

ADRIANA ISABEL DE SOUSA MARQUES

TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS Projeto de Intervenção

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria



Março de 2012

ADRIANA ISABEL DE SOUSA MARQUES

TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS

Projeto de Intervenção

No Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Relatório Final

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Estudo efetuado sob a orientação de:

Professora Carla Cruz

Março de 2012



“É na memória que eu posso dispor do céu, da terra, do mar, das impressões que tudo isso me despertou; na memória me encontro a mim mesmo, me lembro a mim próprio, às coisas que fiz, sua data e lugar, e tudo o que senti ao fazê-lo; aí consignei tudo o que me lembro, através da minha própria experiência ou da minha crença pessoal”

Confissões de Santo Agostinho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Carla Cruz, pela experiência e conhecimento, e principalmente pelo incentivo e ânimo que foi fornecendo ao longo da elaboração deste trabalho. Nunca permitindo que eu deixasse de acreditar neste projeto.

Aos meus colegas e amigos do serviço, por estarem sempre disponíveis para ajudar. À minha Chefe, Enfermeira Maria do Carmo, por ter depositado confiança em mim pela implementação deste projeto no serviço desde o início e pelas palavras de encorajamento

À Sofia pela paciência.

Aos meus pais e marido pela minha ausência.

Dedico este trabalho aos doentes com patologia mental, que são a nossa grande fonte de inspiração e a razão do nosso trabalho, na busca de conhecimento, para fazermos mais e melhor.

RESUMO

Introdução: A Terapia de Reminiscências tem apresentado resultados notáveis enquanto estratégia terapêutica no tratamento de doenças do foro psiquiátrico, nomeadamente na depressão. Não existindo um protocolo na área das reminiscências no sector Feminino do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., propomos a realização de um projeto. Ao realizarmos um projeto nesta área é nosso objetivo principal implementar a Terapia de Reminiscências, como modalidade de intervenção psicoterapêutica, direcionada para os doentes com patologia mental internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Metodologia: O trabalho de projeto, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto de trabalho, promove uma prática fundamentada e baseada na evidência contribuindo, neste caso particular, para o aumento da qualidade dos cuidados. Para a implementação desta terapia, reunimos os componentes mais importantes da Terapia de Reminiscências, propostos por vários autores, e projetámo-los num único modelo.

Ao longo do estudo procedemos à reflexão crítica sobre os estímulos, os modos, os contextos, os moderadores, as funções, os objetivos e os resultados desta psicoterapia. Listam-se aquelas que se consideram ser as principais limitações da Terapia de Reminiscências, nomeadamente a ausência de modelos estruturados de intervenção e delineamento experimental deficitário. Para preencher as lacunas referentes a estratégias intencionais de aplicação e avaliação da terapia, construímos um protocolo que orientará a sua aplicação no mencionado serviço hospitalar adotando o protocolo desenvolvido por Serrano (2005), adaptado por Gonçalves (2006), direcionado ao idoso com sintomatologia depressiva, através da estimulação da memória autobiográfica.

Iremos descrever a implementação do projeto no serviço, indagando, sobre as diferentes etapas: Diagnóstico de situação; Definição dos objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; Divulgação dos resultados.

Conclusões: A implementação deste projeto visa a satisfação das necessidades identificadas, resolvendo ou minimizando problemas de saúde, otimizando a eficácia dos serviços prestados, com consequentes ganhos em saúde, através de estratégias como: a promoção da adaptação a transições de vida, da autoestima e da auto-percepção de saúde, do bem-estar e da satisfação de vida, estimulação cognitiva de doentes com demência e diminuição da sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: terapia de reminiscências, memória autobiográfica, projeto de intervenção.

ABSTRACT

Introduction: The Reminiscences Therapy has shown remarkable results as therapeutic strategy in the treatment of psychiatric illnesses, including depression. In the absence of a protocol in the area of the sector reminiscences Female Department of Psychiatry and Mental Health Hospital Center Tondela-Viseu, EPE, we propose the realization of a project. When we conduct a project in this area is our main goal to implement the therapy Reminiscences, as a form of psychotherapeutic intervention, targeted to patients with mental illness admitted to the Department of Psychiatry and Mental Health.

Methodology: The project, through research, analysis and solving real problems in the workplace, promotes a practice based on evidence-based helping in this particular case, to increase the quality of care. To implement this therapy, we gathered the most important components of therapy Reminiscences, proposed by several authors, and we build them as single model.

Throughout the study proceeded to critical reflection about stimuli, methods, contexts, moderators, functions, objectives and results of psychotherapy. We list those that consider the main limitations of therapy Reminiscences, particularly the lack of structured models of intervention and experimental deficit. To fill the gaps regarding intentional strategy implementation and evaluation of therapy, we construct a protocol that will guide their application in the mentioned hospital service by adopting the protocol developed by Serrano (2005), adapted by Gonçalves (2006), directed to the elderly with depressive symptoms through stimulation of memory autobiographical.

We will describe the implementation of the project in service, inquiring about the various stages: Diagnosis of situation, Setting Objectives, Planning, Implementation and Evaluation Disclosure of results.

Conclusions: The implementation of this project aims to meet the identified needs, resolving or minimizing health problems, optimizing the efficiency of services, with consequent gains in health, through strategies such as: the promotion of adaptation to life transitions, self-esteem and self-perceived health, wellbeing and life satisfaction, cognitive stimulation for patients with dementia and decrease depressive symptoms.

Keywords: reminiscence therapy, autobiographical memory, intervention project.

ÍNDICE

	Página
1 – INTRODUÇÃO -----	21
1ª PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	
2 – REVISÃO CRÍTICA -----	27
3 – MODELO DOS COMPONENTES DA TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS ----	31
3.1. ESTÍMULOS-----	33
3.2 - MODOS-----	34
3.3. CONTEXTOS-----	35
3.4. MODERADORES-----	36
3.5 - FUNÇÕES-----	37
3.6. OBJETIVOS / RESULTADOS-----	40
4– MODALIDADES DE INTERVENÇÃO POR REMINISCÊNCIA -----	43
5 – PROTOCOLOS DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS -----	49
5.1. PROTOCOLO DE REVISÃO DE VIDA -----	50
2ª PARTE - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO	
6 - ETAPAS DO PROJETO -----	61
6.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO-----	61
6.2- DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS-----	62
6.3- PLANEAMENTO-----	62
6.3.1 - Cronograma de atividades -----	65
6.4- EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO-----	67
6.5- DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS-----	68
7 – CONCLUSÃO -----	69
REERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	71

APÊNDICE I - NORMA: Executar Terapia de Reminiscências	83
APÊNDICE II - Pedido de autorização para utilização das escalas	95
APÊNDICE III - Pedido de autorização para implementação do projecto	99
ANEXO I - Competências do enfermeiro que aplica a Terapia de Reminiscências	105
ANEXO II - Instrumento de colheita de dados	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1 – Modelo dos componentes da Terapia de Reminiscências-----31

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 - Visão Geral dos achados da pesquisa sobre as Reminiscências---	28
Quadro 2 - Reminiscência Simples-----	43
Quadro 3 - Revisão de Vida-----	44
Quadro 4 - Terapia de Revisão de Vida-----	45
Quadro 5 - Modelo para aplicação da terapia-----	49

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMT – AutobiographicalMemoryTest

CHTV – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

EPE – Entidade Pública Empresarial

GDS – Geriatric Depression Scale

LSI – Life Satisfaction Index

MA - Memória Autobiográfica

RFS -ReminiscenceFunctionScale

TR – Terapia de Reminiscências

1 – INTRODUÇÃO

Atualmente, em Portugal, registam-se algumas transformações nas práticas de intervenção clínica, que passam por abordagens mais dinâmicas e ajustadas às características específicas da população, aos avanços tecnológicos e científicos, e a todo o contexto social e económico. Este progresso vem engrandecer a intervenção dos profissionais de saúde no atendimento à pessoa com perturbação mental, com recurso à terapia de reminiscência, que numa lógica pluridisciplinar não pretende competir com outras intervenções, mas sim, complementar as já existentes, contribuindo para um cuidar mais completo, procurando responder às necessidades do utente de uma forma holística.

As terapias complementares, têm suscitado cada vez mais interesse e a Terapia de Reminiscência, não fugindo à regra, tem sido cada vez mais utilizada e desenvolvida no meio institucional, tornando-se cada vez mais necessário que este assunto seja aprofundado em termos científicos.

Quando nos propusemos realizar este estudo; iniciado durante o Ensino Clínico II – Internamento de doentes agudos, inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e implementar esta terapia na unidade, informalmente foram auscultados os colegas do serviço, sendo referido da parte de todos: (1) a necessidade de mais informação e formação nesta área de intervenção, e (2) a ausência de um modelo estrutural que permita adotar parâmetros similares de intervenção.

Posto isto, a inexistência de um protocolo na área das reminiscências no setor Feminino do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., motivou-nos à elaboração de um Projeto de Intervenção.

Um projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar.

A metodologia de Projeto baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência (FERRITO, *et al* 2010).

Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema, pelo que o trabalho de projeto aproxima-se

bastante da investigação-ação. Assim, estabelece-se uma dinâmica entre a teoria e a prática. Este método permite uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento (a realidade) para os intervenientes (LEITE, MALPIQUE; SANTOS, 2001).

Este Projeto tem como objetivo geral: implementar a Terapia de Reminiscências, como modalidade de intervenção psicoterapêutica, direcionada para os doentes com patologia mental internados no departamento de psiquiatria.

E como objetivos específicos:

- Identificar os aspetos críticos de um modelo relativamente abrangente de reminiscência e desenvolver um modelo heurístico para orientar futuras pesquisas e a aplicação da terapia no serviço mencionado;
- Elaborar a norma de serviço: “Executar Terapia de Reminiscências”
- Descrever a implementação de uma modalidade breve de intervenção psicoterapêutica, através da estimulação da memória autobiográfica, direcionada para a redução da sintomatologia depressiva no idoso;
- Desenvolver competências, nos enfermeiros do serviço, na área das reminiscências em geral e da terapia de revisão de vida em particular, para que estes apliquem a terapia no seu local de trabalho.

Estabelecemos como propósito transversal, a este projeto de investigação, contribuir para a triagem apropriada de técnicas de trabalho terapêutico junto dos doentes internados, quer com cariz preventivo quer em matrizes interventivas.

Espera-se que para além de poder colaborar para a posterior compreensão dos resultados da Terapia de Reminiscências (através de outras investigações sobre a terapia) possa também dar seguimento a aperfeiçoamentos na sua prática.

O presente documento encontra-se organizado em sete capítulos, estruturados de acordo com aspetos considerados fulcrais para a compreensão dos mesmos.

No segundo capítulo faremos uma análise circunscrita ainda que crítica da revisão da literatura, identificamos as questões prementes teóricas, metodológicas e de medição que investigadores anteriores identificaram como limitações sérias nesta área.

No entanto, foi-nos possível observar as recentes melhorias em diversas áreas de pesquisa. Com base nisto, no terceiro capítulo iremos concretizar alguns dos componentes mais importantes da terapia de reminiscências, que irá servir como base em torno do qual

desenvolvemos um quadro conceptual. Esses elementos específicos são elaborados e interligados num único modelo, refletindo sobre os estímulos, os modos, os contextos, os moderadores, as funções, os objetivos e os resultados desta psicoterapia.

No quarto capítulo distinguiremos três tipos básicos de intervenções por reminiscência: reminiscência simples ou não estruturada, reminiscência estruturada ou revisão da vida, e terapia de revisão de vida.

Os estudos realizados com o intuito de avaliar a eficácia da reminiscência enquanto estratégia de intervenção variam quanto ao tamanho e características da amostra, número e duração das sessões, temáticas analisadas nestas e modalidade de intervenção (Linét *al.*, 2003).

Parte significativa dos resultados incongruentes associados à utilização da terapia de reminiscência pode ser explicada pela ausência de um modelo estrutural, que permita adotar parâmetros similares de intervenção. Porém, conquanto não exista um modelo consensualmente aceite para aplicação da terapia de reminiscência, existem já várias propostas. No capítulo cinco, iremos desenvolver um protocolo de intervenção com base na terapia de revisão de vida proposta por Serrano e (2005), adaptado por Gonçalves (2006) para a população portuguesa. Este protocolo tenciona avaliar a eficácia de uma intervenção individual breve, ao longo de 4 sessões, junto de idosos com sintomatologia depressiva, baseado na promoção da Memória Autobiográfica através da Terapia de Reminiscências (revisão de vida).

Sendo que este não é o único modelo possível é, na opinião da autora, uma possibilidade bastante completa, pois a adopção de estratégias intencionais é imprescindível para garantir a eficácia possibilitada pela reminiscência.

No sexto capítulo iremos descrever a implementação do projeto no serviço, indagando, sobre as diferentes etapas do projeto: Diagnóstico de situação; Definição dos objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação e Divulgação dos resultados.

Finalizámos o presente documento com a conclusão, no capítulo sete.

1ª PARTE
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

2– REVISÃO CRÍTICA

Falar de reminiscência implica diferenciar dois processos distintos, apesar de aludidos como similares, por fazerem uso do mesmo conceito. Desta feita, é possível destringer reminiscência enquanto ato de pensar sobre si e o seu passado, sendo inerente e transversal ao ser humano. E a reminiscência enquanto estratégia estruturada e intencional de intervenção, podendo ser usada em contextos diferenciados, quer para otimização de competências específicas (e.g., integração numa instituição), quer para reabilitação de funcionamento deficitário (e.g., intervenção na depressão e/ou demência), (BOHLMUIJER, 2007).

A reminiscência, enquanto processo normativo inerente a todos os seres humanos, consiste na evocação das experiências significativas ocorridas no passado, habitualmente com conotação positiva ou negativa. Recordar situações que vivemos, de modo individual ou interacional, permite a análise do passado, a compreensão das mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da nossa autoimagem (GONÇALVES; MARTÍN, 2007).

A reminiscência pode manifestar-se de modo intrapessoal, através de cognições exploradas pelo sujeito, ou de modo interpessoal, partilhando tópicos do passado com outros, em conversações de díades ou grupos mais latos (GONÇALVES; MARTÍN, 2007).

Dochterman; Bulechek, (2008, p. 614), Classificação das Intervenções de Enfermagem, definem a terapia de Reminiscências como o “uso da lembrança de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais”.

A recuperação estruturada de factos de vida passados, enquanto estratégia terapêutica para atingir a integridade do ego, foi proposta inicialmente por Butler, em 1963, que a caracterizou como um processo mental, universal e natural, de recuperação de memórias de acontecimentos passados com diversas finalidades, com incidência particular na resolução de conflitos do passado (GONÇALVES, 2006).

Butler. (1963, *cit. in* MERRIAM, 1995) concebeu a revisão de vida como um processo espontâneo ou natural que é caracterizado pelo regresso progressivo à consciência de experiências passadas, e, particularmente, o ressurgimento de conflitos não resolvidos. Ele propôs que esta mudança seria causada pela realização de se aproximar a dissolução e a morte, e a incapacidade de manter o sentimento de invulnerabilidade pessoal.

A terapia de reminiscência baseia-se na recuperação das memórias que o sujeito possui sobre o seu passado – as suas memórias autobiográficas – consistindo num processo onde estas memórias são significativamente acedidas para serem então revistas, repetidas, interpretadas e muitas vezes partilhadas com outras pessoas, com o objetivo de promover a adaptação ao momento de vida atual. Sediada em fundamentos psicodinâmicos, as suas formulações iniciais apelavam para a resolução de conflitos no passado, com o intuito de diminuir eventual mal-estar no presente (BUTLER, 2002).

Butler foi o primeiro investigador a contrariar os efeitos nocivos atribuídos à reminiscência, encarada como sintoma ou até mesmo causa de deterioração mental e, como tal, sistematicamente desencorajada pelos cuidadores formais ou informais (Linét *al.*, 2003). Segundo Butler (2002), a reminiscência surgiria de modo progressivo consoante o sujeito envelhece, precipitada pela aproximação biológica e psicológica da morte.

