outras habilidades cognitivas essenciais, que são graves o suficiente para interferirem num posterior desenvolvimento da demência de Alzheimer (Agronin, 2008). Num estudo de Lopez et al. (2003) e Petersen et al. (1999), verificou-se que 20% a 30 % das pessoas com 65 ou mais anos sofrem deste tipo de comprometimento/deterioro cognitivo, havendo uma maior probabilidade de desenvolvimento de demência, num período de três a quatro anos após o seu início. Deste modo, o deterioro cognitivo leve, na maioria dos casos, representa o estado de transição entre o envelhecimento considerado normal e os sintomas iniciais da demência de Alzheimer (Thies e Bleiler, 2011).

Em suma, o diagnóstico precoce revela-se crucial na redução/eliminação destes fatores de risco. O conhecimento inicial das características da demência ajuda e estimula as pessoas idosas, com maior vulnerabilidade para desenvolver este tipo de quadro, na aquisição de diferentes estratégias que levem à sua redução e/ou eliminação (Agronin, 2008). É importante acompanhar de perto este tipo de população, motivando e encorajando os indivíduos a conhecer e gerir fatores de risco, ensinando-os a fazer modificações no seu estilo de vida, como por exemplo, mudar os exercícios de rotina, fazer planos de dieta mais saudáveis e controlar regularmente o colesterol e pressão arterial (*Idem*).

1.6. Tratamento não farmacológico da demência de Alzheimer

Muito embora a DA seja uma doença para a qual, atualmente, não existe cura, um bom tratamento e acompanhamento dos idosos com este quadro clínico, é indispensável (Agronin, 2008). O objetivo não passa pela sua cura total ou parcial, mas sim, por retardar/quebrar a deterioração das células cerebrais para que não exista um avançar tão rápido da demência (Thies e Bleiler, 2011).

A preocupação existente por parte dos profissionais de saúde em intervir junto destes casos e a necessidade de lhes promover uma melhor qualidade de vida, assim como aos idosos em geral, têm contribuído em muito para o desenvolvimento de programas de intervenção e reabilitação específicos para este quadro demencial (Guerreiro, 2005a). Uma vez que a demência de Alzheimer vai delimitando os indivíduos na realização de atividades da vida diária, assim como da sua vida social e profissional/de lazer, qualquer que seja o tipo de intervenção deve ser iniciada o mais precocemente possível, nomeadamente na fase leve da demência ou ainda na fase imediatamente anterior designada de deterioro cognitivo ligeiro (Thies & Bleiler, 2011; Petersen et al., 2001).

O tratamento não farmacológico inclui uma vasta gama de técnicas e/ou intervenções junto desta população clínica. Os programas de reabilitação cognitiva ocupam aqui um lugar de destaque, tendo como finalidade ajudar os sujeitos com demência de Alzheimer a melhorar o seu desempenho e a sua capacidade na realização de atividades básicas da vida diária, estimular funções que se encontram mais intatas e aumentar recursos a outras funções que, embora diminuídas, não estejam totalmente perdidas, de modo que exista um prolongamento da independência funcional do indivíduo (Guerreiro, 2005a). A fase da demência em que este se encontra condiciona o tipo de técnicas a utilizar, sendo crucial a realização de uma avaliação neuropsicológica inicial, recolhendo informações acerca da sua qualidade de vida, assim como da fase demencial em que se encontra, de modo a verificar se vai tirar vantagens do programa de reabilitação ou se, pelo contrário, este não lhe vai trazer quaisquer mudanças significativas para o seu quotidiano. Por exemplo, um sujeito na fase severa da DA não tira qualquer proveito de um programa de reabilitação, pois não possui as capacidades cognitivas/físicas mínimas que são necessárias (*Idem*). Posto isto, pode considerar-se que nenhuma pessoa pode ser reduzida à cognição, mas sim ser vista numa perspetiva biológica, cognitiva, emocional, familiar e social, adaptando cada intervenção às necessidades apresentadas (Caldas & Mendonça, 2005).

Na literatura encontra-se uma enorme variedade de métodos/técnicas de intervenção cognitiva nesta área. Guerreiro (2005a) considera existirem duas orientações básicas de intervenção, aplicadas individualmente ou em simultâneo, sendo uma centrada em aspetos relacionais e emocionais dos indivíduos e outra nos seus aspetos cognitivos. Dentro desta abordagem multidisciplinar, podem ser incluídas técnicas de estruturação do ambiente, orientação nutricional, orientação e suporte psicológico aos cuidadores, programas de exercício físico, treino intensivo de funções mais afetadas pela demência e uso de capacidades preservadas como base fundamental de estimulação funcional (Gold & Budson, 2008). Segundo Cohen-Mansfield (2001), para além deste tipo de estratégias, no decorrer deste tratamento é também importante intervir através de um conjunto de terapias, como é o caso da música, da terapia do animal de estimação, da gravação de vozes de pessoas familiares ao indivíduo, de programas de caminhada e entre outras. Na mesma linha de pensamento, Ball et al. (2002) acrescentam ainda como terapias muito utilizadas neste âmbito, muito embora não desenvolvidas especificamente para o efeito, a terapia de orientação na realidade (TOR), a terapia da validação (TV) e a terapia da reminiscência (TR), destacando-se esta última como a mais frequente no tratamento desta população.

A terapia da reminiscência foi desenvolvida por Butler, em 1963, que a definiu como um processo mental, universal e natural relacionado com a recuperação de memórias de acontecimentos passados, que incidiam particularmente na resolução de conflitos e no balanço de experiências significativas (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smith & Cuijpers, 2005), com vista à diminuição de eventual mal-estar no presente dos indivíduos (Butler, 1963). Trata-se de um ato ou processo, voluntário ou não, de recolha de memórias acerca de um acontecimento passado, que envolve a recordação de episódios gerais ou específicos da

vida de um sujeito (Bluck & Levine, 1998). A terapia da reminiscência pode ser realizada de forma individual ou em grupo, sendo solicitado aos indivíduos que falem sobre acontecimentos de vida, através de por exemplo um livro de memórias, fotografias, música, vídeos, revistas, jornais e artigos domésticos ou outro tipo de materiais que possam ser eficazes para as suas recordações pessoais (Guerreiro, 2005a). Normalmente recorre-se a temas variados em cada sessão ou conjunto de sessões, sendo os mesmos escolhidos pelo líder do grupo ou pela própria pessoa, no caso de terapia individual (Cappeliez & O'Rourke, 2002). A sua aplicação em quadros demenciais centra-se sobretudo na estimulação da memória autobiográfica e preservação do sentido de identidade, na promoção do bem-estar, na interação social e psicológica dos indivíduos com os seus cuidadores (Douglas, James & Ballard, 2004), na diminuição de comportamentos problemáticos (Kasl-Godley & Gatz, 2000), assim como na sua capacidade de adaptação ao dia-a-dia (Tadaka & Kanagawa, 2007).

Em simultâneo com os programas de reabilitação cognitiva, normalmente aplicados por cuidadores formais, a maioria das pessoas idosas com DA, dependentes de outrem, recebem também o designado apoio informal nomeadamente por parte de familiares e/ou amigos mais próximos, sendo a maioria deles do sexo feminino (esposa, filhas, amigas e vizinhas) (Frisch, 2002). Deste modo, muitos investigadores que trabalham nesta área tentam demonstrar a importância de intervir não só junto do indivíduo com demência, mas também junto destes cuidadores, no sentido de perlongar a qualidade de vida de ambos (Loewenstein, Acevedo, Czaja & Duara, 2004). Frisch (2002) considera relevante o desenvolvimento de programas de atenção, cuidado, apoio e tratamento, que se adequem a cada situação em particular. É importante intervir na área cognitiva, modificando ideias e crenças erradas e informando e capacitando os cuidadores para a criação de estratégias de resolução de problemas; na área psicoafectiva, aumentando a autoestima, sentimento de controlo, estado de ânimo e bem-estar psicológico; e na área relacional, potenciando redes de apoio social e favorecendo a quantidade e qualidade das relações. Acrescenta-se ainda o apoio instrumental (atividades de cuidado e limpeza), a realização de tarefas de tempos livres que tragam consequências positivas para os cuidadores, a planificação de atividades e a realização das tarefas rotineiras (*Idem*).

Em suma, a abordagem não farmacológica requer um grau de familiaridade e adaptação, tanto por parte do sujeito como do seu cuidador, à situação em causa, sendo importante que os profissionais, em parceria, criem um plano e aprendam a formular estratégias de uma forma mais independente, obtendo um tratamento mais eficaz. A escolha de cada profissional depende do tipo de comunidade e de qual realmente é a necessidade, podendo variar entre enfermeiros, psicólogos, neurologistas, terapeutas da fala e ocupacionais e entre muitos outros que possam ajudar nesta recuperação (Yaari, Tariot & Richards, 2009).

2. Demência de Alzheimer e identidade

No decorrer do processo de envelhecimento, o ser humano vai sofrendo algumas mudanças nomeadamente a nível cognitivo. À medida que a idade vai avançando, as funções cognitivas relacionadas com habilidades práticas e motoras, informações autobiográficas e conhecimento semântico tendem a manter-se estáveis, enquanto que aquelas relacionadas com informações não familiares, linguagem, conteúdo abstrato e “*lembrar de recordar*”, se vão alterando, acabando por haver um declínio progressivo das mesmas (Schlindwein-Zanini, 2010). Numa fase inicial, os familiares dos indivíduos com este tipo de características tendem a associar estas mudanças cognitivas e comportamentais a um processo normal de envelhecimento ou à presença de uma doença física por parte dos mesmos, o que nem sempre acontece, pois podemos estar perante o desenvolvimento de um quadro demencial (Cohen-Mansfield et al., 2000). A demência é uma doença assustadora que afeta grande parte da população idosa e delimita a vida dos indivíduos, nomeadamente ao nível da memória, fazendo com que, muitas vezes, se sintam frustrados, confusos e presos. À medida que vai progredindo, vai havendo também uma diminuição do sentido de identidade por parte dos mesmos (*Idem*).

O conceito de identidade deve ser percebido tendo em consideração três diferentes fases (Harré, 1998). A primeira fase, designada por «Eu da singularidade pessoal», relaciona-se com uma continuidade de pontos de vista dos sujeitos face a um mundo de objetos, no tempo e no espaço, a partir dos quais agem perante determinadas situações que lhe apareçam. A segunda fase, por sua vez, refere-se à história de vida da pessoa, aos atributos físicos e mentais que a caracterizam e às crenças que ela tem acerca desses mesmos atributos. Trata-se assim de uma fase em que o sujeito se avalia acerca do tipo de pessoa que é e acerca de quais os traços de personalidade que o caracterizam (Westius, Kallenberg e Norberg, 2010). Por fim, a terceira fase diz respeito à interação entre a pessoa e a sua esfera social e às construções que ela faz dessa mesma sociedade (Harré, 1998).

No que concerne à relação entre identidade e DA, cada uma das fases da identidade pode ocorrer em diferentes períodos do desenvolvimento deste quadro demencial (Fazio & Mitchell; 2009; Westius et al., 2010). A presença do «Eu da singularidade pessoal» na DA é evidente, transmitindo-se a partir do uso continuado dos pronomes «eu» e «mim» e pela linguagem corporal que, por sua vez, indica que este tipo de indivíduos olham para si como sujeitos, como eles mesmos (Harré, 1998). Este tipo de eu, tende a estabilizar-se com a proximidade do estágio final da demência (Fazio & Mitchell, 2009). A terceira fase da identidade, segundo Sabat e Harré (1992; cit. por Westius et al., 2010), pode atenuar com o desenvolvimento da demência de Alzheimer, dependendo das oportunidades que o indivíduo tem para expressar aspetos acerca de si mesmo, ou da falta de prontidão por parte de outras pessoas em permitir ou afirmar essas manifestações acerca da personalidade de cada um. Contrariamente a estas duas fases, a segunda fase tende a agravar-se à medida que a idade e a deterioração cognitiva vão avançando (Sabat e Harré, 1992 cit. por Westius et al., 2010).

2.1. Visão de vida e sentido de identidade na demência de Alzheimer

A DA é vista como uma espécie de ameaça para o próprio indivíduo e para a sua identidade (Clare, 2003). Fazer com que as pessoas com este quadro demencial mantenham um sentido de identidade no decorrer do progresso da demência nem sempre se revela uma tarefa fácil tanto para os cuidadores como para os profissionais que as acompanham, que as caracterizam, muitas vezes, como pessoas sem qualquer sentido do eu (Westius et al., 2010).

A visão que cada indivíduo tem da sua vida é um aspeto vital para a construção do seu sentido de identidade. É percebida como uma crença que tem acerca da sua história de vida e acerca dos atributos que a caracterizam e que o caracterizam a si mesmo, ou seja, a sua conceção da realidade, do seu sistema de valores e das suas atitudes emocionais básicas (Westius et al., 2010). O sistema de valores é um conjunto de normas fundamentais para o indivíduo, como é o caso dos princípios ideológicos e éticos (Westius et al., 2010), que são influenciadas e provocam influência sobre a manutenção e desenvolvimento da sua identidade (Anderson, 2006, cit. por Westius et al., 2010). Na opinião de Westius et al. (2010), este sistema de valores tende a estabilizar ao longo do tempo. As atitudes emocionais básicas, por sua vez, são vistas uma espécie de predisposição emocional do sujeito para responder a determinadas crises ou eventos significativos que vão ocorrendo durante o seu período de vida (Westius et al., 2010).

Num estudo de Cohen-Mansfield et al. (2000), com pessoas idosas dementes e residentes num lar, explorou-se o papel da identidade e o sentido de autoidentidade existente por parte das mesmas. O objetivo era determinar se, mesmo aquando da perda de capacidades e/ou presença de algum comprometimento cognitivo, este tipo de população mantinha uma boa identidade. Foi possível verificar que, apesar da fase avançada da demência, os indivíduos continuavam a manifestar algum sentido de identidade, muito embora alguns aspetos relacionados com a sua identidade pessoal e social tivessem sido esquecidos ou reduzidos à insignificância. Relativamente à comparação entre identidades passadas e presentes, verificou-se que muitos dos indivíduos revelaram uma certa continuidade e manutenção dos seus papéis do passado. Corroborando, também no estudo de Westius et al. (2010), com pessoas idosas com DA, nas fases leve e moderada, se obtiveram as mesmas conclusões. A visão de vida existente por parte dos participantes era percebida como um aspeto vital para a manutenção do seu sentido de identidade, verificando-se que continuavam a expressar um sentimento de significado e sentido de continuidade, nomeadamente no que concerne ao seu sistema de valores e às suas atitudes emocionais básicas. As expressões de cada um dos participantes foram indicadoras de que eles olhavam para si mesmos como sujeitos, referiam ainda interagir com a sua esfera social, assim como indicavam sentir-se sem qualquer tipo de ameaças, transmitindo as suas visões de vida, as atitudes dos outros em relação a eles e os seus sentidos de identidade.

Em suma, a visão que cada pessoa tem da sua vida é vista como uma parte significativa das crenças que constrói acerca de si mesma e do mundo, não desaparecendo mesmo aquando da existência de dificuldades de articulação de histórias de vida ou pensamentos confusos (Westius et al., 2010). De salientar ainda que, apesar das pessoas idosas com DA experimentarem mudanças com um nível progressivo de gravidade, também elas conseguem manter, muitas vezes, as suas visões de vida de uma forma contínua e sem grandes alterações (*Idem*).

Capítulo 2 - Sintomatologia Depressiva na Demência de Alzheimer

São múltiplas as variáveis, associadas com o funcionamento cognitivo, que provocam um importante impacto no decorrer do período de envelhecimento, nomeadamente na demência de Alzheimer (Berger, Fratiglioni, Winblad & Bäckman, 2005). Este tipo de quadro demencial aparece muitas vezes acompanhado de outras perturbações, como é o caso da apatia, psicoses, ansiedade, agitação, perturbações do sono e sintomatologia depressiva (Lee & Lyketsos, 2003; Veiel, 1997). A sintomatologia depressiva é, por sua vez, um dos quadros clínicos mais relacionados com a demência de Alzheimer, podendo estar associada a diferentes défices cognitivos que se vão desenvolvendo no idoso, ou ser mesmo um possível fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de quadros demenciais (Arbus et al., 2003).

A demência Alzheimer e a sintomatologia depressiva surgem assim como os dois quadros clínicos mais comuns na população idosa, podendo ocorrer individualmente ou simultâneo num mesmo indivíduo, o que por vezes dificulta o seu diagnóstico. (Berger et al. 2005; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Reys et al. 2006). No entanto, pouco se sabe acerca da história da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer (Janzing, Teunisse, Bouwens, Hof & Zitman, 2000; Olin, Katz, Meyers, Schneider & Lebowitz, 2002). Enquanto que Brodaty e Luscombe (1996; cit. por Lee & Lyketsos, 2003) dizem tratar-se de uma síndrome limitada no tempo e que pode resolver-se sem tratamento, Holtzer et al. (2003) consideram que a sintomatologia depressiva é um quadro clínico que persiste ao longo do tempo e que necessita de intervenções eficazes. Lee e Lyketsos (2003) são da opinião que este baixo consenso acerca do curso normal da sintomatologia depressiva se encontra relacionado com a oscilação dos seus sintomas à medida que se vai desenvolvendo.

Ao longo deste capítulo, faz-se referência a estes dois tipos de quadros clínicos, verificando a relação recíproca existente entre eles, assim como os problemas no diagnóstico da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer, os fatores de risco que levam ao seu desenvolvimento e as possíveis intervenções não farmacológicas neste âmbito.

