

## **Introdução**

A presente dissertação insere-se na proposta metodológica do processo ensino-aprendizagem, no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior – Covilhã.

Na dissertação foi realizada uma investigação quase-experimental, uma vez que a amostra foi escolhida por conveniência pela psicóloga da instituição onde foi realizado estudo. Os critérios de inclusão na amostra foram a presença de demência ou de degradação cognitiva, motivada por aspectos, como a idade, mas também a presença de doença crónica (nomeadamente psicopatologia), medicação prolongada e a própria institucionalização. Desta forma procurou-se conhecer se existiam benefícios cognitivos em idosos institucionalizados mediante a aplicação de um programa estruturado de reminiscências.

Assim, o corpo da dissertação será dividido em dois grandes momentos: o enquadramento teórico e o estudo empírico.

O enquadramento teórico encontra-se dividido em cinco capítulos: Envelhecimento, Memória, Demência, Reabilitação Cognitiva das Demências e Terapia de Reminiscências.

No estudo empírico, podemos encontrar o problema do estudo, os objectivos e hipóteses de investigação, o método, os resultados, a análise estatística, os resultados e a sua discussão e por fim a conclusão.

A aplicação das reminiscências à demência é uma técnica relativamente recente e talvez por isso seja ainda pouco explorada, embora ao longo dos anos a literatura a acerca desta temática tenha surgido em maior número, os estudos realizados até ao momento, não são frequentes.

## **1. Envelhecimento**

### **1.1.O Envelhecimento na Europa e no Mundo**

“O envelhecimento não é exclusivamente dos tempos modernos, no entanto foi nos últimos cem anos que se tornou algo tão comum” (Hamilton, 2000 *cit in* Moura, 2006).

Moura (2006) refere que a procura da compreensão do fenómeno do envelhecimento é tão antiga quanto a própria humanidade, constituindo-se como uma preocupação desde sempre. Neste sentido, a autora refere que já no século XVI se começavam a desenvolver os primeiros trabalhos científicos acerca do envelhecimento, tendo como autores Bacon, Descartes e Benjamin Franklin. A mesma autora acrescenta ainda que durante a Idade Média e até ao século XVIII, os idosos estavam em número muito reduzido.

Cowgill (1970, *cit in* Moura 2006) refere que se pensa que nos tempos pré-históricos a velhice seria um fenómeno extremamente raro e que no século XVII, provavelmente apenas 1% da população vivia além dos 65 anos, sendo que no século XVIII, essa proporção estaria nos 4%.

Moura (2006) indica ainda que o tempo médio de vida era escasso devido às situações de vida precárias e às debilidades face às doenças. Contudo esta situação alterou-se em consequência das grandes transformações de âmbito político e industrial. Férez (2003) vem reforçar esta ideia ao atribuir duas razões essenciais a este fenómeno: por um lado o aumento da esperança média de vida ao longo de mais tempo e com uma maior qualidade de vida, facultada pelos progressos médicos, tecnológicos e científicos dos últimos anos, assim como uma melhor higiene e melhor alimentação, e por outro lado, a diminuição das taxas de natalidade traduzida num menor número de nascimentos, principalmente nos países desenvolvidos, o que poderá estar relacionado com motivações económicas, culturais, existenciais (Férez, 2003).

Esta ideia é também partilhada pela Comissão das Comunidades Europeias (2006) que no seu comunicado refere que o aumento do número de pessoas idosas resulta em primeiro lugar dos consideráveis progressos económicos, sociais e médicos, que fazem com que as pessoas vivam mais tempo e com um conforto e segurança sem precedentes. A mesma Comissão indica ainda que o envelhecimento das populações europeias resulta de evoluções positivas, como o aumento da esperança média de vida, muitas vezes com boa saúde, e a

oportunidade das mulheres poderem mais livremente não optarem pela maternidade, estando cada vez mais instruídas e com acesso mais facilitado ao mundo do trabalho. No entanto, estas alterações demográficas e socioeconómicas obrigaram as instituições actuais a sujeitarem-se a reformas, procurando a eficiência económica e a igualdade social.

Porém, “A Europa não envelhece sozinha” (Comissão das Comunidades Europeias, 2006). E neste sentido, vários autores alertam para o facto de nas últimas décadas se assistir, em especial nos países em vias de desenvolvimento, a um aumento exponencial da população mundial idosa (Kalache, Veras & Ramos, 1987; Férez, 2003 e Souza & Chaves, 2005). Neste sentido, verificamos que relativamente à população mundial, existiam em 1950 cerca de 200 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, em 1970 atingiram-se 307 milhões e no ano de 2000 já se estimava um valor de 580 milhões, ou seja, assistimos a um aumento de pessoas idosas na ordem dos 90% enquanto a população mundial cresce na ordem dos 70% (Férez, 2003). Verifica-se desta forma que estamos perante um envelhecer da população, consecutivo e veloz (Férez, 2003).

## **1.2. O envelhecimento em Portugal**

Como se poderá constatar a seguir, a realidade demográfica portuguesa acompanha as tendências mundiais. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos ao ano de 2007, pela primeira vez assiste-se a um número superior de óbitos do que nados vivos. Registaram-se 103512 óbitos e 102492 nados vivos. Estes dados, aliados a um saldo migratório positivo (19500) favorável a Portugal, traduzem uma taxa de crescimento efectivo de apenas 0,17%.

Os mesmos dados indicam também que no início do século XX, até aos anos 30, a taxa de natalidade variou em valores próximos dos 30 nados vivos por cada mil habitantes. Este valor passou para 20 nados vivos nos anos 70 e no período entre 1995 e 2000, assistiu-se a uma ligeira recuperação, tendo voltado a decrescer para 9,7% em 2007.

Ao nível regional, os dados indicam ainda que o Algarve e Lisboa apresentam um valor de taxa de natalidade (superior a 11%), acima da média nacional. Estando no pólo oposto as regiões do Centro e Alentejo, nomeadamente a Região da Serra da Estrela e do Pinhal Interior Sul, onde se verificam as menores taxas de natalidade do país.

No que diz respeito à capacidade de uma população em garantir a sua substituição – Índice sintético de Fecundidade – determinada pelo número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 anos 49 anos de idade), é possível verificar que a média nacional se situa nos 1,33 crianças por mulher.

Os dados do INE demonstram desta forma que os valores dos índices referidos anteriormente implicam um envelhecimento da base e do topo da pirâmide etária portuguesa, acentuando desta forma, o envelhecimento demográfico português, tendo o índice de envelhecimento atingido um valor de 114 idosos para 100 jovens.

### **1.3. Ciclo Vital e Envelhecimento**

O ciclo vital é um percurso específico, definido por uma duração potencial máxima entre a concepção e a morte e constituído por uma série de etapas durante as quais têm lugar os processos ontogenéticos – crescimento, desenvolvimento, maturação e evolução (Bernis, 2004). O que ocorre em cada etapa está condicionado pelo que aconteceu nas etapas anteriores, dado que a acção de factores limitadores do meio em etapas precoces do ciclo vital pode ter consequências a longo prazo no processo de envelhecimento (Bernis, 2004).

Podemos referir o envelhecimento como um processo multifactorial (Bernis, 2004; Santos, Andrade & Bueno, 2009) que ocorre na última etapa do ciclo vital e que se caracteriza pela diminuição progressiva da capacidade funcional em todos os tecidos e órgãos do corpo e da consequente capacidade em ajustar-se aos estímulos ambientais (Bernis, 2004) É também um processo delineado por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento de actividades sociais, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva (Prado & Sayd, 2006).

Segundo Palácios (2004, *cit in* Santos, Andrade e Bueno, 2009) estima-se que o ser humano possa viver entre 110 a 120 anos. O mesmo autor acrescenta que o ciclo vital atinge a maturidade biológica, por volta dos 25, 30 anos, sendo que dos 25 até os 40 anos de idade, o indivíduo pode ser considerado um adulto inicial; até aos 65 anos, um adulto médio ou de meia-idade, dos 65 aos 75 anos, um adulto tardio na velhice precoce, e desta idade em diante, será a chamada velhice tardia.

Agostinho (2004), indica, no entanto, que não podemos reduzir o processo de envelhecimento apenas à idade decretada em anos de vida, mas compreende-lo antes como

um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social. Farinati (2002) também aceita que a entrada na velhice depende de vários aspectos que superam os meros limites cronológicos, acrescentando que cada indivíduo reage de forma única e singular ao avanço na idade.

Neste sentido, Mota, Figueiredo & Duarte (2004) indicam que existem inúmeras formas de definir o envelhecimento, verifica-se contudo, que todas apresentam em comum a ideia de perda de funcionalidade progressiva à medida que avança a idade, a par do conseqüente incremento da susceptibilidade e incidência de doenças, aumentando a probabilidade de morte.

Para Santos, Andrade & Bueno (2004) o envelhecimento é um decurso do desenvolvimento normal, envolvendo alterações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas, onde factores ambientais e socioculturais como a qualidade e estilo de vida, a alimentação, o sedentarismo e o exercício, também exercem influência no organismo, e encontram-se directamente ligadas a um envelhecimento sadio ou patológico.

Para Palácios (2004, *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009), o envelhecimento não é um processo unitário, não acontecendo de modo simultâneo em todo o organismo e nem está associado à existência de uma doença. Porém, envolve múltiplos factores endógenos e exógenos, que devem ser considerados de forma integrada.

Autores como Argimon & Stein (2005) indicam que o processo de envelhecimento pode estar a par de um declínio das capacidades físicas e cognitivas dos idosos, de acordo com as suas características de vida.

Alguns autores defendem que ocorre uma deterioração geneticamente programada, posto que há um envelhecimento celular e uma limitação na capacidade das células em se dividir, renovar-se e regenerar-se (Palácios, 2004). Este tipo de decadência é inevitável e ditado por regras biológicas não totalmente esclarecidas, como os processos primários (quando e como o envelhecimento se inicia na vida de um indivíduo) e secundários (qualidade e estilo de vida, dieta calórica, actividades físicas), vinculados ao aumento da idade e ao controle pessoal (Palácios, 2004).

Agostinho (2004) refere que as modificações biológicas que se verificam ao longo do processo de envelhecimento, pronunciam-se particularmente mediante os problemas de saúde dos idosos, sobretudo no aumento da vulnerabilidade a determinadas doenças, como é o caso das doenças crónicas. Assim, Coelho (1989, *cit in* Agostinho, 2004) acrescenta que o

envelhecimento provoca um declínio das funções físicas, que se verifica na lentidão e enfraquecimento da capacidade motora, e ainda uma redução da capacidade adaptativa. No que diz respeito ao rendimento psicomotor, Peña-Casanova (1999) adverte que, em especial nos casos de demência, este tende a modificar-se com a idade, traduzindo-se essencialmente na lentificação, ou seja, o idoso pode apresentar uma maior necessidade de ter mais tempo para responder a uma determinada solicitação.

O envelhecimento é ainda caracterizado pelas alterações físicas degenerativas que ocorrem no corpo, donde se destaca: redução da taxa de metabolismo basal, redução do oxigénio no cérebro devido a circulação cerebral insuficiente, redução da acuidade visual, redução da acuidade auditiva, diminuição da sensibilidade gustativa e olfactiva, assim como à dor e à vibração, aumento da susceptibilidade às variações de temperatura, problemas digestivos, deterioração dos dentes, perda de cabelo, secura da pele e aumento da pigmentação, atrofia muscular, redução da função renal, redução do rendimento cardíaco e perda de neurónios do sistema nervoso central. (Bromley, 1966, *cit in* Agostinho, 2004)

Contudo, de todas as transformações fisiológicas associadas ao envelhecimento, as funções do Sistema Nervoso Central, em especial as de origem neuropsicológica relacionadas com as funções cognitivas como a aprendizagem e a memória, apresentam maior interesse de pesquisa, na medida em que estas modificações podem comprometer o bem-estar biopsicossocial dos idosos ao limitar a sua vida social (Souza & Chaves, 2005).

Segundo Kastenbaum (1981, *cit in* Agostinho, 2004) determinadas circunstâncias de vida podem proporcionar a focalização do idoso nas suas transformações físicas, levando a que o processo de envelhecimento se acelere. Aiken (1989, *cit in* Agostinho, 2004) acrescenta que alguns acontecimentos frequentes na velhice como: a perda da pessoa amada, de um amigo, de estatutos, de actividades significativas, podem não apenas precipitar o declínio físico e psicológico, como também agravar uma doença em qualquer altura da vida.

Assim, verifica-se que alguns idosos rejeitam a preocupação de se manterem activos e participativos na sociedade, rendendo-se de forma passiva ao aceitarem o envelhecimento como algo patológico e sendo uma contagem regressiva da vida, esta situação pode representar um grave prejuízo para a saúde mental e física do idoso, além de se constituir também como um factor de risco para o declínio cognitivo e para a demência (Souza & Chaves, 2005). Os mesmos autores acreditam que ao longo do envelhecimento se pode estabelecer um ciclo vicioso, na medida em que a degradação psicobiológica própria do

envelhecimento leva a uma inactividade física e cognitiva por parte do idoso, e a pouca utilização de processos físicos e cognitivos vai acelerar a degradação psicobiológica, formando-se desta forma um ciclo.

O envelhecimento da população é uma aspiração de qualquer sociedade. Contudo, só por si, este não é um fenómeno suficiente, é também importante almejar uma melhoria de qualidade de vida dos que já envelheceram e dos que estão a envelhecer. A manutenção da autonomia e da independência é uma tarefa complexa que resulta dessa conquista social. (Kalache, Veras & Ramos, 1987)

#### **1.4. Factores de protecção do envelhecimento**

Podemos dividir os factores de protecção ao envelhecimento em factores de protecção primária, factores de protecção secundária e factores de protecção terciária, os quais iremos analisar de seguida.

No que diz respeito aos factores de prevenção primária podemos dizer que são os relativos à atenção que é dada aos riscos ambientais ou pessoais que possam dar origem a doenças e que não podem ser alterados, tais como a idade, a etnia e os factores genéticos (Santos, Andrade & Bueno, 2009). Desta forma, podemos referir que o envelhecimento saudável pode ser adquirido por pessoas que se tenham preocupado em adoptar uma dieta equilibrada e hábitos de práticas desportivas, não se sujeitando a factores debilitantes, como altos níveis de stress físico e mental, desde a juventude, ou até ainda antes (Santos, Andrade & Bueno, 2009). O mesmo será dizer que, a qualidade de vida é crucial para um bom envelhecimento (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

De acordo com os mesmos autores, as escalas de qualidade de vida e de actividades de vida diária utilizadas em diversos estudos, apresentam que os idosos activos e independentes, dizem-se capazes de fazer compras e pagar as contas em bancos, cozinhar, cuidar das finanças, entre outras tarefas, por outro lado, os idosos dependentes respondem que comem, vestem-se, caminham. Para cada item funcional o *score* de pessoas que perdeu autonomia foi superior ao do grupo que permaneceu independente (Njegovan *et al.*, 2001 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Relativamente à prevenção secundária, podemos dizer que caracteriza-se pela avaliação de pessoas que já possuem algum défice ou pertençam a um determinado grupo de risco (Santos, Andrade & Bueno, 2009). As doenças crónicas não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares e as doenças respiratórias, a diabetes e o cancro, são responsáveis por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo (Santos, Andrade & Bueno, 2009). Os mesmos autores acrescentam que deve ainda ter-se em conta a avaliação da acuidade auditiva ou visual por especialistas.

Relativamente à prevenção terciária, os autores referem que diz respeito ao tratamento, suporte e reabilitação com o objectivo de minimizar os efeitos da doença ou em alguns casos alcançar a cura. No caso dos défices cognitivos, por exemplo, uma alternativa viável é a reabilitação neuropsicológica (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

### **1.5. Envelhecimento funcional e envelhecimento produtivo**

Bernis (2004) defende que é difícil definir “envelhecimento normal” devido essencialmente a dois factores: por um lado, a ausência de sincronia no início e na velocidade dos processos evolutivos entre os diferentes tecidos e órgãos corporais, e por outro, a enorme variabilidade individual e populacional que existe nestes aspectos e na sua associação com as doenças. Assim, Rowe & Kahn (1987, *cit in* Bernis 2004) indicam que se pode definir o “envelhecimento satisfatório” como aquele em que se atrasam as alterações evolutivas, em que a mudança de estruturas corporais e a perda das capacidades funcionais é mais lenta e que além disso, se mantém livre de problemas e/ou doenças incapacitantes ou que aumentem o risco de morte.

A este respeito, Kalache, Veras & Ramos em 1987 já referiam que no processo de envelhecimento, a manutenção da autonomia está directamente ligada à qualidade de vida e sugerem que uma forma de quantificar a qualidade de vida de um idoso é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as suas funções do dia-a-dia, dentro do seu contexto sócio-económico.

Autores como Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca (2006) apresentam ainda o conceito de envelhecimento produtivo, onde referem que surgiu na década de 70 do século passado, com o objectivo de combater a imagem dos idosos, como seres frágeis, dependentes e não produtivos, como um fardo para a sociedade e as gerações mais jovens.