Embora Butler reconheça que pessoas de todas as idades revêm o seu passado de vez em quando e que qualquer crise pode solicitar a revisão de vida, ele salientou que essa revisão de vida é mais intensa e regista-se mais frequentemente nas pessoas idosas pela proximidade da morte, pelo tempo que existe para autorreflexão e pelo abandono da carreira, habitualmente como mecanismo de defesa (MERRIAM, 1995).

Durante os últimos anos, após os achados de Butler, a pesquisa empírica oferece orientações mais promissoras para a intervenção por reminiscências. BOHLMEIJER(2007) fez um resumo desses achados:

Quadro 1.

Visão Geral dos achados da pesquisa sobre as Reminiscências

-
1. A revisão de vida/ Identidade (utilização de memórias pessoais na busca de coerência, valores e significados na vida e para consolidar o sentimento de identidade), é apenas um dos oito tipos de reminiscência.
 2. Os outros são: Resolução de Problemas, Ensinar / Informar, Conversação, Redução do Tédio, Revivência da Amargura, Preparação da Morte e Manutenção da Intimidade.
 3. A Revisão de vida não tem idade específica, é ao longo da vida.
 4. O conteúdo da reminiscência é influenciada pelas circunstâncias atuais.
 5. Eventos negativos exigem uma reminiscência mais elaborada do que eventos positivos.
-

-
6. Alguns tipos de reminiscência (Revivência da amargura e redução de tédio) estão correlacionados com sofrimento psíquico.
 7. A reminiscência pode promover um envelhecimento melhor sucedido, através do reforço da identidade, crescente significado e coerência da vida, preservando um senso de domínio e controle, e promovendo a reconciliação e aceitação.
 8. Reminiscência (enquanto utilização das memórias autobiográficas) pode ser vista como um processo reconstrutivo.
 9. É importante a distinção entre a automudança; a autoaceitação e auto continuidade enquanto objetivo da reminiscência.
 10. As meta-análises têm mostrado que a reminiscência é um método eficaz para melhorar o bem-estar psicológico e diminuição da sintomatologia depressiva, no entanto há uma grande inconsistência entre os estudos.
-

Fonte: BOHLMMEIJER, E. - **Reminiscence and depression in later life** (Dissertation). Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit. 2007

Os âmbitos de intervenção da terapia de reminiscência são variados. Grande parte dos trabalhos publicados neste domínio, focaliza-se na utilização em quadros de funcionamento deficitário, nomeadamente para intervenção na sintomatologia depressiva (e.g., Wang, 2004, 2005) ou demencial (e.g., Scott e Clare, 2003). Porém, a terapia de reminiscência pode também ser utilizada com finalidade preventiva, como por exemplo, para promover a interação em contextos institucionais (e.g., Hanaoka; Okamura, 2004) ou a adaptação a transições de vida consideradas significativas (Arkoff, Meredith,; Dubanoski, 2004) (*cit in* GONÇALVES, 2006).

Diversas revisões da literatura acerca das pesquisas e práticas da reminiscência (e.g., Bluck e Levine 1998; Bohlmeijer, Smit e Cuijpers 2003; Coleman 1986; Haber 2006; Haight 1991; Kovach 1990; Molinari e Reichlin 1985; Romaniuk e Romaniuk 1981; Thornton e Brotchie 1987; Webster 2001; Webster e Cappeliez 1993, *cit in* GONÇALVES, ALBUQUERQUE e MARTIN, 2008), foram levadas a cabo e geralmente são concordantes no que concerne às suas principais limitações. Estas incluem: (1) falta de clareza conceptual (e.g., reminiscência simples vs. reminiscência de avaliação, diferenciação da reminiscência e da revisão de vida), (2) falta de provas para alguns pressupostos básicos sobre a revisão de vida (e.g., que é universal, que é biologicamente desencadeada pela proximidade da morte, e que tem uma função principalmente intrapsíquica), (3) evidências ambíguas sobre os supostos efeitos terapêuticos da reminiscência e da revisão de vida, (4) uma relativa escassez de instrumentos psicométricos (5) delineamento experimental deficitário (e.g.,

ausência de grupo controlo adequado, inclusão de potenciais variáveis de confusão, características dos participantes homogéneas), e (6) conexões teóricas desarticuladas, ou fracas, que atenuam qualquer conclusão extraída das evidências empíricas (GONÇALVES, ALBUQUERQUE; MARTIN, 2008).

3– MODELO DOS COMPONENTES DA TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS

Pretendemos reunir os componentes mais importantes da Terapia de Reminiscências, propostos por vários autores, e projetá-los num único modelo, o qual deverá orientar a aplicação da terapia no mencionado serviço hospitalar.

A conceptualização limitada da reminiscência proposta por Butler (1963), de que a revisão de vida é essencialmente específica dos idosos e é desencadeada por pensamentos de mortalidade iminente deixou de ser aceitável. Caso contrário, não se colocariam questões acerca dos estímulos alternativos da reminiscência, bem como do efeito da reminiscência em estados precoces do desenvolvimento.

Do nosso ponto de vista, uma perspetiva de ciclo de vida (Baltes, 1987) oferece a orientação mais eficiente através da qual se pode observar o comportamento da reminiscência. Resumidamente, este conjunto de proposições afirma que o desenvolvimento:

- (1) é ao longo da vida (ocorredurante todo o ciclo de vida);
- (2) é multicausal (as condições biopsicossociais influenciam reciprocamente o desenvolvimento);
- (3) é multidirecional (os comportamentos podem mudar na sua direção, modo e frequência);
- (4) é melhor compreendido numa abordagem multidisciplinar;
- (5) envolve plasticidade (a noção de capacidade de reserva);
- (6) envolve tanto os ganhos como as perdas em diferentes proporções da idade adulta, e
- (7) é incorporado na hierarquia, contextos mutuamente interativos (individual, histórico, cultural).

Webster (1999, *cit in* WEBSTER *et. al*, 2010), argumentou que a reminiscência pode ocorrer em toda a extensão da vida e é multicausal (as motivações psicológicas intrínsecas interagem com estímulos sociais), o que está em consonância com as proposições 1 e 2. Os comportamentos da reminiscência, certamente que podem mudar de frequência e duração dependendo das situações, o que é consistente com a proposição 3. A proposição 4 é fortemente apoiada pelos recursos que diversas disciplinas investem em pesquisas sobre as reminiscências. Evidências clínicas acerca da demência mostram, de acordo com as

proposições 5 e 6, que mesmo durante as fases finais da doença, podem surgir, ainda que brevemente, episódios lúcidos de reminiscências significativas. Finalmente, os processos de reminiscência e os resultados podem parecer diferentes dependendo dos contextos culturais e históricos, de acordo com a proposição 7.

Com base no que foi dito, concretizamos alguns dos componentes mais importantes, figura 1, onde representamos os componentes que serão abordados ao longo deste capítulo, tendo as setas uma função meramente orientadora.

Figura 1 - Modelo dos componentes da Terapia de Reminiscências



Fonte: Webster, J. D., *et al* - The future of reminiscence: A conceptual guide to research and practice. Research on Aging, 32:4 (2010), p. 527-564

Os seres humanos têm uma capacidade, talvez até mesmo uma necessidade para recuperar, articular e disseminar auto narrativas (BLINDER 2007; BRUNER 2002; FREEMAN, 1993; KENYON *et al.* 2001, *cit in* WEBSTER *et. al*, 2010). As memórias podem ser vistas como os alicerces de construção dessas narrativas. Este processo é iniciado por um fator, ou componente a que chamamos de estímulo. Uma vez que as memórias são acedidas, podemos trabalhar com os doentes num nível privado ou público, uma distinção a que nos referimos como os *modos*. As memórias não ocorrem num vácuo social, estas estão situadas em diversos *contextos* sociais, a terceira categoria deste modelo. Estas memórias evocadas e localizadas são filtradas através de uma série de diferentes variáveis

individuais que têm o poder de *moderar* muitas das características importantes. Em seguida, as reminiscências servem a um propósito além da simples recordação, ou seja, elas operam para permitir que uma pessoa alcance algum objetivo psicossocial. Por outras palavras, as reminiscências servem para *funções* específicas.

Finalmente, recordar o passado, por uma razão específica (i.e., função), produz um *resultado*, tal como reforçar o sentimento de mestria ou a autoestima de uma pessoa. Esse resultado pode ser tanto positivo quanto negativo (WEBSTER *et. al*, 2010).

Optámos por discutir estes componentes pela ordem que os descrevemos para motivos didáticos e por questões de clareza, reconhecendo perfeitamente que esta ordenação sequencial não ocorre necessariamente na vida real. Na verdade, afirmamos que cada componente está dinamicamente relacionado com todos os outros de uma forma recíproca.

3.1. ESTÍMULOS

Uma das características da terapia de reminiscência é a utilização de temas diferenciados em cada sessão ou conjunto de sessões. Os tópicos são habitualmente selecionados pelo líder do grupo, tais como acontecimentos de vida ou objetos significativos (BURNSIDE, 1995, *cit. in* GONÇALVES, 2006).

A adição de estratégias para promoção da expressão criativa na terapia de reminiscência, como poemas ou desenhos, parece promover a sua eficácia. Ao combinar a reminiscência com a expressão através de metodologias plásticas, disponibiliza-se à pessoa um meio de autoexpressão alternativo, ao mesmo tempo que se assume o simbolismo que acompanha os acontecimentos de vida de cada um de nós (BOHLMMEIJER, *et al*, 2005).

A reminiscência é muito mais do que falar acerca de uma memória. Para pessoas com défices cognitivos e/ou dificuldades de comunicação verbal as oportunidades oferecidas por uma forma de comunicação diferente, não-verbal, podem ser de grande importância. Ao proporcionar a estimulação sensorial através do som, do movimento, da dança, do ritmo, do cheiro, da mudança de luz e de cor, das superfícies táteis, da comida pode-se despoletar fortes reminiscências. A capacidade das pessoas para obterem prazer através da utilização de alguns, ou de todos, os cinco sentidos têm uma força importante. Muitas das ações desenvolvidas, podem recorrer a algum tipo de estimulação sensorial ajudando no envolvimento da pessoa com demência e fazendo com que esta se sinta orientada, confiante e estimulada (THE BENEVOLENT SOCIETY, 2005).

Os estímulos podem ser subdivididos em duas categorias: os inconscientes ou espontâneos e os conscientes ou intencionais.

No que concerne aos estímulos inconscientes, considera-se que qualquer modalidade sensorial (o toque de uma mão, a visão de um veleiro, o som do apito de um comboio, o cheiro das pipocas) tem o potencial de fazer recordar o nosso passado. Esta classe de estímulos partilha certas características gerais. Podem, por exemplo, ser mais passivos, menos focalizados no objetivo, e requerer menos esforços. Dada a sua natureza espontânea e a falta de análise avaliativa, as reminiscências evocadas de forma não intencional podem diferir na intensidade emocional e valência relativamente às memórias acionadas para determinadas finalidades. Por exemplo, Schlagman; Kvavilashvili; Schulz (2007), descreveram, recentemente, que as memórias autobiográficas involuntárias (i.e. espontâneas) são mais específicas, menos delineadas, e muito mais positivas do que as memórias autobiográficas voluntárias (i.e., intencionais).

Por oposição, podemos ser diretamente solicitados a partilhar com os outros alguma aventura anterior, alguma história, ou anedota divertida, ou podemos-nos envolver intencionalmente na reflexão sobre as experiências passadas por uma determinada razão, tal como recordar um sucesso passado. Esta classe de estímulos parece incluir processos de busca mais ativos, esforçados, e deliberados. Recordar é um meio para um fim e não um fim em si (Conway e Pleydell-Pearce, 2000, *cit. in* MANDLER, 2005).

Em resumo, deve haver algum evocador de reminiscência, um estímulo inicial que despoleta o processo de recordação. Como praticamente qualquer solicitação externa ou interna pode desempenhar esta função, entende-se que os estímulos da reminiscência são múltiplos. Podemos começar a analisar as possibilidades nomeando e investigando as dimensões relevantes. As conjeturas teóricas, assim como, as limitadas evidências empíricas sugerem que uma dimensão ampla é aquela que se situa entre o consciente ou intencional e o inconsciente ou espontâneo. Dentro de cada categoria, aspetos como a especificidade da memória, a valência emocional, a frequência das recordações, a distribuição temporal, e a proeminência pessoal poderiam fornecer perceções importantes sobre o conteúdo e o processo de reminiscência (WEBSTER et. al, 2010).

Uma vez acionadas as memórias, como é que lidamos com tais informações ressurgidas? Esta questão é abordada mais adiante.

3.2 - MODOS

O que acontece com as memórias depois de estas serem estimuladas? Em termos de modos, existem apenas duas possibilidades ou em grupo, contando histórias, de uma

forma interpessoal, ou então individualmente, refletindo privadamente em episódios recuperados de forma intrapessoal. Esta divisão suscita imediatamente questões sobre as possíveis diferenças nas dimensões das reminiscências que são reveladas contra as que não são. Para exemplo, a frequência da recordação, a elaboração, a proeminência pessoal, os estímulos e a valência emocional são apenas algumas das diferenças potencialmente importantes. É, portanto, possível que as reminiscências intrapessoais, realmente privadas, sejam diferentes das memórias transmitidas socialmente em aspetos fundamentais (WEBSTER *et. al*, 2010).

3.3. CONTEXTOS

As características subjacentes a este processo de pensar sobre o nosso passado são moldadas por fatores sociais, familiares, culturais e até mesmo históricos, através da interação continuada do sujeito com o seu mundo, num processo que evolui e se altera consoante ocorre a maturação (WEBSTER *et. al*, 2010).

Influências socioculturais

A partilha de histórias pessoais de vida não surge de repente, num vácuo social e pessoal; pelo contrário, as nossas memórias são acionadas, negociadas, e situadas dentro de determinados parâmetros contextuais ao longo do ciclo de vida. Desde a criação de mitos, lendas e contos populares até às autobiografias e reminiscências, a cultura fornece os parâmetros dentro dos quais as narrativas são geradas, desenvolvidas e socialmente aprovadas. As normas e valores socioculturais fornecem as linhas primordiais que servem como modelos para as histórias de vida individuais (BOHLMMEIJER, 2007).

Influências institucionais

Além das possíveis diferenças étnicas, os aspetos institucionais da cultura, tais como os contextos religiosos e geopolíticos podem influenciar fortemente os processos de reminiscência e respetivos resultados através das suas funções de sanção. As histórias de vida individuais e os blocos de construção das reminiscências são, moldados por muitos níveis de influência interativos, sendo a cultura o mais expansivo (WEBSTER *et. al*, 2010).

Influências familiares

Mesmo dentro da mais íntima "instituição", família, certas dinâmicas funcionam privilegiando algumas memórias, em detrimento de outras. A cumplicidade da família, os jogos de poder e as regras implícitas determinam qual é a versão de uma memória que pode ser descrita. Como Thorne; Nam (2007, *cit. in* FRENCH, 2010, p122) afirmaram, "a importância dos outros desafiam o significado e, talvez, a veracidade das nossas histórias; eles culpam-nos e silenciam-nos".

Webster (2002), desenvolveu o *Family Memories Index* para avaliar a variação entre as famílias e o valor que estas atribuem às reminiscências compartilhadas. Os resultados confirmaram que existe uma ampla liberdade nesta importante prática familiar e que este processo de grupo está relacionado com o uso individual das reminiscências. Como um exemplo, ele descreveu uma correlação positiva entre o Índice de Memórias da Família e os fatores de Conversação, Identidade, Manutenção da Intimidade, e Ensinar/Informar da Escala de Funções da Reminiscência (RFS).

