

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA INTERVENTIVA

GIOVANA KAROLINE FRANCESCHINI BRUGNERA

TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS:
Estimulação da memória afetiva de idosos institucionalizados

São Leopoldo
2014

GIOVANA KAROLINE FRANCESCHINI BRUGNERA

TERAPIA DE REMINISCÊNCIAS:

Estimulação da memória afetiva de idosos institucionalizados

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gerontologia, pelo Curso de Especialização em Gerontologia Interventiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Dra Marcia Luconi Viana

São Leopoldo
2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVOS.....	6
2.1 Objetivo geral.....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3.1 Envelhecimento saudável e patológico.....	7
3.2 Transtornos demenciais na velhice.....	9
3.2.1 Doença de Alzheimer.....	9
3.2.2 Demência Vascular.....	10
3.2.3 Demência de Corpos de Lewy.....	10
3.2.4 Demência Fronto-temporal.....	11
3.3 Processo de institucionalização.....	11
3.4 Abordagem psicoterapêuticas e complementares.....	13
3.5 Terapia de Reminiscências.....	14
3.6 Oficinas.....	16
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Delineamento.....	18
4.2 Participantes.....	18
4.3 Instrumentos.....	19
4.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados.....	20
5. CRONOGRAMA.....	22
6 ORÇAMENTO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES E IMPLICAÇÕES DA INTERVENÇÃO.....	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	29
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	30
ANEXO C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	31
ANEXO D - MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT (MOCA).....	32

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de uma proposta de intervenção psicológica com idosos que apresentam quadro demencial, residentes em uma instituição de longa permanência onde realizamos nossa prática profissional na serra Gaúcha, RS.

A Casa de Repouso Elisa Tramontina, anexa ao Hospital Beneficente São Roque, está localizada na cidade de Carlos Barbosa, um município com alto poder aquisitivo da serra gaúcha, que conta atualmente com 25.193 habitantes. Residem na instituição aproximadamente 60 idosos de ambos os sexos oriundos de diversas cidades gaúchas, inclusive de outros estados como São Paulo e Santa Catarina em função do vínculo com familiares na região e tradições socioculturais de imigração italiana e alemã.

A instituição conta atualmente com duas unidades: a Casa de Repouso, destinada a idosos independentes ou com baixo grau de dependência e a Unidade de Cuidados Prolongados que atende residentes debilitados e de pós-cirúrgicos com grau de dependência mais elevado, sendo que a sua maioria apresenta quadro demencial decorrente de doenças crônico-degenerativas. Nessa última unidade que será realizada nossa intervenção, com o intuito de estimular a memória afetiva dos idosos demenciados.

O interesse por esse estudo surgiu em decorrência do número significativo de idosos residentes na instituição que apresentam problemas cognitivos, a maioria originados por doenças neurodegenerativas, tais como a doença de Alzheimer. Ao observar o cotidiano desses pacientes, pode-se perceber uma falta de estímulos conversacionais e físicos, ocasionando uma aceleração do envelhecimento e um prejuízo à autoestima, o que os desestimula ainda mais, acarretando um comprometimento maior, estabelecendo um círculo vicioso.

Podemos considerar o envelhecimento populacional uma conquista social. Entretanto, não podemos garantir que este processo seja acompanhado de qualidade de vida, baseado no exemplo que o crescimento demográfico da população idosa representa um significativo aumento de doenças crônico-degenerativas, entre as quais as demências (SOARES et al, 2010).

Tendo em vista que ainda não existe um tratamento que possa curar ou reverter a deterioração causada pelas demências, sendo que os tratamentos disponíveis buscam apenas minimizar sintomas cognitivos e comportamentais por meio de medicação e técnicas cognitivas de reabilitação (BOTTINO, 2002) pensou-se em realizar um projeto de intervenção, voltado para estimulação cognitiva, especificamente relacionado a memória afetiva, com o objetivo principal de proporcionar uma maior qualidade de vida aos idosos com tais patologias.

Acredita-se que a estimulação cognitiva e afetiva poderá valorizar suas vivências e experiências passadas, ressaltando a importância desse processo para manutenção de suas habilidades ainda preservadas e no resgate de memórias relevantes.