Assim, os mesmos autores referem que o paradigma subjacente ao envelhecimento produtivo concebe o envelhecimento com uma perspectiva positiva, onde recusa estereótipos e valoriza o papel desempenhado pelos idosos, assim como os contributos que prestam.

## **2. Memória**

O cérebro é o órgão do corpo humano onde existe uma maior organização e estruturação, devido ao elevado número e complexidade das suas funções. (Pais, Cruz & Nunes, 2008) O cérebro e o sistema nervoso desempenham funções de integração e controlo de todo o organismo na sua relação com o meio (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

As funções nervosas superiores constituem um conjunto de funções integradas que nos permite comunicar através de símbolos, representar mentalmente o mundo, aprender, processar, guardar e transmitir vários tipos de informação (Martins, 2006). Permite ainda, tomar decisões e possibilita uma enorme variedade e flexibilidade de comportamentos, e também ter-mos consciência de nós próprios, falar e ensinar, sendo estas capacidades exclusivas dos seres humanos (Martins, 2006).

De acordo com Pais, Cruz & Nunes (2008) a memória é uma das funções mais importantes do ser humano, desempenhando um papel determinante na relação com o meio, na socialização, na construção da personalidade e do comportamento e no desempenho em geral. Os mesmos autores indicam que não seria possível sobreviver sem memória, uma vez que não saberíamos como obter alimentos ou abrigo, nem como evitar perigos ou transmitir conhecimentos. Contudo, a memória tem um funcionamento silencioso e só reparamos nela quando nos falha (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

De acordo com Belina Nunes (2007) a memória diz respeito à capacidade que o nosso cérebro tem de reter e evocar informação acerca de nós próprios e do mundo que nos rodeia.

Ferro e Pimentel (2006) indicam que a memória não é uma função unitária, ou seja, corresponde a várias funções e sistemas distintos que podem ser afectados de forma electiva nas lesões do sistema nervoso. A memória é uma função cerebral muito complexa, ligada a outras áreas da cognição (acção ou processo de conhecer, que engloba diversos estados mentais e processos como a atenção, o raciocínio, a percepção, a aprendizagem, a consciência ou as emoções) e integrada numa extensa rede neuronal e dependendo, portanto, da interacção

de todo o sistema (Nunes, 2008). Por um lado precisa que o cérebro esteja activo para a recepção e organização das memórias, e por outro lado necessita de áreas importantes do córtex cerebral, umas específicas da memória e outras específicas de funções como a linguagem, isto para que se consiga a correcta integração e evocação das memórias (Nunes, 2008).

Neste sentido, é possível indicar que uma alteração no funcionamento da memória pode ter origem em perturbações de outras funções cerebrais, tais como a atenção, a linguagem, o humor, o reconhecimento de caras ou de objectos (Nunes, 2008). Assim, nem sempre um problema de memória corresponde exactamente a uma alteração da função de uma área cerebral considerada específica da memória (Nunes, 2008).

Tudo o que vemos, ouvimos, cheiramos, sentimos, é transformado e integrado em padrões mais ou menos complexos e que poderão mais tarde ser chamados à lembrança, ou não (Nunes, 2008). Podem ser muitas vezes recordados ou nunca mais. Esses percursos da memória são muitas vezes inconscientes e pouco dependentes da nossa vontade e por isso a memória nos “atraíça” tanto (Nunes, 2008).

O facto de a memória depender de várias áreas do cérebro também origina que seja mais facilmente influenciável por todos os fenómenos patológicos e fisiológicos que ocorrem em qualquer área do cérebro, o que a torna tão sensível a perturbações, por exemplo da atenção, do afecto, da vigília ou da própria linguagem (Nunes, 2008) A memória depende muito do repouso, em especial do sono, de modo a poder cimentar as memórias do dia-a-dia, ou seja a passa-las para o “disco rígido” (Nunes, 2008).

## **2.1. Processamento da informação**

A constituição de memórias pressupõe diversas fases, que ocorrem de modo sequencial (Nunes, 2008). A mesma autora sugere que se pense no funcionamento de um computador, como forma de perceber melhor esta ideia. Em primeiro lugar é necessário introduzir a informação – *recepção* (Franco, Bueno, Orihuela & Merino, 2007; Pais, Cruz & Nunes, 2008) No que diz respeito à memória humana, a informação que nos chega através dos sentidos é a que vai ser transformada em memórias. Acções como, ver um filme, ler um livro, ouvir uma conversa ou uma música, cheirar uma flor, saborear um vinho, tocar o pêlo de um cão ou beijar uma pessoa, são alguns exemplos de percepções que são transmitidas ao

cérebro, depois de recebidas através dos receptores dos órgãos dos sentidos (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

Na segunda fase, a informação é captada e codificada – *codificação* (Franco, Bueno, Orihuela & Merino, 2007 e Pais, Cruz & Nunes, 2008). Na metáfora do computador esta fase equivale à utilização de diferentes programas informáticos (Pais, Cruz & Nunes, 2008). Guardamos no nosso cérebro, imagens, melodias, aromas, sensações ou conhecimentos, que se encontram distribuídos por diferentes áreas do cérebro, primárias e secundárias, consoante a especificidade e o nível de integração referentes a cada modalidade (Pais, Cruz & Nunes, 2008). Os mesmos autores indicam que a maior diferença entre o funcionamento da memória humana e a memória do computador reside no facto de nos seres humanos, a utilização e reutilização da informação, implica sempre modelagem e modificação, pela incorporação de novos dados, sendo que num ficheiro de computador, pode manter-se ao longo de vários anos e com a informação inalterada (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

Terminada esta fase, teremos que armazenar a informação – *consolidação* (Franco, Bueno, Orihuela & Merino, 2007 e Pais, Cruz & Nunes, 2008). As memórias vão sendo arquivadas automaticamente, contudo, temos menos domínio sobre o armazenamento na nossa memória do que sobre os ficheiros do computador e apenas, mais tarde, quando quisermos aceder a determinada informação saberemos se a arquivamos de modo correcto e completo toda a informação que pretendíamos, ou se guardamos apenas fragmentos pouco importantes ou inúteis (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

Assim, surge a etapa seguinte – *recuperação* (Franco, Bueno, Orihuela & Merino, 2007 e Pais, Cruz & Nunes, 2008). Recorrendo de novo à metáfora do computador, podemos referir que quando precisamos de uma informação, procuramos no disco rígido a informação pretendida e por vezes esta tarefa não é imediata e teremos que procurar em ficheiros que levam a outros, tal como acontece na memória humana (Pais, Cruz & Nunes, 2008). Recordar algo significa em primeiro lugar procurar e localizar a informação na nossa memória e depois extrai-la (Franco, Bueno, Orihuela & Merino, 2007). Pais, Cruz & Nunes (2008) indicam ainda que por vezes, no dia-a-dia, queremos evocar uma determinada palavra, nome, ou acontecimento e não conseguimos e no entanto, acaba por surgir, minutos, horas ou dias depois, quando já podemos nem precisar dessa mesma informação.

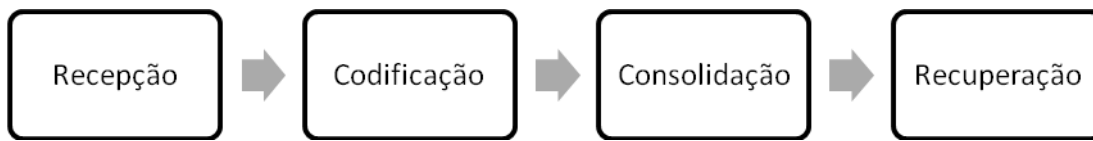


Figura 1: O processamento da memória

Do ponto de vista da neurociência da memória, entende-se por **codificação**, o momento em que a informação recebida pelos órgãos dos sentidos é organizada e processada (Martins, 2006; Pais, Cruz & Nunes, 2008). Na fase da **consolidação**, a informação recebida passa para o armazenamento, originando e dependendo de mudanças a vários níveis na estrutura celular (Martins, 2006 e Pais, Cruz & Nunes, 2008). A **recuperação** diz respeito ao processo de evocação consciente do material ou competências aprendidas, que pode ser feita espontaneamente, com ajudas ou por reconhecimento, após a confrontação com o alvo da tentativa de recuperação (Martins, 2006 e Pais, Cruz & Nunes, 2008).

## 2.2. Tipos de Memória

Autores como Pais, Cruz & Nunes (2008) indicam que podemos encarar a memória como um sistema unitário ou como um conjunto de vários sistemas, sendo este um tema que ainda não reúne consenso científico, existindo o debate acerca da quantidade e das características dos vários sistemas, assim como a terminologia a adoptar.

Neste sentido, os mesmos autores propõe o conhecimento dos principais modelos de memória:

- *Modelo de registo triplo de Atkinson e Schiffrein (1968)* – estabelece três sistemas de memória (memória sensorial, memória de curto prazo e memória de longo prazo) com capacidade para armazenar informação por períodos de tempo diferentes, com capacidades diferenciadas e com processos de funcionamento próprios.

- *Modelo dos níveis de processamento de Craick e Lockhart (1972)* – declara a memória com uma só estrutura em que o grau de retenção varia geralmente de acordo com o modo como a informação é processada e não das funções específicas da memória a curto prazo ou da memória a longo prazo.

- *Modelo integrativo da memória de Baddeley* – modelo mais recente que privilegia a noção de memória de trabalho. De acordo com este modelo, a memória de trabalho compreende vários elementos: um sistema visuo-espacial que mantém imagens por um curto espaço de tempo, um *loop* fonológico que suporta o discurso interno e permite o armazenamento de informação num formato acústico, um buffer episódico capaz de integrar diferentes tipos de informação num formato com sentido para o indivíduo, e uma central executiva que coordena funções de atenção, selectividade, consciência e controlo da informação.

A equipa de trabalho de Squire indica ainda que a memória a longo prazo pode ser dividida em *implícita* ou procedimental e *explícita* ou declarativa. Sendo que a memória explícita ou declarativa pode ainda ser dividida em semântica ou episódica, e a memória implícita ou procedimental, pode-se dividir em habilidades ou competências motoras, activação de conhecimentos, condicionamento e fenómenos não associativos de habituação a certos estímulos.

Posto isto, autores como Pais, Cruz & Nunes (2008) indicam que recebemos continuamente as informações através dos órgãos dos sentidos, as quais se mantêm por um curto período de tempo, expresso em segundos na **memória sensorial**.

Essa informação, se não for rapidamente esquecida poderá passar ao sistema de **memória de trabalho** e neste tipo de memória poderemos reter a informação por uns momentos e logo a seguir esquecê-la, por exemplo quando nos indicam um caminho ou um número de telefone (Pais, Cruz & Nunes, 2008). A não ser que exista um esforço consciente para recordar essa mesma informação mais tarde, é bastante provável que a iremos esquecer (Pais, Cruz & Nunes, 2008). A memória de trabalho é um sistema capaz de reter e manipular informações num determinado período de tempo, enquanto decorrem outras operações mentais, sendo controlada por um sistema de processamento – sistema executivo central – que regula a sua actividade tendo em conta os recursos existentes, características do meio e o tipo de informação (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

A **memória a longo prazo** carece da intervenção de um sistema intermédio – sistema de consolidação – que permite integrar e articular memórias mais recentes com memórias mais antigas (Pais, Cruz & Nunes, 2008). Neste tipo de memória podemos encontrar a memória implícita (procedimental) – onde se situa a capacidade de aprender sem intenção, e a

memória explícita (declarativa) – onde o processo de memorização é intencional, podendo ser episódica ou semântica (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

A **memória episódica** – que será mais explorada mais à frente – também se denomina de memória autobiográfica e é uma memória de acontecimentos pessoais, que diz respeito ao registo, consolidação e recuperação de informações organizadas num contexto temporal e espacial (Pais, Cruz & Nunes, 2008). Os autores referem que numa situação normal, é a memória episódica que permite recordar um acontecimento de vida ou uma notícia lida no jornal num determinado dia, sendo também na opinião dos mesmo autores, a memória que mais vezes nos atraiçoa, não nos permitindo recordar alguns momentos do passado ou ainda recordando-os de uma forma distante do que aconteceu na realidade. A **memória contextual** é o tipo de memória que nos permite organizar as informações tendo um referencial espaço-tempo, ou seja, ordena as memórias ao longo do tempo ou associa-as a acontecimentos de vida e provavelmente selecciona ao longo da vida o “substrato mnésico” da personalidade (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

A **memória semântica** diz respeito ao conjunto de conhecimentos independentes do contexto espaço-tempo, funcionando como uma enciclopédia que contém os conhecimentos adquiridos ao longo da vida e acerca do mundo que nos rodeia, tais como o significado das palavras, objectos e conceitos (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

Pais, Cruz & Nunes (2008) colocam ainda uma questão interessante, de que forma sabe a memória que informação deve seleccionar para um sistema de memória ou para outro. Segundo Pais, Cruz & Nunes (2008) a resposta está dependente do tipo de informação recebida e do sistema que a processa e dão como exemplo que a aprendizagem de sequências motoras e a aprendizagem de emoções faciais que utilizam estruturas e redes neuronais diferentes, mais primitivas, do que a aprendizagem de línguas, matemática ou a leitura, as quais requerem o uso de redes corticais mais recentes no desenvolvimento filogenético.

Pais, Cruz & Nunes (2008) indicam que ainda podem ser considerados outros tipos de memória, a meta-memória e a memória prospectiva.

A **meta-memória** relaciona-se com a consciência que cada um tem acerca do estado actual da sua própria memória e capacidades mentais e neste sentido, podemos dizer que as queixas subjectivas de memória são uma manifestação da meta-memória, sendo esta muito sensível à personalidade e aos estados de humor (Pais, Cruz & Nunes, 2008).

A **memória prospectiva** diz respeito à capacidade de nos projectarmos no futuro, assumindo um carácter muito prático e tem como função recordar-nos os compromissos e assuntos em agenda num futuro mais ou menos próximo, sendo também a ela que recorremos quando temos que tomar decisões para o futuro e nos imaginamos em diversos cenários (Pais, Cruz & Nunes, 2008)

### **2.3.Memória Autobiográfica**

A memória autobiográfica representa um conjunto de experiências que formam a história de vida de uma pessoa (Gonzaga & Nunes, 2008; Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008), desde as recordações mais antigas até às mais recentes (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008). As recordações que a pessoa recupera podem ser desde vagas descrições de alguma situação vivida ou explicações detalhadas de eventos que incluem inclusivamente informação sobre pensamentos, sensações e emoções experimentadas naquele momento (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008).

Geralmente surge após os três anos de idade, sendo que está ligada ao desenvolvimento da linguagem, uma vez que apenas quando a criança tem capacidades para passar os acontecimentos a palavras, poderá reflectir sobre eles (Howe, Courage, Shannon & Edison, 2003; Gonzaga & Nunes, 2008). Assim, as crianças que apresentam um desenvolvimento mais precoce da linguagem, tendem a desenvolver uma memória autobiográfica mais cedo do que outras crianças (Gonzaga & Nunes, 2008).

Tanto nas crianças, como nos adultos e idosos, a capacidade de evocação é influenciada pelas emoções e por isso tendemos a recordar melhor o que fizemos do que o que apenas vimos (Gonzaga & Nunes, 2008).

Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel (2008) indicam que segundo o modelo de Conway (1993), a memória autobiográfica encontra-se organizada em 3 níveis diferentes de conhecimentos autobiográfico, que se distinguem pelo seu grau de generalidade:

- Em primeiro lugar, "*períodos de vida*" – incluem lapsos de tempo que duram meses, anos ou décadas e agrupam temas de si próprio. Contém o conhecimento genérico sobre localizações, acções, actividades, planos e metas características de um determinado período de tempo.

- Em segundo lugar, “*eventos gerais*” – duram dias, semanas ou meses e representam os conhecimentos sobre objectivos, ganhos e temas pessoais. Estes eventos gerais podem referir-se também a acções que se repetem ao longo do tempo e que são de natureza mais específica que os “períodos de vida”.

- Em terceiro lugar, “*sucessos de conhecimento específico*” – encontram-se a um maior nível de especificidade e referem-se a períodos de tempo que duram segundos, minutos ou horas. Estão associados a informação sensorial, imagens vividas e emoções. Este é o nível em que podemos encontrar recordações mais detalhadas.

Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel (2008) indicam ainda que existe outra forma de explicar a estrutura da memória autobiográfica, a de Williams e Dritschel (1992), que distingue três tipos de recordações: as extensas e as categóricas (englobadas dentro dos “eventos gerais” de Conway) e as específicas.

- As **recordações extensas** referem-se a períodos extensos que duram mais de um dia, como a infância ou a época escolar.

- As **recordações categóricas** dizem respeito a acções que se repetem ou a categorias de eventos semelhantes sem especificar nenhum momento concreto, como a época natalícia ou as férias de Verão.

- As **recordações específicas** faziam referência a momentos concretos que ocorrem num tempo e espaço específicos e que podem durar desde uns segundos até umas horas, como um exame ou uma celebração.

Hou, Bruce, Miller & Kramer (2005) indicam ainda que sendo a memória autobiográfica um tipo específico da memória episódica, pode ser dividida entre experiências de acontecimentos pessoais (acontecimentos autobiográficos) e factos pessoais relevantes (informação semântica pessoal).