1. Avaliação da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer

Com o avançar da idade, a natureza da sintomatologia depressiva tende a alterar-se, sendo fenomenologicamente diferente quando presente em jovens/jovens-adultos ou quando presente na população idosa (Postigo & Rodriguez, 1997). Esta alteração pode estar relacionada com a associação entre este quadro clínico e o deterioro cognitivo existente no período de envelhecimento, pois, na maioria das vezes, este quadro aparece ligado a

determinadas perdas orgânicas e cognitivas que se vão manifestando no indivíduo (*Idem*). A sintomatologia depressiva (SD) é assim vista como uma síndrome bastante frequente na população idosa e que surge, normalmente, associada a um contexto de perda de qualidade de vida, aparecimento de doenças graves ou a um elevado grau de sofrimento psíquico, que, por sua vez, levam o idoso a uma dependência física e perda de autonomia (Stella et al., 200). Segundo Forlenza e Caramelli (2000), os idosos que se encontram neste tipo de situações tendem a manifestar sintomas relacionados com delírios e sensação de que o seu corpo está a desmoronar, havendo um medo constante da progressão da doença e posterior dependência de outrem. Arbus et al. (2003) acrescentam ainda que a existência de pelo menos um episódio de depressão pode trazer consequências negativas para o quotidiano dos sujeitos, levando, muitas vezes, a uma institucionalização forçada e a um aumento do índice de mortalidade dos mesmos.

Para além da SD se encontrar muitas vezes associada ao desenvolvimento de défices cognitivos e/ou à presença de quadros demenciais, também ela pode conduzir a alterações no funcionamento cognitivo do indivíduo (Stella et al., 2002). Arbus et al. (2003) consideram assim que é difícil determinar qual o quadro clínico que leva ao outro, uma vez que os sujeitos deprimidos podem manifestar algumas alterações cognitivas, podendo vir a desenvolver quadros demenciais; e os sujeitos com demência podem, por sua vez, manifestar ou vir a desenvolver sintomas depressivos. Deste modo, não é claro nem fundamentado teoricamente se a depressão é um sinal precoce, uma reação ao declínio cognitivo ou se se trata de um fator predisponente para o desenvolvimento de demências, como é o caso da demência de Alzheimer (Müller-Thomsen, Arlt, Maß e Ganzer, 2005). No entanto, Arbus et al. (2003), Jorm (2000) e Postigo e Rodriguez (1997) são da opinião que a depressão, nomeadamente aquela com aparecimento tardio, está associada a um risco aumentado de demência, sendo vista como uma das principais responsáveis pelos problemas cognitivos e de memória na velhice. A presença deste quadro clínico na população idosa pode estar relacionada com problemas atencionais, deterioração cognitiva e utilização de estratégias ineficazes de organização subjetiva que, por sua vez, vão afetar os processos de aquisição e codificação da informação, reduzindo o nível de atividade e estimulação sensorial dos indivíduos (Postigo e Rodriguez, 1997).

Em suma, Postigo e Rodriguez (1997) são da opinião que existe uma relação recíproca e de complementaridade entre a SD e a DA, considerando que, à medida que a idade vai avançando (a partir dos 80 anos), aumenta a probabilidade de estes quadros aparecerem em simultâneo, levando a uma maior confusão e dificuldade no seu diagnóstico.

1.1. Problemas relacionados com o diagnóstico e avaliação da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer

A relação recíproca existente entre SD e DA e a posterior problemática no seu diagnóstico pode ser explicada pelo facto de, em ambos os casos, se manifestarem alguns sintomas cognitivos semelhantes, como por exemplo, problemas de atenção e memória, diminuição das habilidades visuoespaciais, diminuição da rapidez de processamento e alteração a nível das funções executivas, assim como a nível comportamental e social (Wright & Persad, 2007). Acrescentam-se ainda as alterações psicomotoras e as mudanças constantes de humor, como é o caso da irritabilidade e da angústia (Purandare, Burns, Craig, Faragher & Scott, 2001). Lee e Lyketsos (2003) consideram que, para além da manifestação destes sintomas, a apatia surge como o sintoma mais comum de comorbilidade, tornando-se difícil proceder à discriminação de qual o quadro presente em determinados casos. Num estudo destes mesmos autores, verificou-se que a prevalência de sintomas apáticos em indivíduos com DA é de cerca de 27%, sendo que 40% desses sujeitos também manifestam sintomas depressivos. As mesmas conclusões foram retiradas do estudo de Lyketsos et al. (2001), ao considerarem que 56% dos idosos com DA e SD, em simultâneo, têm este tipo de sintomas apáticos. Para além desta complementaridade de sintomas entre os dois quadros clínicos, também a inabilidade existente por parte destes idosos dementes em comunicar a sua angústia de uma forma coerente, é vista como um fator que pode prejudicar e/ou dificultar o diagnóstico de SD na demência de Alzheimer (Lee & Lyketsos, 2003)

Na perspetiva de Lousã Neto (1999; cit. por Stella et al., 2002) a reciprocidade e complementaridade existente entre estes dois quadros clínicos pode ser percebida de quatro diferentes modos. Podemos estar perante um quadro clínico, em que a sintomatologia depressiva se encontra relacionada com a demência de Alzheimer e os sintomas depressivos podem, sem dúvida, ser uma parte integrante desse mesmo quadro demencial. Em segundo lugar, pode existir demência simultaneamente com um quadro depressivo, em que os sintomas depressivos, por sua vez, se instalaram após a manifestação do quadro demencial. Da mesma forma, também pode tratar-se de um quadro depressivo acompanhado de um comprometimento cognitivo, em que há uma evolução dos sintomas depressivos seguida de dificuldades cognitivas, como é o caso dos problemas de concentração e de memória. Por fim, pode existir um quadro de demência associado com a depressão, em que os sintomas depressivos são vistos como os principais responsáveis do desenvolvimento e/ou presença de quadros demenciais.

Deste modo, é importante que os profissionais de saúde recorram a instrumentos que lhes permitam fazer uma avaliação cognitiva excessiva, para facilitar um correto diagnóstico diferencial entre a SD e a DA (Reys et al., 2006). Para Lyketsos e Olin (2002), um bom diagnóstico diferencial é o ponto de partida para o sucesso e tratamento da maioria destes casos. Corroborando, Almeida e Almeida (1999a) acrescentam ainda que, antes da utilização de qualquer tipo de instrumento de avaliação, o profissional de saúde deve estar

familiarizado com as diferentes características sintomatológicas presentes no indivíduo, de forma a poder, posteriormente, fazer um uso adequado de cada um deles.

São múltiplos os instrumentos de avaliação que contribuem para o diagnóstico de determinadas questões afetivas existentes por parte dos idosos, entre os quais se podem destacar a *Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton*, a *Escala de Depressão Abreviada de Zung*, o *Inventário de Beck*, a *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage*, entre outras (Tier, Santos, Pelzer & Bulhosa, 2007). Todas estas escalas/instrumentos de avaliação diferem na compreensão das diferentes categorias de sintomas relacionados com o humor depressivo, como é o caso dos sintomas cognitivos, somáticos, ansiosos e psicóticos, diferindo também na sensibilidade face a determinadas mudanças do quadro clínico, que são relevantes para um acompanhamento e eficácia das várias modalidades terapêuticas (Calil & Pires, 1998). A escolha de cada escala vai depender da sua capacidade para detetar casos e facilitar um correto diagnóstico, da sua sensibilidade para gerir determinadas mudanças que possam ocorrer ao longo do tempo, da consistência das suas medidas, assim como da sua facilidade e tempo de administração (Almeida & Almeida, 1999a).

De todos os instrumentos de avaliação mencionados, a *Geriatric Depression Scale* (GDS) é vista como um dos instrumentos mais utilizados para avaliar os sintomas depressivos na população idosa (Almeida & Almeida, 1999b; Baldwin & Wild, 2004). Trata-se de um método de avaliação muito utilizado pelos profissionais de saúde uma vez que, para além da sua versão original, existem ainda versões reduzidas, o que de certa forma aumenta a probabilidade de escolha e adequação da melhor versão face a um determinado caso (*Idem*). Almeida e Almeida (1999b) consideram que, durante os últimos anos, se tem verificado uma quebra na utilização da versão original deste tipo de instrumento, cedendo espaço para as restantes versões reduzidas, que por sua vez, permitem uma melhor e mais rápida administração, assim como uma maior facilidade por parte do profissional em detetar casos de depressão. Apesar de a GDS ser um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de sintomas depressivos, é crucial haver uma combinação de múltiplos instrumentos/escalas, de modo que exista um maior número de informação adicional para que o profissional possa fazer comparações e proceder a uma avaliação mais excessiva e credível (Coleman, Philip & Mullee, 1995, cit. por Gonçalves, 2006).

Para haver uma avaliação correta da depressão, é não só necessário utilizar este tipo de escalas, como também ter conhecimento dos fatores que podem estar na origem deste quadro clínico, nunca esquecendo também a singularidade da pessoa humana e a necessidade de haver uma avaliação das suas características e vivências individuais, como é o caso das habilidades cognitivas, estado afetivo, comportamento diário, capacidade para a realização de tarefas da vida diária, as suas necessidades e o contexto em que se encontra inserida (Tier et al., 2007).

1.2. Incidência da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer

A SD é um quadro clínico bastante frequente ao longo do ciclo vital, aparecendo, na maioria das vezes, em forma de «U». Durante a juventude, tende a alcançar números elevados, diminuindo durante a idade adulta e, quando próxima da velhice, volta a atingir valores semelhantes àqueles do período inicial (Postigo e Rodriguez, 1997). Deste modo, muito embora se considere que a prevalência da depressão tenda a diminuir ou a manter-se estável desde a idade adulta até por volta dos 80 anos, segundo Postigo e Rodriguez (1997), a partir desta idade este quadro clínico passa a ser mais comum, manifestando-se em maior número na população feminina, nomeadamente em idosas institucionalizadas ou com um baixo nível de habilitações literárias.

À medida que a idade vai avançando e com a proximidade do período de envelhecimento, a SD surge muitas vezes associada a perdas cognitivas, manifestando-se com enorme relevância em indivíduos com demência de Alzheimer (Lyketsos et al., 1997; Müller-Thomsen et al., 2005; Newman, 1999). Corroborando, Steinberg et al. (2008) consideram que dois terços dos idosos com DA tendem a desenvolver quadros depressivos, associados, muitas das vezes, a determinadas perdas cognitivas. Lyketsos et al. (1997) consideram que a prevalência da SD em sujeitos com DA é de cerca de 50%, sendo que 23% dos casos são de Depressão Major. Lee e Lyketsos (2003), por sua vez, são da opinião que a taxa de incidência deste quadro depressivo varia entre os 30% e os 50%, podendo atingir percentagens mais extremas que vão desde 1% a 90%. Estas considerações podem ser comprovadas com as conclusões retiradas dos mais diversos estudos acerca desta temática. Por exemplo, num estudo de Arbus et al. (2003) com 578 idosos dementes, verificou-se que, cerca de 40% manifestavam sintomatologia depressiva. Lyketsos et al. (2000) complementam estas ideias, ao confirmar que 20% dos indivíduos com DA desenvolvem SD, num período curto de um mês. Na opinião de Janzing et al. (2000), os idosos dementes institucionalizados, por sua vez, tendem a desenvolver este tipo de quadro depressivo após cerca de três anos e meio da sua institucionalização.

Na perspetiva de Müller-Thomsen et al. (2005) a prevalência da SD na DA depende, muitas vezes, do grau de severidade em que se encontra essa demência. Num estudo destes mesmos autores, pôde verificar-se que a SD é mais comum nas fases iniciais da demência (26.8%) do que nas fases moderada e severa (15.7%). As mesmas conclusões foram retiradas num estudo de Lyketsos et al. (2000), onde se confirmou que os idosos nas fases iniciais da DA são mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos, do que aqueles que se encontram nas fases moderada e severa.

1.3. Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer

São muitas as dúvidas que persistem acerca do desenvolvimento de quadros depressivos na demência de Alzheimer (Simpson, Allen, Tomenson & Burns, 1999). Cada vez mais a SD tende a manifestar-se precocemente nos indivíduos, nomeadamente com idades compreendidas entre os 15 e os 54 anos (Kessler et al., 1994). Esta manifestação precoce pode ser vista como um importante fator de risco para o seu desenvolvimento em idades mais tardias (Jorm, 2000). Em estudos deste mesmo autor, comprovou-se que idosos dementes com uma história de sintomatologia depressiva precoce são mais vulneráveis ao desenvolvimento deste quadro clínico do que aqueles sem qualquer tipo de história depressiva. Corroborando, em estudos de Fahim et al. (2003) e Lyketsos, Tune, Pearlson e Steele (1996), com idosos com DA e diagnóstico de SD, pôde verificar-se que 27.2% deles já tinham manifestado sintomas depressivos antes do desenvolvimento da demência e que cerca de 60% tinham uma história familiar de desordens de humor.

Simpson et al. (1999), por sua vez, consideram que os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento de quadros depressivos na DA são os fatores psicológicos. Nas fases iniciais da demência, os idosos começam a aperceber-se das suas perdas cognitivas, aumentando a probabilidade de desenvolverem determinados sintomas depressivos (Lyketsos et al., 2000). Trata-se de uma espécie de reação emocional do indivíduo face ao declínio cognitivo que se faz sentir (Heun et al., 2002), não conseguindo, muitas das vezes, adaptar-se à sua nova vida e à não cura da sua doença, começando a manifestar algumas alterações afetivas. Num estudo de Derouesné et al. (1999) verificou-se que, apesar de muitos dos idosos com quadros demenciais não terem uma perceção correta acerca da gravidade da sua doença, 25% deles estão conscientes da deterioração cognitiva que os afeta.

No entanto, nem sempre a consciência que a pessoa idosa com demência tem acerca dos seus défices e/ou incapacidades cognitivas está associada com o desenvolvimento posterior de quadros depressivos (Migliorelli et al. 1995). A presença de SD em idosos com DA aparece, na maioria das vezes, relacionada com fatores biológicos. As mudanças neurodegenerativas podem ser vistas como uma causa direta para o desenvolvimento de sintomas depressivos nos quadros demenciais, uma vez que acarretam alterações negativas nas regiões cerebrais que envolvem as regulações de humor, fazendo com que os idosos comecem a manifestar algumas mudanças afetivas (*Idem*).

Em suma, pode considerar-se que existe uma enorme heterogeneidade etiológica da SD na DA, pois pode dever-se às mais diversas causas e manifestar-se das mais variadas formas (Lee & Lyketsos, 2003).

1.4. Tratamento não farmacológico da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer

São múltiplas as estratégias para intervir na sintomatologia depressiva em idosos com demência de Alzheimer. Destacam-se como algumas das mais frequentes as intervenções focadas nos pacientes, as intervenções centradas nos cuidadores, as terapias orientadas para a emoção, a terapia da reminiscência, os grupos de suporte/apoio ao paciente, as intervenções de estimulação (dança, exercício, trabalhos de artes) e as terapias sociais (Lee & Lyketsos, 2003; Tune, 1998).

Neste tipo de tratamento não devemos apenas cingirmos ao idoso em si, reduzindo a sua sintomatologia, mas também utilizar abordagens mais holísticas que nos permitam tratar, ou pelo menos diminuir, os distúrbios existentes no quadro demencial, de modo que haja uma estabilização do funcionamento cognitivo do sujeito (Arbus et al., 2003). Amado-Boccaro, Gougoulis, Littré, Galinowski e Lôo (1995), consideram que esta intervenção e preservação do funcionamento cognitivo são fatores cruciais para o posterior sucesso no tratamento da SD neste tipo de quadro demencial.

Capítulo 3 - Memória Autobiográfica na Demência de Alzheimer

À medida que a idade vai avançando e com a proximidade do período de envelhecimento e/ou desenvolvimento de possíveis quadros demenciais, tendem a verificar-se algumas alterações a nível da memória, nomeadamente relacionadas com a recordação de eventos/acometimentos passados, ou seja, com memórias autobiográficas (Meulenbroek, Rijpkema, Kessels, Rikkert & Fernadéz, 2010).

A memória autobiográfica é vista como a forma mais complexa de memória que surge da interação entre memórias episódicas e semânticas e da relação entre estas e o sentido de identidade e continuidade do *self* existente por parte do indivíduo (Piefke & Fink, 2005). Trata-se de uma espécie de narrativa que o sujeito faz acerca da sua história de vida, que o caracteriza e acaba por lhe dar um sentido de identidade, positivo ou negativo, consoante a sua adaptação a essas memórias/recordações (Radvansky, Copeland e Zwann, 2005). Webster (2003) acrescenta ainda que este tipo de memória se centra numa abordagem funcional, tentando compreender qual o papel das memórias passadas na adaptação do indivíduo ao seu quotidiano, assim como na capacidade de ele lidar e enfrentar com sucesso todas as exigências do seu dia-a-dia.

Ao longo deste capítulo é feita uma contextualização teórica acerca da memória autobiográfica, sua organização hierárquica e funções, terminando com uma breve análise do tipo de memórias autobiográficas mais comuns na população idosa com demência de Alzheimer e com sintomatologia depressiva.

1. Memória autobiográfica: conceptualização teórica e aspetos gerais

A memória autobiográfica (MA) é um subtipo de memória explícita e declarativa que consiste na re-experiência de um determinado acontecimento, situado no tempo e no espaço, que advém da maturação biológica e do desenvolvimento cognitivo, social e comunicacional do sujeito (Nelson & Fivush, 2004). Trata-se de uma história de vida baseada na recolha de determinados acontecimentos significativos para o indivíduo, ou seja, na recuperação de um conjunto de informações e lembranças que vêm sendo acumuladas no decorrer do processo de desenvolvimento, desde uma idade mais precoce, que permitem construir um sentido de identidade e continuidade de vida (Birren & Schroots, 2006; Matuszewski, Piolino, Desgranges e Eustache, 2005). Este tipo de lembranças compreendem tanto os conteúdos como os afetos do indivíduo face à situação recordada, permitindo uma melhor codificação e recuperação das diferentes memórias por parte do mesmo (Conway e Pleydell-Pearce, 2000). De um modo

mais específico, Nakash e Brody (2006) caracterizam a MA como se tratando de construções mentais explícitas que o sujeito faz acerca dos diferentes acontecimentos da sua vida, assim como das diferentes emoções com eles relacionados. Corroborando, Gilboa (2004) considera que este tipo de memória se relaciona com sentimentos de adequação, normalmente instintivos, próprios para avaliar a relação entre as memórias recuperadas e o esquema de *self* construído pelo indivíduo.