A influência de um único indivíduo é suficientemente poderosa para modificar as memórias pessoais compartilhadas. Isto é claramente ilustrado nas pesquisas sobre as reminiscências pais-filhos (e.g., FIVUSH, HADEN; REESE 2006; REESE; NEWCOMBE 2007), em que os pais agem como "andaimes" para as capacidades emergentes de revelar memórias autobiográficas dos seus filhos. Outros fatores, tais como as características do ouvinte, bem como os objetivos e habilidades do orador, interagem reciprocamente para moldar os resultados da reminiscência (MARSH; TVERSKY, 2004).

3.4. MODERADORES

Existe um vasto conjunto de variáveis que podem potencialmente influenciar a ocorrência, o processo e os resultados da reminiscência. Estas variáveis individuais de diferença incluem quer as que mudam de forma lenta e previsível (e.g., idade), como as que são estáveis (e.g., personalidade), ou as que são fixas (e.g., gênero e etnia). Nas anteriores pesquisas sobre as reminiscências, normalmente, estes fatores eram negligenciados. No entanto, nos estudos contemporâneos verifica-se uma tendência para incluir um ou mais destes importantes fatores.

Idade

Está bem estabelecido que a reminiscência é um processo de revisão de vida que não se restringe aos idosos. Desacoplar a reminiscência da perspectiva ericsoniana precoce

e da contenção de Butler (1963) de que a reminiscência e a revisão de vida eram solicitadas por preocupações com a morte no final da vida permitiu que se investigasse a reminiscência durante todo o ciclo de vida.

Os estudos que se dedicaram às reminiscências na infância (e.g., FIVUSH *et al* 2006; NELSON e FIVUSH, 2004; REESE e NEWCOMBE 2007; WANG 2007), demonstraram como a reminiscência de crianças pequenas (normalmente de três anos de idade, no início dos estudos) está relacionada com uma série de importantes marcos do desenvolvimento nomeadamente as competências metacognitivas, o sentimento de identidade, as capacidades narrativas, a destreza da memória autobiográfica, e o desenvolvimento sócio emocional. Normalmente este corpo de pesquisa é tanto conceitualmente como metodologicamente sofisticado e pode portanto, servir de modelo para futuras pesquisas mas, estes tópicos raramente, ou nunca, são referidos na literatura sobre os estudos da reminiscência em adultos. Este facto limita a generalização dos resultados e perde a oportunidade de vincular essa literatura com os trabalhos publicados anteriormente sobre as reminiscências na idade adulta. Estes arquipélagos isolados de dados empíricos precisam ser unidos; a reminiscência, claramente, não emerge na totalidade na idade adulta, e também não é iniciada no segundo e terceiro anos de vida a definir do nada depois da infância. Se quisermos desenvolver uma compreensão completa sobre a reminiscência, é imperativo que se integre num modelo que abranja tanto os antecedentes da infância como as sequelas do adulto.

Do outro lado do espectro cronológico, os investigadores têm que estar cientes que os padrões de reminiscência, a frequência e a capacidade de adaptação observados nos idosos surgiram ao longo do tempo, e foram refinados, reforçados e moldados ao longo de um ciclo de vida inteiro. Talvez os idosos que recordam com mais frequência, tiveram infâncias em que a reminiscência foi modelada, recompensada, e fortalecida pelos tipos de padrões de interação complexos e pelas práticas didáticas ilustradas nos estudos das reminiscências da infância anteriormente descritos (WEBSTER *et al*, 2010).

Sabemos a partir dos resultados, limitados mas consistentes, dos estudos acerca do ciclo de vida dos adultos, que os jovens, os adultos de meia-idade e os idosos, diferem na frequência com que remanescem dependendo do fim a que estas se destinam; os idosos, por exemplo, relembram-se mais com propósitos de Ensinar/Informar, de Manutenção da Intimidade, e Preparação da Morte do que os adultos mais jovens. Em contraste, os adultos tendem a recordar mais, para Revivência da Amargura, Resolução de Problemas, e Identidade, em relação aos idosos (CAPPELIEZ, LAVALLEE; O'ROURKE 2001).

Parece que, tendo em conta as limitações da natureza transversal destas descobertas, as funções intrapessoais (privadas) dominam na idade adulta, enquanto as funções interpessoais (públicas) assumem-se progressivamente mais tarde na vida. Uma das possibilidades, que pode justificar tal acontecimento é que, as reminiscências sociais podem representar uma poderosa estratégia de regulação emocional para a reunião dos objetivos emocionais do futuro (Pasupathi; Carstensen 2003, *cit. in WEBSTER et. al, 2010*).

Género

A relação entre o género e o comportamento da reminiscência é complexa, sendo que alguns estudos demonstram diferenças entre homens e mulheres, enquanto outros não. No entanto, sempre que surgem as diferenças de género, por norma são resultado da pontuação mais alta das mulheres sobre as variáveis medidas. Os efeitos do género podem ser atenuados ou disfarçados por influência de outras variáveis mais poderosas incluídas nos estudos (e.g., idade, personalidade) (BOHLMIJER, 2005;WEBSTER *et. al, 2010*).

Etnia

Tem sido dada muito pouca atenção aos potenciais efeitos da raça na literatura da reminiscência em adultos. Isto é lamentável, porque a partilha de memórias pode ser dramaticamente diferente em culturas que enfatizam a individualidade e singularidade humana, em vez da coletividade e enredamento interpessoal (PILLEMER, 1998).

Existe uma grande parte inexplorada e potencialmente informativa, de áreas de pesquisa sobre as diferenças e semelhanças étnicas no comportamento das reminiscências. As evidências muito limitadas sugerem uma diferença intrigante, entre os indivíduos maioritariamente caucasianos e os indivíduos pertencentes a minorias étnicas, na recuperação propositada dos diversos tipos específicos de memórias (i.e., para ensinar lições de vida) e possivelmente, até mesmo em dimensões cognitivas, tais como a capacidade de recuperação de memórias mais antigas (pelo menos na medida em que a literatura infantil sugere) (WEBSTER *et al, 2010*).

Personalidade

A personalidade é uma variável individual de diferença poderosa e penetrante que influencia muitos dos importantes componentes da motivação, da saúde, dos

relacionamentos, da escolha profissional, e uma série de outros fatores relacionados com o funcionamento bem-sucedido.

Fry (1995, *cit. in WEBSTER et. al,2010*),desenvolveu um modelo sofisticado de reminiscência enfatizando uma perspectivainteracional, em que múltiplas variáveis se influenciam reciprocamente umas às outras. A autora (1995) descobriu, por exemplo, que características como a empatia, o otimismo, o humor, e a abertura prevêem formas positivas de reminiscência (e.g., integrativa e instrumental), enquanto traços como fonte de controle externo, perfeccionismo, e auto depreciação prevêem formas negativas de reminiscência (e.g., obsessiva e escapista).

Verificamos assim que a reminiscência surge como um conceito lato e abrangente, de recuperação e partilha de histórias pessoais, que não está apenas confinado a um contexto patológico ou terapêutico. Na verdade, faz parte do próprio percurso desenvolvimental do ser humano, sendo então um produto combinado do sujeito e do seu meio.

Pode-se então elaborar uma hierarquia de influências para o comportamento de reminiscência, desde o nível macro (e.g., contexto histórico) até ao nível micro (e.g., diferenças de género), que condicionam quer a estrutura quer a funcionalidade das histórias recuperadas.

3.5 - FUNÇÕES

A partir da discussão anterior é evidente que a reminiscência não é um fim em si. Além disso, como Cohen e Taylor (1998) afirmaram, revelou-se inútil considerar a frequência da reminiscência sem dividi-la em diferentes tipos, com diferentes funções. Como uma forma de memória episódica, a recuperação de elementos autobiográficos específicos permite-nos alcançar alguns objetivos específicos além do simples recordar. Portanto, o próximo passo é explorar o potencial para as diferentes funções servidas pela reminiscência. Ao recordarmos informações importantes, conectamo-nos com os outros, sentimo-nos bem com nós mesmos, superamos as emoções negativas, tornamos os problemas atuais gerenciáveis, e consolidamos uma narrativa autobiográfica em desenvolvimento e um sentimento de identidade, entre inúmeras outras finalidades.

Bluck;Alea (2002),afirmaram queos investigadores e os profissionais que desenvolvem, usam e avaliam as técnicas de reminiscência precisam de entender as funções, de modo a serem capazes de compreender e prever os tipos de resultados que os pensamentos acerca do passado podem ter para os participantes.

Várias tentativas de classificação foram feitas no sentido de capturar as utilizações relativamente distintas da reminiscência, envolvendo tanto a codificação qualitativa das transcrições narrativas como a análise quantitativa dos dados dos questionários. Como exemplo da primeira, Wong e Watt (1991, *cit. in* TELES, 2008), identificaram seis tipos de reminiscência - integrativa, instrumental, transmissiva, narrativa, escapista, e obsessiva - e descreveram que apenas os dois primeiros tipos foram associados com as medidas de envelhecimento bem-sucedido.

Em termos de abordagens quantitativas, a medida mais usada de forma consistente até agora é a RFS (*ReminiscenceFunctionScale*) (Webster 1993, 1997, 2003; Webster e Gould 2007, *cit. in* WEBSTER *et. al*, 2010). Esta tem a vantagem de ser fácil de usar em estudos de pesquisa e desenvolveu um registo de consistência psicométrica em termos de várias formas de fiabilidade, validade e estrutura fatorial. A RFS identifica oito tipos de usos da reminiscência: Revivência da Amargura (reiteração e reflexão sobre memórias de circunstâncias difíceis da vida, perdas de oportunidades, e infortúnios), Redução do Tédio (utilização das memórias para preencher o vazio de estimulação ou interesse), Conversação (comunicação de memórias pessoais como forma de comprometimento social), Preparação da Morte (utilização das memórias para lidar com os pensamentos da vida de alguém que está a chegar ao fim), Identidade (utilização de memórias pessoais na busca de coerência, valores e significados na vida e para consolidar o sentimento de identidade), Manutenção da Intimidade (vinculação a memórias de relações sociais íntimas que já não fazem parte das suas vidas), Resolução de Problemas (utilização do passado para identificar pontos fortes e técnicas de coping para aplicar aos desafios atuais), e Ensinar/Informar (partilha de memórias para transmitir uma lição de vida e compartilhar ideologias pessoais em termos de valores, moral e história).

Como tal, a RFS é uma medida relativamente abrangente das múltiplas utilizações da reminiscência. Além disso, a RFS recupera as utilizações identificadas em taxonomias anteriores, incluindo as categorias qualitativas de Wong; Watt (1991).

Vários estudos anteriormente revistos mostraram que diferentes funções da RFS são previsivelmente associadas com variáveis específicas, tais como a idade, a personalidade, a qualidade de vida, a distribuição temporal das memórias, a valência emocional das memórias recordadas, e vários desfechos de saúde.

3.6. OBJETIVOS / RESULTADOS

Para Butler (2002), pioneiro da utilização das memórias do passado como meio de otimizar a adaptação a etapas finais da vida, a avaliação retrospectiva dos acontecimentos de

vida permitia realizar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos. Porém, Butler não fazia a apologia a crítica da sua estratégia, considerando que esta podia ter resultados positivos, como alcançar serenidade e sabedoria, expiar culpas e resolver problemas, mas também negativos, como depressão, ansiedade, ruminação, rigidez e em último caso suicídio, caso não fosse bem integrada ou apoiada por um técnico (MERRIAM, 1995).

A reminiscência, utilizada como técnica de evocação guiada, pode perseguir diferentes propósitos, consoante as características da população a que se destina. Assim, por exemplo, na intervenção com idosos, a reminiscência pode ser utilizada com moldes preventivos, antecipando resultados negativos ou em formato remediativo, após instalação do problema (GONÇALVES; ALBUQUERQUE; MARTÍN, 2008)

Do ponto de vista preventivo, a terapia da reminiscência pode ser utilizada para fomentar a adaptação a transições de vida, promover a autoestima e a auto-percepção de saúde, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, fomentar os sentimentos de mestria, amplificar a flexibilidade no funcionamento quotidiano e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva. Numa perspetiva interventiva, após a deteção de padrões patológicos de funcionamento, a terapia da reminiscência pode ser utilizada para estimular o funcionamento cognitivo de doentes com demência, diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática, atenuar o isolamento social, auxiliar o processo de luto e diminuir a sintomatologia depressiva (GONÇALVES, ALBUQUERQUE e MARTÍN, 2008).

Os resultados da terapia da reminiscência, ainda de acordo com os autores (2008), parecem beneficiar os doentes de modo direto e indireto, pois permitem trabalhar os níveis de autoestima e depressão das pessoas, ao mesmo tempo que possibilitam o estabelecimento de novos padrões de relacionamento com os seus prestadores de cuidados, formais ou informais

Como observado anteriormente, a prática de reflexão autobiográfica produz resultados que vão para além da mera recuperação de informação. Ao identificar as consequências dos processos de reminiscência podem ser determinadas percepções importantes tanto para os doentes, como para os praticantes empíricos como para os respetivos clínicos.

Em termos de abordagens clínicas, a eficácia das intervenções por reminiscência tem sido muito debatida. Apesar de as primeiras revisões da literatura nesta área chegarem à conclusão de que a base científica das intervenções em reminiscência ainda era escassa a situação melhorou nos últimos anos. Revisões da literatura (LINet a/2003) e meta-análises

têm demonstrado(BOHLMUIJER *et al.* 2003,2007; WOODS *et al.* 2005) que as intervenções por reminiscência podem ser eficazes na melhoria do bem-estar e alívio da depressão.

Os estudos meta-analíticos geralmente concluem que os efeitos são heterogêneos. As pessoas com níveis iniciais mais elevados de depressão lucram mais do que as pessoas com níveis baixos ou moderados de depressão. Além disso, os efeitos de uma intervenção por reminiscência avaliativa e estruturada (revisão da vida) são mais fortes do que os dos efeitos das intervenções por reminiscência simples e não-estruturada. Por isso, estes estudos de efeitos ilustram a importância da distinção entre intervenções por reminiscência simples para as pessoas menos depressivas e a revisão da vida estruturada para as pessoas com níveis mais elevados de depressão (WEBSTER *et. al*, 2010).

4–MODALIDADES DE INTERVENÇÃO POR REMINISCÊNCIA

As intervenções por reminiscência têm que ter em consideração fatores como os contextos, os objetivos da intervenção, a teoria psicológica e de desenvolvimento, as características do grupo-alvo (e.g., nível de perturbação psicológica), e as capacidades dos profissionais (LIN *et al.*, 2003).