De acordo com Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel (2008), na estrutura hierárquica da memória autobiográfica, as recordações específicas seriam as últimas a ser acedidas, depois de se conseguirem recuperar recordações mais gerais, passando por uma representação mental verbal abstracta a uma representação mental sensorial perceptiva.

Á incapacidade para recuperar recordações específicas em situações em que se necessita chama-se “*sobregeneralização da recordação*” (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008). A existência de recordações gerais não é só por si, um problema, já que existem muitas situações em que se revelam úteis, o problema é não poder aceder às recordações específicas

quando estamos numa situação que requer a recuperação deste tipo de recordação (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008).

Bluck & Alea (2002) indicam que a literatura acerca da memória autobiográfica distingue três funções da mesma: identidade, social e directiva.

De acordo com estes autores, a literatura refere que a memória autobiográfica e a *identidade* estão intimamente ligadas, tendo a memória autobiográfica uma função reguladora do humor e preserva o auto-conceito. Referem no entanto que a função *social* é a mais importante e pode ser dividida em três categorias: interacção social, empatia e vínculo social. A função *directiva* diz respeito à forma como se utiliza o passado como recurso para viver no presente e no futuro.

Nunes (2008) chama ainda à atenção para as memórias positivas e memórias negativas e a esse respeito indica que diversas pesquisas validaram a sensação de que todos poderemos ter, de que recordamos com precisão mais exacta, os acontecimentos negativos do que os positivos. Neste sentido, Nunes (2008) indica que quando recordamos um acontecimento que nos deixou felizes, temos tendência a generalizar, incorporando na recordação factos que realmente foram vividos com outros factos de natureza mais geral, que de preferência se relacionam com os nossos objectivos. Este poderá ser um mecanismo que nos ajude a ser felizes, na medida em que essa memória nos ajuda a manter uma perspectiva positiva sobre a vida (Nunes, 2008).

Contudo, a mesma autora defende que quando recordamos um acontecimento negativo, temos menos tendência para deambular na memória e conseqüentemente somos mais rigorosos na evocação dos factos, recordando o dia, a hora, o local, a pessoa, todos os pormenores centrais da cena que nos marcou negativamente (Nunes, 2008). Assim, Nunes (2008) indica que possivelmente ao recordarmos com maior precisão um acontecimento que nos marcou negativamente, poderemos evitar repetir o erro no futuro. Ou saber lidar melhor com a situação.

Nunes (2008) acrescenta ainda que os acontecimentos positivos que se relacionam com os nossos objectivos serão possivelmente integrados de uma forma mais geral e contínua na nossa memória autobiográfica, servindo como reforço das nossas escolhas e percursos, já que não colidiram com esses mesmos objectivos. Por este motivo de integração das memórias positivas no nosso continuo autobiográfico, parece-nos que recordamos melhor os

acontecimentos positivos do que os negativos (Thompson, Skowronski, Larsen & Betz, 1996 *cit in* Nunes, 2008).

No que diz respeito ao armazenamento na memória autobiográfica (Nunes, 2008) refere-se a alguns autores (Conway, 1996) que sugerem que estas memórias não serão armazenadas como representações literais do passado, mas que serão construídas na evocação de representações abstractas ou conhecimento que temos acerca dos acontecimentos passados.

Contudo, a mesma autora refere que pelo contrário, outros estudos (Conway, 2001 *cit in* Nunes, 2008) indicam que as memórias involuntárias poderão ser representações literais do passado, sendo a memória autobiográfica e a memória episódica dois sistemas separados. Nesta forma de conceptualização do sistema episódico, as memórias episódicas são encaradas como representações literais que são retidas temporariamente, até dois dias, e de forma separada das memórias autobiográficas mais permanentes, que seriam uma forma consolidada de memórias (Nunes, 2008).

Relativamente à relação das memórias involuntárias com o envelhecimento humano, alguns estudos (Brewin & Holmes, 2003; Berntsen & Rubin, 2002 *cit in* Nunes, 2008) revelaram que as memórias autobiográficas involuntárias são mais frequentemente relativas a acontecimentos dos anos mais recentes em todos os grupos etários, sendo que em pessoas com mais de 50 anos os autores encontraram um aumento das memórias da segunda e terceira décadas de vida, relativamente às décadas seguintes. Berntsen & Rubin (2004, *cit in* Nunes, 2008) apenas encontraram esta saliência da memória apenas para memórias positivas ou mistas e não para as memórias negativas.

Adultos idosos referem experimentar muito menos frequentemente memórias autobiográficas involuntárias do que os jovens (Nunes, 2008). Também nos idosos parece existir uma redução do “sonhar acordado”, tendo como possível explicação a necessidade de estar mais atento quando executam actividades automáticas, comparativamente com os jovens, e assim terem menos recursos cognitivos disponíveis para pensamentos não relacionados com tarefas e com memórias (Schlagman, Vavilashvili & Schulz, 2007 *cit in* Nunes, 2008). Contudo, Nunes (2008) acrescenta que este facto se pode dever a alguma tristeza que é bastante frequente nos idosos.

Webster & McCall (1999 *cit in* Nunes, 2008) indicam que os jovens adultos tendem a envolver-se mais em reminiscências para reduzir o tédio, resolver problemas correntes e manter um sentimento de identidade própria, sendo que por outro lado, na opinião dos

autores, os idosos tendem a envolver-se em reminiscências como forma de preparação para a morte e como meio de ensinar e informar os outros acerca da vida e dos assuntos morais.

Um dos métodos para avaliar a memória autobiográfica é o Teste de Memória Autobiográfica (AMT - Autobiographical Memory Test) de Williams e Broadbent. É uma prova que consiste na apresentação de uma lista de 15 palavras - estímulo (5 positivas, 5 negativas e 5 neutras, que se vão intercalando) com as quais se solicita ao entrevistado que procure recordar uma recordação específica da sua vida (Bravo, Postigo, Hidalgo & Pretel, 2008).

#### **2.4. Dificuldades de memória nos idosos**

As queixas de dificuldade de memória surgem com muita frequência entre a população idosa (Pais, 2008), sendo o declínio da memória no processo de envelhecimento um factor amplamente estudado nos últimos anos e vários autores (Abrisqueta-Goméz, Bueno, Oliveira & Bertolucci 1999; Balota, Dolan & Duchek, 2000; Busse & Blazer, 1989; Katzman, 1997; Schneider, 1985; Stuart-Hamilton, 2002), são apontados por Santos, Andrade & Bueno (2009) como forma de corroborar esta afirmação.

Estas dificuldades ocorrem porque o envelhecimento está associado a alterações cognitivas, nomeadamente no que diz respeito ao funcionamento da memória (Pais, 2008).

Contudo, alguns idosos apresentam um declínio mais marcado do que outros e sabe-se actualmente que o declínio cognitivo está associado a factores de saúde e de estilos de vida prévios, nomeadamente no que respeita a factores de risco cardiovascular (Anstey & Christensen, 2000 *cit in* Pais, 2008).

O declínio cognitivo que se observa nos idosos pode ser considerado normal em termos estatísticos, na medida em que é muito frequente, mas não é inevitável e por vezes resulta de uma patologia cerebral não diagnosticada (Pais, 2008).

Relativamente ao funcionamento cognitivo global, no processo de envelhecimento podemos observar: diminuição da capacidade de atenção em situações de maior exigência, dificuldades visuo-perceptivas, alterações executivas, diminuição da velocidade de processamento e diminuição da inteligência fluida (Pais, 2008).

No que diz respeito às alterações neuroanatómicas, podemos referir que no processo do envelhecimento, observam-se alterações morfológicas, anatómicas e químicas no cérebro

de um número significativo de sujeitos (Pais, 2008). Nestas alterações, incluem-se atrofia cortical e sub-cortical, degeneração sináptica, diminuição do fluxo sanguíneo e alterações químicas (Pais, 2008).

As zonas do cérebro mais afectadas pelo envelhecimento são as zonas frontais e neoestriadas, seguidas dos hipocampos, córtex temporal, córtex parietal e cerebelo (Pais, 2008). Este padrão de alterações indica que as zonas que se desenvolvem mais tarde são as mais vulneráveis ao envelhecimento e desta forma, irão condicionar o funcionamento cognitivo dos idosos (Cabeza, 2001 *cit in* Pais, 2008).

A memória é a primeira capacidade cognitiva a ser afectada na maioria dos casos de demência degenerativa e uma das capacidades que sofre alterações evidentes durante o processo de envelhecimento normal (Pais, 2008). Embora as maiores alterações se observem na memória episódica, o efeito da idade também se faz sentir noutros tipos de memória (Pais, 2008)

Neste sentido, Santos, Andrade & Bueno (2008) acrescentam que vários estudos permitiram identificar que se encontram preservadas a memória de procedimento e a pré-activação, expressas na capacidade de conduzir, ler, de executar tarefas como completar palavras e ler palavras invertidas, e a memória semântica, como o recorda-se de uma fruta, da capital de um país, a voz de um familiar. Por outro lado Santos, Andrade & Bueno (2009), indicam que encontram-se comprometidas, as seguintes memórias: episódica (ex: recordar-se de um acontecimento pessoal e as suas circunstâncias), prospectiva (ex: tomar a medicação de oito em oito horas) e operacional que se caracteriza pela capacidade de reter e manipular informações por um curto período de tempo

Na perspectiva de Anderson & Craik (2000 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009), os idosos podem sofrer um défice de inibição dos mecanismos para cessação da activação de informações irrelevantes às tarefas: 1) são mais susceptíveis a distração com informações irrelevantes; 2) mantêm por mais tempo informações irrelevantes; 3) recordam-se mais facilmente de informações que lhes tinha sido sugerido esquecerem; 4) experimentam maior interferência da memória.

Cabeza (2004 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009) indica como forma de explicar o funcionamento cognitivo durante o envelhecimento, o modelo de “Redução da Assimetria Hemisférica em Adultos Idosos (“HAROLD” - Hemispheric asymmetry reduction in older adults). De acordo com este modelo, o envelhecimento acarreta como consequência a

reorganização global das redes neurocognitivas, assim como as mudanças neurais regionais, o que pode ser demonstrado pelo desempenho de jovens e idosos em tarefas de memória episódica, operacional, percepção e controle inibitório em estudos de neuroimagem funcional (Santos, Andrade & Bueno, 2009). Esta reorganização caracteriza-se pela diminuição da lateralização hemisférica funcional em contraste com um aumento na actividade bilateral em adultos mais velhos (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Um fenómeno interessante desde a década de 60 é a distinção entre o esquecimento benigno da senescência e o esquecimento maligno - demência (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Surgiram na década de 80 os mais recentes critérios que definem o Defeito Cognitivo Ligeiro da seguinte forma: presença de queixas de memória confirmadas por um familiar; prejuízo mnemónico em testes neuropsicológicos ajustados para idade e escolaridade; preservação das restantes funções cognitivas; e manutenção integral das actividades da vida diária – portanto, ausência de demência (Petersen *et al.*, 2001 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009). Estes autores pretendiam investigar se o Defeito Cognitivo Ligeiro era um estágio intermédio entre o envelhecimento normal e a demência, diagnóstico mais prevalente na senescência, caracterizado por défice mnemónico e de pelo menos uma outra função cognitiva.

Com o contributo das neurociências têm surgido evidências de que o Defeito Cognitivo Ligeiro será uma condição de alto risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer (Santos, Andrade & Bueno, 2009). Por exemplo, estudos *post mortem* encontraram nos cérebros de uma grande percentagem de idosos com DCL as alterações morfológicas compatíveis com DA (Morris, Storandt & Miller, 2001 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009). A maioria dos idosos com DCL evolui para DA numa razão entre 10 a 15% ao ano, comparando-se a uma razão de 1 a 2% ao ano para idosos sadios (Petersen *et al.*, 1999 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Deve-se também considerar o tratamento não farmacológico, onde se contempla a reabilitação neuropsicológica. Contudo, a associação entre a abordagem farmacológica e a não farmacológica como forma de tratamento seja mais satisfatória (Bottino *et al.*, 2002 *cit in* Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Os mesmos autores indicam ainda que é importante referir que as pessoas portadoras de deficiência mental podem também apresentar défices em diferentes tipos de memória e

perfis cognitivos específicos relacionados à etiologia. E referem também que de uma forma geral, as funções cognitivas de idosos com deficiência mental, são avaliadas satisfatoriamente através de baterias neuropsicológicas, complementadas com entrevista com o familiar/cuidador.

### **3. Demência**

#### **3.1 Declínio cognitivo e demência**

Autores como Charchat-Fichman, Caramelli, Saseshima & Nitrini (2005) referem que o declínio cognitivo surge como uma consequência dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências.

A este respeito Charchat-Fichman, Caramelli, Saseshima & Nitrini (2005) e Albert & Blacker (2006) indicam ainda que nos últimos anos têm sido apresentadas inúmeras formas de definir o declínio cognitivo durante o envelhecimento. Assim, Charchat-Fichman, Caramelli, Saseshima & Nitrini (2005) indicam que as primeiras definições propostas assumiam o declínio cognitivo como algo normal no processo fisiológico do envelhecimento, tendo mais tarde surgido outros sistemas de classificação para identificar indivíduos com maior risco de desenvolver formas específicas de demência. Os mesmos autores acrescentam ainda que dentro de todas as definições propostas ao longo do tempo, o Déficit Cognitivo Ligeiro (*Mild Cognitive Impairment*) é o mais amplamente estudado na literatura internacional.

Diversos autores (Morris, Storandt, Miller, McKeel, Price, Rubin & Berg, 2001; Albert & Blacker, 2006) acreditam que o Déficit Cognitivo Ligeiro representa a transição entre o funcionamento normal e a demência, nomeadamente para a Doença de Alzheimer. Morris, Storandt, Miller, McKeel, Price, Rubin & Berg (2001) realizaram um estudo para tentar determinar se o Déficit Cognitivo Ligeiro poderá representar um pré-estádio da Doença de Alzheimer. Para tal recorreram à análise da história clínica e a bases neurológicas e puderam concluir que geralmente o Déficit Cognitivo Ligeiro representa um pré-estadio da Doença de Alzheimer. Neste sentido, podemos ainda indicar que a Associação Americana de Neurologia recomendou o diagnóstico do Déficit Cognitivo Ligeiro para diagnóstico precoce de demência (Charchat-Fichman, Caramelli, Saseshima & Nitrini, 2005)

Os mesmos autores indicam ainda que o declínio da memória foi a queixa mais frequente tanto no Défice Cognitivo Ligeiro como no Doença de Alzheimer.

### **3.2 Demência**

Mendonça & Garcia (2006) indicam os dois critérios de demência mais divulgados, o da *International Classification of Diseases (ICD-10)* e o do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV)*.

Segundo a ICD-10, para se considerar que existe uma síndrome demencial deve ocorrer defeito de memória, defeito de crítica, de capacidade executiva e de processamento geral de informação. O diagnóstico deve ser realizado com base na presença destes sintomas durante pelo menos seis meses e os quais devem interferir com as actividades do dia-a-dia, embora no mínimo grau de defeito não coíba o doente de levar uma vida independente (Mendonça, A. & Garcia, C., 2006).

De acordo com o DSM-IV, para que exista um síndrome demencial deve ocorrer defeito de memória e de outras funções mentais (linguagem, percepção, praxias e funções executivas). Para realização do diagnóstico de acordo com o DSM-IV, podemos falar em demência desde que o defeito seja suficientemente grave para interferir significativamente com o desempenho social ou profissional (Mendonça, A. & Garcia, C., 2006).

Os mesmos autores indicam ainda que em ambos os critérios a síndrome implica um declínio dum nível prévio mais elevado de funcionamento. Alertam ainda para o facto de se encontrarem muitos textos onde é dado a entender que a demência é um problema de idosos, porém pode ocorrer em qualquer idade e referem como exemplo, que uma criança normal que sofra uma encefalite ou um jovem adulto que sofra um traumatismo craniano, podem ficar dementes. Barreto (2005) sintetiza os critérios de demência do DSM-IV e do CID-10 nas seguintes tabelas:

### **Critérios de demência do DSM-IV**

---

Défice cognitivo múltiplo, afectando a memória e causando ainda, pelo menos um dos seguintes sintomas: afasia, agnosia, apraxia ou disfunção executiva;

---

Deterioração sensível do funcionamento social, relativamente ao seu nível prévio;

---

Não surgindo exclusivamente no decurso de estado confusional ou doença depressiva.

---

Tabela 1: Critérios de Demência do DSM-IV.

### **Critérios de demência do CID-10**

Síndrome causada por doença cerebral, geralmente progressiva, afectando a memória e uma ou mais funções cognitivas superiores, como pensamento abstracto, orientação, compreensão, cálculo, aprendizagem e juízo;

---

Sem alteração ao nível da consciência ou alerta;

---

Em geral afectando o controlo emocional, comportamento social ou motivação;

---

Em geral com interferência nas actividades de vida diária, dependendo do ambiente cultural e social do paciente.

---

Tabela 2: Critérios de Demência do CID-10.