A estimulação cognitiva em idosos vem se tornando possível devido o conceito de neuroplasticidade, que pode ser definido como a capacidade do cérebro de alterar suas estruturas e funções, através de ganhos adquiridos pela aprendizagem. (SINGER et al., 2003).

Segundo Zimmerman (2000) as oficinas de estimulação da cognição para idosos são importantes, sendo considerado um dos melhores meios para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento, levando os indivíduos a viver com melhor qualidade de vida.

Um dos processos utilizados na reabilitação cognitiva é a Terapia de Reminiscências, pela qual se optou para a realização desse projeto. Esta terapia consiste, basicamente, na recuperação de memórias pessoalmente relevantes, realizando estimulação do cérebro dos pacientes com base em elementos representativos da memória como, por exemplo, fotografias.

No trabalho com idosos, a reminiscência pode atingir seu objetivo principal, de reconstrução do auto-conceito, que estaria ameaçado neste momento da vida. Assim, a reminiscência pode ser compreendida enquanto estratégia de intervenção psicoterapêutica, relacionada a construção de significados, uma vez que o auto-conceito do idoso está presente no discurso social, cultural e histórico. (KNIGHT, 2004 apud GONÇALVES; ALBUQUERQUE; MARTÍN, 2008)

Desta forma, acredita-se que este trabalho possa beneficiar os idosos, quanto para elevar sua autoestima, melhorar o humor, a comunicação e a expressão dos afetos identificando e valorizando suas vivências, através da recuperação de memórias autobiográficas positivas, resgatando fatos importantes em suas vidas, estimulando a memória afetiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Estimular a memória afetiva de idosos institucionalizados que apresentam quadro demencial através da terapia de reminiscências.

2.2 Objetivos específicos:

- Realizar intervenção psicológica, utilizando a terapia de reminiscências, com idosos institucionalizados que apresentam quadro demencial;
- Oportunizar aos idosos institucionalizados um espaço de desenvolvimento potencial da memória afetiva, através de técnicas específicas, baseadas na terapia de reminiscências;
- Avaliar os benefícios que as oficinas de reminiscências podem oferecer aos idosos institucionalizados através de instrumento específico de avaliação

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento saudável e patológico

A questão do envelhecimento e da longevidade humana sempre esteve presente na história, tanto na busca pela fórmula da juventude eterna, como na ideia de felicidade plena, ou seja, foi uma preocupação constante do homem em todos os tempos. Porém, tem recebido maior ênfase na última década, devido a sua expansão tanto a nível mundial, como na realidade brasileira, sendo objeto de investigação na comunidade acadêmica e na sociedade civil, tendo em vista também que o envelhecimento populacional se torna uma preocupação de saúde pública. (ARAÚJO; CARVALHO, 2005)

Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um processo gradual e multifatorial e, a velhice, como uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com menos ou mais qualidade de vida. No plano individual, a velhice implica nas diferentes trajetórias de vida e, no plano coletivo, constitui-se pelas influências sociais e culturais. (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008)

Fisiologicamente, o envelhecimento é linear e não obrigatoriamente igual em todos os sistemas do corpo humano. Cada um inicia seu envelhecimento a um dado momento e perde a sua função em seu próprio ritmo, mas permanece sendo linear. (NORDAN et. al, 2009)

As mudanças evolutivas como ganhos e perdas são também questões relativas a critérios subjetivos que envolvem anseios e valores, e conseqüentemente variam segundo o contexto sociocultural. (NERI, 2001)

Assim, para Resende (2006), o processo de envelhecer depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, possibilitando o desenvolvimento de mecanismos para lidar com as perdas implicadas neste processo e uma adaptação às desvantagens e restrições.

Portanto, envelhecimento saudável é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. (RAMOS, 2003).

Para o autor, envelhecimento bem-sucedido não é um privilégio ou sorte, mas um objetivo a ser alcançado por quem planeja e trabalha para isso, sabendo lidar com as mudanças que efetivamente acompanham o envelhecer.

Ribeiro (2006) ressalta que o envelhecimento cerebral, por sua vez, também apresenta seu próprio ritmo, quanto mais do cérebro for utilizado em atividades intelectuais mais tempo ele

demorará para perder suas conexões e, conseqüentemente, apresentar uma perda sintomática, tendo em vista sua excepcional capacidade plástica.