É importante distinguir três tipos básicos de intervenções por reminiscência: reminiscência simples ou não estruturada, reminiscência estruturada ou revisão da vida, e terapia de revisão da vida, que apresentamos a seguir (WESTERHOF *et al.*, 2010):

Quadro 2

Reminiscência Simples

Definição	Narrativa autobiográfica não estruturada; Reminiscência espontânea
Modos	Grupo (são dados estímulos para memórias positivas)
Contextos	Contexto relacional, por exemplo, integração ao serviço, atividade lúdica
Funções	Funções interpessoais da reminiscência, como a Conversação e Ensinar/Informar
Objetivos	Aumentar os contactos sociais e o bem-estar a curto prazo
Competências do moderador	Capacidades básicas para facilitar o processo de reminiscência espontânea e para promover a interação social

Fonte: WESTERHOF, G., [et al] - Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing & Society*, 30 (2010)

Quadro 3
Revisão de Vida

Definição	Muito mais estruturada que a reminiscência simples, centra-se na integração dos eventos de vida positivos e negativos; É avaliativa.
Critérios de ativação	Pessoas com perturbações psíquicas levesque precisam de apoio para lidar com transições ou adversidades de vida
Funções	Funções reminiscência de Resolução de Problemas e formação da Identidade
Objetivos	Restaurar um sentimento de identidade positivo; Ajudar as pessoas a obter a introspeção de como elas evoluíram ao longo das suas vidas e de como se tornaram nas pessoas que agora são; Ajudar a concentrarem-se nos repertórios de <i>coping</i> bem-sucedidos no passado e nos valores que as guiaram ao longo da vida permitido a adaptação com sucesso às mudanças e aos eventos da vida no presente
Competências do moderador	Competências mais avançadas (e.g., estruturação de intervenções e perguntas que promovam a resolução de problemas para ajudar os participantes a reformular o significado de eventos passados)
Exemplos	Entrevistas individuais da revisão de vida (Haight, 1988) Autobiografia guiada (Birren, 1987) Revisão de vida preventiva (Bohlmeijeret al., 2005; Westerhof, Bohlmeijer, e Valenkamp, 2005)

Fonte: WESTERHOF, G., [et al] - Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing & Society*, 30 (2010)

Quadro 4
Terapia de Revisão de Vida

Definição	Aplicado num ambiente psicoterapêutico; Altamente estruturado.
Critérios de ativação	Pessoas com níveis graves de depressão ou ansiedade; Reminiscer com pessoas que têm distúrbios psicológicos graves muito provavelmente irá provocar histórias saturadas de problemas e um viés para memórias negativas e interpretações negativas dos eventos de vida. Para diminuir os usos negativos das reminiscências pode ser necessário aplicar psicoterapias mais dinâmicas, focando-se em esquemas cognitivos subjacentes relacionados com “o eu” e o “mundo” ou a desconstrução das histórias saturadas de problemas
Funções	Funções de reminiscência de Revivência da Amargura e Redução do Tédio
Objetivos	Promoção da coerência e continuidade; Redução da depressão e ansiedade; Ao contrário da revisão de vida, em que a identidade global permanece intacta, a terapia da revisão de vida pode envolver a criação de uma nova história de vida e mudanças na autoidentidade.
Competências do moderador	Competências específicas para aplicar intervenções desenvolvidas dentro destas estruturas
Exemplos	Protocolos da reminiscência integrativa e instrumental, em que a reminiscência é combinada com terapia cognitiva e a terapia de resolução de problemas (Watt;Cappeliez 2000), A terapia narrativa(Bohlmeijer et al. 2008, 2009), e O protocolo de revisão de vida (Serrano et al., 2005)

Fonte: WESTERHOF, G., [et al] - Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. *Ageing&Society*, 30 (2010)

A distinção entre a reminiscência estruturada e não estruturada tem sido feita muitas vezes. Até agora têm sido poucos os investigadores a propor a necessidade de distinguir entre a revisão de vida e a terapia de revisão de vida. Esta associa-se com a necessidade de distinção entre a automudança e a autoaceitação como o resultado desejado da revisão de vida. Na revisão de vida, a autoaceitação é o principal objetivo. A estrutura básica das memórias permanece intacta, mas as pessoas são encorajadas a interpretar (conceber) as experiências de vida de uma forma mais engenhosa e a integrar tanto as experiências positivas como as negativas. Se o objetivo da terapia de revisão de vida é a auto mudança, então é necessária uma abordagem mais dinâmica, em que o moderador deve proporcionar condições em que o indivíduo é capaz de aceder ou reconstruir memórias que não são centrais para o atual auto esquema. Este tipo de terapia de revisão da vida pode ser mais ameaçador e gerador de ansiedade e exige mais resistência e força do ego por parte dos participantes (WEBSTER et. al, 2010).

Os três tipos de intervenções por reminiscência podem também ser vistos como três níveis de intensidade da reminiscência. Em todos os três níveis, podem ser desenvolvidos diferentes protocolos de reminiscência específica. No entanto, a distinção entre os três tipos de intervenções por reminiscência conduz os profissionais a um nível global com o desenvolvimento de uma determinada intervenção. Por exemplo, a terapia da revisão de vida enquanto forma de tratamento da depressão pode exigir um protocolo bastante diferente do que é aplicado na revisão de vida enquanto forma de prevenção que ajuda as pessoas a lidar com as transições nas suas vidas. Recentemente, vários estudos examinaram as questões acima e providenciaram planos detalhados para a realização de diferentes tipos de intervenções terapêuticas, incluindo a preparação, execução e avaliação dos programas implementados.

Finalmente, observamos o potencial que as reminiscências nas suas diversas formas podem ter para populações especiais, particularmente nas pessoas que padecem de doenças demenciais tais como a doença de Alzheimer. A troca de memórias autobiográficas através da reminiscência, mesmo durante as fases finais da demência, pode pagar dividendos importantes e mensuráveis tanto para os doentes como para os cuidadores. Os exemplos incluem diminuição da desorientação, aumento dos níveis de bem-estar em relação a um grupo ativo, diminuição da depressão e aumento da função cognitiva, e aumento da fluência verbal em comparação com um grupo de conversação quotidiana (WEBSTER et. al, 2010).

Existem características transversais às diferentes modalidades e que devemos respeitar:

Numa sessão de reminiscência deve utilizar-se uma abordagem centrada na pessoa (WAREING, 2000).

Dando ênfase às interações breves e de qualidade, valorizando as capacidades de reminiscência do doente tendo em conta os pontos fortes de cada indivíduo, os seus interesses e dificuldades do passado e do presente (SPENDER; JOYCE, 2000).

Deve-se estar atento às tentativas de comunicação, porque o que se vê como um comportamento “difícil” pode simplesmente ser uma tentativa de comunicar. Deve-se deixar a pessoa falar sobre o que é importante para ela; passar algum tempo a ouvir uma pessoa é dizer-lhe que ela é importante e o que ela está a contar é valioso (SURR, 2002).

É importante estabelecer uma relação com o doente, seja ela visual ou através do toque. O local escolhido deve ser confortável e deve ter o mínimo de distrações e interrupções possíveis. A sessão deve iniciar-se com uma apresentação e, se possível, com a evocação de algo que o doente mencionou numa reminiscência anterior ou utilizando um objeto ao qual o doente reagiu de forma positiva anteriormente. No caso de serem utilizados vários objetos estes devem ser dados um a um, respeitando o tempo que o doente dedica a cada um deles. Quando a sessão termina deve-se assegurar que a atividade teve um fim formal e que o doente reconhece esse instante, tendo sempre o cuidado de verificar que o doente não fica a pensar numa memória triste ou angustiante (ARMSTRONG; WRIGHT, 2002).

Quando se optar pela reminiscência em grupo deve-se ter o cuidado de trabalhar com um número reduzido de doentes, de modo a que os objetos, eventualmente, utilizados circulem rapidamente estimulando a discussão. Um grupo com o número certo de pacientes proporciona uma experiência positiva e assegura que todos têm a possibilidade de participar (THE BENEVOLENT SOCIETY, 2005)

O enfermeiro que aplica esta modalidade terapêutica deve estar dotado de uma série de competências e qualidades essenciais que usa propositadamente e de uma forma planeada (Anexo I).

Através das sessões, o terapeuta pode aprender mais sobre as origens, gostos e desgostos, realizações, habilidades, alegrias e tristezas das pessoas. Este conhecimento pode fazer uma diferença significativa para a sua satisfação no trabalho, aumentando a sua compreensão, proporcionando temas para conversas futuras e ajudando-o a cuidar dos doentes de uma forma mais pessoal.

5-PROTOSCOLOS DE TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS

Os estudos realizados com o intuito de avaliar a eficácia da reminiscência enquanto estratégia de intervenção, como referido anteriormente, variam quanto ao tamanho e características da amostra (doentes institucionalizados ou inseridos na comunidade), número e duração das sessões, temáticas analisadas nestas (desde momentos específicos até todo o ciclo de vida) e modalidade de intervenção (individual ou em grupo).

Perante a diversidade de variáveis, o processo de compreensão de eficácia da intervenção torna-se muito complexo e enviesado. Parte significativa dos resultados incongruentes associados à utilização da terapia de reminiscência pode ser explicada pela ausência de um modelo estrutural, que permita adotar parâmetros similares de intervenção. Porém, conquanto não exista um modelo consensualmente aceite para aplicação da terapia de reminiscência, existem já várias propostas

Linnet *al.* (2003), propuseram um modelo completo e eficaz, pois ao dar sentido e estrutura ao trabalho dos técnicos junto dos doentes, permite não só maximizar a eficácia permitida pela reminiscência junto das problemáticas a que se dirigem, garantindo a persecução dos objetivos, como também obter dados mais fiáveis sobre a reminiscência enquanto metodologia experimental.

Seguidamente propomos o modelo a seguir para aplicar nas diversas intervenções por reminiscência (adaptado de LIN *et al.*, 2003).

Quadro 5

Modelo para aplicação da terapia

1ª Fase	<u>Listagem dos antecedentes do doente</u> , considerando dados como as características do seu percurso pessoal, as deslocações a que foi submetido ao longo da sua vida, as principais transições ocorridas
2ª Fase	<u>Avaliação</u> recorrendo a instrumentos psicométricos standardizados, bem como a entrevistas e observação, para obtenção de dados quantitativos e qualitativos que permitam adaptar a intervenção às características do participante
3ª Fase	Utilização dos dados obtidos para listar os <u>objetivos terapêuticos</u> ,

	definindo as principais necessidades e os resultados esperados
4ª Fase	Definição da <u>modalidade</u> de reminiscência
5ª Fase	<u>Avaliação de resultados</u> , não só a curto prazo (e.g., diminuição da depressão), como também a longo prazo (e.g., aumento da satisfação e qualidade de vida), considerando quais os elementos da intervenção menos eficazes e o modo como a participação do doente poderia ter sido mais válida

Fonte: LIN, Yen-Chun, [et al] - The effect of reminiscence on the elderly population: a sistematic review. PublicHealthNursing, 20:4 (2003)

Posteriormente, Serrano e colaboradores (2005), desenvolveram um protocolo de intervenção com base em trabalhos anteriores, sendo que este se caracteriza pela diminuição do número de questões abordadas em cada sessão, o que para os autores é uma vantagem uma vez que permite prevenir o cansaço.

Sendo que estes não são os únicos modelos possíveis são, na opinião da autora, uma possibilidade bastante completa, pois a adopção de estratégias intencionais é imprescindível para garantir a eficácia possibilitada pela reminiscência.

5.1. PROTOCOLO DE REVISÃO DE VIDA

Não sendo uma estratégia exclusiva da intervenção com pessoas idosas a terapia da reminiscência é utilizada de modo preponderante junto desta população(SERRANO *et al.*, 2004, 2005).

A perturbação depressiva é o diagnóstico de doença mental mais frequente em pessoas idosas, aumentando a sua frequência quando nos reportamos apenas a sintomas e não exclusivamente ao diagnóstico (GONÇALVES, 2006).

A maior prevalência de depressão para pessoas idosas também se verifica em Portugal, onde cerca de metade dos idosos institucionalizados apresentam sintomas passíveis de classificação de depressão geriátrica, *major* ou *minor*(COSTA, 2005).

Estudos recentes indicam ser possível a utilização da TR junto de idosos com sintomatologia depressiva, trabalhando especificamente as estruturas da memória autobiográfica (MA), a nível da sua especificidade (SERRANO *et al.*, 2004; 2005).

A relação entre a especificidade da MA, a iniciação e a manutenção de sintomatologia depressiva é um fenómeno bem documentado na literatura (GONÇALVES, 2006).

A estimulação de memórias autobiográficas específicas e positivas, através de perguntas direccionadas para todo o ciclo de vida, utilizando assim estratégias características da TR, permitirá diminuir a sintomatologia depressiva.

Os motivos evocados justificam a adoção desta terapia no nosso serviço, obedecendo a sua aplicação, a um protocolo desenvolvido por Gonçalves (2006), que irá permitir avaliar a eficácia de uma intervenção individual breve, ao longo de 4 sessões, junto de idosos com sintomatologia depressiva, baseado na promoção da MA através da TR.

A – Instrumentos de Avaliação (Anexo II)

Selecionamos como instrumentos de recolha de dados: (i) *Mini-MentalStateExamination* para estabelecimento do funcionamento cognitivo; (ii) *GeriatricDepressionScale* para definição da sintomatologia depressiva; (si) *LifeSatisfactionIndex* para obtenção dos níveis de satisfação de vida; e (iv) *AutobiographicalMemoryTest* para registo das memórias autobiográficas. Descrevemos em seguida os instrumentos utilizados, bem como o protocolo de intervenção.

1 - Deterioração cognitiva

O *Mini-MentalStateExamination*(MMSE) foi desenvolvido por Folstein (1975) e consiste num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e de escrita (MCDOWELL; NEWELL, 1996). Tal como nos indicam os autores supracitados, a principal vantagem deste questionário é a sua administração ser breve e simplificada.

Apesar de ser bastante eficaz na deteção de declínio cognitivo, o MMSE não deve ser utilizado como um instrumento de diagnóstico de quadros patológicos, como a demência, uma vez que os resultados podem ser influenciados por outros fatores, como por exemplo níveis reduzidos de instrução (Tombaugh *et al.*, 1992, *cit. in* MCDOWELL; NEWELL, 1996).

O instrumento é composto por 30 questões, às quais é atribuído um ponto por cada resposta certa, num total máximo de 30 pontos. O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, *et al*(1993), sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o grau de escolarização dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade.

2 - Sintomatologia depressiva

A *Geriatric Depression Scale* (GDS) é uma escala de avaliação da depressão geriátrica. Brink e Yesavage (1982) desenvolveram a GDS para ultrapassar as limitações normalmente associadas com os questionários destinados a jovens ou adultos.

A escala pode ser auto-administrada ou aplicada por um técnico, em função das características do idoso e do contexto de interação. As instruções indicam ao idoso que deve pensar na última semana para responder às questões colocadas, que abordam temas como a satisfação, motivação e memória.

Em Portugal a GDS foi traduzida pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (BARRETO *et al*, 2003)., cotando-se os resultados como normal (0 a 10 pontos), depressão ligeira (11 a 20 pontos) e depressão grave (21 a 30 pontos).

3 – Satisfação de vida

A escala *Life Satisfaction Index* (LSI) foi inicialmente desenvolvida por Neugarten e Havighurst (1961), para avaliar a satisfação de vida e o bem-estar psicológico de pessoas com mais de 60 anos, através de concordância ou discordância com as afirmações da escala .

A verificação de dificuldades constantes na atribuição de uma resposta exacta conduziu à introdução de uma terceira categoria de cotação, atribuindo-se assim 2 pontos a respostas positivas, 0 pontos a respostas negativas e 1 ponto para ausência de resposta.

Existem diferentes versões da escala. A versão utilizada no presente estudo foi a LSI-A, adaptada à população portuguesa por Martín (2004). É composta por 18 itens, com pontuação máxima de 36 pontos.

4 – Teste de Memória Autobiográfica

O *Autobiographical Memory Test* (AMT) foi utilizado pela primeira vez por Williams e Broadbent (1986), para avaliar os enviesamentos na recordação de memórias pessoais em indivíduos hospitalizados após tentativas de suicídio.

Consiste na apresentação, visual ou oral, de palavras-pista, positivas, negativas e neutras, tendo o sujeito 30 segundos para evocar uma memória autobiográfica, geral ou específica. Definimos como memória específica um acontecimento que dure um dia ou menos, que tenha ocorrido num local determinado e num momento concreto, ainda que o sujeito não se recorde quando (SERRANO *et al*, 2005).

O objetivo basilar deste questionário é avaliar a capacidade do sujeito para recuperar uma memória específica num espaço delimitado de tempo (Serrano *et al.*, 2005). As memórias surgidas são codificadas em termos da sua valência (positiva, negativa ou neutra) e abrangência (geral ou específica).

A selecção de palavras utilizadas como estímulo serão as adotadas por Gonçalves (2006).

Assim, as instruções para o *AutobiographicalMemoryTest* são estandardizadas: “*Vou dizer uma palavra em voz alta. Deve dizer-me a primeira recordação que lhe venha à cabeça, ao ouvir a palavra que vou dizer. Mas tem que ser como uma imagem que está gravada na sua cabeça, isto é, uma recordação de um dia, de um momento determinado, num determinado lugar. Deve dar-me a maior quantidade possível de detalhes desse instante, como se tivesse uma imagem desse momento ou dessa recordação*”.