Na mesma linha, Nunes (2005) define demência como o declínio das funções cognitivas, incluindo memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de delírio ou obnubilação de consciência, e persistente por um período não inferior a seis meses. A mesma autora acrescenta ainda que a demência é sobretudo, uma patologia do envelhecimento, reflectida no acentuado aumento da sua prevalência nos grupos mais idosos. Contudo esta é uma questão ainda não completamente clarificada, saber se a demência é devida ao envelhecimento ou se está relacionada com este mesmo envelhecimento, apesar do seu comprovado aumento de prevalência em grupos de idades mais avançadas (Nunes, 2005)

Barreto (2005) refere que a demência é geralmente, uma situação adquirida e permanente de défice global das faculdades mentais, que abrange as capacidades cognitivas, incluindo a senso-percepção e a comunicação, e ainda as capacidades afectivas e volitivas, o comportamento e a personalidade.

O mesmo autor indica que é frequente distinguir-se o *processo demencial*, que a partir de estádios incipientes vai progredindo ao longo do tempo, e *estado demencial*, que corresponde às etapas avançadas desse mesmo processo.

Nem todas as demências evoluem de forma progressiva, algumas podem estabilizar e noutros casos pode haver retrocesso clínico, falando-se então em demência reversível (Barreto, 2005).

Neste sentido e tendo por base a demência de Alzheimer, que é o exemplo mais típico de demência, Santana (2005) apresenta as diversas fases de evolução da doença:

- *Estádio de demência incipiente (defeito puro de memória)* – Os sujeitos com doença de Alzheimer apresentam inicialmente um defeito de memória onde é marcadamente afectada a memória recente, sendo que a evocação de acontecimentos antigos se encontra relativamente preservada. Neste estádio, actualmente designado por defeito cognitivo ligeiro, os sintomas podem passar despercebidos aos familiares mais próximos ou serem atribuídos a “depressão”.

- *Demência ligeira* – O doente começa por demonstrar dificuldades em planear e executar as tarefas profissionais mais complexas, como por exemplo: orientar finanças e organizar trabalho diário. Apresenta ainda dificuldades ao nível das relações temporais. É também frequente nesta fase o “defeito de nomeação” (evocar nomes de objectos e pessoas).

- *Demência moderada* – À medida que os défices anteriormente descritos se tornam progressivamente mais incapacitantes, começam a evidenciar-se ainda, dificuldades de concentração (o doente apresenta dificuldades em focalizar a atenção na tarefa a executar), e de orientação espacial, torna-se repetitivo (perseveração), deixa de reconhecer as pessoas menos íntimas (prosopagnosia), confunde os objectos menos habituais (agnosia), fica mais lento e mais apático e não reconhece os seus défices (anosognosia). É ainda frequente neste estádio, assistirem-se a alterações de comportamento e outros sintomas psiquiátricos: descuido com a sua apresentação pessoal e higiene, agitação ou apatia, insónia, desconfiança, agressividade.

- *Demência severa* – Neste estádio, o defeito de memória é já bastante grave, não existindo praticamente retenção de informação, nos poucos momentos em que existe discurso é fragmentado e vazio, o doente já não reconhece os seus familiares mais próximos, é incapaz de assegurar tarefas do dia-a-dia como higiene e alimentação e apresenta ainda situações incontinência nocturna. Verifica-se ainda a presença de alterações do ritmo de sono, agitação

vs apatia e alguns sintomas psicóticos. Na fase terminal, o doente já se encontra acamado, incontinente e sem comunicação verbal.

Para Barreto (2005), quando se fala em demência é dada geralmente, especial atenção ao conjunto de alterações de âmbito cognitivo, por serem essas as perturbações que mais precocemente chamam à atenção dos familiares e dos clínicos, embora mais cedo ou mais tarde, outros domínios da vida mental sejam atingidos.

A doença de Alzheimer representa 60 a 70% dos casos de demência. Porém, existem múltiplas causas de síndrome demencial, susceptíveis de causar uma deterioração cognitiva e emocional de gravidade suficiente para interferir nas actividades de vida diária e na qualidade de vida (Nunes, 2005). A respeito desta doença, a mesma autora recorda ainda que a demência de Alzheimer é um processo democrático, no sentido em que vítima, tanto o indivíduo comum, como o doutorado ou até laureados Nobel (exemplo de George Beadle, pioneiro da genética bioquímica) ou ainda presidentes (exemplo de Ronald Reagan), embora existam indicadores de risco associados à escolarização e ocupação profissional.

O sexo feminino e a baixa escolarização surgem, para além da idade, como os factores de risco mais vezes relacionados com o aparecimento de demência, parece existir uma maior prevalência nas mulheres, mesmo após correcção para a idade e educação, sendo que a baixa escolarização se correlaciona com uma maior prevalência em ambos os sexos (Nunes, 2005). A ocupação profissional praticada ao longo da vida, também parece estar associada ao risco de demência, sendo que nos homens se acentua a associação entre profissões manuais e o risco de surgimento de demência. Alguns autores defendem que a ocupação, embora associada à educação, surge como um maior indicador do que esta última.

Em muitos países verifica-se que as populações idosas têm baixa ou nula escolarização, geralmente associada a ocupações profissionais indiferenciadas e a antecedentes de carências nutricionais e outras, na infância (Nunes, 2005). Se ligarmos estes factores às tendências demográficas actuais com a drástica redução das taxas de natalidade e de fertilidade e com o aumento da esperança média de vida, podemos conceber a demência como um dos mais importantes problemas de saúde do século XXI (Nunes, 2005).

A mesma autora indica que Portugal tem vindo a acompanhar as tendências demográficas europeias no que diz respeito ao envelhecimento da população e à diminuição da taxa de fertilidade feminina, porém a par do envelhecimento da população, Portugal, entre os países europeus, apresenta das mais elevadas taxas de analfabetismo, baixa escolaridade e

profissões indiferenciadas, particularmente nas faixas etárias mais idosas, incrementando desta forma o risco de demência associado à idade.

Nesta mesma linha, Nunes (2005) acrescenta ainda que a taxa global de analfabetismo em Portugal situa-se nos 9,0%, com um total de 838.140 portugueses analfabetos, sendo 32% dos quais no Norte do país, atingindo os 25% quando nos referimos à população com idade superior a 55 anos.

### **3.3 Etiologia da demência**

A demência pode ter causa conhecida ou desconhecida, e quanto à evolução pode ter agravamento progressivo, como na doença de Alzheimer, ser estável, como num traumatismo craniano, ou até regredir, como numa intoxicação (Mendonça, A. & Garcia, C., 2006). A demência é um síndrome com características gerais comuns a todas as suas formas, mas com características próprias, que individualizam cada uma delas.

#### **Demências de causa conhecida – secundárias:**

---

Doenças vasculares cerebrais  
Traumatismos cranianos  
Tumores cerebrais  
Hidrocefalia de pressão normal  
Infecções do sistema nervoso  
Doenças desmielinizantes  
Erros inatos do metabolismo  
Doenças metabólicas adquiridas  
Doenças endócrinas  
Doenças carenciais  
Intoxicações  
Doenças psiquiátricas (depressão)

### **Demências de causa desconhecida – primárias ou degenerativas**

---

|                                      |
|--------------------------------------|
| Doença de Alzheimer                  |
| Demência com corpos de Lewy          |
| Degenerescência lobar frontotemporal |
| Doença de Parkinson                  |
| Doença de Huntington                 |
| Paralisia supranuclear progressiva   |
| Degenerescência corticobasal         |

---

Tabela 3: Causas de Demência.

Por outro lado, Spar, J. e La Rue, A. (2005) seleccionaram na tabela seguinte, as etiologias frequentes e as medicações que podem provocar sintomas de demência. Os autores acrescentam que, de uma forma geral, a lista de factores susceptíveis de causar demência, aumenta com a idade, à medida que o declínio da reserva funcional do cérebro reduz a capacidade do indivíduo para se adaptar às alterações fisiológicas

Estados físicos gerais e substâncias que podem produzir sintomas de demência:

#### **Situações gerais do foro médico**

---

Síndrome de demência da depressão

Perturbações Endócrinas

Doença da tiróide, paratiroide, supra-renal ou pituitária

Infecções

Sida

Doença de Creutzfeldt-jakob e outras encefalites virais e a priões

Criptococose

Encefalite

Leptomeningite

Neurossífilis

Leucoencefalopatia multifocal progressiva

#### Perturbações Neurológicas

Doença de Alzheimer

Esclerose lateral amiotrófica

Degeneração Cerebelar e espinocerebelar

Coreia de Huntington

Demência dos corpos de Lewy

Atrofia sistêmica múltipla

Hidrocefalo de pressão normal

Degeneração olivopontocerebelar

Complexo de Guam da demência de Parkinson

Doença de Pick

Doença de Parkinson

Glicose subcortical progressiva

Paralisia supranuclear progressiva

#### Perturbações da Nutrição

Carência de folato

Pelagra

Anemia perniciosa

Carência de tiamina

#### Lesões que ocupam espaço

Tumor cerebral, primário e metastático

Hematoma subdural crônico

Hidrocefalo obstrutivo

#### Perturbações sistêmicas

Anemia

Demência paraneoplásica

Doença pulmonar com hipoxia ou hipercarbica

Perturbações vasculares

Aterosclerose, arterioesclerose

Hipertensão

Episódios repetidos de isquemia ou hipoxia cerebral

Vasculite

## **Substâncias**

---

Medicamentos

Anti-hipertensivos

Corticosteroides

Digitálicos

Opiáceos e narcóticos sintéticos

Substâncias psicoativas com propriedades anticolinérgicas

Outras substâncias químicas

Sulfureto de carbono

Monóxido de carbono

Chumbo

Manganésio

Mercúrio

A maioria das substâncias de abuso

---

Tabela 4: Causas de Demência.

### **3.4. Factores de risco e factores protectores**

Stewart (2000) indica que existem duas formas de identificar os factores de risco de uma doença. Por um lado, pode-se comparar grupos de pessoas com a doença em questão, por exemplo examinando-as (análises ao sangue ou questionando acerca de doenças prévias. Por

outro lado pode-se estudar durante um determinado tempo, grupos de pessoas que apresentam ou não, factores de risco (ex: fumadores ou não fumadores).

Stewart (2000) refere que existem factores de risco para desenvolver demência, mas que continuam a ser estudados pela comunidade científica. (Tabela 5)

|  |
|--|
| Idade  |
| Sexo   |
| História familiar e factores genéticos                         |
| Educação   |
| Apoplexia e doença vascular                                    |
| Fumar  |
| Álcool   |
| Danos cerebrais  |
| Medicação anti-inflamatória e Terapia Hormonal de Substituição |
| Depressão  |
| Outros factores de saúde                                       |

Tabela 5: Factores de risco de demência.

Neste sentido, Charchat-Fichman, Caramelli, Saseshima & Nitrini (2005) indicam que estudos epidemiológicos com idosos revelam que os que apresentam declínio da capacidade cognitiva apresentam também maior risco de desenvolver Doença da Alzheimer.

Contudo, existem ainda factores de protecção, Grilo (2009) refere os seguintes: o alelo e2 da ApoE, um elevado nível sociocultural, o papel protector dos antioxidantes, a realização de actividades de lazer e a estimulação cognitiva.

### **3.3. Manifestações comportamentais/psicológicas da demência**

Segundo, Mendonça, A. & Garcia, C. (2006), um dos aspectos mais importantes da morbilidade são os sintomas comportamentais e psicológicos que acompanham as várias

demências, pelo sofrimento que provocam no paciente e também no cuidador, sendo que geralmente são estes sintomas que determinam a institucionalização do paciente.

Os mesmos autores referem que entre os sintomas psicológicos encontram-se os pensamentos delirantes, ilusões, alucinações, insónia, depressão, ansiedade, por outro lado, ao nível comportamental, encontram-se alterações como a irrequietude, deambulação e fuga, comportamentos culturalmente inapropriados como desinibição sexual, perguntas repetidas, falta de iniciativa, discurso ofensivo, gritos, agressão física. Algumas destas alterações são definidas geralmente como agitação psicomotora.

Mendonça, A. & Garcia, C. (2006) alertam que os sintomas comportamentais e psicológicos das demências devem ser tratados quando causam sofrimento ou são perigosos para o doente ou cuidadores, sendo que a abordagem inicial deve em geral ser não farmacológica, no caso de a sua gravidade não impor medicação imediata.

De todos os sintomas psicológicos e comportamentais, os mesmos autores destacam a depressão, por esta ser bastante frequente na demência. Nas fases iniciais da doença, as intervenções psicoterapêuticas com vista à promoção de uma atitude mais positiva e adaptativa relativamente às limitações e receios do paciente, podem vir a revelar-se de grande utilidade, sendo que nas fases mais avançadas, as estratégias comportamentais com reforço de actividades benéficas e que dêem prazer, devem ser implementadas (Mendonça, A. & Garcia, C., 2006).

No que diz respeito à insónia, diversas técnicas não farmacológicas podem revelar-se muito úteis, nomeadamente o aumento de actividade física diária, restrição do sono diurno, preservação de horários regulares do acordar, das refeições do adormecer, prática de um ritual constante antes de ir para a cama, assim como evitar-se a ingestão de álcool e de cafeína e o consumo de tabaco e ainda, a ingestão de medicamentos com efeitos estimuladores (Mendonça, A. & Garcia, C., 2006). Será também importante providenciar um ambiente calmo, minimizando a luz e o ruído. Porém, referem os mesmos autores, frequentemente ter-se-á que recorrer à terapêutica farmacológica.

Relativamente à agitação psicomotora, esta deverá ser pormenorizada ao nível da frequência, duração, circunstâncias de aparecimento, consequências e terapêutica prévia da perturbação do comportamento. Importa considerar que a agitação pode apenas dever-se a efeitos secundários de medicamentos em curso, ou ser consequência de uma condição médica. Contudo, geralmente apresenta-se como resposta a estímulos do ambiente percebidos

como desagradáveis ou ameaçadores, ou pode ainda corresponder a uma necessidade ou desconforto do doente que não se consegue expressar de outra forma. Neste sentido devem evitar-se os estímulos e situações que sejam propícios à perturbação do comportamento, ou pelo menos, intervir precocemente. Deve-se falar com o paciente de forma gentil, tranquilizadora, firme, evitando posturas que possam ser entendidas como ameaçadoras ou agressivas.

Como foi referido até agora, dado a amplitude e gravidade dos défices provocados pela demência, o impacto da doença não se restringe ao funcionamento intelectual, mas estende-se aos domínios psicológicos, social, ocupacional, financeiro, de saúde física e qualidade de vida não apenas dos próprios pacientes, mas também dos seus familiares e cuidadores (Santos, Moura & Haase, 2008).

Assim, podemos dizer que a demência gera implicações individuais e sociais profundas, traz consigo a necessidade de uma reorganização da vida do paciente, da dinâmica familiar, assim como maiores investimentos do Estado, em políticas de saúde pública e sociais (Santos, Moura & Haase, 2008)

### **3.4.Aspectos clínicos na demência**

Mendonça, A. & Garcia, C. (2006) indicam que na presença de um paciente com suspeita de demência, se deverão colocar duas questões. Em primeiro lugar, saber se de facto, o doente está demente e em segundo lugar, se se confirmar que está demente, conhecer a causa ou a natureza da demência.

Os mesmos autores indicam que a resposta à primeira questão se pode obter através da entrevista com o doente e familiares e através da avaliação do estado mental do paciente mediante a aplicação de testes neuropsicológicos e de actividades de vida diária, com escalas próprias. Posto isto, pode então saber-se se o doente está ou não, demente, ou se estará numa situação intermédia de defeito cognitivo ligeiro. Para responder à segunda questão, será necessário conhecer a história do paciente, os resultados de exames médicos e de exames complementares de diagnóstico.

Santos, Moura, & Haase (2008) indicam que, ainda do ponto de vista clínico é também importante distinguir a localização das lesões no cérebro. Nas demências corticais, como a

demência de Alzheimer, os défices cognitivos prendem-se com amnésia, défices na resolução de problemas, afasia, apraxia e défices visuo-perceptivos, sendo relativamente comuns alterações do comportamento e psiquiátricas. No caso das demências subcorticais, como a doença de Huntington, são mais frequentes os défices executivos como a atenção e a resolução de problemas, défices visuo-perceptivos e construcionais, défices de evocação de memória, além de maior prevalência de sintomatologia depressiva (Santos, Moura & Haase, 2008).

### **3.5. Avaliação neuropsicológica e diagnóstico das demências**

Nunes (2005) refere que o diagnóstico da demência em contexto clínico é geralmente realizado na presença do doente e do seu cuidador, existindo já muitas vezes, repercussões funcionais importantes. Acrescenta ainda que a dificuldade no diagnóstico precoce de demência deve-se a variados factores que se relacionam com a data de início, o grau de escolaridade e o nível sócio-cultural, assim como a presença de alterações comportamentais e/ou repercussões funcionais. Contudo, além dos factores culturais e de escolarização, o diagnóstico de declínio cognitivo pode ainda ser dificultado nas situações em que os indivíduos apresentem função mnésica no limite do normal ou, por outro lado, com elevada capacidade intelectual e que apesar do declínio, apresentam ainda valores normais nos testes (Nunes, 2005).