Apesar de este processo de recuperação de memórias parecer simples, o facto de a nossa memória ser uma reconstrução constante de acontecimentos nem sempre facilita a sua ocorrência. Existem determinados eventos que ocorrem ao longo do ciclo de vida, muitas vezes com bastante frequência, que nem sempre são recordados a longo prazo, existindo outros que, por sua vez, são lembrados com muita facilidade, precisão e intensidade (Westbury & Dennett, 2000). Esta facilidade na recuperação de informações/eventos passados depende, de certo modo, da frequência de ocorrência do acontecimento a recordar, da participação do sujeito no processamento da informação, da existência de determinadas perturbações e/ou problemas mal resolvidos relacionados com o evento e até do simples anseio existente por parte do sujeito relacionado com possíveis comentários e/ou críticas de outrem (Moscovitch, Nadel, Winocur, Gilboa & Rosenbaum, 2006). Blagov e Singer (2004), Conway (2001a) e Thorne, Mclean e Lawrence (2004) acrescentam ainda que os acontecimentos mais facilmente recordados prendem-se com memórias disponíveis e/ou eventos marcantes para os indivíduos que acabam por tornar-se duradouras e revividas em qualidade quase sensorial, proporcionando uma organização trajetória ao indivíduo e uma compreensão da sua própria história de vida.

Deste modo, quando se fala em recordação de memórias autobiográficas devemos ter em consideração três diferentes processos (Rubin, Schrauf e Greenberg, 2003). O primeiro processo, designado de recordação e crença, diz respeito às qualidades do estado subjetivo dos eventos do passado, ou seja, à capacidade existente por parte do sujeito em reviver o evento original e em lembrá-lo tal como ele aconteceu e não apenas que ele ocorreu. O segundo processo, por sua vez, centra-se na linguagem e revivência das emoções, sendo que o sujeito pode lembrar um determinado acontecimento baseando-se em palavras, imagens, narrativas e histórias coerentes ou mesmo pedaços de histórias desorganizadas acerca dos acontecimentos. Por fim, no que concerne ao terceiro processo, este encontra-se relacionado com a relevância da memória do sujeito, ou seja, com a importância que o sujeito atribui ao acontecimento, frequência com que o recorda, especificidade e período em que ocorreu (*Idem*).

1.1. Organização da memória autobiográfica

A MA organiza-se de uma forma hierárquica (Conway, Singer & Tagini, 2004). No topo da sua hierarquia estão inseridas diferentes representações abstratas acerca de um determinado período de vida, enquanto que na sua base, por sua vez, existem memórias

autobiográficas de acontecimentos específicos que os sujeitos vão recordando ao longo do tempo. Assim, os diversos acontecimentos que vão surgindo ao longo do processo vital podem ser recordados pelo indivíduo de uma forma mais geral ou mais específica, ou seja, ele pode limitar-se apenas a fazer descrições gerais de determinados eventos (memória semântica) ou, por outro lado, pode centrar-se em descrições mais específicas que situem esses mesmos eventos num determinado período espaço-temporal (memória episódica) (Pillemer, Wink, Didonato & Sanborn, 2003).

A memória semântica é vista como uma representação de factos acerca da vida e/ou mundo de um determinado indivíduo que não se encontra relacionada com eventos específicos, devido à ausência de determinados detalhes contextuais (Tulving, 2002). Relaciona-se com a memória de palavras, ideias e conceitos que são independentes de um determinado contexto temporal e/ou espacial, sendo que o seu comprometimento pode ser sinónimo de discursos vagos, dificuldades de nomeações verbais, assim como dificuldades no completamento de frases (Matuszewski et al., 2005). A memória episódica, por sua vez, diz respeito a um sistema de gravação de informações específicas experienciadas pelo sujeito, num determinado período de tempo, relativas a diferentes contextos e/ou situações em que esteve inserido (Matuszewski et al. 2005; Tulving, 2002). Raes et al. (2006a) dizem ainda tratar-se um sistema de recordação de eventos específicos ou ocasiões especiais, relativos ao passado de um determinado indivíduo, que não duram mais de umas horas ou um dia. Conway (2001b) considera assim que este tipo de memória se encontra relacionada com eventos recordados pelo indivíduo de uma forma consciente e, como tal, revividos pelo mesmo numa fase posterior.

Para além destas constituintes da MA, também as componentes temática e temporal fazem parte da organização da mesma, tratando-se de dois tipos de elementos que facilitam a associação entre as diferentes memórias semânticas e episódicas, permitindo uma posterior codificação e evocação das mesmas (Conway, 1996). Conway e Rubin (1993) fazem ainda referência ao papel desempenhado pelo sujeito na recordação de diversos tipos de informação passada, considerando-o como crucial para a componente episódica da memória, nomeadamente aquando de mudanças do autoconceito ou presença de desejos ou receios por parte do mesmo que, por sua vez, levam ao desencadear de diferentes informações autobiográficas.

1.2. Funções da memória autobiográfica

Quando fazemos referência às funções da memória autobiográfica, atribuímos-lhe desde logo dois distintos significados, estando um relacionado com o uso que o sujeito faz das suas memórias autobiográficas e outro com questões relativas à sua adaptabilidade ou não a esse tipo de memórias (Bluck, Alea, Habermas & Rubin, 2005). As memórias autobiográficas desempenham três diferentes funções, encarregando-se de reforçar o sentido do *self*,

promover a vertente social do *self*, assim como projetar o *self* no futuro (Bluck & Alea, 2002; Hou, Miller & Kramer, 2005; Lemogne et al., 2006; Pillemer et al., 2003).

a) Funções do *self*

A recordação das diferentes memórias autobiográficas serve para uma variadíssima gama de propósitos específicos, destacando-se como um dos mais importantes a estabilidade e manutenção de um sentido de identidade articulado por parte do indivíduo (Bluck & Habermas, 2000; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Eakin, 2000; Ross & Wilson, 2000). Corroborando, Barclay (1996) considera ainda que este tipo de memórias permite também desenvolver e/ou manter uma personalidade coerente ao longo do tempo. Webster (2003), por sua vez, caracteriza esta função como estando relacionada com a recordação de memórias consistentes por parte de um indivíduo, como se se tratasse de um tipo particular de pessoa com um conjunto de valores sincrónicos e objetivos específicos, que o levam a construir um determinado esquema acerca de si mesmo baseado nessas diferentes lembranças.

Deste modo, pode verificar-se que existe uma relação de complementaridade entre as memórias autobiográficas e o bom funcionamento do indivíduo, pois há um fornecimento de determinadas narrativas acerca da história de vida do mesmo que podem levar à continuidade do seu *self* (Lemogne et al., 2006). As memórias autobiográficas surgem assim como uma espécie de regulação de emoções e valorização do autoconceito dos indivíduos, permitindo também uma estabilidade dos mesmos ao longo do estágio de desenvolvimento (Cohen, 1998).

Em suma, Conway (1996) considera que a adequação do conhecimento autobiográfico depende, neste caso, da capacidade de apoiar e promover a continuidade do *self* de um determinado sujeito. Da mesma forma, Bluck e Levine (1998) acrescentam que a probabilidade de uma boa recuperação de memórias autobiográficas aumenta aquando da compatibilidade entre essa recuperação e os esquemas previamente construídos pelos sujeitos. Corroborando, segundo Webster (2003) não existe qualquer dúvida de que o conceito-chave neste tipo de funções assenta no consolidar do eu e manutenção do sentido de identidade de cada sujeito.

b) Funções sociais/comunicativas

A MA tem vindo a ocupar um lugar de destaque no desenvolvimento, manutenção e nutrir de laços sociais (Pillemer, 2003). As suas funções sociais assentam nomeadamente na formação e manutenção de vínculos emocionais por parte do sujeito, permitindo a construção de uma relação íntima entre este e outros significativos e facilitando a transmissão de informação para com o seu grupo de pares e/ou familiares mais próximos (Fivush & Reese, 2002; Pasupathi, Lucas & Coobs, 2002). São funções relacionadas principalmente com o desenvolvimento e manutenção de intimidade numa relação, capacidade existente por parte

de outrem em dar um conselho e/ou uma opinião e intuito de ensinar e eliciar empatia (Alea & Bluck, 2003). Segundo Webster (2003), neste tipo de funções podem ainda estar presentes um determinado número de memórias relacionadas, por exemplo, com um conjunto de dinâmicas familiares, amorosas e de amizades, assim como objetivos mais explícitos, como é o caso do uso de memórias do passado para dar diferentes lições de vida a cada indivíduo.

A função social mais básica da memória prende-se com o simples fornecimento de material de conversação que, por sua vez, vai facilitar uma melhor interação social do indivíduo com o seu meio, assim como criar uma relação de empatia com os outros, acabando por haver uma melhor compreensão dos mesmos (Cohen, 1998). Pode considerar-se assim que as diferentes memórias existentes por parte de um sujeito podem ser compartilhadas com pessoas que fizeram ou não parte delas, podendo servir para dar informações ao ouvinte acerca de um dado acontecimento, no caso de este não fazer parte da memória, ou caso contrário servir de intimidade ou elo de ligação entre aqueles que a constituem (Fivush, Haden e Reese, 1996).

c) Funções diretivas

As funções diretivas da memória relacionam-se com uma espécie de desenho de experiências passadas que ajudam o sujeito a lidar com determinadas preocupações do seu dia-a-dia e a obter resolução para os seus problemas, preparando também ações futuras (Ross & Wilson, 2000). Apoiam também o indivíduo no desenvolvimento de opiniões e atitudes face às quais não havia uma certeza por parte do mesmo (Cohen, 1998). As memórias autobiográficas permitem obter determinados significados de acontecimentos de vida, assim como interpretar e avaliar esses mesmos acontecimentos, de modo a perceber o que está na sua origem (Bluck et al., 2005). Bluck e Glück (2004) são assim da opinião que este tipo de função induz o indivíduo a usar as suas experiências/recordações passadas, de modo a construir determinados modelos que lhe permitam compreender o mundo interior dos outros e posteriormente prever os seus comportamentos futuros. São funções diretivas da memória autobiográfica a evocação de acontecimentos passados e a posterior verificação do seu papel na resolução de problemas, tomada de decisões ou atitudes, compreensão de comportamentos externos e na perceção que o indivíduo tem do mundo e cumprimento de regras que lhe são impostas (Bluck, 2003).

Em suma, o objetivo principal destas funções passa pela aplicação de conhecimentos esquemáticos e eventos específicos que levem a uma orientação dos comportamentos/pensamentos presentes e futuros de um determinado indivíduo (Bluck et al., 2005; Webster, 2003).

Fazer uma análise das diferentes funções da MA fornece uma visão diferente e mais complementar acerca das recordações de cada indivíduo, pois para além de permitir que seja atribuída a capacidade e veracidade da memória (memória como organismo de processamento da informação), permite também analisar a sua utilidade, ou seja, o que o indivíduo faz com as memórias do seu passado e como as utiliza no seu quotidiano (memória como um organismo de processamento da informação em contexto ecológico) (Bluck et al., 2005).

2. Memória autobiográfica e demência de Alzheimer

Os indivíduos com DA manifestam diferentes alterações a nível da MA relativamente aos indivíduos sem qualquer tipo de quadro demencial (Meulenbroek et al., 2010). Este tipo de população tende a produzir menos memórias autobiográficas, nomeadamente relacionadas com eventos mais específicos (Haj, Postal, Gall & Allain, 2011).

A MA começa geralmente a ser prejudicada nas fases iniciais da demência, sendo visíveis algumas alterações e esquecimentos frequentes por parte do indivíduo, tanto no que concerne à recordação de eventos gerais como mais específicos (Graham e Hodges, 1997). No entanto, nos estádios iniciais da demência a memória episódica é a mais prejudicada, ou seja, existe uma maior dificuldade por parte do sujeito em recordar determinados eventos/acontecimentos específicos situados no tempo e no espaço, tendo uma maior tendência para se centrar em memórias mais gerais de um passado mais distante (Heindel, Salmon & Butters, 1993). Da mesma forma, Matuszewski et al. (2005) consideram que os indivíduos com DA manifestam dificuldades na distinção de eventos mais específicos, sendo que na fase inicial da demência ainda são capazes de dar informações específicas acerca de um determinado evento ou situação (um canário é amarelo), enquanto que nas fases mais avançadas apenas fazem referência a eventos mais gerais (um canário é uma ave). Num estudo de Small e Sandhu (2008), acerca do comprometimento episódico em indivíduos com DA, verificou-se que os pacientes com este tipo de quadro clínico manifestam reduções na sua capacidade para relembrar eventos de vida específicos relacionados com qualquer fase do seu desenvolvimento. Por fim, Sadek et al. (2004) referem que neste âmbito episódico das memórias, as recordações de eventos mais recentes são as mais prejudicadas negativamente, podendo este facto estar relacionado com a maior quebra/diminuição da memória a curto prazo neste tipo de população.

Uma vez que a MA e o sentido de identidade se encontram relacionados entre si, é importante estudar o impacto das alterações deste tipo de memória nos sujeitos com DA (Naylor & Clare, 2008). A maioria dos indivíduos com este tipo de demência, nos estádios iniciais, revelam-se conscientes face ao seu funcionamento cognitivo e situação atual em que se encontram, não havendo qualquer alteração do seu sentido de identidade e continuidade. No entanto, num estudo de Addis e Tippett (2004) demonstrou-se que nem sempre isto

acontece, pois os seus participantes com este tipo de quadro demencial estavam conscientes da sua patologia, revelando alterações tanto a nível semântico como episódico, havendo por parte dos mesmos um sentido de identidade alterado, mais fraco e negativo. Por sua vez, num estudo de Naylor e Clare (2008), verificou-se que as pessoas com este tipo de demência, mas sem consciência acerca do seu funcionamento cognitivo e/ou estado da sua memória, demonstraram um sentido mais positivo e definitivo de identidade. Deste modo, segundo estes mesmos autores, a consciência reduzida por parte do sujeito acerca do seu funcionamento cognitivo pode ser vista como uma função protetora contra as ameaças do sentido de identidade e continuidade por parte do mesmo e posterior desenvolvimento de quadros depressivos.

3. Memória autobiográfica e sintomatologia depressiva

A relação entre MA e SD tem vindo a ser explorada por diversos autores no sentido de analisar os vários fatores envolvidos, sem deixar de parte a complexidade de ambas as temáticas (Aurélio & Cláudio, 2009). Estes conceitos parecem estar relacionados entre si, uma vez que a presença de SD provoca alterações ao nível da MA das pessoas e o tipo de memórias autobiográficas recuperadas podem, por sua vez, levar ao desenvolvimento ou manutenção/agravamento de quadros depressivos (e.g. Dalgleish, Spinks, Yend & Kuyken, 2001; Gibbs & Rude, 2004).

Em geral, sujeitos que apresentam SD têm mais dificuldades em recuperar MA específicas, tendendo para uma recuperação mais generalizada de eventos, onde restam apenas lembranças nebulosas e difusas acerca de todo o seu percurso de vida (Pergher, Grassi-Oliveira, De Ávila & Stein, 2006), designada de supergeneralização (Gibbs & Rude, 2004). A supergeneralização é vista como uma tendência para recordar eventos do passado de uma forma demasiado simplista, sintética e genérica, relacionada sobretudo com a falta de especificidade espaço-temporal das informações recuperadas (Peeters, Merckelbach e Boon-Vermeeren, 2002). Pode funcionar como uma espécie de mecanismo dinâmico de regulação da afetividade (Hermans, Decker, Peuter, Raes & Williams, 2007) que atua como uma estratégia de evitamento na recuperação de determinados afetos negativos que possam causar algum mal-estar aos indivíduos. Assim, pessoas com SD recordam categorias de acontecimentos em vez de um só acontecimento (Williams et al., 2007) e repetem eventos da sua vida que consideram ser mais significativos, resumindo-os, frequentemente, em naturezas muito semelhantes (por exemplo substituir a informação “Domingo eu disse adeus ao meu filho quando ele partiu para Paris” por uma categoria muito semelhante, mas generalizada, “às vezes eu tenho que dizer adeus”) (Williams, 1996). Esta reduzida especificidade de recuperações e a tendência por parte dos indivíduos com SD para recordar eventos mais gerais, torna a sua recuperação mais lenta e, muitas das vezes, leva ao agravamento do seu estado emocional (Raes et al., 2006b). Em diversos estudos com pessoas com este tipo de

quadro clínico, observou-se uma relação entre recuperações gerais e um prognóstico mais reservado de SD, sendo que a especificidade das MA permanecia inalterada mesmo aquando do declínio dos sintomas (e.g. Brittlebank, Williams & Ferrier, 1993; Dalgleish et al., 2001; Peeters et al., 2002).

Da mesma forma, também os indivíduos com SD tendem a enviesar negativamente as suas memórias autobiográficas, apresentando um maior número de recuperações negativas do que positivas acerca da sua vida (Brewin, Reynolds & Tata, 1999), o que se pode revelar um fator preponderante para a génese ou manutenção/agravamento de quadros depressivos (Kuyken & Dalgleish, 1995). Clark, Beck e Alford (1999) justificam esta circunstância com a congruência de humor, normalmente, apresentada por estes indivíduos, considerando que existe uma maior acessibilidade por parte dos mesmos a esquemas negativos auto-referentes, relacionados com situações de vida menos positivas ou que lhes causaram mais sofrimento, mas que são preferencialmente recordadas. Deste modo, considera-se que o *self* dos sujeitos com este tipo de patologia não assume um papel regulador ao nível do processamento e evocação de informação que deveria assumir, o que faz com que as memórias negativas prevaleçam face às memórias positivas. Este efeito de congruência tende a revelar-se mais forte à medida que a severidade da SD se vai instalando nos indivíduos (*Idem*).

No entanto, muito embora os estudos demonstrem que a supergeneralização e a negatividade das memórias autobiográficas sejam uma característica clara da SD e antecipem o desenvolvimento crónico da mesma, pouco ainda se sabe acerca dos mecanismos que explicam este facto (Williams, 2004).

Parte II - Corpo empírico

Capítulo 4 - Apresentação do estudo

1. Problema de estudo

No âmbito deste estudo pretende-se avaliar os níveis de sintomatologia depressiva e a abrangência de memórias autobiográficas em pessoas idosas na fase leve e moderada da demência de Alzheimer. Objetiva-se também analisar a relação entre o tipo de memórias recuperadas e a sintomatologia depressiva.

2. Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza quantitativa e transversal, uma vez que os dados foram recolhidos num só momento (Almeida & Freire, 2003). Da mesma forma, é um estudo descritivo, na medida em que se centra na recolha de dados e na análise de eventos, fenómenos e contextos, de uma forma mais aprofundada, com vista à descrição de uma amostra específica (Sampieri, Collado & Lucio, 1991). Pode ainda caracterizar-se como correlacional, pois foram efetuadas correlações entre diferentes variáveis em estudo.

Deste modo, pretende-se com este tipo de metodologia a obtenção de resultados que sejam fiáveis, podendo ser retiradas posteriores conclusões e comparados os resultados com outros estudos já existentes.

3. Objetivos do estudo

Tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada, destacam-se como objetivos da presente investigação:

1. Avaliar os níveis de sintomatologia depressiva em pessoas idosas com demência de Alzheimer nas fases leve e moderada;
2. Averiguar se existem diferenças nos níveis de sintomatologia depressiva em pessoas idosas com demência de Alzheimer nas fases leve e moderada;
3. Avaliar a especificidade de memórias autobiográficas dos participantes;
4. Analisar se existe uma correlação negativa entre a sintomatologia depressiva e as memórias autobiográficas específicas e se se encontra uma correlação positiva entre a sintomatologia depressiva e as memórias autobiográficas gerais;
5. Analisar se existe uma correlação negativa entre a sintomatologia depressiva e as memórias autobiográficas positivas e se se encontra uma correlação

positiva entre a sintomatologia depressiva e as memórias autobiográficas negativas;

4. Método

4.1. Participantes

Na presente investigação, tendo em consideração os objetivos delineados, foram apenas selecionados sujeitos que preenchiam determinados critérios de inclusão: (1) pessoas idosas com idade superior a 60 anos; (2) e que se encontram na fase leve e moderada da demência de Alzheimer, de acordo com a pontuação obtida no *Mini Mental State Examination* (MMSE) da versão portuguesa de Guerreiro et al. (1994).

Deste modo, participaram no estudo 40 indivíduos que se encontram na fase leve e moderada da demência de Alzheimer, utentes do serviço de Neurologia da Unidade Local de Saúde de Bragança e Mirandela, sendo 28 (70%) do sexo feminino e os restantes 12 (30%) do sexo masculino. A idade dos participantes varia entre o mínimo de 63 anos e máximo de 92 anos, daí um valor médio (\pm desvio padrão) de 77,25 (\pm 7,36) anos. Caracterizando a amostra por faixas etárias, pode verificar-se que 14 (35%) inquiridos têm idade inferior a 75 anos, 11 (27,5%) idade compreendida entre os 75 e os 85 anos e 15 (37,5%) acima dos 85 anos.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que 19 (47,5%) indivíduos são casados, 17 (42,5%) são viúvos, 3 (7,5%) estão divorciados e apenas 1 (2,5%) é solteiro.

No que concerne às habilitações literárias, é visível que a maioria dos participantes (27; 67,5%) possuem estudos até à 4ª classe, 8 (20%) são analfabetos, 4 (10%) possuem estudos até ao 9º ano e apenas 1 (2,5%) frequentou o ensino superior. Os dados apresentados podem observar-se na tabela 4.

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica da amostra (n=40)

Variáveis Sociodemográficas	N	%
Sexo (n=40)		
Feminino	28	70,0
Masculino	12	30,0
Idade (n=40)		
Menos de 75 anos	14	35,0
Entre 75 e 85 anos	11	27,5
Mais de 85 anos	15	37,5
Estado Civil (n=40)		
Solteiro	1	2,5
Casado	19	47,5
Divorciado	3	7,5
Viúvo	17	42,5
Habilitações Literárias (n=40)		
Analfabeto	8	20,0
Até 4ª Classe	27	67,5
Até ao 9º ano	4	10,0
Ensino Superior	1	2,5

Na figura 1, por sua vez, estão apresentados os resultados relacionados com a frequência absoluta e relativa das fases de demência. Observa-se que 22 (55%) pessoas idosas apresentam demência moderada e as restantes 18 (45%) apresentam demência leve.

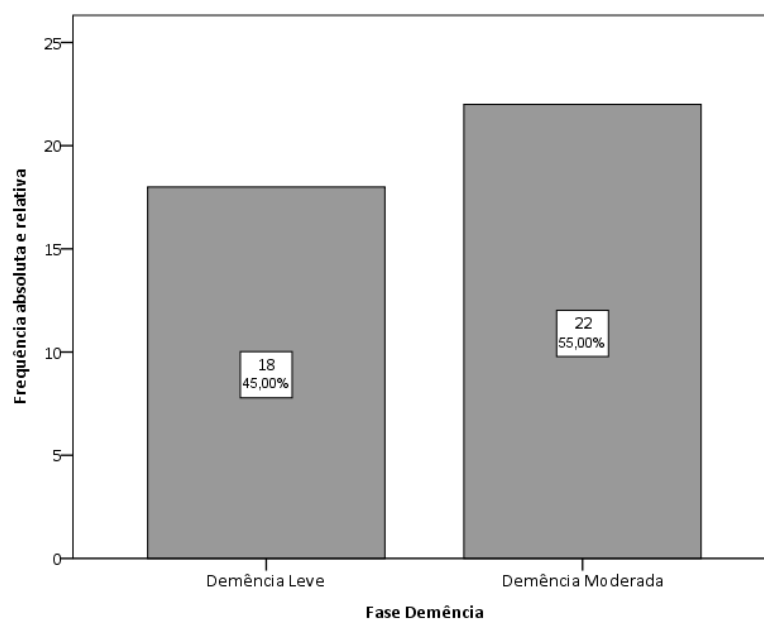


Figura 1. Gráfico de barras das frequências absoluta e relativa quanto à fase de demência (n=40)

4.2. Instrumentos

De acordo com os objetivos de estudo, foram selecionados três diferentes instrumentos para a recolha de dados. O *Mini Mental State Examination* (MMSE), com a finalidade de avaliar o funcionamento cognitivo; a *Geriatric Depression Scale* (GDS), para avaliar a presença de sintomatologia depressiva; e o *Autobiographical Memory Test* (AMT) com o objetivo de registar a especificidade de memórias autobiográficas recordadas pelos participantes.

Mini Mental State Examination (MMSE)

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh, em 1975, com a finalidade de avaliar o funcionamento cognitivo dos indivíduos. Inicialmente, aquando do seu aparecimento, tinha como objetivo avaliar e distinguir os quadros orgânicos dos quadros funcionais, passando, com o avançar do tempo, a ser também utilizado como um instrumento de avaliação e diagnóstico das demências (Almeida, 1998; McKhann et al., 1984). Na perspetiva de Brucki et al. (2003) é um importante instrumento de avaliação do comprometimento cognitivo que, como método clínico, pode servir para detetar determinadas perdas cognitivas e acompanhar a evolução de sintomas demenciais; e, como método de pesquisa, pode ser usado em estudos epidemiológicos, juntamente com muitas outras escalas, com a finalidade de comprovar e/ou comparar determinados resultados obtidos.

É um teste simples e de rápida aplicação (10-15 minutos), adequado à população idosa com quadros demenciais leves a severos, que avalia funções cognitivas específicas, como é o caso da orientação, retenção, registo de dados, atenção, cálculo, memória e linguagem (Abreu et al. 2005). A sua pontuação varia entre os 0 e os 30 pontos, sendo atribuído 1 ponto aquando de uma resposta correta e 0 pontos aquando de uma resposta incorreta. Na orientação são atribuídos 10 pontos (5 pontos para a orientação no tempo e 5 pontos para a orientação no espaço), no registo de palavras 3 pontos, na atenção e cálculo 5 pontos, na memorização de palavras 3 pontos, na linguagem 8 pontos e na capacidade construtiva e visual 1 ponto (Almeida, 1998). Muito embora a pontuação máxima seja 30 pontos, segundo Grilo (2009) o limiar da demência começa a manifestar-se entre os 21 e os 24 pontos. Se o sujeito tiver uma pontuação entre 21 e 24 pontos, podemos estar perante um caso de demência ligeira, se tiver entre 10 e 20 pontos, pode ser um caso de demência moderada e quando tem uma pontuação inferior a 10 pontos, já se encontra numa fase mais grave da demência. No momento de interpretação dos resultados, o avaliador deve relacionar as pontuações obtidas com a idade e nível académico de cada sujeito, pois os pontos de corte da escala assim o indicam (Grilo, 2009).

O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva e Botelho (1994), tendo sido definidos diferentes pontos de corte de acordo com as habilitações literárias de cada sujeito. Assim, consideravam-se com défice cognitivo sujeitos analfabetos com uma pontuação inferior ou igual a 15 pontos, sujeitos com pelo menos 11 anos de escolaridade com uma pontuação inferior ou igual a 22 pontos e sujeitos com mais de 11 anos de escolaridade com uma pontuação inferior ou igual a 27 pontos (Gonçalves, 2006).

No entanto, desde então, os tempos mudaram, os valores culturais alteraram-se, houve um maior acesso à educação e uma evolução socioeconómica por parte da população geriátrica. Atualmente, estas gerações estão expostas a diferentes estímulos ambientais que acabam por influenciá-las tanto a nível cerebral como cognitivo, proporcionando-lhes um maior nível de instrução e desempenho em provas neuropsicológicas, acabando, de certo modo, por invalidar estes valores normativos anteriormente concebidos (Guerreiro, 2005b). Deste modo, em 2009, num estudo de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins foram determinados novos valores normativos para este teste que não distinguem indivíduos com declínio cognitivo de indivíduos saudáveis, mas sim que permitem reduzir o erro de classificar como patológico o desempenho de um determinado indivíduo saudável com menor escolaridade ou maior idade, identificando corretamente como patológico o desempenho de um sujeito que, apesar de ter habilitações literárias e maior capacidade intelectual, revela um declínio cognitivo. Morgado et al. (2009) consideram assim com desempenho inferior, indivíduos com 0-2 anos de literacia com uma pontuação inferior ou igual a 22 pontos, indivíduos com 3-6 anos de literacia com uma pontuação inferior ou igual a 24 pontos e indivíduos com 7 ou mais anos de literacia com uma pontuação inferior ou igual a 27 pontos.

Neste estudo, apesar de ter sido utilizada a tradução de Guerreiro et al. (1994), tiveram-se em consideração os novos valores normativos/de corte determinados por Morgado et al. (2009) (cf. Anexo 1). Da aplicação da escala à população clínica em questão, pode verificar-se que as pontuações variaram entre o mínimo de 10 pontos e o máximo de 24, obtendo-se, em termos médios, demência moderada (19,10) (Anexo 2).

Geriatric Depression Scale (GDS) - Versão Original

A *Geriatric Depression Scale (GDS)* é um instrumento de avaliação de Depressão geriátrica desenvolvido por Yesavage e Brink, em 1983. Surgiu com o objetivo de ultrapassar algumas das limitações das outras escalas de avaliação da depressão, tendo-se optado por fazer uma seleção de itens que não fossem apenas relacionados com sintomas somáticos (McDowell, 2006).

A sua versão original é composta por 30 itens, de resposta curta (sim ou não), que avaliam a satisfação, memória e motivação existentes por parte do sujeito, sendo-lhe solicitado que tenha em conta a sua última semana, para dar a sua resposta. A escala pode ser de autopreenchimento ou aplicada por um profissional de saúde, com competências para

tal, devendo-se ter sempre em consideração se o sujeito entende o que lhe está a ser pedido, pois, caso contrário, devem repetir-se, as vezes que forem necessárias, as questões, até que estas sejam claras para o mesmo (McDowell, 2006). De acordo com McDowell (2006) e Yesavage e Brink (1983), a cotação desta escala varia entre 0 e 30 pontos, atribuindo 1 ponto para as respostas sim às questões 2,3,4,6,8,10,11,12,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,27 e 28 e para as respostas não às questões 1,5,7,9,13,15,19,21,27,29 e 30, sendo que uma pontuação entre 0-10 pontos é considerada normal, uma pontuação entre 11-20 é considerada como depressão ligeira e a partir dos 21 até aos 30 pontos, já é considerada depressão moderada ou severa.

A sua adaptação para a população portuguesa foi feita por Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009), tendo-se verificado uma pequena mudança relacionada com a exclusão dos itens 27, 29 e 30, o que veio a alterar a cotação da escala que passou a variar entre os 0 e os 27 pontos (cf. Anexo 3).

Neste estudo foi utilizada esta adaptação, sendo aplicada por um profissional competente para tal, devido à impossibilidade de autopreenchimento por parte dos participantes, dado tratar-se de uma amostra clínica. Pode verificar-se que as pontuações variaram entre o mínimo de 2 pontos e o máximo de 23, obtendo-se, em termos médios, sintomatologia depressiva ligeira (13,05) (cf. Anexo 2). Relativamente à consistência interna da escala, no estudo original de Yesavage e Brink (1983), apresentava um *Alpha de Cronbach* (α) de 0.94, o que a tornava aceitável. Veio a alterar-se num estudo de adaptação à população portuguesa, realizado por Pocinho et al. (2009), passando para um *Alpha de Cronbach*, relativamente próximo, de 0.906. No presente estudo, apesar de o valor de consistência interna ter diferido dos estudos anteriores, o *Alpha de Cronbach* foi de 0.838, o que remete para uma boa consistência interna (cf. Anexo 2).

Autobiographical Memory Test (AMT)

O *Autobiographical Memory Test (AMT)* é um dos instrumentos mais comumente utilizado para avaliar a capacidade das pessoas na recuperação de memórias autobiográficas específicas (Conway, 2001; Pergher & Stein, 2008). Baseado nas palavras-chave de Galton-Crovitz, foi desenvolvido por Williams e Broadbent, em 1986, sendo utilizado pela primeira vez para avaliar determinados enviesamentos na recordação de memórias pessoais, em sujeitos hospitalizados após tentativa de suicídio.

Trata-se de um processo complexo de procura de informação, num sistema autobiográfico hierarquicamente organizado, que tem como objetivo avaliar a capacidade de um determinado sujeito para recuperar uma memória específica, num espaço limitado de tempo (Selva, Postigo & Rodriguez, 2005). Consiste na apresentação de um conjunto de palavras-estímulo, solicitando aos sujeitos que tentem recordar situações específicas/gerais da sua vida relacionadas com as mesmas. Normalmente é colocado de tempo limite de 30 a 60

segundos para evocar essa memória, dependo do tipo de amostra envolvida (Pergher & Stein, 2008). As respostas dadas são, no final, codificadas em termos da sua valência (positiva, negativa ou neutra) e abrangência (geral ou específica) (Wessel, Merckelbach, Kessels & Horselenberg, 2001).

Apesar de terem sido feitas duas adaptações à população portuguesa, a mais recente foi a de Gonçalves (2006), num estudo com pessoas com sintomatologia depressiva. Eram apresentadas aos participantes um total de 15 palavras-estímulo, sendo cinco delas de valência positiva (amor, felicidade, amizade, carinho e alegria), 5 de valência negativa (solidão, sofrimento, tristeza, ódio e desespero) e 5 de valência neutra (bicicleta, cão, sapatos, tomate e trabalho), sendo-lhes pedido que tentassem lembrar situações específicas da sua vida relacionadas com as mesmas. O critério de seleção das palavras utilizadas foi baseado na sensibilidade ao item (Gonçalves, 2006).

Segundo Kim, Goldstein, Hascher e Zacks (2005), antes de proceder à apresentação das palavras-estímulo, é importante ter em consideração o tipo de instruções mais adequadas para cada população. As instruções dadas pelo avaliador são a base fundamental para um melhor sucesso na recolha de informações, sendo importante adequá-las à população em causa de modo que seja perceptível o objetivo pretendido. Deste modo, foram estabelecidas como instruções ajustadas à maioria da população, clínica ou normativa: *“Vou-lhe dizer uma palavra em voz alta. De seguida deve dizer-me a primeira recordação que lhe venha à cabeça, ao ouvir a palavra que vou dizer. Mas tem que ser como uma imagem que está gravada na sua cabeça, isto é, uma recordação de um dia, de um momento determinado, num determinado lugar. Deve dar-me a maior quantidade possível de detalhes desse instante, como se tivesse uma imagem desse momento ou dessa recordação”* (Gonçalves, 2006). Em simultâneo com este tipo de instruções e de forma a garantir que os sujeitos compreendem o que realmente se pretende, Renneberg, Theobald, Nobs e Weisbrod (2005) e Watkins e Teasdale (2004) consideram relevante a inclusão de palavras-estímulo de treino, que não façam parte da lista do *Autobiographical Memory Test* (AMT), de modo que os participantes possam fazer uma espécie de preparação e o avaliador, por sua vez, selecione as memórias corretas e incorretas (Selva et al., 2012). Selva et al. (2005), acrescentam ainda que as palavras-estímulo podem também ser um exemplo direto da história de vida do avaliador ou pode haver uma combinação de exemplos de palavras com uma sessão de treino, para uma melhor compreensão e cumprimento dos objetivos do exercício.

No presente estudo, utilizou-se a versão portuguesa adaptada por Gonçalves (2006) para avaliar a especificidade de recordações em pessoas idosas na fase leve e moderada da demência de Alzheimer (cf. Anexo 4). Dado tratar-se de uma amostra clínica e haver uma maior probabilidade de enviesamento nas suas respostas, considerou-se pertinente a apresentação de três palavras-estímulo de treino, cada uma delas relacionada com uma valência emocional (ternura, desespero, família), não incluídas no teste. Foram exemplificadas situações da história de vida do avaliador e uma vez compreendido o objetivo,

procedia-se à aplicação do teste propriamente dito. Não foi contabilizado o tempo de resposta, dado não se considerar pertinente para a investigação em causa.

4.3. Procedimentos

Terminada revisão da literatura, foram definidos o problema, o tipo, as variáveis e os objetivos de investigação. Seguiu-se a delimitação da amostra e seus critérios de inclusão, assim como a escolha dos eventuais instrumentos considerados pertinentes para a recolha de informação e cumprimento dos objetivos definidos. Por conseguinte, foi estabelecido contato com os autores da adaptação portuguesa de cada instrumento, de modo a ser concedida autorização para a utilização dos mesmos. Reunidas as autorizações por parte dos autores e os instrumentos necessários, foi dado seguimento à investigação.