Para garantir que os sujeitos compreenderam o racional do instrumento, alguns autores sugerem que se introduzam palavras-chave de treino, que não estejam incluídas na lista de itens que compõem o AMT. Estas palavras podem funcionar como treino para o participante, sendo requisitada a formação de memórias, que o investigador vai indicando como corretas ou inadequadas. Podem também ser apresentadas pelo investigador como exemplo direto, seguidas de uma MA específica ou geral (SERRANO *et al.*, 2005).

Durante o período de treino, é dada ao participante uma definição de memória específica, sendo depois apresentada a palavra-pista, juntamente com as instruções para a sua recuperação. Caso o participante não conseguia fazê-lo após duas estimulações, o investigador dá um exemplo de MA específica associada à palavra, tal como sugerido em estudos prévios sobre o mesmo âmbito.

Uma vez compreendida a dinâmica do exercício, transita-se para a apresentação das palavras-pista. As palavras positivas e negativas são encabeçadas sempre pela frase introdutória: “*Tente recordar algum dia, momento ou situação em que sentisse...*”, enquanto que para as palavras neutras utilizámos a frase: “*Tente recordar um dia, momento ou situação específica que apareça na sua memória a partir da palavra...*”. Ambas as instruções foram baseadas nas sugestões de Serrano, *et al*(2005).

Tal como sugerido por Serrano *et al*(2005), as palavras positivas e negativas devem ser apresentadas alternadamente e as palavras neutras devem ser apresentadas no final. Para cada palavra são dados até dois estímulos. Caso o participante não responda em 60 segundos, transita-se para a palavra seguinte.

Os tempos de latência deveram ser sucessivamente cronometrados, isto é, desde que as instruções terminam e a resposta do doente se inicia o tempo é registado. Caso a

primeira memória surgida seja específica, deve apresentar-se a palavra seguinte; quando a memória for geral ou o participante afirmar não ter memórias associadas, deve utilizar até duas estimulações, registando o tempo adicional até surgir a resposta. Após duas estimulações, passa-se para outra palavra-pista (GONÇALVES, 2006).

A cotação do AMT é feita através da abrangência da memória (geral ou específica) e pela sua valência (positiva, negativa ou neutra), sendo ainda considerada a possibilidade de se cotar como omissão.

Importa referir os procedimentos para cotação das respostas do *AutobiographicalMemoryTest*. Ao contrário do que sucede com as outras medidas, em que a resposta aos itens é dicotómica, o AMT é um instrumento com resposta aberta.

Conquanto existam diretrizes para a cotação das memórias autobiográficas muitas vezes as respostas dos sujeitos são passíveis de diferentes interpretações, ou seja, a cotação do AMT torna-se mais subjetiva. Para aumentar a validade da cotação associada a cada memória, sugere-se submeter algumas das respostas dadas a uma avaliação de acordo interobservadores(GONÇALVES, 2006).

B - Protocolo de Intervenção(ANEXO II)

O protocolo de intervenção foi baseada na adaptação feita por Gonçalves (2006) do trabalho de Serrano (2005).

Serrano,*et al*(2005), indicam que o seu protocolo se caracteriza pela diminuição do número de questões abordadas em cada sessão, o que para os autores é uma vantagem uma vez que permite prevenir o cansaço por parte dos idosos.

C – Procedimentos

1 – Amostra

- 1.1- Pedido de Autorização à Instituição para aplicação da terapia (Apêndice III)
- 1.2- Consentimento Informado e protecção dos participantes (Anexo II)
- 1.3- Recolha de dados demográficos:
 - a) Identificação (idade, género), b) estado civil, c) situação laboral, d) habilitações literárias.
- 1.4- Critérios de inclusão e exclusão na amostra:
 - (i) idade superior a 65 anos, (ii) presença de sintomatologia depressiva, (iii) ausência de deterioração cognitiva

2 – Medidas pré-teste

- *Mini-Mental State Examination*(MMSE -GUERREIRO, et al 1994)
- *Geriatric Depression Scale* (GDS -BARRETO, et al, 2003).
- *Life Satisfaction Index* (LSI-A - MARTÍN, 2004)
- *Autobiographical Memory Test* (AMT –GONÇALVES, 2006)

3 – Protocolo de intervenção

Treino em eventos específicos positivos na memória autobiográfica baseado na revisão de vida (SERRANO,2005 - adaptado para a população portuguesa por GONÇALVES, 2006).

4 – Medidas pós-teste

- GDS
- LSI - A
- AMT

5 – Análise dos resultados

Com a aplicação deste protocolo espera-se:

- Diminuição das medidas de depressão;
- Aumento da satisfação com a vida;
- Aumento das memórias autobiográficas positivas e específicas.

2ª PARTE

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO

Um projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar. É uma metodologia, isto é, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto de realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (LEITE, MALPIQUE; SANTOS, 2001).

Esta metodologia, constitui-se como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática, baseando-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidências (FERRITO, 2010).

Este processo não se baseia apenas numa investigação sustentada de determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema, pelo que o trabalho de projecto aproxima-se bastante da investigação-ação. Este método permite uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida para transformar e melhorar essa realidade. Isto confere ao projeto uma característica investigativa, produtora de conhecimento (a realidade) para os intervenientes (LEITE, MALPIQUE; SANTOS, 2001).

Está assim presente a aplicação dos conhecimentos teóricos à realidade concreta: constituindo o ponto de partida e de chegada do projeto – o trabalho desenvolve-se no contexto real de trabalho.

6 - ETAPAS DO PROJETO

A metodologia de Projeto é constituída por cinco etapas (FERRITO, *et al*, 2010):

- Diagnóstico de situação;
- Definição dos objetivos;
- Planeamento;
- Execução e Avaliação;
- Divulgação dos resultados.

6.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Ainda que persista o ceticismo quanto à importância terapêutica da terapia de reminiscência, empiricamente esta têm-se revelado como muito proveitosa em caso de doença, designadamente na depressão e em quadros demenciais, estando cada vez mais incorporada nos planos de intervenção de variadas instituições, serviços hospitalares e sociais (TELES,2008).

As terapias complementares têm sido cada vez mais utilizadas e desenvolvidas no setor feminino do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., e a Terapia de Reminiscências, não fugindo à regra suscitou interesse no serviço, tornando-se cada vez mais necessário que este assunto seja aprofundado em termos científicos.

Quando nos propusemos realizar este estudo;iniciado durante o Ensino Clínico II – Internamento de doentes agudos, no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e implementar esta terapia na unidade onde desempenhamos funções, auscultamos os colegas para perceber se teríamos a sua adesão. Para além de todos se mostrarem curiosos face a esta terapia referiram: (1) a necessidade de mais informação e formação nesta área de intervenção, e (2) a necessidade da criação de um modelo estrutural que permita adotar parâmetros similares de intervenção.

Não existindo um protocolo na área das reminiscências no setor Feminino doDPSM-CHTV, E.P.E., propomo-nos realizar um projeto de intervenção nesta área de intervenção terapêutica. Isto justifica a escolha deste protocolo para aplicação no serviço.

6.2- DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Implementar a Terapia de Reminiscências, como modalidade de intervenção psicoterapêutica, direcionada para os doentes com patologia mental internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Objetivos Específicos:

- Identificar os aspetos críticos de um modelo relativamente abrangente de reminiscência e desenvolver um modelo heurístico para orientar futuras pesquisas e a aplicação da terapia no serviço mencionado;
- Elaborar a norma de serviço: “Executar Terapia de Reminiscências”
- Descrever a implementação de uma modalidade breve de intervenção psicoterapêutica, através da estimulação da memória autobiográfica, direcionada para a redução da sintomatologia depressiva no idoso;
- Desenvolver competências, nos enfermeiros do serviço, na área das reminiscências em geral e da terapia de revisão de vida em particular, para que estes apliquem a terapia no seu local de trabalho.

6.3- PLANEAMENTO

Atividades a desenvolver durante o Projeto:

- I. Auscultação dos colegas face ao projeto e pertinência da sua implementação;
- II. Elaboração do enquadramento teórico e conceptual;
- III. Reunir os componentes mais importantes da Terapia de Reminiscências, propostos por vários autores, e projetá-los num único modelo, o qual deverá orientar a aplicação da terapia no serviço;
- IV. Elaboração do protocolo de revisão de vida (Capítulo 5);
- V. Elaboração do instrumento de colheita de dados (Anexo II);
- VI. Pedido de autorização aos autores para a aplicação das escalas (Apêndice II);
- VII. Elaboração da norma de serviço: “Executar Terapia de Reminiscências” (Apêndice I);
- VIII. Pedido de autorização à instituição hospitalar para aplicação da terapia (Apêndice III)
- IX. Elaboração do Relatório final;
- X. Realização de uma formação sobre TR, dirigida aos elementos da equipa de enfermagem, integrada no plano anual de formação em serviço.

Estratégias e Meios:

O objetivo deste ponto é utilizar de forma eficaz os recursos:

- I. A terapia irá ser contemplada dentro das outras atividades já desenvolvidas semanalmente no serviço;
- II. Dependendo da modalidade de TR escolhida, as sessões poderão realizar-se na sala de convívio (terapia em grupo), ou na sala de atividades (terapia em grupo/individual);
- III. *Frequência Recomendada:* Pelo menos 1 x semana num total que pode oscilar entre as 6 e as 12 sessões;
- IV. *Tempo Necessário Estimado:* 30 – 60 minutos;
- V. *Nível de Formação Básica Exigida:* Enfermeiro Especialista (Anexo I).
- VI. *População alvo:*
 - A Reminiscência Simples, dirigida aos doentes do serviço, em contexto relacional, como por exemplo integração ao serviço. O objetivo é aumentar os contatos sociais e o bem-estar a curto prazo;
 - A Revisão de Vida aplica-se a pessoas com perturbações psíquicas, que apresentem *insight* para a sua doença, e que necessitam de apoio para lidar com transições ou adversidades de vida. Ajuda a concentrarem-se nos repertórios de *coping* bem-sucedidos no passado e nos valores que as guiaram ao longo da vida permitindo a adaptação com sucesso às mudanças e aos eventos da vida no presente;
 - O Protocolo de Revisão de Vida destina-se a pessoas com idade superior a 65 anos, com presença de sintomatologia depressiva e com ausência de deterioração cognitiva (trabalhando especificamente as estruturas da memória autobiográfica, com o objetivo de diminuir as medidas de depressão, aumentar a satisfação com a vida e aumentar memórias autobiográficas positivas e específicas).

6.3.1 - Cronograma de Atividades

Atividades	Data	2012			
	2011	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Auscultação dos colegas face ao projecto e pertinência da sua implementação					
Elaboração do enquadramento teórico e concetual					
Estruturação de um único modelo, o qual deverá orientar a aplicação da terapia no serviço					
Elaboração do Protocolo de Revisão de Vida					
Elaboração do instrumento de colheita de dados					
Elaboração da Norma: "Executar Terapia de Reminiscências"					
Pedido de autorização aos autores para a aplicação das escalas					
Pedido de autorização à instituição hospitalar para aplicação da terapia					
Elaboração do Relatório final					
Realização de uma formação dirigida os elementos da equipa de enfermagem sobre TR					

6.4- EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A etapa de execução da metodologia de projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planejado.

Neste sentido, o que anteriormente era somente um real construído mentalmente, um “esboço de desejo”, começa a tornar-se numa situação real construída (CARVALHO *et al.*, 2001; NOGUEIRA, 2005, *cit in* FERRITO, *et al.*, 2010).

Esta fase assume uma importância significativa para os participantes do projeto dado que possibilita a realização das suas vontades e necessidades através das acções planeadas.

A elaboração de um modelo estrutural, onde se reunissem os componentes da TR, verificou-se mais difícil, do que inicialmente era conjecturado. O terceiro capítulo é o resultado de uma revisão da literatura detalhada, com o objectivo de reunir os resultados mais recentes da investigação sobre TR, propostos por vários autores. Este capítulo irá revelar-se de extrema importância na aplicação da terapia no mencionado serviço hospitalar. E pretende dar resposta a questões gerais de orientação sobre a reminiscência, tais como: Em que condições, contextos e tempos é mais provável ocorrer a reminiscência? Quais são alguns dos marcos do desenvolvimento no uso das reminiscências ao longo do ciclo de vida? Quem são as pessoas que se envolvem neste processo com mais frequência, e para que fins ou funções? Como é que as diferentes variáveis individuais como o sexo, a personalidade e a cultura moderam ou influenciam a manifestação dos resultados da reminiscência?

Para preencher as lacunas referentes a estratégias intencionais de aplicação e avaliação da terapia adotou-se o protocolo desenvolvido por Serrano (2005), adaptado por Gonçalves (2006). Tal como ocorre noutros âmbitos da intervenção psicoterapêutica, cabe agora aos profissionais (neste caso particular, à equipa de enfermagem) a intencionalização destes parâmetros

Para a elaboração da norma de serviço, tivemos de adotar o modelo já previsto na instituição hospitalar. Para isto, concentramos a informação relativa ao relatório final, tentando ser sucintos e precisos, mas sem perder a informação essencial. A norma irá constar no sistema informático, facilitando o acesso à informação sobre a TR, sempre que esta intervenção de enfermagem se encontre presente no plano do doente. Para que seja possível ativar esta intervenção são necessários critérios de activação/diagnósticos (e.g. coping ineficaz, adaptação prejudicada,..), já contemplados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. A norma encontra-se em apêndice (I), equivalente à que irá ser instituída informaticamente.

Durante a elaboração do Projeto verificámos que a adição de estratégias oriundas de outros âmbitos de intervenção, como por exemplo as técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental seria também benéfica para completar a intervenção, no sentido de otimizar os resultados; dado que a revisão de vida, muitas vezes é acompanhada por sentimentos de culpa, ansiedade e desespero.

Neste sentido a autora do presente Projeto, para além de implementar esta psicoterapia no serviço, irá também integrar a equipa responsável pela terapia cognitivo-comportamental, já instituída no serviço (cf. decidido em reunião de serviço no dia 02 de Março de 2012).

6.5- DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta fase consiste na elaboração de um Relatório Final, que pretende dar a conhecer às pessoas o âmbito e pertinência do projeto e dos resultados que se obtiveram (FERRITO, *et al*, 2010).

Acreditamos que na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição em geral ou de um serviço em específico, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes. A divulgação dos resultados de um projeto nesta área fornece informação científica aos clientes e aos profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições, desta forma proceder-se-á:

- Elaboração do Relatório Final - divulgação dos resultados à comunidade científica (este relatório será apresentado e defendido na Escola Superior de Saúde de Viseu);
- Execução danorma - divulgação dos resultados à instituição hospitalar (CHTV-EPE);
- Formação em serviço - divulgação dos resultados aos profissionais do serviço.

7 – CONCLUSÃO

Cada vez mais é esperado dos profissionais de enfermagem uma prática baseada na evidência, que é definida pela tomada de decisão fundamentada pela investigação mais recente, o que levará, não só a intervenções clínicas apropriadas, mas também, intervenções em outras áreas da competência de enfermagem como a gestão de recursos, entre outros (POLIT e BECK, 2004 *cit in* FERRITO, *et al*, 2010).

O trabalho de projeto é um método de trabalho que se centra na investigação, na análise e resolução de problemas em grupo, método este bastante útil na evolução da enfermagem, promovendo uma prática fundamentada que assenta no aumento da qualidade dos cuidados (ANDERSEN, *et al*, 2009, *cit in* FERRITO, *et al*, 2010).