A avaliação neuropsicológica insere-se no âmbito dos exames complementares de diagnóstico e fornecem informação adicional para a realização do diagnóstico de demência e do tipo de demência (Guerreiro, 2005). Este tipo de avaliação baseia-se na avaliação exaustiva das diferentes funções nervosas superiores, tais como a atenção, a memória, a orientação, a iniciativa, a linguagem, o cálculo, as praxias, as gnosias, a abstracção/raciocínio lógico e as funções executivas (Guerreiro, 2005). Morris, Worsley & Mathews (2000) indicam que os objectivos da avaliação neuropsicológica devem assentar em três parâmetros essenciais: a detecção de defeitos neuropsicológicos, a monitorização das alterações e a identificação das limitações específicas de cada sujeito.

A avaliação é realizada através de baterias neuropsicológicas, constituídas por testes direccionados a cada uma das funções mentais, escalas de avaliação de humor e escalas de actividades de vida diária (Guerreiro, 2005). Guerreiro (2005) indica que os instrumentos são

seleccionados e os resultados são interpretados com base nos conhecimentos da relação cérebro-comportamento, dando a informação se existem ou não alterações cognitivas, especificando e quantificando a gravidade dessas alterações. A mesma autora acrescenta ainda que contribui para o diagnóstico diferencial de algumas situações, nomeadamente entre o envelhecimento normal, o defeito cognitivo ligeiro e a demência.

Morris, Worsley & Mathews (2000) indicam que a avaliação neuropsicológica é realizada por neuropsicólogos clínicos ou por psicólogos clínicos.

Guerreiro (2005) refere que o diagnóstico precoce e preciso das demências degenerativas tem um valor relevante na investigação, uma vez que permite a intervenção numa fase inicial, ou até se possível, numa fase pré-clínica da doença.

A avaliação neuropsicológica é um dos exames complementares de diagnóstico que oferece maior contributo para o diagnóstico precoce da demência (Guerreiro, 2005 & Gregorio, 2008), uma vez que fornece informação objectiva em relação ao tipo e gravidade dos defeitos cognitivos, determina se existem modificações em relação ao nível pré-morbido e salienta as capacidades residuais, o que se reveste da maior importância na elaboração de estratégias de reabilitação (Guerreiro, 2005)

Guerreiro (2005) salienta ainda que embora se assista aos avanços no conhecimento das relações cérebro-comportamento, nenhuma outra técnica, nem mesmo as técnicas de imagem, substituem a avaliação neuropsicológica.

Outra questão importante para a realização do diagnóstico de demência diz respeito à história clínica do paciente, constituindo-se como um dos elementos básicos deste processo (Gregorio, 2008). A história clínica deve contemplar diversos aspectos, entre os quais: a forma de começo, o tempo de evolução, a forma evolutiva, a sintomatologia inicial e todas as manifestações clínicas do momento actual (Gregorio, 2008). Gregorio (2008) adverte no entanto, que devido às próprias características de deterioro cognitivo e de todas as alterações dos órgãos dos sentidos, frequentes nas pessoas idosas, se deve privilegiar e sendo da maior importância, a recolha de informação junto de familiares e cuidadores, que possam detalhadamente informar acerca das actividades funcionais que o paciente conseguia realizar no passado e que actualmente já não é capaz.

Gregorio (2008) apresenta um protocolo de diagnóstico de demência donde se destacam:

1-Escalas cognitivas breves

São provas curtas, acessíveis, de aplicação rápida e sem necessidade de grandes normas de utilização e que fornecem informação inicial e valiosa. O mais amplamente utilizado é o Mini Mental State Examination de Folstein.

#### 2- Escalas de avaliação funcional

Para se conseguir definir o impacto do deterioro cognitivo sobre o comportamento do dia-a-dia, é necessária a aplicação de instrumentos de avaliação funcional, que são essenciais para um adequado cuidado clínico ao paciente. A versão modificada do Índice de Blessed ou o Functional Assessment Questionnaire, são recomendados como instrumentos de rotina de avaliação das actividades de vida diária.

#### 3- Baterias neuropsicológicas

São escalas cognitivas que sistematizam a avaliação geral do estado mental. Dentre as mais amplamente utilizadas podemos destacar o programa integrado de exploração neuropsicológica Teste de Barcelona e outra mais específica da demência de Alzheimer, a Alzheimer's Diseases Assessment Scale (ADAS).

#### 4- Avaliação comportamental

A maioria das escalas baseia-se na observação empírica dos pacientes ou na informação obtida através dos cuidadores. Algumas escalas avaliam de forma genérica os sintomas não cognitivos, como a Neuropsychiatric Inventory de Cummings (NPI) ou o BEHAVE-D. Outras escalas avaliam a sintomatologia específica como a depressão através da Cornell Scale for Depression in Dementia, ou a agitação mediante a Cohen-Mansfield Agitation Inventory.

#### 5- Avaliação evolutiva

Muitos destes instrumentos derivaram do estudo evolutivo da demência de Alzheimer, contudo, apesar desta origem podem ser aplicados em outras formas de demência. A necessidade de especificar as distintas fases de demência surge da maior importância, na medida em que vai permitir o delinear o processo terapêutico e a planificar os cuidados ao paciente. Entre os mais utilizados podemos encontrar o Clinical Dementia Rating (CDR), o Functional Assessment Staging (FAST) e o Global Deterioration Scale (GDS).

Santana (2005) apresenta outra proposta para o diagnóstico clínico da síndrome demencial, dividindo o processo em quatro etapas: 1) a realização de uma história clínica cuidada, que permita conhecer a evolução dos sintomas, 2) a definição do perfil cognitivo através da avaliação neuropsicológica, 3) a identificação de sinais mais ou menos específicos

através do exame neurológico e 4) investigação complementar, onde se inclui o estudo laboratorial e de imagem.

#### **4. Reabilitação cognitiva das demências**

O tratamento não farmacológico consiste no conjunto de estratégias terapêuticas com fins reabilitadores, das capacidades cognitivas e da modificação do comportamento, dirigidas a aspectos biopsicossociais das pessoas com doença de Alzheimer ou outras demências (Gregorio, 2008; Grilo, 2009).

Segundo Guerreiro (2005) a “reabilitação” é um conceito difícil de definir, particularmente em contexto clínico e em aspectos relacionados com a cognição e com a funcionalidade do dia-a-dia.

O conceito sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indica a reabilitação como “o uso de todos os meios possíveis para reduzir o impacto da doença e maximizar a participação social das pessoas com deficiências e incapacidades”, referindo-se à optimização das funções físicas, psicológicas e sociais (Guerreiro, 2005; Santos, Moura & Haase, 2008).

A classificação internacional de deficiência, incapacidade e *handicap* (CIDIH), desenvolvida em colaboração com a OMS e publicada em 1980, foi revista em 1999 (Guerreiro, 2005). Esta nova versão enfatiza os conceitos de contexto pessoal, social e físico e altera alguns termos, para que reflectam uma ideia de maior neutralidade, e assim, “incapacidade” passou a “actividade” e “handicap” passou a “participação” (Guerreiro, 2005).

Greenwood, Barnes, McMillan & Ward (2003 *cit in* Guerreiro, 2005) referem que desta forma e neste contexto, a “reabilitação” pode ser a “participação activa da pessoa com incapacidade e de outros, no sentido de reduzir o impacto da doença e a incapacidade na vida do dia-a-dia”.

Guerreiro (2005) indica que a reabilitação pode ser vista como um processo que tem como objectivo “restaurar/repor” as capacidades funcionais numa pessoa com alguma incapacidade, poderá ainda ser encarada como a intervenção e a investigação dirigidas ao desenvolvimento de recursos que melhorem a capacidade de processar e utilizar a informação no sentido de uma maior autonomia.

Segundo Ávila (2003, *cit in* Santos, Moura & Haase, 2008) a reabilitação neuropsicológica é um processo activo que procura capacitar o paciente a desenvolver um

bom nível de funcionamento social, físico e psíquico, através da optimização das funções cognitivas mediante o bem-estar psicológico, as competências de vida diárias e do relacionamento social, constituindo-se desta forma, como um tratamento biopsicossocial, que envolve os pacientes e os seus familiares e tendo em conta todas as alterações físicas e cognitivas dos pacientes, o ambiente em que vivem e a sua biografia.

Neste sentido, Ginarte-Aris (2002 *cit in* Santos, Moura & Haase, 2008) indica que o processo de reabilitação, parte da identificação das áreas de necessidade, da hierarquização de necessidades e da multidisciplinaridade orientada por objectivos definidos, tendo sempre em consideração a história de vida da pessoa.

Gonzaga & Nunes (2008) defendem a ideia de que é possível, exequível e eficaz, dedicar esforços, tempo e recursos à reabilitação cognitiva. Os mesmos autores indicam que deve ser encarada como uma intervenção conjunta (doentes, familiares e profissionais de saúde), com o objectivo de recuperar ou compensar défices cognitivos e desta forma, melhorar o funcionamento diário do doente a um nível superior do que aquele que seria conseguido pela simples passagem do tempo.

Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) indicam que as técnicas de reabilitação cognitiva foram inicialmente criadas para pacientes afectados por lesões cerebrais secundárias a traumatismos cranioencefálicos e acidentes cerebrovasculares. Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) referem também que o principio subjacente á reabilitação cognitiva baseia-se na aplicação de estratégias específicas e de reabilitação adaptadas aos défices específicos de cada doente, embora existam princípios gerais para técnicas de reabilitação para cada função cognitiva, a reabilitação cognitiva deverá privilegiar a criação de programas individuais, na medida em que não se deverá generalizar o que resultou com um paciente, com outros pacientes.

Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) nas sessões de reabilitação ensina-se ao paciente como compensar os défices de funções cognitivas, utilizando as outras funções preservadas, com o objectivo de recuperar ou aprender competências específicas.

É desta forma um processo terapêutico que procura aumentar e melhorar as capacidades individuais para processar e utilizar informação, melhorando o funcionamento da vida diária e não ambicionando uma recuperação ao nível anterior da doença (Sohlberg & Mateer, 1989 *cit in* Gonzaga & Nunes, 2008).

Wilson (1997 *cit in* Gonzaga & Nunes, 2008) propõe quatro abordagens à reabilitação cognitiva:

---

Treino cognitivo através de estimulação, exercícios e de prática;

---

Abordagens derivadas de modelos cognitivos e neuropsicológicos;

---

Uma abordagem combinada que se sustenta nas teorias da aprendizagem, na psicologia cognitiva e na neuropsicologia;

---

Abordagens holísticas que, além dos distúrbios cognitivos, salientam o papel de elementos sociais, emocionais e motivacionais, entre outros.

---

Tabela 6: Abordagens à reabilitação cognitiva.

Gregorio (2008) indica que o tipo de modelo de intervenção e a sua aplicação devem ser influenciados por vários factores, donde se destaca o profissional responsável por esta intervenção.

Gregorio (2008) sugere ainda uma classificação baseada nos dois aspectos que partilham a natureza da intervenção: a sua globalidade e a sua selectividade.

Relativamente às intervenções baseadas na sua globalidade podemos referir a psicomotricidade-cinestesia, a manutenção das actividades de vida diária, terapias de orientação para a realidade e terapias artísticas, entre outras. E no que diz respeito às intervenções baseadas na selectividade, podemos indicar a estimulação cognitiva, a reminiscência, a validação, a modificação do comportamento.

Holderbaum (2006 *cit in* Santos, Moura & Haase, 2008) refere que actualmente existe uma grande diversidade de técnicas e estratégias terapêuticas que podem ser aplicadas quer em patologias e contextos mais específicos, como em situações mais gerais.

Se considerarmos a prevalência das demências na população, o impacto dos défices em diversos domínios do funcionamento biopsicossocial, a ausência de abordagens farmacológicas e cirurgias curativas e a inexistência de programas preventivos, as abordagens de reabilitação surgem como fundamentais no cuidado de saúde destes pacientes (Santos, Moura & Haase, 2008). Deste modo, os autores concluem que a reabilitação realizada mediante a combinação de intervenções farmacológicas, cognitivas, psicoeducativas e de

suporte social e psicológico, constitui a única opção nos cuidados de saúde em pacientes demenciados.

Pais (2008) indica que a intervenção cognitiva com doentes com demência pode ser agrupada em três tipos:

---

A facilitação da memória explícita residual com apoio na codificação e na evocação;

---

A aprendizagem de informação específica através da memória implícita preservada;

---

As estratégias para lidar com o défice mnésico através de apoio externo.

---

Tabela 7: Tipos de intervenção cognitiva com doentes com demência.

Segundo Gonzaga & Nunes (2008), no processo de reabilitação, deveremos ter em conta determinadas áreas de intervenção: a promoção de aprendizagens, o uso de estratégias mnemónicas, o recurso a ajudas externas e a modificação do ambiente.

O objectivo dos programas de reabilitação cognitiva para pessoas idosas consiste em ajudá-las a melhorar o seu desempenho em actividades da vida diária, de modo a não necessitarem de assistência de outras pessoas, ou pelo menos, a tentar minimizar a necessidade de assistência externa (Guerreiro, 2005; Spector, Thorgrimsen, Woods, Royan, Davies, Butterworth & Orrell, 2003). Contudo, o primeiro passo consiste em conhecer se uma pessoa necessita ou não de reabilitação e qual o potencial para beneficiar dessa estratégia, sendo que a maioria das pessoas idosas com incapacidade recente ou com uma deterioração num padrão estável tem potencial para beneficiar de reabilitação (Guerreiro, 2005).

Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) referem que o défice mnésico pode surgir no início da doença de Alzheimer, mas também pode coexistir com o envelhecimento fisiológico sem chegar a alcançar um estado patológico.

Neste sentido, Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) indicam que é importante conhecer as seguintes estratégias que permitem manter algumas competências mnésicas:

- Escrever notas - O processo de resumir uma informação obriga a pensar no que anotámos durante o dia, de forma a resumi-lo e escreve-lo por outras palavras. Fazer bons

resumos das nossas notas, permite perceber a quantidade de coisas que podemos recordar e em muitas ocasiões, o simples acto de escrever facilita a evocação;

- Organizar a memória dos lugares – Devemos colocar sempre as coisas no mesmo lugar da memória, ou seja, devemos ir criando lugares na memória onde sempre estejam as coisas, uma vez que com organização é mais fácil saber onde buscar.

- Criar uma lista de tarefas pendentes – Realizar uma lista de todas as coisas que têm que ser feitas e depois de finalizar a tarefa, marca-la como cumprida.

- Utilizar um calendário semanal ou mensal – Um calendário onde se possa observar toda a semana, o que facilitará a recordação de consultas médicas, aniversários ou outros acontecimentos.

- Ter uma agenda de mão ou electrónica – Ajudar a ter presente todas as tarefas que temos que realizar.

- Desenvolver hábitos de memória – Criar hábitos favorece a recordação, na medida em que ao automatizar certas actividades é facilitada a sua recordação.

- Criar rotinas – As rotinas e estruturas fixas de comportamento facilitam o bom funcionamento do dia-a-dia em pessoas que apresentem défices mnésicos

Outras estratégias sugeridas por Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) são as denominadas “ajudas externas”, também apelidadas de “próteses de memória”, que surgem da concepção de que os défices de memória não podem ser abordados directamente em pacientes com demência e que por isso requer ajudas externas compensatórias. Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) acrescentam ainda que as ajudas externas revelam-se úteis porque afectam aspectos comportamentais que podem melhorar o rendimento adaptativo do paciente.

Neste sentido, Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) indicam que são utilizadas com pacientes com demência, as seguintes “ajudas externas”, conforme a seguinte tabela:

---

|                  |  |
|------------------|--|
| Livro de memória | Consiste numa espécie de diário onde os pacientes anotam informação relevante sobre o seu passado, presente e futuro, como por exemplo, nomes de familiares, números de telefone, horário da medicação, acontecimentos passados e futuros (onde foram ontem e onde irão amanhã). Estes livros revelam-se de grande utilidade |
|------------------|--|

---

|                         |   |
|-------------------------|---|
|                         | para o paciente que permite que não se sintam tão desorientados e que tenham uma vida com sentido, com passado e um futuro e uma história de vida.  |
| Utilização de objectos  | A utilização de determinados objectos pode permitir que seja facilitada a recordação, tais como calendários onde se podem fazer anotações ou um relógio-despertador, sendo muito úteis como “próteses mnésicas” da memória prospectiva. |
| Realizar uma actividade | A realização de pequenas actividades como colocar notas onde sejam visíveis, trocar um anel de dedo, entre outras, podem ser muito eficazes para que sejam recordadas determinadas tarefas.   |
| Outras pessoas          | O paciente também pode solicitar a outras pessoas que os recordem de certas tarefas que tenham que cumprir ou realizar.   |

Tabela 8: Ajudas externas

Guerreiro (2005) salienta ainda que qualquer programa de intervenção cognitiva deverá ser estruturado tendo por base os resultados de uma avaliação neuropsicológica exaustiva, que permitirá obter um conhecimento dos défices das funções nervosas superiores ou dos processos que as compõem e qual a gravidade desses défices, permitindo ainda conhecer as funções nervosas superiores e os sistemas que se encontram intactos, para que possam ser utilizados.