Para proceder à recolha de dados começou por se estabelecer um contato prévio com a Unidade Local de Saúde (ULS) de Bragança e Mirandela, serviço de Neurologia. De imediato, foi dada uma resposta positiva por parte das profissionais da área, que se prontificaram a colaborar no estudo. Contudo, considerou-se pertinente formular um pedido, por escrito, ao diretor administrativo da Unidade Local de Saúde (ULS), com vista à autorização da recolha de dados em ambas as unidades de saúde mencionadas. Foi solicitado, pelo mesmo, o envio do projeto de investigação, para uma melhor familiarização e conhecimento do estudo, porém, não foi concedida qualquer tipo de autorização para proceder ao seu início. Posto isto e dada a escassez de tempo para a realização da investigação, acordou-se com as profissionais de saúde contactadas inicialmente, proceder-se à recolha de dados, com o consentimento das mesmas, não sendo evidenciadas quaisquer limitações.

Uma vez que se trata de uma amostra clínica, foi realizado, por escrito, um pedido de autorização aos cuidadores das pessoas idosas, onde se encontravam descritos o propósito do estudo e todos os procedimentos a ser realizados no decorrer do mesmo (cf. Anexo 5). Para anexar a este exemplar, foi também entregue um documento de consentimento informado, onde eram confirmados os objetivos da investigação e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Este foi posteriormente assinado pelo responsável pela pessoa idosa em questão, de forma a autorizar a sua participação no estudo e a recolha de informação, respeitando todos os aspetos éticos, com a finalidade exclusiva de pesquisa científica (cf. Anexo 6).

Elaborados os pedidos de autorização, foram entregues à Neurologista de cada unidade hospitalar que, por sua vez, se disponibilizaram a estabelecer contato com as pessoas idosas e respetivos cuidadores. Para a seleção dos participantes, cada profissional consultou o processo clínico dos vários utentes, escolhendo apenas aqueles que preenchiam todos os critérios necessários para fazer parte do estudo. Posteriormente, foi agendada uma reunião, com as mesmas, com a finalidade de conhecer os casos elegidos e a disponibilidade dos mesmos para iniciar a recolha. A maioria das pessoas idosas selecionadas tinham consultas marcadas para o serviço de Neurologia durante o período de tempo adequado para recolher os

dados, enquanto que com outras foi estabelecido um contato telefónico prévio, pelas profissionais, de modo a agendar uma consulta durante esse mesmo período.

A recolha de dados decorreu durante um período de cerca de três meses, de acordo com a data das consultas e a disponibilidade do investigador, num gabinete concedido em cada uma das unidades hospitalares, estando sempre presentes os idosos e os seus cuidadores. Estes últimos dirigiam-se primeiramente à consulta de Neurologia, onde lhes era entregue o consentimento para a participação no estudo e explicado mais pormenorizadamente qual o objetivo pretendido. No final da consulta, caso concordassem participar, eram encaminhados para o gabinete disponibilizado, procedendo-se então à recolha de dados. Foram utilizados o MMSE, a GDS e o AMT, com a finalidade de cumprir os objetivos pretendidos, sendo que o tempo despendido para a recolha de dados dos três instrumentos variava entre 35-45 minutos, dependendo da pessoa idosa em questão.

Terminada a fase de recolha de dados, procedeu-se à cotação e interpretação dos resultados de cada um dos instrumentos. Em ambos, foram seguidas as mesmas normas de cotação e interpretação dos estudos originais, verificando-se apenas uma alteração no AMT. A cotação e análise deste instrumento foram feitas primeiramente pelo investigador em questão, sendo solicitado, posteriormente, uma segunda cotação a outro profissional, de modo a comparar os resultados obtidos. Para uma maior eficácia e veracidade dos resultados, o segundo profissional não teve conhecimento da primeira cotação, de modo a não existirem enviesamentos.

Numa última fase, deu-se início à análise estatística e apresentação dos resultados obtidos, seguindo-se a posterior discussão dos mesmos.

5. Análise Estatística

Para a análise estatística dos resultados obtidos recorreu-se ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows, versão 19. O processo de análise estatística passou por diferentes etapas, começando pelo tratamento e análise da informação dos vários instrumentos e numeração de cada um deles, codificando, numa fase seguinte, o tipo de respostas. Posteriormente foram criadas variáveis e foi construída a base de dados. Seguiu-se a fase introdução dos resultados, fazendo um registo de todos os dados obtidos em cada instrumento.

Construída a base de dados, procedeu-se então à sua análise estatística descritiva, adotando diferentes procedimentos em função do tipo de variável que se pretendia analisar. Num primeiro momento, foi efetuado o cálculo de frequências, absolutas e relativas, para as variáveis nominais, apresentando os dados em percentagem e valor absoluto, de modo a facilitar a leitura e a obter uma ideia geral acerca da distribuição dos mesmos.

No sentido de explorar e/ou averiguar a existência de possíveis relações ou diferenças entre os vários resultados, procedeu-se à análise estatística inferencial, recorrendo a testes

que, em cada situação, se revelavam mais ajustados à natureza das variáveis e/ou dos objetivos em estudo. Atendendo ao reduzido n da amostra, assumiu-se teoricamente a metodologia não paramétrica, uma vez que não é respeitado o teorema do limite central, que prevê que à medida que a dimensão das amostras aumenta, a dimensão da média amostral tende para uma distribuição normal ($n > 100$) (Marôco, 2011). Neste tipo de amostra, não seria adequado ajustar nem generalizar os resultados/observações obtidas a uma determinada distribuição teórica (*Idem*).

Deste modo, tendo em consideração os objetivos definidos, foi utilizado o teste não paramétrico *Mann-Whitney (U)* para comparar dois grupos independentes e calculado o coeficiente de correlação de *Spearman (r)* para medir o grau de associação (correlação) entre duas variáveis. Este coeficiente varia entre -1 (associação negativa perfeita) e 1 (associação positiva perfeita), sendo que o valor 0 indica a inexistência de relação entre eventuais variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0,8, é moderada se o coeficiente se encontrar entre 0,4 e 0,8 e é fraca se o coeficiente for inferior a 0,4 (Santos, 2010).

Aplicou-se como nível de significância 5% (0,05), o que indica que sempre que o valor de prova (p) do teste utilizado é inferior a este nível, as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

Foi ainda calculada a consistência interna dos itens da GDS, através do *Alpha de Cronbach (α)*, de modo a analisar a fiabilidade interna da escala. O *Alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais elevado for o valor, mais elevadas são as correlações e a homogeneidade entre os itens da escala, o que significa que a sua consistência mede a mesma dimensão ou constructo. De acordo com os valores obtidos, podemos estar perante um α inaceitável (valor inferior a 0,50), mau (valores entre 0,50 e 0,60), aceitável (valores entre 0,60 e 0,70), bom (valores entre 0,70 e 0,80), muito bom (valores compreendidos entre 0,80 e 0,90) e excelente (valor superior ou igual a 0,90) (DeVellis, 1991).

6. Resultados

De seguida são apresentados os resultados obtidos, de acordo com os objetivos formulados. Assim, começam por ser apresentados os resultados relativos aos níveis de sintomatologia depressiva da amostra. Seguem-se os resultados relacionados com a especificidade de memórias autobiográficas recuperadas e com a correlação das mesmas com o desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Da avaliação dos níveis de sintomatologia depressiva dos 40 participantes no estudo, verifica-se que 22 (55%) apresentam sintomatologia depressiva leve, 11 (27,5%) não

apresentam qualquer tipo de quadro depressivo e 7 (17,5%) apresentam sintomatologia depressiva moderada/severa (cf. Figura 2).

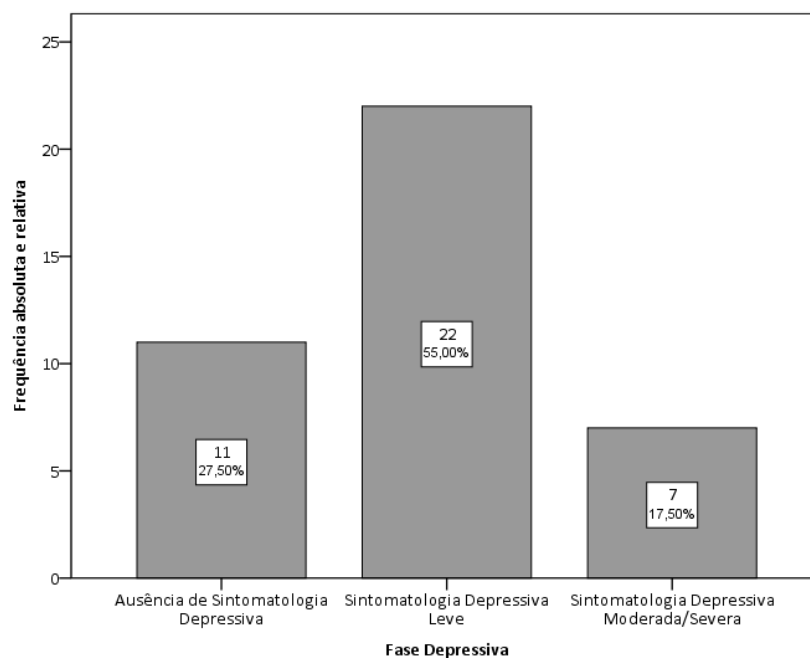


Figura 2. Gráfico de barras das frequências absoluta e relativa quanto à fase de SD (n=40)

No que concerne aos níveis de sintomatologia depressiva em função da fase de demência, verifica-se que as pessoas idosas na fase leve da demência apresentam um valor total da escala de GDS mais elevado e com uma maior variação de resultados ($M=14,56$; $DP=6,06$), comparativamente com pessoas idosas na fase moderada ($M=11,82$; $DP=4,62$). Contudo, através da aplicação do teste U , conclui-se que, para um nível de significância de 5% (0,05), as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($U=-1,64$; $p>0,05$) (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Resultados da GDS total para os indivíduos com demência leve e moderada (n=40)

Variável	Demência	N	Média	Desvio padrão	U
GDS total	Demência leve	18	14,56	6,06	-1,64
	Demência moderada	22	11,82	4,62	

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Relativamente ao grau de severidade da sintomatologia depressiva por fase de demência (leve e moderada), os resultados indicam que nas 18 pessoas idosas com demência leve, 7 (38,9%) apresentam sintomatologia depressiva leve, 6 (33,3%) apresentam sintomatologia depressiva moderada/severa e 5 (27,8%) não apresentam qualquer tipo de quadro depressivo. Na demência moderada, por sua vez, das 22 pessoas idosas, 15 (68,2%) apresentam sintomatologia depressiva leve, 6 (27,3%) não apresentam quadros depressivos e apenas 1 (4,5%) apresenta sintomatologia depressiva moderada/severa. Os resultados apresentados podem visualizar-se na tabela 6 e na figura 3.

Tabela 6. Grau de severidade da SD por fase de demência (n=40)

Demência		Grau de sintomatologia depressiva			Total
		Ausente	Leve	Moderada/severa	
Leve	n	5	7	6	18
	% (demência)	27,8%	38,9%	33,3%	100%
Moderada	n	6	15	1	22
	% (demência)	27,3%	68,2%	4,5%	100%
Total	n	11	22	7	40
	% (demência)	27,5%	55,0%	17,5%	100%

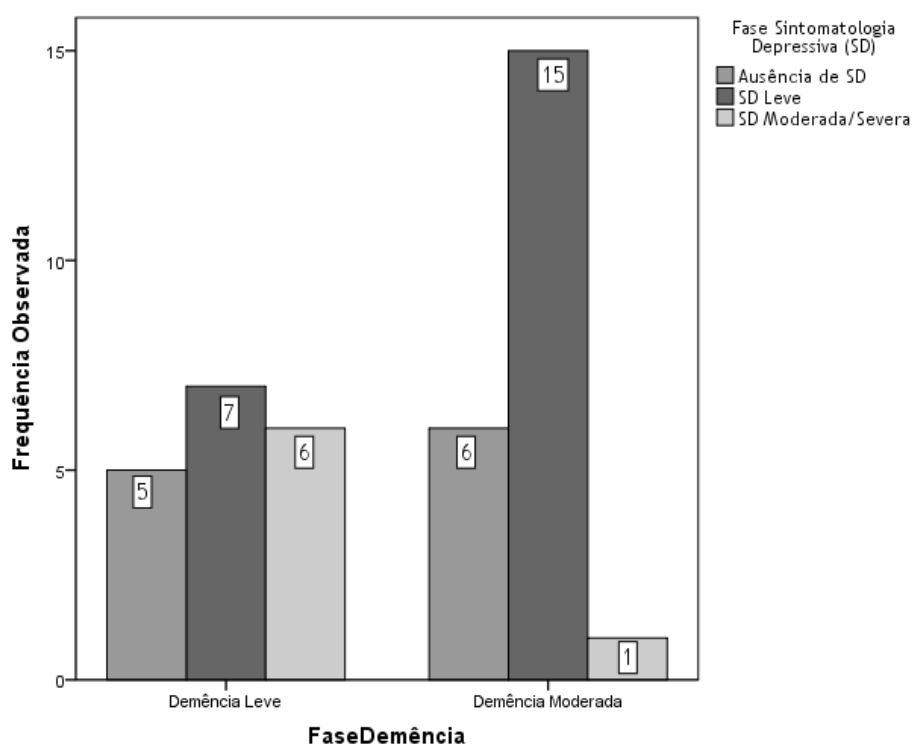


Figura 3. Gráfico de barras do grau de severidade da SD por fase da demência (n=40)

No que respeita à especificidade das memórias autobiográficas recuperadas, observa-se que a média de recuperação de memórias gerais foi de 8,78 (DP=2,21) sendo o valor mínimo 4 recuperações e o máximo 13. Quanto às memórias específicas, a média foi de 6,00 (DP=2,31) sendo o valor mínimo 2 recuperações e o máximo 11 (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Medidas estatísticas descritivas da especificidade de recordações (n=40)

Recuperações	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Gerais	40	4	13	8,78	2,21
Específicas	40	2	11	6,00	2,31

A análise realizada com o coeficiente de correlação de *Spearman* (r) entre a sintomatologia depressiva e a especificidade de memórias autobiográficas recuperadas indica uma correlação negativa muito fraca e estatisticamente não significativa relativamente às memórias gerais ($r=-0,207$; $p>0,01$) e uma correlação positiva muito fraca e estatisticamente não significativa relativamente às memórias específicas ($r=0,188$; $p>0,01$) (cf. Tabela 8). Deste modo, embora os resultados não apresentem relevância estatística, observa-se que quando os índices de sintomatologia depressiva aumentam tende a aumentar o número de memórias específicas e a diminuir o número de memórias gerais.

Tabela 8. Resultados do coeficiente de *Spearman* entre a SD e a especificidade de memórias autobiográficas (n=40)

Memórias Recuperadas	N	Sintomatologia Depressiva
Memórias gerais	40	-0,207
Memórias específicas	40	0,188

Nota: * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Por fim, da análise realizada com o coeficiente de correlação de *Spearman* (r) entre a sintomatologia depressiva e as memórias autobiográficas positivas e negativas recuperadas, observa-se uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa relativamente às memórias positivas ($r=-0,416$; $p<0,01$) e uma correlação positiva moderada e estatisticamente muito significativa relativamente às memórias negativas ($r=0,538$; $p<0,001$) (cf. Tabela 9). Posto isto, verifica-se que a maiores índices de sintomatologia depressiva está

estatisticamente associado um maior número de memórias negativas e um menor número de memórias positivas.

Tabela 9. Resultados do coeficiente de *Spearman* entre a SD e as memórias autobiográficas positivas e negativas (n=40)

	N	Sintomatologia Depressiva
Memórias autobiográficas positivas	40	-0,416**
Memórias autobiográficas negativas	40	0,538***

Nota: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

7. Discussão dos resultados e Conclusões

Prosseguindo para uma análise dos dados obtidos, constata-se que mais de metade dos participantes no estudo apresenta sintomatologia depressiva. Os resultados indicam que, das 40 pessoas idosas com demência de Alzheimer inquiridas, 29 apresentam sintomatologia depressiva, o que corrobora a literatura encontrada que diz que a sintomatologia depressiva e a demência de Alzheimer são quadros clínicos muito frequentes na população idosa e podem, muitas vezes, coexistir (Aznar & Knudsen, 2011; Carthery-Goulart et al., 2007). Os sintomas depressivos são considerados um problema característico dos quadros demenciais (Even & Weintraub, 2010), sendo que a sua prevalência neste tipo de população ronda os 50%, com cerca de 23% de casos de depressão Major (Lyketsos et al., 1997). No entanto, outros autores (e.g. Strober & Arnett, 2009; Winter, Korchounov, Zhukova & Bertschi, 2011) consideram que os sintomas depressivos se podem manifestar em cerca de 87% dos indivíduos com quadros demenciais, dependendo da gravidade da fase em que se encontram. Considera-se que entre 30% a 50% dos sujeitos com demência de Alzheimer desenvolvem quadros depressivos desde o início da demência e/ou ao longo do seu curso, manifestando-se, frequentemente, em curtos períodos de um mês (Lee & Lyketsos, 2003; Lyketsos et al., 2000). Os indicadores da prevalência da sintomatologia depressiva neste tipo de população dependem, assim, dos critérios de diagnóstico, das avaliações realizadas e do tipo de população em estudo (Ownby, Crocco, Acevedo, John & Loewenstein, 2006).

Neste estudo constataram-se mais casos de sintomatologia depressiva leve do que moderada/severa, o que pode dever-se ao facto de a maioria dos participantes se encontrar na fase moderada da demência. De referir, no entanto que, devido à fase da demência, alguns participantes no estudo manifestaram algumas dificuldades de compreensão e resposta, o que pode ter afetado o rigor com que responderam à GDS. A literatura indica que a depressão tende a ser menos grave e persistente com o avançar da fase demencial devido à crescente falta de crítica por parte dos indivíduos (Olin et al., 2002), perda de consciência das suas limitações e/ou indiferença perante as mesmas, o que prejudica a capacidade para

comunicar de uma forma confiável os seus sintomas (Even & Weintraub, 2010; Rubin, Veiel, Kinscherf, Morris & Storandt, 2001), não desenvolvendo quadros depressivos com tanta gravidade ou ficando mesmo imunes ao seu aparecimento (Strober & Arnett, 2009). Starkstein, Jorge, Mizrahi e Robinson (2005) acrescentam ainda que, nas fases mais avançadas da demência, os défices cognitivos e motores apresentados pelos indivíduos podem reduzir a especificidade e a clareza de determinados sintomas depressivos.