Desta forma considero que o objetivo geral deste projeto foi atingido. A implementação deste projeto de intervenção terapêutica no serviço, visa a satisfação das necessidades identificadas, para que por um lado, o mesmo resolva ou minimize os problemas de saúde identificados (através de estratégias como: a promoção da adaptação a transições de vida, da auto-estima e da auto-percepção de saúde, do bem-estar e da satisfação de vida, estimulação cognitiva de doentes com demência e diminuição da sintomatologia depressiva) e por outro lado otimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados no serviço.

A escassez de bibliografia (principalmente em língua portuguesa), os resultados incongruentes relativos aos resultados da TR e a adoção de diferentes estratégias na aplicação da terapia, foram as principais dificuldades encontradas na elaboração de um modelo. No entanto considero que o quadro concetual elaborado irá fornecer uma ajuda imprescindível na aplicação da terapia no serviço. Conseguimos interligar os principais componentes da terapia e constituir um modelo heurístico para orientar futuramente a aplicação da terapia no serviço.

Verificamos que os autores são unânimes ao considerar que a eficácia da utilização de estratégias de reminiscência depende de modo considerável: da adaptação dos materiais utilizados aos contextos de trabalho (Head *et al.*, 1990), do estabelecimento de objetivos específicos e realistas, a curto e a médio prazo (Lin *et al.*, 2003), da contemplação das especificidades de cada participante (Bohlmeijer *et al.*, 2005) e da definição criteriosa das

estratégias de implementação e avaliação de resultados (Hanaoka, Okamura, 2004). (*cit in* GONÇALVES, 2006).

O protocolo de intervenção desenvolvido por Serrano (2005) contempla estas especificidades, imprescindíveis para garantir a eficácia possibilitada pela reminiscência. Tal como ocorre noutros âmbitos da intervenção psicoterapêutica, cabe agora ao técnico a intencionalização destes parâmetros.

Durante a elaboração do Projeto verificamos que a adição de estratégias oriundas de outros âmbitos de intervenção, como por exemplo as técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental seria também benéfica para completar a intervenção, no sentido de otimizar os resultados, uma vez que a revisão de vida, muitas vezes é acompanhada por sentimentos de culpa, ansiedade e desespero.

Neste sentido a autora do presente Projeto, para além de implementar esta psicoterapia na unidade de internamento, irá também integrar a equipa responsável pela terapia cognitivo-comportamental, já instituída no serviço (cf. decidido em reunião de serviço no dia 02 de Março de 2012).

Acreditamos que na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição em geral ou de um serviço em específico, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes.

Assim, esperamos ter contribuído para progressos investigativos nesta área, comprometendo-nos em continuar a investigar e a acrescentar conhecimento aos enfermeiros colaboradores, analisando sistematicamente o decorrer da implementação desta terapia, colmatando lacunas, procurando assim a sua validação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, António Carlos – **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**. Lisboa: Lusociência, Lda, 2010.

ARMSTRONG, L; WRIGHT, A. -. Communication in day care: Talking without words, Journal of Dementia Care, (Sept/Oct 2002).

BALTES, P.B. - Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the Dynamics Between Growth and Decline. Developmental Psychology 23:5 (1987), p. 611-626. [Em linha] - [Consult. 04 Agost 2011] Disponível em WWW: <URL:<http://www.mpib-berlin.mpg.de/volltexte/institut/dok/full/Baltes/theoreti/index.htm>>.

BARRETO, J., *et al* (2003). Escala de depressão geriátrica. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências. Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de YESAVAGE, et al. (1983).

BOHLMMEIJER, E. - **Reminiscence and depression in later life** (Dissertation). Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit. 2007. ISBN 13: 978-90-5253-566-1.

BOHLMMEIJER, E., [et al]. Creative Reminiscence as an Early Intervention for Depression: Results of a Pilot Project. Aging and Mental Health. Jul; 9/4 (2005) p.302-4. [Em linha] - [Consult. 16 Nov. 2011] Disponível em WWW: <URL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16019285>>.

BUTLER, R.N. - **Age, death and Life Review. Living with Grief: Loss in later life**. Hospice Foundation of America. Kenneth J. Doka, Editor, (2002). [Em linha] - [Consult. 16 Julho 2011] Disponível em WWW: <URL http://www.hospicefoundation.org/pages/page.asp?page_id=171322>.

CAPPELIEZ, P.; LAVALLEE, R.; O'ROURKE, N. - Functions of Reminiscence in Later Life as Viewed by Young and Old Adults. Canadian Journal on Aging 20 (2001) p. 577-589.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão β_2** . 2.^a Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), 2003.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. - **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4.^a Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERRITO, Cândida; [et al] – Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, nº15 (Jan-Mar 2010). ISSN: 1646-5067.

FIVUSH, R.; HADEN, C.; REESE, E. - Elaborating on Elaborations: The Role of Maternal Reminiscing Style in Cognitive and Socioemotional Development. Child Development **77** (2006) p.1568-1588.

FRENCH, D. - The Social Media Mindset: A Narrative View of Public Relations and Marketing in the Web 2.0 Environment. Media Psychology Review. (2010) Vol. 3(1).

FORTIN, Marie-Fabienne- **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GONÇALVES, C. Daniela – **Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição da sintomatologia depressiva**. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.2006 [Em linha] - [Consult. 15 Out 2011] Disponível em WWW: <URL:<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6506>>.

GONÇALVES, C. Daniela; ALBUQUERQUE, B. Pedro, MARTÍN, Inácio - Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações - Análise Psicológica (2008), 1 (XXVI): 101-110. ISSN 0870-8231.

GONÇALVES, C. Daniela; MARTÍN, Inácio – Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência – Psicol. Argum, Curitiba (out/dez 2007), v.25, n.51: p371-384 – [Em linha] - [Consult. 20 Out 2011] Disponível em WWW: <URL:<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=1925&dd99=view>>.

GUERREIRO M, [et al]. Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-MentalStateExamination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia (1994).

LIN, Yen-Chun, [et al] - The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. PublicHealthNursing, 20:4 (2003), p. 297-306- [Em linha] -[Consult. 20 Set 2011] Disponível em: WWW: <URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12823790>.

LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela, SANTOS, Milene Ribeiro – **Trabalho de Projeto: aprender por projetos centrados em problemas**. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento. 2001. ISBN: 972-36-02164.

MANDLER, G. - **Theconsciousnesscontinuum: from "qualia" to "free will"**(2005).

MARTÍN, I. - Psicossociologia da doença de Machado-Joseph: Estudos sobre os doentes e seus cuidadores. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. (2002).

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. - **MeasuringHealth: A guide to Rating ScalesandQuestionnaires**. New York: Oxford University Press. 1996.

MERRIAM, S. - Butler's life review: How universal is it? In: HENDRICKS, J. -**The meaning of reminiscence and life review**. New York: Baywood (1995) p. 7-19.

NELSON, K.; FIVUSH, R. - The Emergence of Autobiographical Memory: A Social Cultural Developmental TheoryPsychological Review111 (2004) p. 486-511.

PILLEMER, D. - **Momentous Events, Vivid Memories**. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1998.

REESE, E.; NEWCOMBE, R. - Training Mothers in Elaborative Reminiscing Enhances Children's Autobiographical Memory and Narrative. Child Development78 (2007) p.1153-1170.

SCHLAGMAN, S.; L. KVAVILASHVILI; J. SCHULZ. -**Effects of Age on Involuntary Autobiographical Memories**. 2007.

SCHWEITZER, P. - **Mapping Memories: reminiscence with ethnic minority elders**. London: Age Exchange, 2004.

SERRANO, J. [et al]. -Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. Revista Española de Geriatria y Gerontologia. 40:4, (2005), p. 228-235.

SERRANO, J. [et al]. -Life review using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. Psychology and Aging. 19:2, (2004), p. 272-277.

SPENCER, L; JOYCE, R. - Equal to the task: promoting meaningful activity, Journal of Dementia Care, March /April (2000).

SURR, C. - How to get past the tip of the tongue, Journal of Dementia care, 10:1 (Jan /Feb 2002).-[Emlinha] [Consult. 15 Out 2011] Disponível em:

WWW:<URL:<http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=ba84a877-9446-49f2-b069-5396c92cf919>>

TELES, L. - **Adaptação do questionário de reminiscências**, Tese de Mestrado em Psicogerontologia. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2008-[Em linha] [Consult. 15 Out 2011] Disponível em:WWW:<URL:http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1101/1/16844_Adapta00E700E3o%2520do%2520Question00E1rio%2520de%2520Reminisc00EAncias.pdf>.

THE BENEVOLENT SOCIETY - Reminiscing Handbook, Reminiscing Manual version 1, (2005), ABN 95 084 045 –[Emlinha] - [Consult. 15 Out 2011] Disponível em:

WWW:<URL:<http://www.bensoc.org.au/uploads/documents/reminiscing-handbook-jan2006.pdf>>.

WANG, Qi. - Remember When You Got the Big, Big Bulldozer? Mother-Child Reminiscing Over Time and Across Cultures.Social Cognition,25 (2007) p. 455-471.

WAREING, L, - Pathways through the senses to individualised care.Journal of Dementia Care, (Jan/Feb 2000).

WEBSTER, J.D. - **Reminiscence Functions in Adulthood: Age, Race, and Family Dynamics Correlates**. p. 142-51 in *Critical advances in reminiscence work: from theory to application*. New York: Springer Publishing Company. 2002. [Em linha] -[Consult. 1 de Julho 2011] Disponível em:

WWW:<URL:<http://books.google.pt/books?id=UfXAHfWEyfQC&pg=PA146&lpg=PA146&dq=Family+Memories+Index+Webster&source=bl&ots=m-8t2rynqE&sig=2-4k-yYwmruYfV8FjchIHC14j4Q&hl=pt-PT&sa=X&ei=XadwT4GXKIGr0QW45ZCNAg&ved=0CB8Q6AEwAA#v=onepage&q=Family%20Memories%20Index%20Webster&f=false>>.

WEBSTER, J. D., [et al] -The future of reminiscence: A conceptual guide to research and practice. Research on Aging, 32:4(2010),p. 527-564.

WESTERHOF, G., [et al] - Reminiscence and mental health: A review of recent progress in theory, research, and intervention. Ageing & Society, 30 (2010),.p. 697-721.

WOODS, B. 2005 ..,[et al] **-Reminiscence Therapy for Dementia**.CochraneDementiaandCognitiveImprovementGroup. 2005. . [Em linha] - [Consult. 1 de Julho 2011] Disponível em:
WWW:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001120.pub2/abstract>>

APÊNDICES

APÊNDICE I

NORMA: Executar Terapia de Reminiscências

 <p>Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Sector Feminino</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS / NORMAS	Elaborado em 03/03/2012	Folha 1/5
	NORMA 930h	Revisto em ___/___/___	Revisão N.º 0
		Próxima revisão a 03/03/2014	

TÍTULO: Executar Terapia de Reminiscência

ÂMBITO: Esta norma aplica-se ao setor feminino do DPSM.

FUNDAMENTOS:

Dochterman e Bulechek (2008, p. 614) definem terapia de Reminiscências como o “uso da lembrança de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais”

A estimulação das reminiscências em contexto de grupo pode ser uma forma de partilha de aspetos do presente e possibilitar a descoberta de recursos próprios e nos outros, que são essenciais para lidar com os desafios atuais e importantes na preparação do futuro.


Contrariamente, nos casos em que a adaptação a uma nova realidade não é satisfatória é frequente os doentes vivenciarem solidão, angústia ou insegurança nos relacionamentos. Nestes casos, as intervenções de grupo têm mostrado bons resultados ao permitirem ao doente falar do que sente necessidade num ambiente acolhedor.

A cooperação das reminiscências nestas situações enleia-se ou evidencia-se com a sua provável interferência nos níveis de auto-estima e identidade do indivíduo. Na realidade, admite-se que as reminiscências podem fomentar o sentido de identidade pessoal (self) e conservar e expandir sentimentos de auto-estima. Revelando-se fundamental no confronto com os desafios e as ameaças da vida.

No entanto, não só os doentes podem beneficiar deste tipo de intervenção, mas também os prestadores de serviços e cuidadores. De facto, para além dos benefícios ao nível do desenvolvimento pessoal (transmissão do legado, sabedoria, valores) o recurso às reminiscências pode ser especialmente vantajoso no contexto de prestação de cuidados de saúde, pelo facto de permitir um novo estilo de relacionamento entre os técnicos de saúde e os doentes, e por constituir mais uma ferramenta para o desenvolvimento de competências dos próprios técnicos. Uma escuta ativa dos relatos das histórias de vida permite aos técnicos de saúde uma compreensão e uma visão mais alargada e personalizada dos problemas do doente, sobretudo ao encontrar relações entre essas histórias ou experiências passadas e as manifestações emocionais e comportamentais atuais. Para além destes aspetos, as intervenções baseadas em reminiscências, podem constituir uma abordagem “espontânea”, permitindo aos técnicos desenvolver outras estratégias de comunicação e empatia com os doentes. Esta abordagem no contexto de instituições revela-se particularmente útil porque permite uma aproximação e compreensão mútua entre doentes e técnicos, dando lugar a relacionamentos menos desequilibrados do ponto de vista do poder e menos formais, minimizando o impacto negativo do internamento, ao facilitar a relação de confiança que permite o desenvolvimento de uma parceria de cuidados.

OBJETIVO(S): Ajustar o comportamento atual e melhorar a adaptação a circunstâncias do presente, do utente, promovendo a lembrança de eventos, sentimentos e pensamentos passados.

- Facilitar a adaptação do utente ao novo meio ambiente;
- Fomentar a adaptação a transições de vida;
- Promover o sentimento de auto-estima e auto-percepção de saúde;
- Melhorar o humor;
- Aumentar o bem-estar e a satisfação de vida;
- Melhorar a comunicação;
- Proporcionar uma actividade social agradável;
- Estimular o funcionamento cognitivo de doentes com demência;
- Diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática;
- Atenuar o isolamento social;
- Auxiliar o processo de luto e;
- Diminuir a sintomatologia depressiva.

 Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Sector Feminino	MANUAL DE PROCEDIMENTOS / NORMAS	Elaborado em 03/03/2012	Folha 2/5
	NORMA 930h	Revisto em ___/___/___	Revisão N.º 0
		Próxima revisão a 03/03/2014	

DETERMINAÇÕES:

- Tempo Necessário Estimado: 30 – 60 minutos
- Nível de Formação Básica Exigida: Enfermeiro Especialista
- Frequência Recomendada: Pelo menos 1 x semana num total que pode oscilar entre as 6 e as 12 sessões

CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO: Iniciar quando estão ativados os diagnósticos:

- Auto-estima Diminuído
- Comportamento Compulsivo Sim
- Desolação Sim
- Obsessão Demonstrado
- Adaptação Prejudicada
- Coping Ineficaz

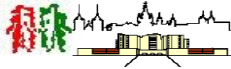
DESCRIÇÃO DA SESSÃO:

- 1 - Selecionar utente/grupo de acordo com os critérios de ativação
 - 1.1 - Selecionar o local e o método de reminiscência mais adequado
- 2 - Apresentar-se à(s) utente(s)
- 3 - Apresentação da atividade: Objetivo - Importância terapêutica - Ganhos esperados
- 4 - Gerir o ambiente físico onde vai ocorrer a sessão
- 5 – Seguir o modelo apresentado:

Quadro 1

Modelo para aplicação da terapia

1ª Fase	<u>Listagem dos antecedentes do doente</u> , considerando dados como as características do seu percurso pessoal, as deslocações a que foi submetido ao longo da sua vida, as principais transições ocorridas
2ª Fase	<u>Avaliação</u> recorrendo a instrumentos psicométricos estandardizados, bem como a entrevistas e observação, para obtenção de dados quantitativos e qualitativos que permitam adaptar a intervenção às características do participante
3ª Fase	Utilização dos dados obtidos para listar os <u>objetivos terapêuticos</u> , definindo as principais necessidades e os resultados esperados
4ª Fase	Definição da <u>modalidade</u> de reminiscência
5ª Fase	<u>Avaliação de resultados</u> , não só a curto prazo (e.g., diminuição da depressão), como também a longo prazo (e.g., aumento da satisfação e qualidade de vida), considerando quais os elementos da intervenção menos eficazes e o modo como a participação do doente poderia ter sido mais válida

 <p>Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Sector Feminino</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS / NORMAS	Elaborado em 03/03/2012	Folha 3/5
	NORMA 930h	Revisto em ___/___/___	Revisão N.º 0
		Próxima revisão a 03/03/2014	

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Pode ser aplicada de diferentes formas e em diferentes contextos:

Reminiscência simples: é essencialmente uma narrativa autobiográfica não estruturada e uma reminiscência espontânea. Esta ocorre frequentemente dentro de um contexto relacional. As funções interpessoais da reminiscência, como a Conversação e Ensinar/Informar, são as mais comuns neste modo. Este nível de reminiscência pode ser facilitado nas intervenções realizadas através de reminiscências em grupos, em que são dados estímulos para memórias positivas. O objetivo pode ser aumentar os contactos sociais e o bem-estar a curto prazo. Foca-se no funcionamento emocional e fortalece os viés positivos na memória. Os mediadores necessitam de capacidades básicas para facilitar o processo de reminiscência espontânea e para promover a interação social.