Escarcelle (2000) indica que em Espanha foram criados e promovidos programas integradores de intervenção cognitiva, unindo a base teórica da reabilitação cognitiva com a experiência praticada com doentes com demência e como exemplo refere o projecto “Activemos a mente” editado pela Fundação “La Caixa” e realizado por Jordi Peña-Casanova. O mesmo autor refere ainda outro projecto mais recente de estimulação cognitiva, a Programa de Ayuntamiento de Madrid de Montejo *et al.*, e os exercícios de estimulação cognitiva “Volver a empezar” de Luis Tárraga e Mercé Boada, como parte do seu programa de estimulação cognitiva com doentes de Alzheimer. Escarcelle (2000) acrescenta ainda que estão a ser desenvolvidos em Espanha programas informáticos específicos para estimulação cognitiva em doentes de Alzheimer.

No que diz respeito à Doença de Alzheimer, Grilo (2009) indica que as técnicas de estimulação/reabilitação cognitiva têm um importante papel no retardamento da evolução da mesma, na medida em que permitem ao doente desenvolver uma “readaptação” ao meio, sendo que esta técnica apresenta como objectivo principal reforçar os recursos cognitivos, sociais e afectivos subsistentes.

Guerreiro (2005) e Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) referem que dentro da terapêutica não farmacológica das demências têm sido utilizadas diversas técnicas, das quais se destacam:

- **Terapia de Orientação na Realidade** – Criada por Folsom, procura a reaprendizagem da informação sobre orientação de modo a melhorar o sentido de controlo e de auto-estima;

- **Terapia da Reminiscência** – Foi descrita pela primeira vez por Butler, como um processo mental, que ocorrendo naturalmente, permite aos idosos falar acerca das suas experiências passadas e conflitos. Como técnica terapêutica foi desenvolvida por Woods e foi utilizada em pacientes com demência, sendo a estimulação da memória realizada através da memória remota, geralmente mantida até mais tarde, nestes doentes.

- **Terapia de Validação** – Foi desenvolvida por Naomi Feil, como uma terapia para estimular a comunicação entre idosos com defeito cognitivo, embora inicialmente não tivesse sido a demência, um critério de inclusão.

Contudo, Garcia-Sánchez, Éstevez-González & Kulisevsky (2002) indicam para além destas, as seguintes terapias:

- **Modificação ambiental** – É uma técnica prática e económica onde se consegue uma melhoria ao nível do comportamento e do funcionamento cognitivo e que assenta nos seguintes princípios, a) Realizar o mínimo de alterações possíveis, b) Adaptar o meio externo tomando medidas de segurança e prevenção em áreas onde existe maior perigo como a casa de banho, a cozinha, zonas onde existam desníveis e em zonas pouco iluminadas e c) simplificação do meio, reduzindo a carga cognitiva para localizar, seleccionar e utilizar determinados objectos e instrumentos.

- **Musicoterapia** – É uma técnica afável e muito utilizada em vários centros geriátricos. Recorre a técnicas neuropsicológicas especializadas que incluem a estimulação sensorial, a reabilitação da memória, a terapia de entoação melódica, a estimulação auditiva rítmica, a estimulação sensorial de padrões e os exercícios motores funcionais através da utilização de

instrumentos, de cantar e dançar para facilitar a recuperação-estimulação, das funções cognitivas alteradas, ou para manter as funções que se estão a deteriorar.

- **Bingoterapia** – O Bingo é um jogo que tem muitos seguidores, nos centros geriátricos. Vários autores defendem que melhora a atenção, a memória a curto prazo, a recordação de palavras e o reconhecimento.

- **Intervenções psicossociais dirigidas aos cuidadores** – O objectivo destas intervenções é o de trabalhar a ansiedade, os medos, e o stress dos cuidadores, numa tarefa esgotante e pouco gratificante.

Escarcelle (2000) acrescenta que embora existam muitas técnicas de intervenção já validadas como a terapia de orientação à realidade, a terapia de reminiscência, as técnicas de validação, as técnicas de estimulação cognitiva específicas e por funções, entre outras, é da maior importância a abordagem e investigação acerca da afectividade e o comportamento do paciente e também muito importante e fundamental, “cuidar do cuidador”.

## **5. Terapia de Reminiscência**

### **5.1. Breve contextualização histórica**

Até 1960, a reminiscência era aceite como um sintoma ou causa de deterioração mental e era fortemente desencorajada aos cuidadores de pessoas idosas (Buchanan & Middleton, 1994 *cit in* Lin, Dai & Hwang, 2003; Kunz, 2003; Chin, 2007; Camara *et al.*, 2009). A reminiscência em pessoas idosas era vista como um sinal de confusão e de alterações orgânicas do cérebro (Butler, 1982). Após o trabalho de Butler acerca da revisão de vida em 1963, onde descrevia a reminiscência como um fenómeno universal e natural em adultos de todas as idades, as pessoas começaram a aceitar a reminiscência com uma atitude diferente e verificou-se um crescente interesse pela reminiscência (Lin, Dai & Hwang, 2003; Chin, 2007; Camara *et al.*, 2009).

Segundo Butler (1963 *cit in* Afonso, Duarte, Pereira & Esgalhado, 2010) a reminiscência é um processo normal no desenvolvimento das pessoas idosas, uma vez que quando se aproxima a morte as pessoas desenvolvem o seu processo de revisão de vida, colocando em perspectiva a sua própria vida, ou seja, resolvem os conflitos do passado,

pensam nas perdas e mudanças, perdoam-se a si próprios e aos outros, celebram os êxitos e por fim, sentem que a sua vida está completa.

Gonçalves, Albuquerque & Martín (2008) indicam ainda que para Butler (2002) a reminiscência surgia de forma progressiva à medida que as pessoas envelhecem, sendo precipitada pela aproximação biológica e psicológica à morte e que a avaliação retrospectiva dos acontecimentos de vida permitia efectuar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos. Knight (2004 *cit in* Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008) acrescenta ainda que no trabalho com idosos a reminiscência pode por em prática o objectivo da reconstrução do auto-conceito, que estaria ameaçado nesta etapa da vida dos sujeitos.

Esta tendência de revisão de vida é comum em pessoas idosas (Bravo, Postigo, Hidalgo, Pretel, 2008). Erikson denominou esta etapa como o estágio da “integridade vs. desespero”, onde as pessoas podem sentir-se inquietas ou preocupadas com acontecimentos do passado dos quais não se sentem satisfeitas ou se arrependem (desespero) ou simplesmente aceitar as vivências como aconteceram (integridade do eu).

Lin, Dai & Hwang (2003) indicam que o primeiro estudo experimental acerca da reminiscência foi realizado em 1971 por Lewis e que desde 1971 até 1989, a literatura considerou a função da reminiscência de “valor pessoal/mecanismo de defesa” a “valor social como história oral”. Durante a década de oitenta, enfermeiros, gerontólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos, recorreram largamente à Terapia de Reminiscência em grupo com idosos, em contexto de institucionalização e de não institucionalização (Baker, 1985 *cit in* Lin, Y., Dai, Y. & Hwang, S. (2003).

Desde então o interesse em actividades baseadas na reminiscência tem continuado a crescer (Lin, Y., Dai, Y. & Hwang, S., 2003)

## **5.2. Definições de reminiscência**

Existem diversas definições para o termo reminiscências.

Franco, Bueno, Orihuela & Merino (2007) definem reminiscência como o acto, processo ou prática de recordar, pensar e relatar aspectos do passado, podendo ser de forma interna ou potencialmente externalizada para ser partilhada com outros. As reminiscências consistem em relatos a partir de uma selecção de conteúdos pessoalmente significativos e organizados por tempo ou por tema (Franco, Bueno, Orihuela & Merino,

2007). Desta forma, podemos dizer que os relatos das reminiscências baseiam-se num conjunto de eventos ou conhecimentos armazenados na memória autobiográfica (Franco, Bueno, Orihuela & Merino, 2007).

Os mesmos autores acrescentam que ao envelhecermos, a reminiscência se torna especialmente importante, na medida em que: a) permite manter a auto-estima num momento em que se percebe o declínio físico e cognitivo; b) ajuda a confirmar e a preservar um sentido de identidade, reforçando sentimentos de valorização pessoal, coerência e continuidade; c) possibilita a psicoestimulação das funções da linguagem e memória, estabelecendo conexões entre o passado, presente e futuro pessoal; d) em contextos grupais e sociais, promove a sociabilidade e a abertura a relações interpessoais, transmitindo conhecimentos a gerações futuras e fortalecendo redes de apoio.

Woods (1992 cit in Bohlmeijer et al, 2009) define a reminiscência como a recordação vocal ou silenciosa de eventos da vida pessoal, que tanto podem ocorrer estando sozinho ou com outra pessoa ou grupos de pessoas.

Recordar as nossas vivências, de forma individual ou interacional, permite a análise do passado, a compreensão de mudanças, a adaptação, as transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da nossa auto-imagem (Puyenbroeck & Maes, 2005, *cit in* Gonçalves *et al*, 2008; Watt & Cappeliez, *cit in* Gonçalves *et al*, 2008).

Para Jonsdottir, Steingrimsdottir & Tryggvadottir (2001 *cit in* Gonçalves *et al*, 2008) a reminiscência é definida como um processo natural e espontâneo, inerente ao ser humano, que consiste na evocação de experiências significativas que ocorreram no passado. Contamos as histórias da nossa vida, a nós próprios e aos outros, com a intenção de recordar experiências e acontecimentos passados, geralmente com conotação positiva ou negativa (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Rilley & Lithell, 2005 *cit in* Gonçalves *et al*, 2008).

Embora não seja específica de uma determinada etapa da vida, verifica-se que a reminiscência é tendencialmente mais progressiva à medida que as pessoas envelhecem (Cappeliez, O'Rourke & Chaudhury, 2005 *cit in* Gonçalves *et al*, 2008; Gibson, 2004, *cit in* Gonçalves *et al*, 2008).

Relativamente às diferenças de género na evocação as memórias passadas, estas parecem estar associadas aos próprios papéis, implementados desde a infância, através da relação entre pais e filhos (Alea, Bluck & Semegon, 2004 *cit in* Gonçakves *et al*, 2008;

Nakash & Brody, 2006 *cit in* Gonçalves *et al*, 2008; Pillemer, Wink, DiDonato & Sanborn, 2003 *cit in* Gonçalves *et al*, 2008). Ainda a este respeito, podemos acrescentar que geralmente as mulheres apresentam um padrão quantitativo e qualitativo diferente dos homens, na medida em que os homens pensam sobre o seu passado como meio de escapar ao presente e as mulheres fazem-no com o objectivo de compreenderem e resolverem os seus problemas actuais (Bryant, Smart & King, 2005 *cit in* Gonçalves *et al*, 2008).

### **5.3. Terapia de reminiscência: funções e tipos**

Com o objectivo de ultrapassar as dificuldades próprias da utilização de estratégias generalizadas com idosos e ainda a fim de evitar os efeitos secundários da medicação, foi desenvolvido um conjunto de estratégias de intervenção com idosos, que possam ser utilizadas em diversos quadros de funcionamento cognitivo e emocional (Gonçalves & Martín, 2007). Entre as quais podemos destacar a Terapia de Reminiscência. Indicando ainda a Terapia de Reminiscência, ao contrário do que acontece com outros tipos de psicoterapia, foi especialmente desenvolvida para pessoas idosas (Afonso & Bueno, 2009).

A Terapia de Reminiscência valoriza o paciente através do seu conhecimento relativamente ao seu passado, permitindo a conversação e orientação para o presente (Camara *et al*, 2009). Esta terapia recorre a objectos importantes como cartas, fotografias, músicas antigas, presentes, álbuns de família, filmes, jornais, entre outros que possam também ter valor da história pessoal (García-Sánchez, Estévez-González & Kulisevsky, 2002; Camara *et al*, 2009), sendo por isso um método agradável, bem aceite e de fácil aplicação (García-Sánchez, Estévez-González & Kulisevsky, 2002).

Kunz (2003) indica que os profissionais de saúde mental podem utilizar a reminiscência ou revisão de vida, como terapia em contexto individual, grupal, familiar ou em meio social.

Segundo Webster (1997, *cit in* Bluck & Alea, 2002; 1997, *cit in* Gonçalves & Martín, 2007;) a reminiscência como técnica de evocação de acontecimentos autobiográficos, inerentes ao ser humano, apresenta as seguintes funções:

|   |
|---|
| Redução do aborrecimento – quando o ambiente não é estimulante ou a pessoa está aborrecida;                               |
| Preparação para a morte – recorrer ao passado para criar um sentido de calma e tranquilidade, quando a morte se aproxima; |
| Identidade – solidifica que somos nós;  |
| Resolução de problemas – estratégias que serviram que passado que podem agora também ser utilizadas;                      |
| Conversação – como forma de informalmente se relacionar com os outros;  |
| Manutenção da intimidade – como forma de manter e preservar as relações interpessoais importantes;                        |
| Revivalismo amargurado – experiências injustas que evocam respostas afectivas negativas;                                  |
| Ensinar/informar – para instruir e prover informação aos outros.  |

Tabela 9: Funções da Reminiscência.

Sendo estas as funções primordiais da reminiscência (Webster, 2001 *cit in* Gonçalves & Martín, 2007).

Após a análise às entrevistas de 460 pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, ou autores (Watt & Wong, 1991 *cit in* Bluck & Alea, 2002; Wong & Watt, 1991 *cit in* Bluck & Alea, 2002) definiram uma taxonomia das reminiscências em seis categorias: narrativa (contar a história de vida), integrativa (auto-avaliação para integração das experiências passadas), instrumental (evoca a resolução bem sucedida de problemas), transmissiva (passar aos outros crenças e valores significativos), defensiva (idealiza o passado) e obsessiva (estado de incapacidade para ultrapassar determinadas experiências traumáticas).

A reminiscência na velhice apresenta vários benefícios. Desta forma podemos considerar que as reminiscências e as histórias sobre a própria vida apresentam implicações na forma como as pessoas vivem as suas vidas (Viney, 1995 *cit in* Afonso, Duarte, Pereira & Esgalhado, 2010). Ajudam as pessoas a desenvolver e a manter o seu sentido de identidade (White, 1980 *cit in* Afonso, Duarte, Pereira & Esgalhado, 2010), dotam as pessoas de uma

orientação sobre a forma como devem viver as suas vidas (Afonso, Duarte, Pereira & Esgalhado, 2010), ajudam as pessoas a atribuírem uma ordem e significado a experiências da sua vida que consideravam caóticas e inicialmente sem sentido (Afonso, Duarte, Pereira & Esgalhado, 2010), o facto de outras pessoas ouvirem a história faz com que a pessoa que a conta se sinta com mais poder (Afonso, Duarte, Pereira & Esgalhado, 2010).

#### **5.4. A Terapia de Reminiscência aplicada às demências**

A Terapia de Reminiscência tem sido utilizada para estimular o funcionamento cognitivo de idosos com demência (Bohlmeijer, Smit & Cuijpers, 2003 *cit in* Gonçalves *et al.*, 2008).

No Reino Unido, a Terapia de Reminiscência parece ser uma das terapias mais populares no trabalho com pessoas com demência, ao desenvolver actividades agradáveis que promovem a comunicação e o bem-estar (Woods *et al.*, 2009). O mesmo autor indica que esta popularidade na utilização em pacientes com demência, pode estar relacionada com o facto de trabalhar com memórias remotas, que muitas vezes se preservam intactas neste tipo de pessoas.

Tamura *et al.* (2007) indicam que encorajar a reminiscência em pessoas com demência pode trazer muitos benefícios para os próprios e para desenvolver competências de relacionamento interpessoal, uma vez que envolve a troca de memórias entre pessoas mais velhas e mais novas, entre amigos e familiares, entre cuidadores e profissionais e ainda permite a transmissão de informação, sabedoria e competências.

Gibson (1998 *cit in* Nomura, 2002) foi uma das primeiras a utilizar a terapia de reminiscência com pessoas idosas, alegando que a reminiscência faz uma ligação entre o passado o presente e o futuro e encoraja a socialização.

Gibson e Schweitzer ensinaram muitas pessoas a conduzir grupos de reminiscência e esta foi rapidamente adoptada como técnica, na Europa (Nomura, 2002). Schweitzer ganhou um fundo para o “European Reminiscence Network” e proporcionou aos cuidadores de oito países europeus, conhecimentos acerca desta modalidade e a conduzirem grupos de reminiscência com pessoas com Alzheimer, nos seus próprios países.

No seguimento deste trabalho, Pam Schweitzer e Errolyn Bruce editaram “Remembering Yesterday, Caring Today” de 2008, onde apresentam os vários motivos para a utilização da reminiscência em contexto de demência:

- *Para conhecer e compreender melhor a pessoa* – Se procuramos um cuidado centrado na pessoa, necessitamos conhecer e compreender a pessoa de quem cuidamos. Bell & Troxel (2001, cit in Schweitzer, P. & Bruce, E., 2008) acreditam que a história de vida é tão importante no cuidado holístico como a história médica é no cuidado médico. Schweitzer, P. & Bruce, E., (2008) referem que as pessoas com demência viveram longas vidas e que para as compreendermos como são agora, necessitamos de conhecer tanto quanto possível, acerca dos próprios e do que viveram. Os mesmos autores indicam ainda que, podemos ter acesso a alguma informação básica acerca das suas histórias de vida através de relatórios clínicos, mas podemos conhecer muito mais acerca das pessoas, quando mostramos interesse em conhecer o seu passado, encorajando-as a relatar as suas próprias histórias registando o que vão relatando.