Deste modo, considera-se que os níveis mais elevados de sintomatologia depressiva são mais comuns nas fases iniciais da demência do que nas fases moderada/severa (Lyketsos et al., 2000; Müller-Thomsen et al., 2005; Rubin et al., 2001), pois os indivíduos ainda se apercebem de eventuais perdas cognitivas e decrescentes habilidades funcionais, nomeadamente a nível memória, o que pode, por sua vez, despoletar sintomas depressivos (Berger, Fratiglioni, Forsell, Winbland & Backman, 1999; Lyketsos et al., 2000). Trata-se de uma espécie de reação emocional do idoso ao perceber que está perante o início de uma deterioração cognitiva (Steibel & Almeida, 2010), face à qual nem sempre se consegue adaptar, começando a manifestar algumas alterações afetivas/emocionais (Heun et al., 2002; Janzing, Naarding & Eling, 2005). No presente estudo, também os resultados relativos à análise dos níveis de sintomatologia depressiva comparativamente entre os grupos com demência leve e moderada indicam que as pessoas idosas na fase leve da demência apresentam, em média, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva do que aquelas que se encontram na fase moderada, embora as diferenças observadas não sejam estatisticamente significativas. Contudo, os dados apoiam parcialmente a literatura encontrada neste âmbito.

Os estudos que corroboram a relação entre a depressão e a demência sugerem que a sintomatologia depressiva pode preceder o desenvolvimento da demência de Alzheimer, aparecendo associada a funções cognitivas empobrecidas por parte do indivíduo (e.g. Müller-Thomsen et al., 2005; Yaffe et al., 1999) ou, por sua vez, ser um fator de risco para o desenvolvimento da mesma (e.g. Aznar & Knudsen, 2011; Yochim, MacNeill & Lichtenberg, 2006). Embora não tenha sido avaliada a etiologia da sintomatologia depressiva nos participantes do estudo, verificou-se que alguns deles evidenciavam queixas relacionadas sobretudo com o seu estado atual e/ou com a ocorrência de eventuais acontecimentos de vida menos positivos, que podem estar na origem do desenvolvimento de depressão.

Quanto à avaliação da especificidade de memórias autobiográficas recuperadas, constata-se que, em média, existe um maior número de recuperações gerais do que específicas por parte dos participantes. Estes dados vão de encontro aos estudos previamente encontrados na literatura (e.g. Haj et al., 2011; Meulenbroek et al., 2010; Small & Sandhu, 2008), que sugerem que indivíduos com demência de Alzheimer tendem a apresentar alterações a nível da memória autobiográfica, produzindo um menor número de recuperações específicas relacionadas com qualquer fase do seu desenvolvimento, sendo as memórias gerais as mais frequentemente recuperadas. Num estudo de Lemos, Hazin e Falcão (2012), com cerca de 40 pessoas idosas nas fases leve e moderada da demência foram visíveis

resultados semelhantes, que apontam para uma tendência dos sujeitos em relatar memórias em períodos de tempo mais estendidos ou através de recordações categóricas. Este resultado vai de encontro, também, ao constatado por Donix et al. (2010) que evidencia que os indivíduos numa fase bastante precoce da demência reportam mais memórias gerais do que memórias específicas, independentemente da valência de eventuais palavras-estímulo apresentadas. As alterações nas memórias autobiográficas parecem ser assim visíveis desde a fase inicial da demência, tanto no que diz respeito à capacidade de especificação, como em relação às características das mesmas (Lemos et al., 2012), piorando com a evolução do quadro clínico de demência (Greene, Hodges & Baddeley, 1995). O elevado número de memórias autobiográficas gerais neste tipo de população clínica, pode dever-se à dificuldade das pessoas para inibirem a descrição de determinados eventos gerais e acederem a marcadores espaço-temporais específicos (Lemos et al., 2012). Considera-se ainda a possibilidade de os elementos semânticos/gerais da memória serem, provavelmente, mais estáveis e poderem ser recuperados de forma mais espontânea por parte destes indivíduos (Frankland & Bontempi, 2005).

Apesar de não ter sido avaliado o período espaço-temporal das recordações dos participantes, os resultados indicam que, independentemente da abrangência das memórias autobiográficas, muito deles evidenciaram mais memórias de eventos passados (e.g., “quando eu era nova costumava trabalhar muito”; “antigamente era muito alegre”) do que memórias de eventos mais recentes. A literatura indica que, em pessoas idosas com demência de Alzheimer, as recordações de eventos mais recentes são as mais prejudicadas do que as memórias de eventos passados (Leyhe, Müller, Milian, Eschweiler & Saur, 2009). Justifica-se este facto com o possível deterioro/diminuição da memória a curto prazo, característica deste quadro clínico (Sadek et al., 2004). Trata-se de uma espécie de ciclo vicioso em que, à medida que o quadro demencial avança, os indivíduos recuperam memórias recentes com menos frequência, o que faz com que determinados acontecimentos do seu quotidiano não sejam recuperados, prejudicando ainda mais a memória a curto prazo e consequentemente a recuperação de episódios de vida recentes (Scheff & Price, 2006).

No que concerne à relação entre a especificidade de memórias autobiográficas recuperadas e a sintomatologia depressiva, os resultados indicam que a sintomatologia depressiva se associa negativamente com a recuperação de memórias gerais e positivamente com a recuperação de memórias específicas. Observa-se que quando os índices de sintomatologia depressiva aumentam, aumenta também o número de memórias autobiográficas específicas e diminui o número de memórias gerais, embora as diferenças encontradas não sejam estatisticamente significativas para o estudo em questão. Estes resultados não corroboram a literatura encontrada, que aponta para um declínio das memórias específicas aquando da presença de sintomatologia depressiva por parte dos indivíduos (e.g. Pergher et al., 2006; Williams et al., 2007). Em geral, os estudos realizados neste âmbito remetem para uma incapacidade dos indivíduos com depressão recuperarem memórias autobiográficas específicas, independentemente da valência das palavras-estímulo

apresentadas, transmitindo recordações contextualmente mais pobres e generalizadas acerca de determinadas experiências e/ou situações de vida (e.g. Afonso & Bueno, 2010; Nascimento & Pergher, 2011; Sumner, Griffith & Mineka, 2011). De salientar que estas recuperações gerais são maioritariamente descrições categóricas de eventos, que não exigem um esforço cognitivo excessivo por parte dos indivíduos, daí a facilidade da sua recuperação (Barnhofer, de Jong-Meyer, Kleinpaß & Nikesch, 2002). O padrão generalizado de memórias autobiográficas presente em sujeitos com este quadro clínico, é encarado, frequentemente, como uma estratégia de bloqueio de memórias emocionais de valência negativa, muitas vezes relacionadas com experiências dolorosas vivenciadas no decorrer do ciclo de vida (Afonso & Bueno, 2010), que permite aos sujeitos minimizar um eventual sofrimento e/ou agravamento do seu estado emocional/afetivo (Williams, Stiles & Shapiro, 1999). Possivelmente, a tendência de os participantes deste estudo, com sintomatologia depressiva, relatarem um maior número de memórias específicas do que gerais, pode relacionar-se com características próprias desta amostra clínica, nomeadamente, e uma vez mais, com o facto de a maioria dos indivíduos com demência de Alzheimer recuperar com alguma facilidade situações de vida relacionadas com o seu passado e, eventualmente, poderem ser mais detalhadas e situadas num determinado espaço e tempo da história de vida dos mesmos.

Relativamente à análise entre a sintomatologia depressiva e valência de memórias autobiográficas recuperadas, o estudo mostra uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa relativamente às memórias positivas e uma correlação positiva moderada e estatisticamente muito significativa no que respeita às memórias negativas. Deste modo, à medida que a sintomatologia depressiva aumenta, aumenta também o número de memórias negativas por parte dos sujeitos, diminuindo o número de memórias positivas. Estes dados reforçam a ideia defendida na literatura por Brewin et al. (1999), de que os indivíduos com sintomatologia depressiva tendem a enviesar negativamente as suas memórias autobiográficas, recuperando um maior número de memórias negativas do que positivas relacionadas com determinados acontecimentos da sua história de vida. Considera-se que estes indivíduos apresentam, frequentemente, um défice nas suas memórias positivas (e.g. Latorre et al., 2003; Nandrino, Pezard, Posté, Réveillère & Beaune, 2002) e evidenciam mais suposições negativas acerca de si mesmos e daqueles que os rodeiam, do que sujeitos sem qualquer quadro depressivo (Arntz, Dietzel & Dreessen, 1999). Deste modo, a frequência de recuperações positivas é mais elevada aquando da ausência de sintomatologia depressiva ou presença de quadros depressivos mais ligeiros (Afonso & Bueno, 2010). A dificuldade existente por parte dos sujeitos deprimidos em aceder a memórias autobiográficas positivas pode relacionar-se com a congruência de humor, normalmente, apresentada pelos mesmos e consequente acessibilidade a esquemas negativos auto-referentes relacionados com situações menos positivas de vida (Clark et al., 1999), ou com o uso inapropriado de estratégias de evocação da memória (Williams et al., 2007). Quando as pessoas idosas com quadro depressivo procuram aceder a memórias mais específicas do seu passado, recuperam, habitualmente, representações abstratas das mesmas que, sendo negativas, são reforçadas

em termos de veracidade e realismo próprio, dada a facilidade de evocação de acontecimentos que as comprovam, enquanto que se forem positivas lhes parecem mais irreais e não pertencentes a elas próprias ou a eventuais episódios de vida (Idem). Esta situação reforça ainda mais a transcendência de memórias negativas face a memórias positivas, em situações em que a sintomatologia se encontra presente (Aurélio & Claudio, 2009).

Neste estudo, considera-se que a recuperação de mais memórias negativas do que positivas pode estar relacionada com características específicas da amostra. O número elevado de pessoas viúvas (n=17) que participaram no estudo pode ser um fator predisponente para o desenvolvimento deste tipo de memórias negativas. A literatura indica que a recuperação de memórias negativas é muito frequente na população idosa e que implica algumas mudanças e adaptações por parte dos sujeitos (Afonso, 2012). A forma como as pessoas idosas percebem determinadas experiências da sua vida é crucial para uma posterior recuperação, positiva ou negativa, das mesmas, dependendo da aceitação e/ou rejeição que evidenciam. Contudo, na amostra do presente estudo, os indivíduos nem sempre possuem as capacidades cognitivas suficientes para aceitar/rejeitar acontecimentos de vida, dado tratar-se de amostra com demência, reservando memórias que, apesar de negativas, foram significativas e preferencialmente recordadas pelos mesmos (Clark et al., 1999). No decorrer da avaliação, os participantes recuperaram, nomeadamente, situações negativas relacionadas, sobretudo, com a morte de entes queridos (e.g. *quando morreu o meu marido; quando faleceu a minha mãe*) e com eventuais experiências menos positivas que decorreram durante o período de vida (e.g. *quando tive que emigrar e deixar os meus filhos e mulher sozinhos, para ir ganhar dinheiro*).

Apesar dos resultados relativos à especificidade de memórias autobiográficas na sintomatologia depressiva não corroborarem a literatura encontrada, em geral, o maior número de memórias autobiográficas específicas e negativas recuperadas pelos participantes podem estar relacionadas entre si. Eventualmente, os indivíduos podem ter relembado experiências da sua vida em que não foram bem-sucedidos e/ou às quais não se conseguiram adaptar (recuperações negativas) e, por sua vez, ter uma memória mais detalhada acerca das mesmas, recuperando-as com mais especificidade e com todos os pormenores espaço-temporais com que ocorreram. No entanto, muito provavelmente, não seriam capazes de utilizar a especificidade de memórias recuperadas, embora negativas, para contornar/resolver determinadas dificuldades/problemas atuais, o que de certo modo poderia manter ou agravar o seu estado emocional/afetivo. Alguns estudos indicam que sujeitos com diagnóstico de depressão tendem a recuperar um maior número memórias específicas relacionadas com eventos negativos e memórias gerais relacionadas com experiências positivas (e.g. Mackinger, Pachinger, Leibetseder & Fartacek, 2000; Renneberg et al., 2005).

Em suma, a demência de Alzheimer é um quadro clínico bastante frequente na população idosa, que se caracteriza sobretudo por um declínio global e irreversível das funções cognitivas dos sujeitos (Phillips & Williams, 1997). Os seus défices estão, geralmente, associados com o declínio progressivo e intenso do número e eficiência dos neurónios, começando a ser visível um comprometimento cognitivo da memória episódica (específica) de curto e longo prazo, dependendo da fase demencial em que os indivíduos se encontram (Abreu et al., 2005). Estes resultados reforçam a associação entre declínio cognitivo/demência e a incapacidade de recuperação de eventos específicos por parte dos sujeitos e uma maior facilidade na recuperação de eventos gerais (Piolino, Desgranges & Eustache, 2009). Em geral, também no presente estudo, foram visíveis resultados semelhantes, que indicam que a maioria dos participantes apresenta dificuldades na recuperação de memórias autobiográficas específicas, recuperando um maior número de memórias gerais.

Associada a este quadro demencial aparece, frequentemente, a sintomatologia depressiva, agravando ainda mais o estado cognitivo/emocional dos sujeitos (Lamberty & Bieliauskas, 1993). Tal como na demência, também nos quadros depressivos as memórias autobiográficas se caracterizam por um aumento gradual de evocações gerais (Nandrino et al., 2002), salientando ainda a recuperação de um maior número de informações negativas do que positivas por parte dos indivíduos (Yang & Rehm, 1993). A sintomatologia depressiva caracteriza-se assim por um enviesamento da memória, em que a quantidade de memórias de eventos negativos é superior à de eventos positivos (Brewin et al., 1999). Os resultados obtidos no estudo, relacionados com a valência das memórias autobiográficas, vão de encontro à literatura encontrada neste âmbito, contrariamente aos relacionados com a abrangência das memórias que, por sua vez, remetem para a presença de um maior número de memórias autobiográficas específicas do que gerais por parte dos participantes.

Esta investigação apresenta como principal potencialidade, o facto de se centrar na avaliação da especificidade de memórias autobiográficas de pessoas idosas com demência de Alzheimer e no estudo da sua relação com a sintomatologia depressiva. Trata-se de um tema pouco explorado, não tendo sido encontrados, na revisão da literatura efetuada, estudos sobre esta temática nesta população. Por outro lado, destaca-se como potencialidade, a possibilidade de recolha dos dados no serviço de Neurologia. A disponibilidade prestada pelas profissionais desta área permitiu que apenas fizessem parte do estudo pessoas idosas com diagnóstico prévio de demência de Alzheimer, que se encontrassem nas fases leve e moderada, o que enriqueceu o âmbito deste estudo, bem como o cumprimento dos objetivos pretendidos. O contato direto com os participantes e a possibilidade de uma nova avaliação cognitiva dos mesmos tornou os dados ainda mais credíveis/fiáveis, facilitando uma posterior comparação dos mesmos com a literatura encontrada.

No entanto, este trabalho também apresenta algumas limitações metodológicas. Dado tratar-se de uma amostra com demência, foram observadas algumas limitações na recolha de dados, principalmente com pessoas idosas na fase moderada da demência. Das pessoas idosas

participantes, a maioria evidenciava dificuldades em se manter concentradas durante um período curto de tempo, sendo necessária uma intervenção constante por parte do investigador. Estas pessoas caracterizam-se, nomeadamente, por apresentarem alterações nas funções visuoespaciais, atenção sustentada e na própria motivação para participar em qualquer tipo de atividades (Portella & Marcos, 2002).

De salientar ainda limitações relacionadas com a dimensão da amostra. Os resultados obtidos neste estudo devem ser encarados com alguma prudência, dado o reduzido número de participantes e o processo de amostragem utilizado (amostragem por conveniência), que podem, por sua vez, delimitar alguns aspetos considerados pertinentes neste âmbito. Posto isto, a possibilidade de generalização dos resultados obtidos com estudos anteriores torna-se um pouco arriscada, dado tratar-se também de uma amostra clínica e poder conduzir ao enviesamento dos mesmos e respetivas conclusões. Seria importante, em investigações futuras, a análise de amostras mais abrangentes, de forma a garantir uma maior representatividade dos dados e posterior alargamento de conclusões comparativamente com a literatura encontrada.

Apesar das limitações metodológicas desta investigação, crê-se que os resultados obtidos contribuem valorativamente para a ciência psicológica. Reforça-se o seu contributo para compreender a importância de integrar a avaliação de memórias autobiográficas não só em pessoas idosas com demência de Alzheimer ou sintomatologia depressiva, mas também em indivíduos com diagnóstico de ambos os quadros clínicos, dado aparecerem, frequentemente, associados. As diferenças observadas podem representar um campo exploratório para investigações futuras neste âmbito. De salientar ainda a pertinência de utilizar uma combinação de terapias não farmacológicas, como é o caso da terapia da reminiscência e/ou terapia da orientação para a realidade, com terapias farmacológicas, junto de uma amostra mais abrangente de indivíduos com este tipo de quadros clínicos, de modo a verificar a sua contribuição na redução de sintomatologia depressiva, assim como alteração/melhoria de memórias autobiográficas.

Este trabalho alerta também para a importância de avaliação precoce da sintomatologia depressiva na demência de Alzheimer. A literatura indica que a presença da sintomatologia depressiva neste quadro demencial é muitas vezes reduzida à insignificância, devido à semelhança de sintomas apresentados (Hackett, Anderson & House, 2005), o que remete para a importância de utilizar instrumentos específicos que avaliem eventuais sintomas de cada quadro clínico, de modo a não enviesar e/ou criar diagnósticos erróneos (Carthery-Goulart et al., 2007).