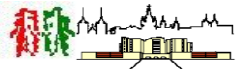
Revisão de Vida: relativamente à reminiscência simples, é muito mais estruturado, centra-se na integração dos eventos de vida positivos e negativos, e é avaliativo. A revisão da vida pode ser, excelentemente, dirigida para as pessoas com leves perturbações psíquicas que precisam de apoio para lidar com transições ou adversidades na vida. Esta ajuda a restaurar um sentimento de identidade positivo. Um objectivo importante é encontrar a continuidade entre o passado e o presente. A revisão de vida ajuda as pessoas a obter a introspeção de como elas evoluíram ao longo das suas vidas e de como se tornaram nas pessoas que agora são. Também as ajuda a concentrarem-se nos repertórios de *coping* bem sucedidos no passado e nos valores que as guiaram ao longo da vida permitindo a adaptação com sucesso às mudanças e aos eventos da vida no presente. Nestes tipos de intervenções é, portanto, fundamental promover a utilização das funções reminiscência de Resolução de Problemas e formação da Identidade. As entrevistas individuais da revisão de vida, a autobiografia guiada e a revisão de vida preventiva, são alguns exemplos desta segunda modalidade. Os mediadores necessitam de competências mais avançadas (e.g., estruturação de intervenções e perguntas que promovam a resolução de problemas para ajudar os participantes a reformular o significado de eventos passados).

Terapia de Revisão de Vida: é tipicamente aplicado num ambiente psicoterapêutico; é altamente estruturado e é destinado a pessoas com níveis graves de depressão ou ansiedade e demência. Para diminuir os usos negativos das reminiscências pode ser necessário aplicar psicoterapias mais dinâmicas, focando-se em esquemas cognitivos subjacentes relacionados com o eu e o mundo ou a desconstrução das histórias saturadas de problemas. Os terapeutas necessitam de competências específicas para aplicar intervenções desenvolvidas dentro destas estruturas.

Ao contrário da revisão de vida, em que a identidade global permanece intacta, a terapia da revisão de vida pode envolver a criação de uma nova história de vida e mudanças na auto-identidade. Os resultados primários são, portanto, também a redução da depressão e ansiedade. Os exemplos deste tipo de intervenção são os protocolos da reminiscência integrativa e instrumental, em que a reminiscência é combinada com terapia cognitiva e a terapia de resolução de problemas, a terapia narrativa, e o protocolo de revisão de vida utilizado por Serrano et al. (2005), cujo principal objetivo era despoletar memórias positivas específicas.

Estímulos (elementos desencadeantes para estimular a lembrança):

Visuais(fotos, filmes, recortes,...), Auditivos(canções; músicas familiares e não familiares,...), Paladar(comida, bebida, receitas antigas,...), Olfactivos(perfumes, ervas; temperos; cheiro dos cozinhados; flores,...), Táteis(texturas contrastantes; temperaturas contrastantes - quente/frio; tecidos variados; toque humano,...) Palavras(palavras com conotação positiva, negativa e neutra, nome de locais; pessoas famosas; histórias; provérbios e poemas), Movimento(jogos; dança; mímica; saudações,...), estimular à criação um livro de memórias, uma árvore genealógica etc.


 <p>Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Sector Feminino</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS / NORMAS	Elaborado em 03/03/2012	Folha 4/5
	NORMA 930h	Revisto em ___/___/___	Revisão N.º 0
		Próxima revisão a 03/03/2014	

Temas Abordados:

- Família e amizades;
- Amores e perdas;
- Realizações e decepções;
- Adaptação às mudanças da vida;
- Época específica de vida (Infância, Adolescência e Idade Adulta);
- Percurso de vida.

Regras básicas:

- O local escolhido deve ser confortável e deve ter o mínimo de distrações e interrupções possíveis;
- Assistir utente a abordar memórias dolorosas (ativam sentimentos negativos), identificando habilidades anteriores de *coping* (empatia com afetividade ligada às lembranças);
- Assistir utente a recordar ou falar da sua história (avaliar importância das memórias);
- Determinar método mais eficiente de reminiscência (reminiscência simples, revisão da vida, etc.);
- Encorajar utente a expressar verbalmente sentimentos (positivos e negativos) relativos a eventos passados (Observar linguagem corporal, expressão facial e tom de voz);
- Facilitar uso de elementos que estimulem a memória (música, fotografias, perfume);
- Identificar com o utente um tema para cada sessão (vida profissional);
- - Manter o foco da sessão mais no processo do que no resultado;
- - Priorizar utilização de perguntas diretas (abertas-fechadas) sobre passado do utente;
- - Providenciar *feedback* positivo imediato (principalmente a utentes com prejuízo cognitivo);
- Ajustar a duração da sessão de acordo com a capacidade de atenção do utente
- Calcular a quantidade de sessões a partir da resposta do paciente e do seu desejo de continuar;

 Ministério da Saúde Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental Sector Feminino	MANUAL DE PROCEDIMENTOS / NORMAS	Elaborado em 03/03/2012	Folha 5/5
	NORMA 930h	Revisto em ___/___/___	Revisão N.º 0
		Próxima revisão a 03/03/2014	

NORMAS ASSOCIADAS:

- Gerir Ambiente Físico
- Apoiar Tomada de Decisão
- Assistir na Auto- modificação
- Determinar Metas Mútuas
- Encorajar Relação Complexa
- Escutar Ativamente
- Negociar Contrato com o Utente
- Orientar Antecipadamente para a Crise
- Promover Auto-percepção Positiva
- Promover Auto-responsabilização
- Promover Capacidade de Resiliência
- Providenciar Encaminhamento (Intervenção Familiar de Enfermagem, Treino de Competências; Terapia de reestruturação cognitiva).

DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE:

- AMARAL, António Carlos – **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**. Lisboa: Lusociência, Lda, 2010.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão β_2** . 2.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), 2003.
- DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. - **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4.ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- MARQUES, Adriana – **Terapia de Reminiscências (Projecto de Intervenção no DPSM)**. Viseu.2012.

Elaborado por: Enf.ª Adriana de Sousa Marques	Revisto por: Enf.ª Chefe do Setor Feminino <div style="text-align: right;">_____ (Maria do Carmo Ferreira)</div> Grupo de Acompanhamento do Projeto SGICM <div style="text-align: right;">_____ (Maria do Carmo Ferreira)</div>	Aprovado por:
---	---	---

APÊNDICE II

Pedido de autorização para utilização das escalas

Documents do Umice

Fotografias

Sinalizada(s)

Nova categoria

4 Messenger

31 convites

Iniciar sessão no Messenger

Home Page

Contactos

Calendário

ligue-se instantaneamente

Hotmail - adritss@hotmail.com

Pesquisar Mais >>

Iniciar sessão

Pedro B Albuquerque

A 06/03/2012, às 12:15, Adriana Marques escreveu:

From: adritss@hotmail.com

To: pedro.b.albuquerque@iep.uminho.pt

Subject: TESTE SOBRE MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA e TREINO EM EVENTOS ESPECÍFICOS POSITIVOS NA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA BASEADO NA REVISÃO DE VIDA

Date: Tue, 6 Mar 2012 12:14:12 +0000

Bom Dia! Antes de mais apresento-me, sou: Adriana de Sousa Marques, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Saúde de Viseu.

No âmbito do presente curso, encontro-me a realizar uma tese sobre o tema: "TERAPIA DE REMINISCÊNCIA - Projecto de Intervenção no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. Serviço onde exerço a minha profissão.

No processo da minha pesquisa tomei conhecimento do TESTE SOBRE MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA e TREINO EM EVENTOS ESPECÍFICOS POSITIVOS NA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA BASEADO NA REVISÃO DE VIDA (Serrano e Latorre), utilizados por vós para a população portuguesa.

Por o considerar relevante para a realização da minha tese, venho por este meio solicitar a Vª Exª que se digne a autorizar-me a utilizar os referidos testes e se poderia fornecer mais informações.

Grata pela sua atenção e disponibilidade.

Cumprimentos

Adriana Isabel Sousa Marques

Sexo:

Peso em kg:

Altura em cm:

Idade:

Calcula o teu peso ideal

Fechar anúncio

relatório final adri...

Hotmail - adritss...

RELATORIO FINA...

PT 00:48 14-03-2012

APÊNDICE III

Pedido de autorização para implementação do Projeto

Ex^omoSr.
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Assunto: Pedido de autorização para aplicação da TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Setor Feminino

No âmbito das psicoterapias desenvolvidas no serviço, Adriana Isabel de Sousa Marques, a exercer funções de enfermagem no referido serviço, vem solicitar a V.^a Ex.^a que se digne autorizar a implementação do projeto: “TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS-Projeto de Intervenção no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.

A Terapia de Reminiscências tem como objetivos:

- Facilitar a adaptação do utente ao novo meio ambiente;
- Fomentar a adaptação a transições de vida;
- Promover o sentimento de auto-estima e auto-perceção de saúde;
- Melhorar o humor;
- Aumentar o bem-estar e a satisfação de vida;
- Melhorar a comunicação;
- Proporcionar uma actividade social agradável;
- Estimular o funcionamento cognitivo de doentes com demência;
- Diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática;
- Atenuar o isolamento social;
- Auxiliar o processo de luto e;
- Diminuir a sintomatologia depressiva.

Este projeto insere-se no âmbito do Relatório Final do Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e nos objetivos que delineamos para o mesmo, com a perspectiva de instituir, promover e desenvolver esta terapia no serviço.

Em anexo, enviamos um exemplar da Norma e do Instrumento de Colheita de dados.

Mais informamos que estou disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone 936765940 ou 232420570 (DPSM-SF).

Declaro por minha honra cumprir todos os requisitos ético-deontológicos e o dever de sigilo profissional.

Pede deferimento,

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, __de Março de 2012

ANEXOS

ANEXO I

Competências do enfermeiro que aplica a Terapia de Reminiscências

O enfermeiro que aplica esta modalidade terapêutica deve estar dotado de uma série de competências e qualidades essenciais que usa propositadamente e de uma forma planeada (SCHWEITZER, 2004):

- boa capacidade de escuta: estar muito atento ao que cada doente está a dizer, mostrando que está “lá” para eles, e sem pressa para solicitar ou perguntar;
- receptividade: relaxar, e mostrar através da linguagem corporal, incluindo o contato visual, que se tem o prazer de estar a ouvir e que está interessado e valoriza o que está a ser dito;
- curiosidade: tem que ter um desejo genuíno de saber mais e aprender com as pessoas mais velhas, sobretudo quando os doentes sentirem que a pessoa que os escuta está entediada ou a fazer o trabalho só por obrigação;
- sensibilidade: ser receptivo aos sentimentos que o doente revela, assim como ao conteúdo, especialmente quando pode ter sido acionada uma memória dolorosa, e evitar questionar para não ser visto como intruso;
- atitude de aceitação: não julgar a pessoa que está a reminiscer, mas antes evidenciar que ouviu e compreendeu o que ela disse e que respeita os seus pontos de vista;
- memória razoável: deve ser capaz de se lembrar do que foi dito e mencionar esse aspeto, a fim de fazer com que o doente se lembre e sinta que vale a pena conversar, podendo assim estabelecer-se ligações entre histórias diferentes;
- senso de humor: criar um bom ambiente, partilhando o lado engraçado das coisas lembradas, e deleitando-se nas coisas inesperadas e bizarras;
- adaptabilidade: tem de estar disposto a mudar os planos de forma rápida e ir de encontro aos interesses e necessidades apresentadas pelo doente, ou grupo, sem dar a entender que está sem direcção;
- imaginação: algumas pessoas acham que falar é mais difícil do que outros meios de comunicação, tais como desenho, canto, dança, etc., mostrando por isso que é necessário para fornecer muitas possibilidades de expressão criativa de memórias.

Ao trabalhar com um grupo, há requisitos adicionais:

- clareza: ser claro acerca do propósito do grupo e dos objetivos e certificar-se que as pessoas sabem e aceitá-los, incluindo aspetos práticos tais como a número e duração das sessões, onde será realizado e quando;
- abordagem democrática: devem ser valorizadas as contribuições de todos e o tempo disponível para a sessão deve ser compartilhado;
- confidencialidade: é essencial para criar uma sensação de segurança e confidencialidade dentro do grupo e para garantir que todos os membros do grupo aceitam esta ideia;
- capacidade de trabalho em grupo: existem sempre ligações e conexões entre o que os diferentes membros do grupo dizem ,embora as suas origens possam ser distintas;
- preparação: o trabalho em grupo necessita de ser planeado de modo a que culturalmente tenha á “mão” todos os recursos necessários para estimular os sentidos;
- confiança: o doente tem que sentir que o orientador sabe o que este está a fazer, e pode assumir o controlo se surgirem situações difíceis entre as pessoas do grupo ou em torno de memórias dolorosas ou desafiadoras;
- coragem: o líder do grupo deve estar disposto a enfrentar assuntos complexos e emocionais, enquanto o grupo assim o estender. O doente não deve perder a confiança se houver momentos de tristeza, tendo em conta que a empatia e apoio dos outros membros do grupo que partilharam experiências similares é um dos elementos que podem fazer da reminiscência um processo confortante;
- cuidado: há uma responsabilidade de cuidar das necessidades emocionais dos membros do grupo, garantindo que cada pessoa é bem-vinda individualmente. Se alguém está em dificuldades, o tempo é feito para eles falarem (se necessário após a sessão) e é disponibilizada ajuda extra se necessário;
- praticidade: as necessidades físicas do grupo devem ser consideradas, de modo a que todos se possam ouvir e ver na sessão.

ANEXO II

Instrumento de colheita de dados

PROTOCOLO DE TERAPIA DE REVISÃO DE VIDA



Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Sector Feminino

TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS

Caro utente,

No âmbito das psicoterapias desenvolvidas no setor feminino do departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, vimos solicitar a sua colaboração na terapia de reminiscências.

A terapia de reminiscências pressupõe o uso da lembrança de eventos passados, sentimentos e pensamentos para facilitar o prazer, a qualidade de vida ou a adaptação a circunstâncias atuais. Envolve a discussão das atividades passadas, eventos e experiências com outra pessoa ou grupo de pessoas.

As respostas não serão fornecidas a terceiros, sendo garantidas a sua confidencialidade e anonimato.

Muito Obrigado(a)

____de_____,2012, Viseu

SECÇÃO A1 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (Pré protocolo de Intervenção)

1 – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Assinale com uma X a resposta que melhor se adequa à sua situação pessoal.