- *Como meio de promover a conversação e a comunicação* – Para muitas pessoas a demência e as dificuldades de comunicação levam a perda de conversações agradáveis, especialmente acerca de temas de vida, com familiares próximos e amigos. As perdas cognitivas tornam mais difícil a formulação de pensamentos coerentes e levam à perda de linguagem, dificultando a sua expressão em palavras. O medo de cometer erros desencoraja as pessoas de comunicarem, assim como o medo de que as outras pessoas mostrem pouco interesse no que se tem a dizer, criam barreiras à comunicação.

- *Como forma de construir confiança* – Quando as pessoas falam acerca das suas histórias de vida, elas podem voltar a sentir a energia associada a esses acontecimentos. Por exemplo, quando um grupo de senhoras idosas fala acerca do que vestiam quando iam a algum baile, a excitação do recordar esse momento influencia o modo como o descrevem, levando a que sintam novamente como se sentiam quando eram jovens enérgicas, atraentes e sociáveis.

- *Ajuda as pessoas a manter e aceder à memória autobiográfica* – As pessoas com demência perdem o acesso a uma significativa parte da memória, onde se inclui a memória recente e a do passado. Contudo, existem memórias passadas que se encontram bem preservadas e a oportunidade de as partilhar ajudam a conserva-las no tempo. A Reminiscência pode ainda reactivar memórias distantes de um modo surpreendente e agradável para a pessoa e para os que ajudaram a que isso fosse possível. Muitas vezes, essas memórias surgem de forma espontânea quando o estímulo sensorial despoletado por outra

pessoa toca um nervo (Gibson, 2004 *cit in* Schweitzer, P. & Bruce, E., 2008). Os autores dão como exemplo, um toque suave no braço pode evocar memórias de dias especiais, como uma ida ao cinema ou a um baile.

- *Desenvolve o sentido de pertença a um grupo* – Em muitos contextos de cuidados a idosos, o único motivo que une as pessoas é o cuidado em si. Em muito locais, os idosos estão rodeados de pessoas estranhas com as quais não têm nada em comum. Um grupo de reminiscência pode proporcionar uma experiência comum e fomentar o relacionamento interpessoal.

- *Celebra a diferença* – Bender *et al*, 1999 & Schweitzer, (2004 *cit in* Schweitzer, P. & Bruce, E., 2008) indicam que a Terapia de Reminiscência ajuda também a integrar pessoas que tenham tido experiências de vida muito diferentes do comum. Acrescentam que no ambiente correcto pode ser muito enriquecedor ouvir experiências muito diferentes da nossa própria experiência.

No mesmo trabalho, as autoras indicam ainda as diversas formas em que se pode utilizar a reminiscência em contexto de demência:

- *Utilizar a reminiscência quando se recolhe informação acerca da história de vida da pessoa* - Conhecer a história de vida pode ajudar os cuidadores de pessoas com demência de várias maneiras, tais como: compreender o que as pessoas dizem quando o seu discurso não é claro, descodificar mensagens durante um comportamento confuso, compreender os gostos e preferências das pessoas tanto quanto possível, compreender hábitos e rotinas relativas ao passado mas que estão em evidência no comportamento presente.

- *Reminiscência espontânea durante a rotina dos cuidadores* – A situação de demência põe em risco a comunicação e a conversação, não apenas devido às dificuldades de memória, pensamento, discurso e linguagem mas também porque nem sempre os cuidadores encorajam e ajudam as pessoas com demência a comunicar e a expressarem-se. Se não existir comunicação, as pessoas com demência podem sentir-se isoladas, mesmo que estejam rodeadas de pessoas.

- *Criar um ambiente estimulante* – Alguns lares e centros de dia criaram um ambiente criativo onde são utilizadas imagens e objectos que estimulam os sentidos e a memória. As pessoas, em suas casas sentem-se ligadas aos seus interesses e às suas actividades através dos seus objectos e quando vão para um lar perdem essa ligação. Assim, muitos lares encorajam

as famílias dos residentes a decorar os seus quartos com objectos da sua história pessoal, como fotografias, discos, entre outros.

- *Reminiscência como uma actividade de grupo* – A reminiscência pode ser aplicada como uma actividade grupal, tanto em lares e centros de dia, como em comunidade. Sendo esta modalidade a forma mais frequente de aplicação das reminiscências.

- *Reminiscência como actividade individual* – As sessões individuais de reminiscência podem ser uma boa maneira de trabalhar com pessoas que não participam em actividades de grupo. Podem ainda ser úteis nos casos em que se revela benéfico compreender a ansiedade e o stress em determinado idoso. Por vezes esta atenção individualizada é o que alguns idosos necessitam.

### **5.5. Estudos sobre reminiscência**

Selva, Postigo & Rodriguez (2005) e Chin (2007) indicam que de acordo com a bibliografia existente, o número de estudos publicados acerca da reminiscência tem vindo a crescer rapidamente desde os últimos 25 anos. Haight (1991 *cit in* Selva, Postigo & Rodriguez, 2005) refere que numa revisão dos artigos publicados acerca desta temática em revistas científicas norte-americanas, durante as décadas de sessenta, setenta e oitenta, o número de publicações aumentou respectivamente 3, 20 e 71.

A este respeito Woods & McKiernan (1995) indicam que a literatura parece apresentar que a efectividade da reminiscência em pessoas com demência continua ainda num estágio primário. Contudo, parece claro que até as pessoas com demência severa podem ser estimuladas com reminiscências, tanto em grupo como individualmente, sendo que a literatura não apoia a ideia de que a reminiscência seja inapropriada para pessoas que apresentem défice de memória.

### **6. Problema do estudo**

A deterioração cognitiva está frequentemente presente nos idosos (Park *et al.*, 2003 *cit in* Lee & Shinkai, 2005) assim como a prevalência da demência, em cerca de 7% em idosos com mais de 70 anos e 20% em idosos com mais de 80 anos (Zarit & Zarit, 1998 *cit in* Lee & Shinkai, 2005).

Segundo Aléman (2002) a idade avançada pode dar origem à deterioração cognitiva, assim como factores associados a uma educação pobre, uma saúde frágil, falta de motivação ou a presença de algum tipo de patologia. Leuzan *et al.*, (2007) acrescentam ainda que o declínio cognitivo também se deve à falta de estimulação cognitiva.

Neste sentido, podemos indicar que a estimulação cognitiva é definida como uma intervenção terapêutica de apoio ao processo de envelhecimento e surge como complemento ao tratamento farmacológico (Gonzalez & Kulisevsky, 2002). Leuzan *et al.* (2007) indicam ainda que as técnicas de estimulação cognitiva procuram desenvolver as capacidades que estão na base dos processos cognitivos.

Dentro das técnicas de estimulação cognitiva, encontramos a Terapia de Reminiscência, descrita por García-Sanchez, Gonzalez & Kulisevsky (2002) como uma técnica reconhecida e utilizada em muitos centros geriátricos, onde a partir de livros, fotografias, roupas, entre outras matérias se procura recuperar memórias de acontecimentos históricos e vitais do sujeito.

## **7. Objectivos e hipóteses da investigação**

Partindo do que foi exposto anteriormente, o objectivo geral deste trabalho consiste em conhecer a relação entre a participação num Programa de Reminiscências e o desempenho cognitivo. Ou seja, perceber se a Terapia de Reminiscência poderá ter efeitos cognitivos benéficos em idosos institucionalizados.

Assim, podemos referir que os objectivos específicos deste estudo são os seguintes:

- Construir um programa de intervenção de reminiscências destinado a pessoas idosas institucionalizadas;
- Analisar o impacto do programa sobre o desempenho cognitivo.
- Analisar o impacto deste programa sobre a memória autobiográfica;

Por conseguinte, foram definidas três hipóteses a serem verificadas com a intervenção do Programa de Reminiscências, que são as seguintes:

- Os sujeitos que participam no programa (grupo experimental) apresentam melhorias ao nível do desempenho cognitivo?
- Os sujeitos que participam no programa apresentam maior número de recuperação de memórias?

- Os sujeitos que participam no programa apresentam maior número de recuperação de memórias específicas?

## 8. Método

### 8.1. Participantes do estudo

Participaram neste estudo 14 sujeitos, com idades compreendidas entre os 66 e os 92 anos, sendo a média de idades igual a 77,29 anos (SD = 6,86) e a moda 75<sup>1</sup>. A tabela 10 apresenta as características sócio-demográficas dos participantes.

|              | Grupo<br>Experimental<br>(N=7)<br>Frequência | Grupo<br>Controlo<br>(N=7)<br>Frequência |
|--------------|--|--|
| <hr/>        |  |  |
| Sexo         |  |  |
| Homem        | 1 (14,3%)                                    | 0 (0%)                                   |
| Mulher       | 6 (85,7%)                                    | 7 (100%)                                 |
| <hr/>        |  |  |
| Idade        |  |  |
| 66-75 anos   | 4 (57,1%)                                    | 2 (28,6%)                                |
| 76-85 anos   | 2 (28,6%)                                    | 5 (71,4%)                                |
| 86-95        | 1 (14,3%)                                    | 0 (0%)                                   |
| <hr/>        |  |  |
| Estado Civil |  |  |
| Solteiro     | 1 (14,3%)                                    | 4 (57,1%)                                |
| Casado       | 2 (28,6%)                                    | 2 (28,6%)                                |
| Viúvo        | 4 (57,1%)                                    | 1 (14,3%)                                |
| <hr/>        |  |  |

<sup>1</sup> Existem múltiplos valores de Moda. O valor apresentado é o menor.

Escolaridade

|                           |           |           |
|---------------------------|-----------|-----------|
| Analfabeto                | 1 (14,3%) | 1 (14,3%) |
| 1-4 anos de escolaridade  | 4 (57,1%) | 5 (71,4%) |
| 5-8 anos de escolaridade  | 0 (0%)    | 1 (14,3%) |
| 9-12 anos de escolaridade | 2 (28,6%) | 0 (0%)    |
| Estudos superiores        | 0 (0%)    | 0 (0%)    |

Tabela 10: Características sócio-demográficas dos participantes

No que diz respeito às características clínicas, serão apresentados de seguida os diagnósticos dos sujeitos (Tabela 11):

| <b>Nº Sujeito</b> | <b>Diagnóstico</b>                               |
|-------------------|--|
| 1                 | Sequelas de AVC                                  |
| 2                 | Outra demência vascular                          |
| 3                 | Deficiência Mental                               |
| 4                 | Perturbação Afetiva Bipolar – Fase Depressiva    |
| 5                 | Demência Senil – Tipo simples                    |
| 6                 | Perturbação Afetiva Bipolar – Fase Depressiva    |
| 7                 | Psicose Afetiva – Perturbação Maníaca            |
| 8                 | Demência Senil – Tipo Simples                    |
| 9                 | Transtornos de Humor – Distímia                  |
| 10                | Demência da Doença de Alzheimer de Início Tardio |
| 11                | Transtorno Afetivo da Personalidade              |
| 12                | Perturbação Afetiva Bipolar – Fase Depressiva    |
| 13                | Depressão Neurótica                              |
| 14                | Perturbação Afetiva                              |

Tabela 11: Caracterização clínica dos participantes

## 8.2. Procedimentos

O primeiro passo para a realização deste trabalho foi o contacto com a Casa de Saúde Bento Menni na Guarda, através da psicóloga da instituição, responsável pela valência de Psicogeriatria. Depois de um contacto informal foi enviado um ofício através da Universidade da Beira Interior, para formalizar a parceria.

Depois de oficializada a confirmação foi realizada uma reunião com a psicóloga com o intuito de delinear as etapas do processo. Antes de se dar início à aplicação do programa foi definido o grupo a ser intervencionado, a selecção ficou a cargo da psicóloga da instituição que escolheu 14 pessoas da valência da Psicogeriatria.

De seguida e de forma aleatória foi seleccionado o grupo experimental (7 participantes) e o grupo controlo (7 participantes), ficando desta forma dividido em duas partes iguais o grupo inicial.

Posteriormente foi realizada a avaliação pré-teste dos sujeitos dos dois grupos, recorrendo ao Mini Mental State Examination e ao Autobiographical Memory Test. A avaliação dos sujeitos ficou a cargo de uma investigadora independente, a psicóloga da instituição.

Mais tarde, foi realizada uma entrevista, mediante um guião de entrevista individual (Anexo 1) com cada um dos sete sujeitos pertencentes ao grupo experimental, para que desta forma se pudesse realizar um programa individualizado para cada sujeito, de acordo com as experiências e histórias de vida relatadas nesse momento, donde se poderiam extrair temas de vida positivos que fossem dominantes.

Depois de definidos alguns dos temas mais específicos revelados na história de vida de cada sujeito, foi delineado um programa individualizado e deu-se início à aplicação das sessões de reminiscência.

O programa decorreu ao longo de cinco sessões semanais, com duração muito variável de sujeito para sujeito, desde 5/10 minutos a cerca de uma hora. O estímulo utilizado nas sessões para evocar as memórias, foi a imagem, fotografias retiradas da internet que abrangiam a maior parte dos temas referidos na entrevista.

### 8.3. Instrumentos

#### *Mini Mental State Examination (MMSE)*

O Mini Mental State Examination (Anexo 2) foi criado por Folstein, Folstein & McHugh em 1975 e tem como principal objectivo ser uma forma breve de avaliação do estado mental. O exame é constituído por 11 questões e tem uma duração de cerca de 10 ou 15 minutos na sua aplicação, podendo ainda ser utilizado de forma seriada e rotineira. Folstein, Folstein & McHugh (1975) indicam ainda que o nome “Mini” resulta do facto de apenas se concentrar em aspectos cognitivos das funções mentais, excluindo questões como o humor.

Folstein, Folstein & McHugh (1975) contaram com a colaboração de 206 pacientes com demência, perturbações afectivas, esquizofrenia, perturbações de personalidade e com 63 sujeitos normativos, para validar este instrumento.

Os autores afirmam que o “Mini Mental State Examination” é um teste válido para a avaliação das funções cognitivas e que consegue realizar a separação entre pacientes com distúrbios cognitivos e outros pacientes que não apresentam estes síndromas.

Em Portugal, a versão do “Mini Mental State Examination” foi traduzida e adaptada por Guerreiro *et al.*, (1993) na sua tese de Doutoramento (Sancho & Santos, 2006).

#### *Autobiographical Memory Test (AMT)*

O Teste de Memória Autobiográfica (AMT) (Anexo 3) foi criado por Williams e Broadbent (1986) com base no paradigma de palavras-chave de Galton-Crovitz (Bobrowicz-Campos, Pinho & Matos, 2010). Os autores do AMT defendem que a recuperação guiada de memórias autobiográficas envolve um processo complexo de procura de informação num sistema de conhecimento autobiográfico organizado de maneira hierárquica (Conway & Pleydell-Pearce, 2000 *cit in* Bobrowicz-Campos, Pinho, Matos & 2010). Depois de ouvida uma palavra pista, o participante inicia o processo de elaboração ou definição da mesma, recuperando em seguida o contexto e criando os episódios, ao que se sucede a avaliação da adequação e no final, a resposta (Bobrowicz-Campos, Pinho & Matos, 2010).

Afonso & Bueno (2010) acrescentam que o Teste de Memória Autobiográfica avalia a habilidade dos sujeitos para recuperar recordações autobiográficas específicas num determinado tempo em resposta a uma palavra estímulo. As mesmas autoras acrescentam

ainda que uma recordação específica diz respeito a um acontecimento ocorrido num espaço e tempo particular sem duração superior a um dia.

A adaptação para a população portuguesa foi realizada por Bobrowicz-Campos, Pinho & Matos (2010) tendo sido seleccionados 15 adjectivos (5 positivos, 5 negativos e 5 neutros) e que de acordo com as autoras possuem imaginabilidade moderada e elevada frequência de ocorrência no quotidiano.

Afonso & Bueno (2010) indicam ainda que cada recordação autobiográfica recuperada por cada sujeito é codificada quando à sua especificidade ou generalidade e ainda quanto à sua valência (positiva, negativa ou neutra).

Para o presente estudo optou-se por serem retiradas as palavras de valência negativa.

#### *Programa de Reminiscências para pessoas idosas institucionalizadas.*

Consiste num programa semi-estruturado, organizado em cinco sessões individuais, com frequência semanal. O conteúdo das sessões parte da realização de uma entrevista prévia individual com os utentes, onde é solicitado que relatem recordações positivas de eventos passados mediante uma ordem cronológica, ou seja, na entrevista é pedido ao sujeito que, por etapas, indique eventos positivos da sua infância, adolescência, juventude e idade adulta. O estímulo utilizado nas sessões foi a imagem, recolhidas pela investigadora. Este programa pretende trabalhar essencialmente dimensões cognitivas em especial a memória.