Referências Bibliográficas

- Abreu, I., Forlenza, O., & Barros, H. (2005). Demência de Alzheimer: Correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 131-136.
- Addis, D., & Tippett, L. (2004). Memory of myself: Autobiographical memory and identity in Alzheimer's disease. *Memory*, 12, 56-74.
- Afonso, M. (2012). *Stress, Coping e Resiliência em Pessoas Idosas*. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 163-175). Lisboa: Lidel
- Afonso, R., & Bueno, B. (2010). Reminiscencia con distintos tipos de recuerdos autobiográficos: efectos sobre la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. *Psicothema*, 22(2), 213-220.
- Agronin, M. E., (2008). *Alzheimer Disease and other Dementias* (2ª Ed.). Philadelphia: Practical Guides in Psychiatry.
- Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, 11(2), 165-178.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, O. (1998). Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de Demência no Brasil. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 56(3-B), 605-612.
- Almeida, O., & Almeida, S. (1999a). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) - Versão Reduzida. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 57(2-B), 421-426.
- Almeida, O., & Almeida, S. (1999b). 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, 858-865.
- Amado-Boccaro, I., Gougoulis, N., Littré, M., Galinowski, A., & Lôo, H. (1995). Effects of Antidepressants on Cognitive Functions: A Review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 19(3), 479-493.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição-Texto Revisto). Lisboa: Climepsi.
- Arbus, C., Andrieu, S., Amouyal-Barkate, K., Nourhashémi, F., Schmitt, L., & Vellas, B. (2003). Symptômes dépressifs dans la maladie d'Alzheimer: résultats préliminaires de l'étude REAL.FR. *Revue de Médecine Interne*, 24, 325-332.
- Arntz, A., Dietzel, R., & Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 545-557.
- Aurélio, J., & Claudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância de indivíduos com depressão. *Análise Psicológica*, 2(27), 159-173.

- Aznar, S., & Knudsen, G. (2011). Depression and Alzheimer's Disease: Is Stress the Initiating Factor in a Common Neuropathological Cascade? *Journal of Alzheimer's Disease*, 23, 177-193.
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of Depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Ball, K., Berch, D., Helmers, K., Jobe, J., Leveck, M. et al. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *American Medical Association*, 288(18), 2271-228.
- Barclay, C. (1996). *Autobiographical remembering: Narrative constraints on objectified selves*. In D. Rubin (Eds.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 94-125). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnhofer, T., de Jong-Meyer, R., Kleinpaß, A., & Nikesch, S. (2002). Retrieval of autobiographical memories in depression: An analysis of retrieval processes in a think-aloud task. *British Journal of Clinical Psychology*, 4, 411-416.
- Beers, M., & Jones, T. (2004). *Manual Merck de Geriatria*. Porto: Oceano.
- Berger, A., Fratiglioni, L., Forsell, Y., Winbland, B., & Backman, L. (1999). The occurrence of depressive symptoms in the preclinical phase of AD: a population-based study. *Neurology*, 53(9), 1998-2002.
- Berger, A., Fratiglioni, L., Winblad, B., & Bäckman, L. (2005). Alzheimer's Disease and Depression: Preclinical comorbidity effects on cognitive functioning. *Cortex*, 41, 603-612.
- Birren, J., & Schroots, J. (2006). *Autobiographical Memory and the narrative self over the life span*. In J. Birren & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of aging* (pp. 477-498). San Diego, California: Elsevier.
- Blagov, P. & Singer, J. (2004). Four Dimensions of Self-Defining Memories (Specificity, Meaning, Content, and Affect) and Their Relationships to Self-Restraint, Distress, and Repressive Defensiveness. *Journal of Personality*, 72(3), 481-511.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11(2), 113-123.
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). *Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn?* In J. Webster & B. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work* (pp. 61-75). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Bluck, S., & Glück, J. (2004) Making Things Better and Learning a Lesson: Experiencing Wisdom Across the Lifespan. *Journal of Personality*, 72, 543-573.
- Bluck, S., & Habermas, T. (2000). The Life Story Schema. *Motivation and Emotion*, 24(2), 121-147.
- Bluck, S., & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18, 185-208.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117.

- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. *Aging & Mental Health, 9*(4), 302-304.
- Bottino, C., Carvalho, I., Alvarez, A., Avila, R., Zukauskas, P., Bustamante, S., et al. (2002). Reabilitação Cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arquivo de Neuropsiquiatria, 60*(1), 70-79.
- Brewin, C., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(3), 511-517.
- Brittlebank, J., Williams J., & Ferrier I. (1993). Autobiographical memory in depression: state or trait marker? *British Journal of Clinical Psychology, 162*, 118-121.
- Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P., & Okamoto, I. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental. *Arquivo de Neuropsiquiatria, 61*(3-B), 777-781.
- Butler, R. (1963). Life-review: An interpretation of reminiscence in aged. *Psychiatry, 26*(1), 65-76.
- Caldas, A., & Mendonça, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Calil, H., & Pires, M. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de Depressão. *Revista de Psiquiatria Clinica, 25*(5), 240-244.
- Camargo, I. (2003). *Doença de Alzheimer: Um testemunho pela preservação da vida*. Brasil: Editora Age Ltda.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2002). Profiles of reminiscence among older adults: Perceived stress, life attitudes and personality variables. *International Journal of Aging and Human Development, 54*(4), 255-266.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de Demência? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(sup.1), 7-10.
- Carthery-Goulart, M., Areza-Fegyveres, R., Schultz, R., Okamoto, I., Caramelli, P., Bertolucci, P., et al. (2007). Versão brasileira da escala de Cornell de depressão em demência. *Arquivo de Neuropsiquiatria, 65*(3b), 912-915.
- Chaves, M., Godinho, C., Porto, C., Mansur, L., Carthery-Goulart, M., Yassuda, M., et al. (2011). Doença de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dement Neuropsychol, 5*(S1), 21-33.
- Clare, L. (2003). Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine, 57*, 1017-1019.
- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley and sons.
- Cohen, G. (1998). *The effects of aging on autobiographical memory*. In C. Thompson, D. Herrmann, D. Bruce, J. Read, D. Payne & M. Toglia, (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 105-123). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Cohen-Mansfield, J., (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors Dementia: a Review, Summary and Critique. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2(2), 288-308.
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H., & Arnhem, G. (2000). Self-Identity in older persons suffering from dementia: preliminary results. *Social Science & Medicine*, 51, 381-394.
- Coleman, P. (2005). Uses of reminiscence: Functions and benefits. *Aging & Mental Health*, 9(4), 291-294.
- Conway, M. (1996). *Autobiographical knowledge and autobiographical memories*. In D. Rubin (Eds.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 67-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Conway, M. (2001). Sensory-perceptual episodic memory and its context: autobiographical memory. *The Royal Society*, 356, 1375-1384.
- Conway, M. (2001a). *Phenomenological records and the self-memory system*. In C. Hoerl & T. McCormack (Eds), *Time and Memory: Issues in philosophy and psychology* (pp. 235-255). Oxford: Oxford University Press.
- Conway, M. (2001b). Sensory-Perceptual episodic memory and its context: Autobiographical Memory. *The Royal Society*, 356, 1375-1384.
- Conway, M., & Pleydell-Pearce, C. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Conway, M., & Rubin, D. (1993). *The structure of autobiographical memory*. In A. Collins, S. Gathercole, M. Conway, & P. Morris (Eds.), *Theories of memory* (pp. 103-137). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Conway, M., Singer, J., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and Coherence. *Social Cognition*, 22(5), 491-529.
- Dalglish, T., Spinks, H., Yend, J. & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 335-340.
- Derouesné, C., Thibault, S., Lagha-Pierucci, S., Baudouin-Madec, V., Ancri, D., & Lacomblez, L. (1999). Decreased awareness of cognitive deficits in patients with mild dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 1019-1030.
- DeVellis, R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.
- Donix, M., Brons, C., Jurjanz, L., Poettrich, K., Winiecki, P., & Holthoff, V. (2010). Overgenerality of autobiographical memory in people with amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 22-27.
- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 171-179.

- Eakin, P. (2000). *Autobiography, identity and the fictions of memory*. In D. Schacter & E. Scarry (Eds.), *Memory, brain and belief* (pp. 290-306). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Even, C., & Weintraub, D. (2010). Case for and against specificity of depression in Alzheimer's disease. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64, 358-366.
- Fahim, S., Duijn, C., Baker, F., Launer, L., Breteler, M., Schudel, W., et al. (2003). A study of familial aggregation of depression, dementia and Parkinson's disease. *European Journal of Epidemiology*, 14, 233-238.
- Fazio, S., & Mitchell, D. (2009). Persistence of self in individuals with Alzheimer's disease: Evidence from language and visual recognition. *Dementia*, 8(1), 39-59.
- Fernandes, H., Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J. & Oliveira, S. (2009). A influência da atividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5(1), 33-50.
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Fivush, R., & Reese, E. (2002). *Reminiscing and relating: The development of parent-child talk about the past*. In J. Webster & B. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence work: From theory to application*. New York: Springer Publishing Company.
- Fivush, R., Haden, C., & Reese, E. (1996). *Remembering, recounting and reminiscing: The development of memory in a social context*. In D. Rubin (Eds.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 341-359). Cambridge: Cambridge University Press.
- Folstein, F., Folstein, E., & McHugh, R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-98.
- Forlenza, V., & Caramelli, P. (2000). *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu.
- Frankland, P., & Bontempi, B. (2005). The organization of recent and remote memories. *National Review of Neurosciences*, 6, 119-130.
- Frisch, M. (2002). *Intervención com Familias*. In J. Yanguas, F. Leturia, M. Leturia & A. Uriarte (Eds.), *Intervención Psicosocial en Gerontologia: manual práctico* (pp. 210-231). Madrid: Cáritas.
- Gauthier, S., & Ballard, C. (2001). *Management of Dementia* (2ª Ed.). London: Lundbeck Institute.
- Geerlings, M., Bouter, L., Schoevers, R., Beekman, A., Jonker, C., Deeg, D., et al. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's Disease: Results of two prospective community-based studies in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 176, 568-575.
- Geldmacher, D.S. (2009). *Alzheimer Disease*. In M. Weiner & A. Lipton (Eds.), *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias* (pp.155-172). London: The American Psychiatric Publishing.

- Gibbs, B., & Rude, S. (2004). Overgeneral Autobiographical Memory as Depression Vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 511-526.
- Gilboa, A. (2004). Autobiographical and Episodic Memory - one and the same? Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 42, 1336-1349.
- Gold, C., & Budson, A. (2008). Memory loss in Alzheimer's disease: implications for development of therapeutics. *Expert Rev. Neurotherapy*, 8(12), 1879-1891.
- Gonçalves, D. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Graham, K., & Hodges, J. (1997). Differentiating the roles of the hippocampal complex and the neocortex in long-term memory storage: Evidence from the study of semantic dementia and Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 11, 77-89.
- Green, R., Cupples, L., Kurz, A., Averbach, S., Go, R., Sadovnick, D., et al. (2003). Depression as a risk factor for Alzheimer Disease. *American Medical Association*, 60, 753-759.
- Greene, J., Hodges, J., & Baddeley, A. (1995) Autobiographical memory and executive function in early dementia of Alzheimer type. *Neuropsychologia*, 33, 1647-1670.
- Grilo, P. (2009). *Doença de Alzheimer: Epidemiologia, Etiologia, Diagnóstico Clínico e Intervenções Terapêuticas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guerreiro, M. (2005a). *Terapêutica não farmacológica da demência*. In A. Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp.121-148). Lisboa: Lidel.
- Guerreiro, M. (2005b). *Avaliação neuropsicológica das demências degenerativas*. In A. Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp.83-109). Lisboa: Lidel.
- Guerreiro, M., Silva, A., & Botelho, M. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hackett, M., Anderson, C., & House, A. (2005). Management of Depression After Stroke A Systematic Review of Pharmacological Therapies. *American Heart Association*, 36, 1092-1097.
- Haj, M., Postal, V., Gall, D., & Allain, P. (2011). Directed forgetting of autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Memory*, 19(8), 993-1003.
- Harré, R. (1998). *The Singular Self: An Introduction of the Psychology of Personhood*. London: Sage Publications.
- Hay, J. (2002). *Doença de Alzheimer e demência: As nossas respostas às suas perguntas*. Lisboa: Plátano.

- Hebert, L., Scherr, P., Beckett, L., Albert, M., Pilgrim, D., Chown, M., et al. (1995). Age-Specific Incidence of Alzheimer's Disease in a Community Population. *Journal of the American Medical Association*, 273(17), 1354-1359.
- Hebert, L., Scherr, P., Bienias, J., Bennett, D., & Evans, D. (2003). Alzheimer Disease in the US population: Prevalence Estimates using the 2000 census. *American Medical Association*, 60, 1119-1122.
- Hebert, L., Scherr, P., McCann, J., Beckett, L., & Evans, D. (2001). Is the Risk of Developing Alzheimer's Disease Greater for Women than for Men? *American Journal of Epidemiology*, 153(2), 132-136.
- Heindel, W., Salmon, D., & Butters, N. (1993). *Cognitive approaches to the memory disorders of demented patients*. In P. Stuker H. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (pp.735-761). New York: Plenum Press.
- Hermans, D., Decker, A., Peuter, S., Raes, F., & Williams, M. (2007). Autobiographical memory specificity and affect regulation: coping with a negative life event. *Depression and Anxiety*, 0, 1-6.
- Heun, R., Kockler, M., & Ptok, U. (2002). Depression in Alzheimer's disease: is there a temporal relationship between the onset of depression and the onset of dementia? *Eur Psychiatry*, 17, 254-258.
- Holtzer, R., Tang, M., Devanand, D., Albert, S., Wegesin, D., Marder, K., et al. (2003). Psychopathological Features in Alzheimer's Disease: Course and Relationship with Cognitive Status. *American Geriatrics Society*, 51, 953-960.
- Hou, C., Miller, B., & Kramer, J. (2005). Patterns of autobiographical memory loss in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 809-815.
- Janzing, J., Naarding, P., & Eling, A. (2005). Depressive symptom quality and neuropsychological performance in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 479-484.
- Janzing, J., Teunisse, R., Bouwens, P., Hof, M., & Zitman, F. (2000). The course of depression in elderly subjects with and without dementia. *Journal of Affective Disorders*, 57, 49-54.
- Jorm, A. (2000). Is Depression a Risk Factor for Dementia or Cognitive Decline? *Gerontology*, 46, 219-227.
- Kasl-Godley, J., & Gatz, M. (2000). Psychosocial interventions for individuals of dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 755-782.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-Month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch. Gen. Psych*, 51, 8-19.
- Kim, S., Goldstein, D., Hasher, L., & Zacks, R. (2005). Framing Effects in Younger and Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60(4), 215-218.

- Kuhn, D., & Bennett, D. (2003). *Alzheimer's early stages: first steps for families, friends, and caregivers* (2ª Ed.). Alameda: Hunter House Inc., Publishers.
- Kuyken, W., & Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 89-92.
- Lamberty, G., & Bieliauskas, L. (1993). Distinguishing Between Depression and Dementia in the Elderly: A Review of Neuropsychological Findings. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 8, 149-170.
- Latorre, J., Montañes, J., Serrano, J., Hernández, J., Sancho, M., Alarcón, H., et al. (2003). Memoria autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, nº13.
- Lee, H., & Lyketsos, C. (2003). Depression in Alzheimer's Disease: Heterogeneity and Related Issues. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 353-362.
- Lemogne, C., Piolino, P., Friszer, S., Claret, A., Girault, N., Jouvent, R., et al. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, auto-nostalgic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*, 15(8), 258-268.
- Lemos, C., Hazin, I., & Falcão, J. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia*, 17(1), 135-144.
- Leyhe, T., Müller, S., Milian, M., Eschweiler, G., & Saur, R. (2009). Impairment of episodic and semantic autobiographical memory in patients with mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 47, 2464-2469.
- Loewenstein, D., Acevedo, A., Czaja, S., & Duara, R. (2004). Cognitive Rehabilitation of Mildly Impaired Alzheimer Disease Patients on Cholinesterase Inhibitors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 395-402.
- Logiudice, D. (2002). Dementia: an update to refresh your memory. *Internal Medicine Journal*, 32, 535-540.
- Lopez, O., Jagust, W., Dekosky, S., Becker, J., Fitzpatrick, A., Dulberg, C., et al. (2003). Prevalence and Classification of Mild Cognitive Impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study. *American Medical Association*, 60, 1385-1389.
- Lyketsos, C. (2010). The interface between depression and dementia: Where are we with this important frontier? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(2), 1-4.
- Lyketsos, C., & Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's Disease: Overview and Treatment. *Society of Biological Psychiatry*, 52, 243-252.
- Lyketsos, C., Sheppard, J., Steinberg, M., Taschian, J., Norton, M., Steffens, D., et al. (2001). Neuropsychiatric Disturbance in Alzheimer's Disease clusters into three groups: The Cache County study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 1043-1053.

- Lyketsos, C., Steele, C., Baker, L., Galik, E., Kopunek, S., Steinberg, M., et al. (1997). Major and Minor Depression in Alzheimer`s Disease: prevalence and impact. *Journal of Neuropsychiatry*, 9(4), 556-561.
- Lyketsos, C., Steinberg, M., Tschanz, J., Norton, M., Steffens, D., & Breitner, J. (2000). Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, 157, 708-714.
- Lyketsos, C., Tune, L., Pearlson, G., & Steele, C. (1996). Major Depression in Alzheimer's Disease: An Interaction Between Gender and Family History. *Psychosomatics*, 37, 380-384.
- Mackinger, H., Pachinger, M., Leibetseder, M., & Fartacek, R. (2000). Autobiographical Memories in woman remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 331-334.
- Mansur, L., Carthery, M., Caramelli, P., & Nitrini, R. (2005). Linguagem e Cognição na Doença de Alzheimer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 300-307.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª Ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Matuszewski, V., Piolino, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2005). Mémoire et imagerie fonctionnelle dans la maladie d`Alzheimer et la variante frontale de la démence fronto-temporel (vf-DFT). *Neurologie, Psychiatrie et Gériatrie*, 5(26), 23-27.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires* (3º Ed.). New York: Oxford University Press.
- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., Stadlan, E., et al. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer`s disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group* under the auspices of Department of Health and Human Services. Task Force on Alzheimer`s Disease. *Neurology*, 34,939-944.
- Meulenbroek, O., Rijpkema, M., Kessels, R., Rikkert, M., & Fernández, G. (2010). Autobiographical memory retrieval in patients with Alzheimer's disease. *NeuroImage*, 53, 331-340.
- Migliorelli, R., Teson, A., Sabe, L., Petracchi, M., Leiguarda, R., & Starkstein, S. (1995). Prevalence and Correlates of major depression and dysthymia among patients with Alzheimer`s Disease. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 37-44.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 19-25.
- Moscovitch, M., Nadel, L., Winocur, G., Gilboa, A., & Rosenbaum, R.S. (2006). The cognitive neuroscience of remote episodic, semantic and spatial memory. *Current Opinion in Neurobiology*, 16, 179-190.
- Müller-Thomsen, T., Arlt, S., Mann, U., Maß, R., & Ganzer, S. (2005). Detecting depression in Alzheimer`s disease: evaluation of four different scales. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 271-276.