1. IDADE _____ (anos) 2. SEXO Masculino
- Feminino
3. ESTADO CIVIL Casado(a) Divorciado(a) Separado(a)
- Solteiro(a) Viúvo(a) União de Facto
4. SITUAÇÃO LABORAL:
- Empregado Profissão: _____
- Desempregado
- Baixa Médica
- Reformado
5. ESCOLARIDADE
- Não sabe ler nem escrever Sabe Ler e/ou Escrever
- 1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe) 2º Ciclo Ensino Básico (6º ano)
- 3º Ciclo Ensino Básico (9º ano) Secundário (12º ano)
- Ensino Superior

2 - MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

(FOLSTEIN e McHUGH, 1975; Versão Portuguesa de GUERREIRO, S., 1994)

Nome: _____

Data da avaliação: __ / __ / __ Avaliador _____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- 1.1. Em que ano estamos? _____
- 1.2. Em que mês estamos? _____
- 1.3. Em que dia do mês estamos? _____
- 1.4. Em que dia da semana estamos? _____
- 1.5. Em que estação do ano estamos? _____
- 1.6. Em que país vive? _____
- 1.7. Em que distrito vive? _____
- 1.8. Em que terra vive? _____
- 1.9. Em que casa estamos? _____
- 1.10. Em que andar estamos? _____
- Pontos: _____

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

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

- 2.1. Pêra _____
- 2.2. Gato _____
- 2.3. Bola _____
- Pontos: _____

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

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

- 27__ 24__ 21__ 18__ 15__
- Pontos: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

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

- 2.1. Pêra _____
- 2.2. Gato _____
- 2.3. Bola _____
- Pontos: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a)"Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Pontos: _____

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

Pontos: _____

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Pontos: _____

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

Fechou os olhos

Pontos: _____

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

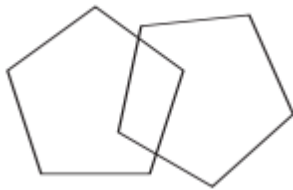
Pontos: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

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

DESENHO:

CÓPIA:



Pontos: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos

FECHE OS OLHOS

SECÇÃO A2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (Pré e Pós Protocolo de Intervenção)

3-ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO

(YESAVAGE, 1983; Versão Portuguesa de BARRETO, 2003)

Nome: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: ___/___/___ AVALIADOR: _____

- | | | |
|---|----------------|----------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () Sim | () Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () Sim | () Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | () Sim | () Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () Sim | () Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () Sim | () Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () Sim | () Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () Sim | () Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () Sim | () Não |
| 10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? | () Sim | () Não |
| 11. Sente-se frequentemente intranquilo? | () Sim | () Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () Sim | () Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () Sim | () Não |
| 14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | () Sim | () Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () Sim | () Não |
| 16. Fica frequentemente triste? | () Sim | () Não |
| 17. Sente-se inútil? | () Sim | () Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () Sim | () Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () Sim | () Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projetos? | () Sim | () Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () Sim | () Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () Sim | () Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () Sim | () Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () Sim | () Não |
| 25. Sente frequentemente vontade de chorar? | () Sim | () Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () Sim | () Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () Sim | () Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () Sim | () Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () Sim | () Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () Sim | () Não |

4 - ÍNDICE DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (LSI-A)

(NEUGARTEN et al., 1961, Versão portuguesa do LSI – Ade MARTÍN (2004))

Vou ler-lhe algumas frases sobre o modo como as pessoas se sentem, em geral, relativamente à vida. Para cada uma delas, responda se “Concorda”, “Discorda” ou se não tem a certeza (Não sei). (Escrever uma cruz na opção correcta.)

	Concordo	Discordo	Não sei
À medida que envelheço, as coisas parecem melhor do que eu pensava que seriam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tive mais momentos baixos na vida do que a maior parte das pessoas que conheço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta é a fase mais sombria da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou tão feliz como quando era mais novo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha vida podia ser mais feliz do que é agora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estes são os melhores anos da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A maior parte das coisas que faço são aborrecidas ou monótonas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espero que me aconteçam coisas interessantes e agradáveis no futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As coisas que faço são tão interessantes para mim como sempre foram.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me velho(a) e de certo modo cansado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto a idade que tenho, mas isso não me incomoda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando olho para a minha vida passada, sinto-me razoavelmente satisfeito(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não mudaria a minha vida passada mesmo que pudesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparando-me com outras pessoas da minha idade, tomei muitas decisões “tontas” na minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparando-me com outras pessoa da minha idade, tenho boa aparência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já fiz planos para coisas que só concretizarei daqui a um mês ou a um ano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando penso na minha vida passada, vejo que não alcancei a maior partes das coisas importantes que queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparando-me com outras pessoas da minha idade, vou-me abaixo muitas vezes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegui muitas das coisas que esperava da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apesar do que as pessoas dizem, a maioria das pessoas comuns está a ficar pior e não melhor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - PROVA DE PRÉ E PÓS-TESTE SOBRE MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA

(GONÇALVES, D. e ALBUQUERQUE, P., 2006)

Nome: _____

Data: __/__/__

Pré-teste (1) /Pós teste (2)

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

Instruções para palavras com valência afectiva

“Tente recordar algum dia, momento ou situação em que sentisse...”

1. Amor TL_____ TR_____

2. Solidão TL_____ TR_____

3. Felicidade TL_____ TR_____

4. Sofrimento TL_____ TR_____

5. Amizade TL_____ TR_____

6. Tristeza TL_____ TR_____

7. Carinho TL_____ TR_____

8. Ódio TL_____ TR_____

9. Alegria TL_____ TR_____

10. Desespero TL_____ TR_____

Instruções para palavras neutras

“Tente recordar um dia, momento ou situação específica que apareça na sua memória a partir da palavra...”

11. Bicicleta TL_____ TR_____

12. Cão TL_____ TR_____

13. Sapatos TL_____ TR_____

14. Tomate TL_____ TR_____

15. Trabalho TL_____ TR_____

Obs.: TL – Tempo de Latência; TR – Tipo de recordação (Geral ou Específico; Positivo, Negativo ou neutro).

SECÇÃO B1 –PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO**6 - TREINO EM EVENTOS ESPECÍFICOS POSITIVOS NA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA
BASEADO NA REVISÃO DE VIDA**

(Serrano, 2005)

Nome: _____

Data: ___/___/___

Primeira sessão de treino

Vamos agora conversar sobre as recordações da sua infância, quando era criança e vivia com a sua família na vossa casa. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.

Infância, família e lar

Q1. Qual o instante ou situação mais agradável que recorda da sua vida enquanto criança? Pode voltar atrás no tempo tanto quanto deseje.

Q2. Que outro momento ou instante, passado quando era criança, recorda como tendo sido muito feliz?

Q3. Recorda algum acontecimento de máxima felicidade, ocorrido num dia específico da sua infância, que tivesse lugar em sua casa na companhia dos seus pais?

Q4. Pode contar-me algo que o seu pai ou a sua mãe tenha feito quando você era criança, que tenha vivido com muita alegria?

Q5. Tinha irmãos ou irmãs? Consegue recordar um dia que passassem juntos, quando eram muito pequenos, que ficou gravado na sua cabeça por ter sido muito divertido? (Se não tinha irmãos, pense em alguém especial para si.)

Q6. Houve alguém próximo de si que lhe tivesse oferecido um presente quando era criança ou jovem, que o tivesse feito muito feliz?

Q7. Recorda algum dia especial, em que estivesse com um amigo e se divertisse imenso? Porque crê que esse dia o (a) fez sentir tão feliz?

Q8. Recorda um momento ou dia da sua infância em que deixou os seus pais felizes por algo que tenha feito?

Q9. Recorda um dia da sua infância que fosse muito divertido em que estivesse a brincar com um jogo ou um brinquedo preferido?

Q10. Consegue contar-me um dia em que fosse criança ou muito jovem, em que os seus pais o (a) levassem a um lugar para fazê-lo (a) feliz e em que se sentisse especial?

Q11. Como recorda um dia ou momento, quando era muito jovem, de grande felicidade em sua casa?

Q12. Recorda-se de algum instante concreto em que se sentisse protegido ou querido por alguém?

Q13. Quem era a pessoa de quem mais gostava e que lhe deu um abraço ou um beijo, um dia em sua casa, e que nunca mais esqueceu?

Q14. Qual foi a coisa que o seu pai ou a sua mãe fizeram uma dia e que o (a) maravilhou?

Nome: _____

Data: ___/___/___

Segunda sessão de treino

Vamos agora conversar sobre as recordações que tem da sua adolescência, entre os 14 e os 20 anos. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.

Adolescência

Q1. Pense em quando era adolescente. Recorda algum dia desta época em que se sentisse especialmente contente por algo? Sentiu-se bem consigo mesmo nesse momento?

Q2. Que outro acontecimento destacaria do início desta fase, da adolescência, como sendo algo que recorda desde sempre por ter corrido muito bem?

Q3. Recorda algum dia de aniversário da sua adolescência? Fale-me sobre os momentos que recorde, sobre os pais, irmãos, amigos ou professores que estiveram perto de si, recorda algum momento especial que seja inesquecível?

Q4. Recorda um dia especial passado na igreja (ou noutra local) com um grupo de amigos?

Q5. Ia à escola? Recorda algum dia de muita diversão na sua turma, um dia de celebração na escola que fosse uma festa para todos? Ou, se não ia à escola uma festa com os seus amigos?

Q6. Enquanto era adolescente, recorda um dia em que se divertisse muito a ajudar os seus pais no trabalho, sentindo-se feliz no final do dia por ter conseguido fazer um trabalho muito duro?

Q7. Conte-me um dia vivido nesta época, que tenha sido muito bonito e especial para si, passado na companhia dos seus melhores amigos. Que seja da adolescência.

Q8. Recorda-se de estar acompanhado num momento ou situação vivida na adolescência, sentindo-se protegido e querido?

Q9. Qual foi a situação de que mais gostou, em que fez algo fora do normal, enquanto era adolescente?

Q10. Considerando as questões que lhe fiz, qual é para si o momento ou instante que considere como mais feliz durante a sua adolescência?

Q11. Descreva a primeira recordação que lhe venha à cabeça sobre um dia específico em que vivesse um momento especial da sua etapa de adolescente?

Q12. Recorda um dia em que fez algo divertido ou especial na companhia do seu pai ou mãe (amigo/a)? O que fizeram juntos?

Q13. Que dia recorda com os seus avós, sendo jovem, que o deixou muito feliz?

Q14. Que momento recorda como especial na adolescência, como tendo sido partilhado com alguém por quem estava apaixonado (a)?

Nome: _____

Data: ___/___/___

Terceira sessão de treino

Vamos agora conversar sobre as recordações que tem de quando era adulto, dos 20 aos 60 anos. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.

Idade adulta

Q1. Recorda algum dia quando era adulto em que alcançasse um objetivo que tinha definido, sentindo-se por isso feliz?

Q2. Recorda algum instante, enquanto era adulto, em que se sentisse muito feliz ao participar num acto religioso ou estando na igreja?

Q3. Recorde agora a sua vida enquanto adulto, desde que tinha 20 anos até ao dia de hoje. Conte-me qual foi o acontecimento mais importante da sua vida.

Q4. Como foi a sua vida dos 20 aos 30 anos? Conte-me um dia em que se tivesse divertido muito.

Q5. Como é que se divertia? Recorde algum acontecimento importante sendo uma pessoa adulta.

Q6. Fale-me do seu trabalho. Gostava do seu trabalho? Fale-me sobre o dia em que se sentisse mais orgulhoso no seu trabalho de adulto.

Q7. Conte-me algum momento em que se tenha apercebido que tinha uma relação muito importante com outra pessoa, e pela qual se sentia muito feliz?

Q8. Casou? [sim] Conte-me alguma coisa que a sua esposa (o seu marido) tenha feito e que tenha demonstrado o amor que tinha por si. [não] Porque não? Sente-se satisfeito (a) com a decisão que tomou? Recorda um momento em que se apercebesse que estava apaixonado (a) por alguém?

Q9. Qual o momento de maior felicidade que recorda ao lado da sua companheira (do seu companheiro)?

Q10. Poderia descrever o seu casamento como tendo sido muito feliz? Que momento especial recorda melhor?

Q11. Houve alguém próximo de si que recuperou de uma doença grave? Como foram esses instantes de felicidade, vividos já como adulto?

Q12. Recorda algum dia especialmente feliz, quando era adulto, em que tivesse evitado um acidente?

Q13. Houve algum dia em que se sentisse muito contente por ter escapado ao trabalho? O que aconteceu?

Q14. Recorda um dia, sendo adulto, em que sentiu muito feliz por ter oferecido algo a alguém? Como decorreu esse momento? O que sentiu?

Nome: _____

Data: ___/___/___

Quarta sessão de treino

Vamos agora conversar sobre as recordações que da sua vida em geral, ao longo de toda a sua vida. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.

Resumo de vida

Q1. De um modo global, como crê que tem sido a sua vida? Descreva um momento, o primeiro que recorde, que seja para si o mais feliz que viveu.

Q2. Caso voltasse a viver toda a sua vida de novo, que momento de grande felicidade gostaria de voltar a viver? Descreva-mo.

Q3. Estivemos a falar sobre a sua vida durante algum tempo. Vamos agora discutir os sentimentos e ideias que tem sobre a sua vida. Qual é a primeira satisfação que sente, aquela que considera como sendo mais importante?

Q4. Qual é a segunda satisfação que recorda como sendo mais importante na sua vida?

Q5. Toda a gente sofre desilusões na sua vida. Contudo, qual foi a maior alegria que alguém lhe deu na sua vida?

Q6. Qual foi a situação mais importante e feliz com que teve de lidar na sua vida? Descreva-a.

Q7. Qual foi o período mais feliz da sua vida? O que é que o fez sentir tão feliz durante este período? Pense num dia e descreva-mo.

Q8. Qual é o momento ou instante de toda a sua vida que recorde com maior carinho agora?

Q9. Qual foi o momento da sua vida em que sentisse mais orgulho?

Q10. Se pudesse escolher um momento ou instante da sua vida em que ficasse a viver para sempre, qual escolheria? Porquê?

Q11. Como crê que foram os últimos 10 anos? Crê que poderia ter sido melhor ou pior? Que momento dos últimos 10 anos destacaria como sendo o mais feliz?

Q12. Qual acha que foi a coisa mais importante que fez em toda a sua vida, que ainda hoje o encha de alegria?

Q13. Recorda-se de algum dia, quase como se fosse hoje, em que tivesse alguém nos seus braços (filho, neto ou outro), e em que tivesse sentido uma felicidade máxima?

Q14. A quem está eternamente agradecido por algo que tenha feito por si num determinado momento?

SECÇÃO B2 - Grelha de correcção do Protocolo de intervenção

Nome: _____

Data: ___/___/___

CÇ	GER	ESP	N/r	POS	NEG	NEU	T.L.	ADU	GER	ESP	N/r	POS	NEG	NEU	T.L.
P1								P1							
P2								P2							
P3								P3							
P4								P4							
P5								P5							
P6								P6							
P7								P7							
P8								P8							
P9								P9							
P10								P10							
P11								P11							
P12								P12							
P13								P13							
P14								P14							
Tt1								Tt3							

ADO	GER	ESP	N/r	POS	NEG	NEU	T.L.	RES	GER	ESP	N/r	POS	NEG	NEU	T.L.
P1								P1							
P2								P2							
P3								P3							
P4								P4							
P5								P5							
P6								P6							
P7								P7							
P8								P8							
P9								P9							
P10								P10							
P11								P11							
P12								P12							
P13								P13							
P14								P14							
Tt2								Tt4							

Entrevista	Geral	Específica	N/r	Positivos	Negativos	Neutros	T.L.
Tt 1 Cç							
Tt 2 ADO							
Tt 3 ADU							
Tt4 RES							
Totais							

Legenda: CÇ – criança; ADO – adolescência; ADU – idade adulta; RES – resumo de vida

P – pergunta; Tt– total; T.L. – tempo de latência;

Tipo de recordação:

GER – geral; ESP – específica; N/r – não respondeu; POS – positivo; NEG – negativo; NEU – neutro