## **9.Resultados**

### **9.1. Resultados da entrevista**

A entrevista foi realizada com o grupo experimental com o intuito de definir os temas a serem abordados nas sessões de reminiscência, baseou-se num guião cronológico, ou seja, era perguntado ao sujeito quais as recordações positivas que tinha da sua infância, adolescência, juventude e idade adulta. Após a conclusão desta entrevista foram definidos os temas a serem abordados com cada sujeito. Tendo por base apenas o resultado da entrevista surgiram em média 2 ou 3 temas para estimulação, havendo um caso em que surgiu somente um único tema dominante (cf. Tabela 12)

| <b>Nº Sujeito</b> | <b>Temas resultantes da entrevista</b>                   |
|-------------------|--|
| 1                 | Trabalho no campo  |
| 2                 | Trabalho na confecção; Família; Soito, Casamento         |
| 3                 | Brincadeiras de infância; Ocupação profissional; Família |
| 4                 | Casamento; Pai;  |
| 5                 | Casamento; Família; Vida em África                       |
| 6                 | Trabalho no campo; Família                               |
| 7                 | Congregação; Ocupação profissional; 1ª Comunhão          |

Tabela 12: Temas resultantes da entrevista, por sujeito

## 9.2. Avaliação do programa

De seguida será realizada uma avaliação do programa, sujeito a sujeito:

### Sujeito nº 1

O sujeito número um, género masculino de 92 anos com diagnóstico de sequelas de AVC e com limitações motoras (move-se em cadeira de rodas), foi o único a apresentar somente um tema dominante na entrevista, referia-se essencialmente à sua vida e trabalho no campo, referindo que a sua vida sempre foi “lavrar a terra”. Como tal, ao longo das sessões, este foi o tema dominante deste sujeito.

Apresentou-se geralmente colaborante, embora na última sessão tenha demonstrado uma maior resistência. Repetia com frequência que já não se lembrava de nada. Este foi o sujeito com quem as sessões tinham uma menor duração, entre 10 a 15 minutos. Embora se demonstrasse bem-disposto e sorridente, revelava pouca vontade em se exprimir verbalmente.

Na avaliação pré e pós teste com o MMSE obteve um valor de 14 nos dois momentos. No que diz respeito à avaliação com o AMT apresenta um grande declínio ao nível das

recuperações na avaliação pós-teste, traduzido pela recuperação de 5 memórias (gerais neutras) em 10 possíveis.

### **Sujeito nº2**

O sujeito número dois, género feminino com 75 anos, apresenta um diagnóstico de “outra demência vascular”, tendo chegado à instituição por ter sido vítima de um AVC. Foi das utentes que mais temas apresentou na entrevista (quatro temas) e foi também das utentes que se apresentou mais colaborante respondendo sempre ao que lhe foi solicitado e nunca se negando a participar nem sessões. Nos relatos que fazia nas sessões foi bastante consistente com os temas principais que tinham sido referidos na entrevista. Frequentemente ficava chorosa, pois referia que: “onde quer que fosse toda a gente gostava de mim”, explicando que teve sempre boas relações com toda a gente. Com o sujeito número dois as sessões tinham uma duração entre 20 a 30 minutos.

No que diz respeito à avaliação cognitiva, a sujeito apresentou a grande melhoria, tendo no pré-teste 17 pontos e no pós-teste 24 ponto, tendo sido a maior subida do grupo.

Relativamente ao Teste de Memória Autobiográfica apresentou um ligeiro aumento de recuperação, mas apenas na recuperação de memórias de carácter geral.

### **Sujeito nº3**

O sujeito nº3, género feminino de 66 anos de idade (mais nova do grupo) apresenta um diagnóstico de deficiência mental. Contudo o internamento na instituição deveu-se a um AVC. Foi a utente com quem as sessões demoravam mais tempo, cerca de uma hora que tinha que ser interrompida pelo investigador, uma vez que o sujeito demonstrava vontade em continuar. Mostrou-se sempre colaborante e com muitas histórias para contar, tal como na entrevista. Referiu várias memórias de forma bastante pormenorizada. Ao longo das sessões, como se apercebia que as memórias estavam a ser registadas, começou a exprimi-las como se fosse um ditado e começou a discursar de forma mais pausada, embora, em alguns raros momentos, tivesse perdido o foi condutor do que estava a narrar, conseguiu rapidamente recuperar o raciocínio.

O sujeito número três também apresentou uma melhoria ao nível do desempenho cognitivo, apresentando em avaliação pré-teste um valor de 21 e no pós-teste um valor de 27. Ao nível da recuperação de memórias, foi o sujeito que conseguiu recuperar mais memórias

específicas (maioritariamente positivas) do que gerais, comparativamente com a avaliação pré-teste, onde apresentou mais memórias gerais do que específicas.

#### **Sujeito nº4**

O sujeito nº4, género feminino de 75 anos, apresenta como diagnóstico, uma Perturbação Afectiva Bipolar – Fase Depressiva. Este sujeito revelou um decréscimo de disponibilidade à medida que avançavam as sessões, assim como na produção de discurso. Era bastante repetitiva e repetia com frequência: “Era muito bom para mim”, referindo-se ao marido falecido poucos anos depois do casamento. Esta situação verificava-se inclusivamente quando se tentava dirigir a evocação de memórias para outros temas, tendo este sido um dos temas dominantes da entrevista, para além do pai. Mostrava-se colaborante no início das sessões mas geralmente ao fim de 15 ou 20 minutos referia que estava cansada, e perguntava se já podia sair. Com frequência fazia questões pessoais ao investigador.

Ao nível do desempenho cognitivo registou-se um declínio, passando de 22 numa avaliação pré-teste para 18 numa avaliação pós-teste. No que diz respeito à avaliação com o AMT, este sujeito foi o único a registar exactamente o mesmo número de recuperação (tanto gerais, como específicas e positivas negativas e neutras), tanto na avaliação pré-teste, como na avaliação pós-teste.

#### **Sujeito nº 5**

O sujeito número 5, género feminino de 78 anos, apresenta um diagnóstico de Demência Senil – Tipo Simples. Este sujeito foi o único a demonstrar alguma resistência na entrevista, referindo que já tinha contado tudo à psicóloga “no outro dia” (referindo-se à avaliação com o AMT realizada pelo investigador independente).

Contudo ao longo das sessões, foi referindo factos que alegava que se tinha esquecido de referir na sessão anterior ou corrigindo alguns desses mesmo factos, revelando interesse em completar ou dar as informações o mais correctas possíveis. Embora em alguns momentos se tivesse apresentado algo desconfiada e questiona-se: “Isto é para quê?”. Geralmente respondia ao que lhe era solicitado e contava com bastantes pormenores as recordações que ia relatando.

No que diz respeito à avaliação com o MMSE, este sujeito registou um declínio, tendo obtido 19 no pré-teste e um 15 no pós-teste. Relativamente à recuperação de memórias registou sensivelmente o mesmo número de recuperações.

### **Sujeito 6**

O sujeito número 6, género feminino de 80 anos, com diagnóstico de Perturbação Afectiva Bipolar – Fase Depressiva, foi a utente mais inconstante ao longo das sessões, ou seja, tanto demonstrava querer participar nas sessões, como na sessão seguinte já não demonstrava essa mesma vontade. Tendo sido nula a sua prestação na terceira sessão por alegar que se sentia doente e tendo mesmo recusado participar na quinta sessão. As sessões em que participou tinham uma duração entre 15 a 20 minutos e respondia ao que lhe era solicitado. Frequentemente falava sobre a filha e de uma das netas que se licenciou em medicina há pouco tempo, sendo para ela um grande motivo de orgulho e constante motivo de conversa.

No que diz respeito à avaliação cognitiva, o sujeito número seis registou uma subida no MMSE, passando de 13 na avaliação pré-teste para 15 na avaliação pós-teste.

Relativamente à recuperação de memórias, este sujeito apresentou uma ligeira diminuição das memórias específicas tendo aumentado a recuperação de memórias gerais.

### **Sujeito nº 7**

O sujeito número 7, género feminino de 70 anos, tem diagnóstico de Psicose Afectiva – Perturbação Maníaca. Foi um dos sujeitos que se mostrou mais colaborante no início da aplicação do programa, participando de forma muito positiva e revelando grande quantidade de pormenores nas primeiras sessões, tendo a primeira sessão tido a duração de uma hora que teve que ser interrompida pelo investigador embora o sujeito demonstra-se vontade em continuar, sempre com boa-disposição. Contudo, devido à sua condição de saúde mental, foi-se assistindo ao declínio cognitivo de sessão para sessão, de forma a que as sessões foram-se tornando de menor duração e de menor riqueza ao nível das recordações recuperadas.

Nas últimas sessões, já demonstrava dificuldades em participar, referindo que sentia muito doente, não tendo inclusivamente desejado participar na avaliação pós-teste.

## 10. Análise estatística

A análise dos dados foi realizada com o SPSS 18.0 para Windows. Foi utilizado um teste não paramétrico, uma vez que é uma amostra pequena (Pereira, 2006) Dentro destes, optou-se por escolher um teste não paramétrico para amostras independentes, o teste de Mann-Withney, que surge como a alternativa mais comum aos testes  $t$  para amostras independentes (Pereira, 2006).

|                              | Grupo Controlo |      |        |           |      |        | Grupo Experimental |      |        |           |      |        |
|------------------------------|----------------|------|--------|-----------|------|--------|--------------------|------|--------|-----------|------|--------|
|                              | Pré-teste      |      | $U$    | Pós-teste |      | $U$    | Pré-teste          |      | $U$    | Pós-Teste |      | $U$    |
| AMT                          | M              | DP   |        | M         | DP   |        | M                  | DP   |        | M         | DP   |        |
| <b>Gerais Total</b>          | 6,43           | 2,37 | 20,500 | 7,57      | 1,40 | 15,000 | 7,30               | 1,11 | 20,500 | 6,83      | 1,94 | 15,000 |
| <b>Gerais Positivas</b>      | 4,29           | 1,80 | 15,500 | 5,00      | 1,41 | 13,000 | 5,57               | 1,27 | 15,500 | 3,67      | 2,50 | 13,000 |
| <b>Gerais Negativas</b>      | 1,43           | 1,51 | 23,000 | 1,00      | 1,53 | 19,000 | 1,14               | 1,07 | 23,000 | 0,83      | 0,75 | 19,000 |
| <b>Gerais Neutras</b>        | 0,71           | 0,44 | 19,000 | 1,57      | 1,28 | 15,500 | 0,57               | 0,97 | 19,000 | 2,33      | 1,63 | 15,500 |
| <b>Específicas Totais</b>    | 2,29           | 1,45 | 23,000 | 2,43      | 1,40 | 18,000 | 2,43               | 1,51 | 23,000 | 2,17      | 1,40 | 18,000 |
| <b>Específicas Positivas</b> | 2,14           | 1,35 | 24,000 | 2,43      | 1,40 | 17,500 | 2,14               | 1,22 | 24,000 | 2,00      | 1,67 | 17,500 |
| <b>Específicas Negativas</b> | 0,00           | 0,00 | 17,500 | 0,00      | 0,00 | 17,500 | 0,29               | 0,49 | 17,500 | 0,17      | 0,41 | 17,500 |
| <b>Específicas Neutras</b>   | 0,14           | 0,38 | 21,000 | 0,00      | 0,00 | 21,000 | 0,00               | 0,00 | 21,000 | 0,00      | 0,00 | 21,000 |
| <b>MMSE</b>                  | 21,14          | 5,33 | 18,000 | 19,00     | 5,48 | 19,000 | 18,71              | 4,35 | 18,000 | 18,83     | 5,42 | 19,000 |

Na tabela 13 é possível verificar que, relativamente ao desempenho cognitivo ocorreu uma ligeira subida ao nível da média registada pré (18,71) e pós-teste (18,83) no grupo experimental, tendo por outro lado, sido registada uma descida deste valor no grupo controlo, de 21,14 para 19,00, o que parece sugerir uma ligeira melhoria ao nível das capacidades cognitivas.

No que diz respeito à recuperação de memórias, foi possível verificar que houve uma diminuição de recuperação de memórias no grupo experimental, e um aumento no grupo de controlo. Contudo é importante acrescentar que uma das pessoas do grupo experimental não quis participar na avaliação pós-teste e um outro sujeito do mesmo grupo respondeu apenas a cinco memórias, não tendo recuperado as outras cinco memórias do teste.

## **11.Resultados**

Com o decorrer das sessões do Programa de Reminiscências foi possível perceber que a sua aplicação deverá ser individual, como de facto aconteceu, pelo menos no que diz respeito a eventos mais pessoais como o dia do casamento, em que se pode verificar que para alguns sujeitos foi um dia importante e que para outros, não tanto ou até um dia um pouco pior que os outros. Cada sujeito tem uma história de vida diferente do outro e com percepções dos acontecimentos de vida também diferentes. Aquele acontecimento que poderá ser conotado como positivo ou feliz, poderá ter uma conotação negativa e infeliz, dependendo da história de vida de cada um.

De uma forma geral, as primeiras sessões tiveram uma maior duração que, em alguns casos foi diminuindo de semana para semana. Também foi possível observar que a partir da terceira sessão, houve uma menor adesão ao programa e embora houvesse participação dos sujeitos, verificou-se uma maior resistência em se dirigirem para o local onde era aplicado o programa. Estes dois factos poderão estar relacionados com a falta de motivação derivada da utilização de um único estímulo durante as sessões, as imagens.

Relativamente aos temas de vida foi possível verificar que ao longo das sessões, em alguns casos, surgiam outros temas de vida que não tinham sido referidos na entrevista prévia e que os que tinham sido relatados nesse mesma entrevista, não se revelavam tão interessantes ou produtivos, ao nível da recuperação de memórias.

Por vezes, as memórias pareciam surgir como um todo, ou seja, embora fosse solicitado apenas a evocação de memórias positivas por vezes existia também um lado negativo. Por exemplo, um sujeito referir que gostava de ir aos bailes da aldeia e que se divertia, mas que se o pai descobria batia-lhe, porque o pai era mau e só gritava com toda a gente lá em casa. A ida ao baile era positiva, mas o comportamento do pai nestas situações era negativa.

Em alguns casos foi também possível verificar que na sessão seguinte os sujeitos recordavam-se da sessão anterior e queriam acrescentar mais factos ao que já tinham contado.

## **12. Discussão dos resultados**

Segundo Kunz (2003) a aplicação do Programa de Reminiscências, pode ser realizado de várias formas, em grupo, em meio familiar, em meio social ou de forma individual, como no caso deste estudo. Coleman, 1986 (*cit in* Woods & McKiernan, 1995) indica que existem sempre diferenças individuais e que algumas pessoas poderão não desejar fazer parte de um grupo.

A literatura indica que a duração das sessões não deverá ser superior a 30-40 minutos (Woods & McKiernan, 1995). No presente estudo, foi possível verificar que nas primeiras sessões, com alguns sujeitos, chegou a ter cerca de uma hora. Contudo, com o decorrer das sessões, passaram a ter menos tempo de duração.

Foi registada uma pequena melhoria ao nível do desempenho no MMSE do grupo experimental ao contrário do grupo de controlo, onde foi registada uma pequena descida. No estudo de Wang (2007) com 102 idosos com diferentes tipos de demência, foi apontada uma mudança positiva ao nível dos scores no MMSE no grupo experimental, ao contrário do grupo de controlo.

Woods & McKiernan (1995) indicam que a literatura parece mostrar que a efectividade da reminiscência em pessoas com demência ainda está no início. Contudo, em 2007, Wang apresenta um estudo onde suporta que a reminiscência melhora o funcionamento cognitivo em pessoas com demência, recorrendo ainda a outros autores (Namazi & Haydes, 1994; Tadaka & Kanagawa, 2004).

## **13. Conclusão**

Para concluir serão referidos alguns aspectos importantes para a realização desta investigação, tais como potencialidades e limitações. De seguida serão consideradas algumas sugestões para futuras investigações.

Como principais potencialidades podemos apontar o facto de permitir a estimulação de capacidades cognitivas, nomeadamente no que diz respeito à memória em especial a memória autobiográfica, o que poderá ajudar a manter estas capacidades por mais tempo. Contudo, permite ainda estimular capacidades como a atenção, a concentração e a linguagem. Ao permitir manter capacidades cognitivas por mais tempo, será também dada a hipótese de se

manter uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente um melhor humor. Como é realizada de forma individual poderá ainda permitir que o sujeito sinta que está ser ouvido e que está a ter atenção, o que é muito importante nesta fase da vida, em que muitas vezes o sentimento de solidão impera.

A principal limitação prende-se com o facto de o programa ter sido realizado em contexto de institucionalização, o que criou entraves à aquisição de objectos que servem de estímulo para as sessões. O único material utilizado foram as imagens recolhidas pelo investigador. Num contexto familiar ou comunitário poder-se-ia solicitar objectos pessoais (fotografias, roupas, cartas, filmes e outros materiais) que pudessem induzir a recuperação de memórias de uma forma mais criativa e agradável.

Em investigações de futuro e em contexto de institucionalização será importante conhecer melhor os sujeitos antes da aplicação do programa, por exemplo, participando nas actividades da instituição, para que desta forma se possam recolher o máximo de potenciais temas de vida a serem utilizados nas sessões. Ao mesmo tempo, também permite que se possa eventualmente realizar um contacto com a família no sentido de serem recolhidos materiais para estimulação individualizados e personalizados para cada sujeito.