- Nakash, O., & Brody, L. (2006). The Effects of Social Roles and Personality Motives on Autobiographical Memory. *Sex Roles, 54*(1/2), 39-56.
- Nandrino, J., Pezard, L., Posté, A., Réveillère, C., & Beaune, D. (2002). Autobiographical Memory in Major Depression: A Comparison between First-Episode and Recurrent Patients. *Psychopathology, 35*, 335-340.
- Nascimento, J., & Pergher, G. (2011). Memória autobiográfica e depressão: um estudo correlacional com amostra clínica. *Psicologia:Teoria e Prática, 13*(2), 142-153.
- Naylor, E., & Clare, L. (2008). Awareness of memory functioning, autobiographical memory and identity in early-stage dementia. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal, 18* (5/6), 590-606.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2004). The Emergence of Autobiographical Memory: A social Cultural Developmental Theory. *Developmental Review, 2*, 486-511.
- Neto, J., Tamelini, M., & Forlenza, O. (2005). Diagnostico Diferencial das Demências. *Revista de Psiquiatria Clinica, 32*(3), 119-130.
- Newman, S. (1999). The prevalence of depression in Alzheimer's disease and vascular dementia in a population sample. *Journal of Affective Disorders, 52*, 169-176.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C., Damasceno, B., Brucki, S., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico e doença de Alzheimer: Avaliação Cognitiva e Funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivo de Neuropsiquiatria, 63*(3-A), 720-727.
- Olin, J., Katz, R., Meyers, S., Schneider, S., & Lebowitz, D. (2002). Provisional Diagnostic Criteria for Depression of Alzheimer Disease: Rationale and Background. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(2), 129-141.
- Ortiz, K., & Bertolucci, P. (2005). Alterações da Linguagem nas fases iniciais da Doença de Alzheimer. *Arquivo de Neuropsiquiatria, 63*(2-A), 311-317.
- Ownby, R., Crocco, E., Acevedo, A., John, B., & Loewenstein, D. (2006). Depression and Risk for Alzheimer Disease. *American Medical Association, 63*, 530-538.
- Pasupathi, S., Lucas, S., & Coombs, A. (2002). Conversational Functions of Autobiographical Remembering: Long-Married Couples Talk About Conflicts and Pleasant Topics. *Discourse Processes, 34*(2), 163-192.
- Peeters, F., Merckelbach, H., & Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Compr. Psychiatry, 43*, 344-350.
- Pergher, G., & Stein, L. (2008). Recuperando memórias autobiográficas: avaliação da versão brasileira do Teste de Memória Autobiográfica. *Psico, 39*(3), 299-307.
- Pergher, J., Grassi-Oliveira, R., De Ávila, L., & Stein, L. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria, 28*(1), 61-68.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados pára ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Petersen, R., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R., Morris, J. et al. (2001). Current concepts in Mild Cognitive Impairment. *American Medical Association*, 58, 1985-1992.
- Petersen, R., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Tangalos, E., & Kokmen, E. (1999). Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome. *American Medical Association*, 56, 303-308.
- Phillips, S., & Williams, J. (1997). Cognitive impairment, depression and the specificity of autobiographical memory in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 341-347.
- Piefke, M., & Fink, G. (2005). Recollections of one's own past: the effects of aging and gender on the neural mechanisms of episodic autobiographical memory. *Anat.Embryol.*, 210, 497-512.
- Pillemer, D., Wink, P., DiDonato, T., & Sanborn (2003). Gender differences in autobiographical memory styles of older adults. *Memory*, 11(6), 525-532.
- Piolino, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2009). Episodic autobiographical memory over the course of time: cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia*, 47(11), 2314-2329.
- Plassman, B., Langa, K., Fisher, D., Heeringa, S., Weir, D., Ofstedal, M., et al. (2007). Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 29, 125-132.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.
- Portella, M., & Marcos, T. (2002). Implicación del lóbulo frontal en la depresión mayor senil. *Revista de Neurologia*, 35(9), 891-894.
- Postigo, J., & Rodriguez, J. (1997). Depresión en la vejez. Evaluación, variables, implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 243-264.
- Purandare, N., Burns, A., Craig, S., Faragher, B., & Scott, K. (2001). Depressive symptoms in patients with Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 960-964.
- Radvansky, G., Copeland, D., & Zwann, R. (2005). A novel study: Investigating the structure of narrative and autobiographical memories. *Memory*, 13(8), 796-814.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J., Beyers, W., Brunfaut, E., & Eelen, P. (2006b). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 699-704.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters G., et al. (2006a). Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression?. *Memory*, 14(5), 584-594.

- Rahman, S., Swainson, R., & Sahakian, B. (2002). *Dementia of the Alzheimer type*. In J. Harrison & A. Owen (Eds.), *Cognitive Deficits in Brain Disorders* (pp.139-167). London: Martin Dunitz, Lda.
- Renneberg, B., Theobald, E., Nobs, M., & Weisbrod, M. (2005). Autobiographical Memory in Borderline Personality Disorder and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29(3), 343-358.
- Reys B., Bezerra, A., Vilela, A., Keusen, A., Marinho, V., Paula, E., et al. (2006). Diagnóstico de Demência, Depressão e Psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(6), 401-404.
- Ribeira, S., Ramos, C., & Sá, L. (2004). Avaliação Inicial da Demência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 569-577.
- Rocca, W., Cha, R., Waring, S., & Kokmen, E. (1998). Incidence of Dementia and Alzheimer's Disease: A Reanalysis of Data from Rochester, Minnesota, 1975-1984. *American Journal of Epidemiology*, 148(1), 51-62.
- Rocha, S., Carneiro, L., & Júnior, J. (2006). Exercício físico e saúde em pessoas idosas: Qual a relação? *Rev.Saúde.Com*, 2(1), 85-90.
- Ross, M., & Wilson, A. (2000). *Constructing and appraising past selves*. In D. Schacter & E. Scarry (Eds.), *Memory, brain and belief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rubin, D., Schrauf, R., & Greenberg, D. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory & Cognition*, 31(6), 887-901.
- Rubin, E., Veiel, L., Kinscherf, D., Morris, J., & Storandt, M. (2001). Clinically significant depressive symptoms and very mild to mild dementia of the Alzheimer type. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 694-701.
- Sadek, J., White, D., Taylor, K., Paulsen, J., Johnson, S., Salmon, D., et al. (2004). Retrograde Amnesia in Dementia: Comparison of HIV-Associated Dementia, Alzheimer's Disease and Huntington's Disease. *Neuropsychology*, 18(4), 692-699.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (1991). *Metodologia dela Investigación*. México: McGRAW-HILL.
- Santos, C. (2010). *Manual de Auto-Aprendizagem: Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Scheff, S., & Price, D. (2006). Alzheimer's disease-related alterations in synaptic density: Neocortex and hippocampus. *Journal of Alzheimer's Disease*, 9(3), 101-115.
- Schindwein-Zanini, R. (2010). Demência no Idoso: aspetos neuropsicológicos. *Revista de Neurociências*, 18(2), 220-226.
- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., & Ames, D. (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 997-1005.
- Selva, J., Postigo, J., & Rodriguez, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*, 40(4), 228-235.

- Selva, J., Postigo, J., Segura, L., Bravo, V., Córcoles, M., López, M., et al. (2012). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psicothema*, 24(2), 224-229.
- Simpson, S., Allen, H., Tomenson, B., & Burns, A. (1999). Neurological correlates of depressive symptoms in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Journal of Affective Disorders*, 53, 129-136.
- Small, J., & Sandhu, N. (2008). Episodic and semantic memory influences on picture naming in Alzheimer's disease. *Brain and Language*, 104, 1-9.
- Starkstein, S., Jorge, R., Mizrahi, R., & Robinson, R. (2005). The Construct of Minor and Major Depression in Alzheimer's Disease. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2086-2093.
- Steibel, N., & Almeida, R. (2010). Estudo de caso- avaliação neuropsicológica: depressão x demência. *Aletheia*, 31, 111-120.
- Steinberg, M. Shão, H., Zandi, P., Lyketsos, C., Welsh-Bohmer, K., Norton, M., et al. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 170-177.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Strober, L., & Arnett, P. (2009). Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 205-230.
- Sumner, J., Griffith, J., & Mineka, S. (2011). Examining the mechanisms of overgeneral autobiographical memory: Capture and rumination, and impaired executive control. *Memory*, 19(2), 169-183.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatr Gerontol Int*, 7, 167-173.
- Thies, W., & Bleiler, L. (2011). Alzheimer's Association Report: 2011 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 7, 208-244.
- Thorne, A., Mclean, C., & Lawrence, A. (2004). When remembering is not enough: Reflecting on self-defining memories in late adolescence. *Journal of Personality*, 72, 513-541.
- Tier, C., Santos, S., Pelzer, M.; & Bulhosa, M. (2007). Escala de Avaliação da Depressão em Idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(2/3), 27-36.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.
- Tune, L. (1998). Depression and Alzheimer Disease. *Depression and Anxiety*, 8(S1), 91-95.
- Veiel, H. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(4), 587-603.
- Watkins, E., & Teasdale, J. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.

- Webster, J. (2003). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory*, 11(2), 203-215.
- Wessel, I., Merckelbach, H., Kessels, C., & Horselenberg, R. (2001). Dissociation and Autobiographical Memory Specificity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 411-415.
- Westbury, C., & Dennett, D. (2000). *Mining the past to construct the future: Memory and belief as forms of knowledge*. In D. Schacter & E. Scarry (Eds.), *Memory, brain, and belief* (pp.11-32). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Westius, A., Kallenberg, K., & Norberg, A. (2010). Views of life and sense of identity in people with Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 30, 1257-1278.
- Williams, J. (1996). *Depression and the specificity of autobiographical memory*. In D. Rubin (Eds.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J. (2004). *Experimental cognitive psychology and clinical practice: Autobiographical memory as a paradigm case*. In J. Yiend (Eds.), *Cognition, emotion and psychopathology* (pp. 251-269). Cambridge: Cambridge University Press.
- Williams, J., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Attempted Suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.
- Williams, J., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., et al. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-148.
- Williams, J., Stiles, W., & Shapiro, D. (1999). Cognitive mechanisms in the avoidance of painful and dangerous thoughts: Elaborating the assimilation model. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 285-306.
- Winter, Y., Korchounov, A., Zhukova, T., & Bertschi, N. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 2(1), 27-32.
- Wright, S., & Persad, C. (2007). Distinguishing between depression and dementia in older persons: Neuropsychological and neuropathological correlates. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 189-198.
- Yaari, R., Tariot, P., & Richards, D. (2009). *Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms*. In M. Weiner & A. Lipton (Eds.), *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias* (pp.285-300). London: The American Psychiatric Publishing.
- Yaffe, K., Blackwell, T., Gore, R., Sands, L., Reus, V., & Browner, W. (1999). Depressive symptoms and cognitive decline in nondemented elderly women. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 425-430.
- Yang, J., & Rehm, L. (1993). A study of autobiographical memories in depressed and nondepressed elderly individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 36, 39-55.

- Yesavage, J., & Brink, T. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *J. Psychiat. Res.*, 17(1), 37-49.
- Yochim, B., MacNeill, S., & Lichtenberg, P. (2006). "Vascular Depression" Predicts Verbal Fluency in Older Adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 495-508.

Anexos

Anexo 1

Mini Mental State Examination (MMSE)

(Adaptação à População Portuguesa por Guerreiro, Silva & Botelho, 2004 e com os mais recentes valores normativos adaptados por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis_____

Nota:_____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota:_____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

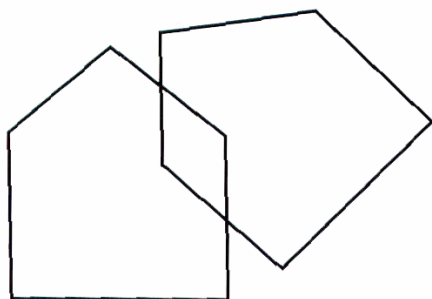
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:_____

TOTAL (Máximo 30 pontos):_____

Consideram-se sujeitos com um desempenho inferior:

- 0 a 2 anos de literacia \leq 22 pontos
- 3 a 6 anos de literacia \leq 24 pontos
- Literacia igual ou superior a 7 anos \leq 27 pontos

Anexo 2

Medidas Estatísticas e consistência interna das escalas *Mini Mental State Examination* (MMSE) e *Geriatric DEpression Scale* (GDS)

Escala	N	Alpha Cronbach	Máximo teórico	Mínimo observado	Máximo Observado	Média	Desvio padrão
MMSE	40		30	10	24	19,10	4,30
GDS	40	0,838	28	2	23	13,05	5,42

Anexo 3

Escala de Depressão Geriátrica- Versão Original

Adaptação à população Portuguesa
(Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009)

Nome _____

Idade _____ Sexo _____ Data de Nascimento ____/____/____

Habilitações Literárias _____

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida atual?	0	1
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
3. Sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Anda muitas vezes aborrecido?	1	0
5. Encara o futuro com esperança?	0	1
6. Tem pensamentos que o(a) incomodam e não consegue afastar?	1	0
7. Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo?	0	1
8. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	1	0
9. Sente-se feliz na maioria do tempo?	0	1
10. Sente-se muitas vezes desamparado e desprotegido?	1	0
11. Fica muitas vezes inquieto e nervoso?	1	0
12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer outras coisas?	1	0
13. Anda muitas vezes preocupado com o futuro?	0	1
14. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	1	0
15. Atualmente sente-se muito contente por estar vivo?	0	1
16. Sente-se muitas vezes desanimado e abatido?	1	0
17. Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil?	1	0
18. Preocupa-se muito com o passado?	1	0
19. Sente-se cheio de interesse pela vida?	0	1
20. Custa-lhe muito meter-se em novas atividades?	1	0
21. Sente-se cheio de energia?	0	1
22. Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?	1	0
23. Julga que a maior parte das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)	1	0
24. Aflige-se muitas vezes por coisas sem importância?	1	0
25. Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?	1	0
26. Sente dificuldade em se concentrar?	1	0
28. Evita locais onde estejam muitas pessoas?	1	0

Os itens 27, 29 e 30 foram excluídos

Total: 0-10 = ausência de depressão

11-20 = depressão ligeira

21-27 = depressão moderada/severa

Anexo 4

Teste de Memória Autobiográfica
 (Adaptação à população portuguesa por Gonçalves, 2006)

Vou-lhe dizer uma palavra em voz alta. De seguida deve dizer-me a primeira recordação que lhe venha à cabeça, ao ouvir a palavra que vou dizer. Mas tem que ser como uma imagem que está gravada na sua cabeça, isto é, uma recordação de um dia, de um momento determinado, num determinado lugar. Deve dar-me a maior quantidade possível de detalhes desse instante, como se tivesse uma imagem desse momento ou dessa recordação

Valência afetiva: <i>“Tente recordar algum dia, momento ou situação em que sentisse...”</i>			
Amor		TL	TR
Solidão		TL	TR
Felicidade		TL	TR
Sufrimento		TL	TR
Amizade		TL	TR
Tristeza		TL	TR
Carinho		TL	TR
Ódio		TL	TR
Alegria		TL	TR
Desespero		TL	TR
Palavras Neutras: <i>“Tente recordar um dia, momento ou situação específica que apareça na sua memória a partir da palavra...”</i>			
Bicicleta		TL	TR
Cão		TL	TR
Sapatos		TL	TR
Tomate		TL	TR
Trabalho		TL	TR
TL: tempo de latência (em segundos e milésimos de segundo); TR: tipo de recordação (geral; específica; positiva, negativa; neutra)			

Anexo 5

Pedido de autorização para recolha de dados aos cuidadores

Eu, Tânia Marlene Xavier Malta, estudante de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade da Beira Interior, pretendo realizar um estudo de investigação sobre memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva em pessoas com demência de Alzheimer na fase leve, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Marina Afonso, do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

Este estudo tem como principal objectivo analisar as memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva em pessoas idosas com Demência de Alzheimer, nas fases leve e moderada, quando sujeitas a tarefas que envolvem memória. Os instrumentos utilizados para a recolha de informação são o *Mini Mental State Examination (MMSE)*, o *Autobiographical Memory Test (AMT)* e a *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

A participação no estudo é voluntária e a informação recolhida serve apenas para a realização da investigação, sendo que todos os dados serão confidenciais/anónimos. O idoso e o seu cuidador podem, a qualquer momento, não mais autorizar a participação na pesquisa, sem que isto acarrete nenhuma perda para eles.

Venho por este meio solicitar-lhe autorização para realizar a recolha de dados junto do idoso com demência, a qual se irá realizar no Hospital de Bragança/Mirandela, aquando da consulta de Neurologia com a Dra. Purificación Ortiz/Dra. Marta Feijó, respetivamente.

Atenciosamente

(Tânia Malta)

Anexo 6

Consentimento dos cuidadores

Eu _____ na qualidade de cuidador do idoso com demência _____, autorizo que este participe na investigação sobre *memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva em pessoas com demência de Alzheimer na fase leve*”.

Declaro que fico esclarecido (a):

- a) Acerca do objetivo desta investigação;
- b) Que a participação é voluntária e que estamos livres de, a qualquer momento, não mais autorizar a participação na pesquisa, sem que isto acarrete nenhuma perda para nós;
- c) Que o material a ser apresentado ao idoso demente, já foi utilizado em outros estudos com idosos e não acarreta qualquer tipo de riscos;
- d) Que a informação fornecida serve apenas para a realização do estudo, mas que todos os dados são confidenciais/anónimos.

(Assinatura do cuidador)