Na velhice, frequentemente ocorrem alterações em diferentes áreas da cognição, que envolve o funcionamento mental, como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. (RABELO, 2009)

As funções cognitivas podem ser distintamente divididas em: atenção, orientação, memória, organização visuo-motora, raciocínio, funções executivas, planejamento e solução de problemas. (ABREU; TAMAI, 2006)

Ávila e Bottino (2006) refere que o declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. Os autores afirmam ainda que o declínio cognitivo tem início e progressão variáveis, relacionando-se aos fatores educacionais, de saúde, bem como ao nível intelectual global e as capacidades mentais específicas do indivíduo.

Já para a Organização Mundial da Saúde (2005) muitas vezes o declínio cognitivo é ocasionado por desuso, doenças, fatores comportamentais, psicológicos e sociais, mais do que pelo envelhecimento em si, podendo essas perdas serem compensadas por ganhos em sabedoria, em conhecimento e em experiência.

O envelhecimento normal pode ser acompanhado por certo grau de declínio cognitivo, mas que não chega a interferir substancialmente com as atividades do dia a dia. Aparentemente esta alteração decorre de uma redução da velocidade de processamento de informações e de mudanças em certas habilidades cognitivas específicas, em especial a memória, a atenção e as funções executivas. (RIBEIRO, 2006)

Porém, o comprometimento cognitivo em maior grau afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando perda de independência e autonomia, com conseqüente perda da qualidade de vida do idoso. Nesta fase da vida, onde as perdas físicas, afetivas e sociais são superiores aos ganhos, os idosos tornam-se mais propensos a desenvolver certas doenças mentais, como a depressão e as demências (OLIVEIRA, 2010).

3.2 Transtornos demenciais na velhice

O termo demência foi qualificado inicialmente pela neuropsiquiatria como um conjunto heterogêneo de perturbações mentais, e hoje é considerado um grupo de degenerações do córtex cerebral que se manifestam pela perda progressiva e inevitável das funções intelectuais, como perda da capacidade de raciocínio, perturbações das grandes funções cognitivas, tais como a memória, a orientação, a linguagem, as percepções do gesto, alterações dos comportamentos afetivos e inadequação comportamental ao contexto social. (GORZONI; PIRES, 2006)

As causas mais frequentes da demência são: a doença de Alzheimer, demência vascular, demência dos corpos de Lewy e as demências fronto-temporais. (CARAMELLI; BARBOSA, 2002)

3.2.1 Doença de Alzheimer

É a causa mais frequente de demência, superando os 50% de todos os quadros demenciais. Caracteriza-se por um acometimento da capacidade cognitiva, especialmente da memória recente e desorientação espacial, que costumam ser as primeiras queixas apresentadas. (CARAMELLI; BARBOSA, 2002)

O início do quadro costuma ser insidioso, começando com alterações leves do comportamento, da memória e da função visuo-espacial. Com o tempo, estes prejuízos vão aumentando, trazendo dificuldades para inúmeras tarefas do dia a dia. Por vezes, o início pode ser abrupto, em que se verifica agitação ou, geralmente associado a um evento traumático. (NITRINI, 2003)

O diagnóstico da Doença de Alzheimer é feito, principalmente, pela observação do quadro clínico. Alguns exames complementares podem ser realizados, mas eles servem mais para excluir outras causas que poderiam justificar os sintomas.

Os critérios mais utilizados atualmente são os propostos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e pelos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos (NINCDS-ADRDA). (NORDON et al, 2009)

3.2.2 Demência Vascular

A demência vascular é um conceito de categoria diagnóstica que surgiu no final dos anos 80 para designar quadro demencial decorrente de doença cerebrovascular. (ENGELHARDT, 2011)

Segundo Nitrini (2003) a demência vascular é considerada, depois do Alzheimer, a causa mais importante de demência. Ela se caracteriza por múltiplos infartos que vão ocorrendo no cérebro ao longo da vida do indivíduo, que tem uma pequena isquemia, depois outra e mais outra. Essas alterações vão se somando como que em degraus e estão associadas a uma história de declínio da competência cognitiva.

O que caracteriza o quadro clínico da demência vascular é o início abrupto, relacionado a um AVC ou a um ataque isquêmico transitório, podendo haver estabilidade, melhora ou piora progressivas, geralmente de caráter flutuante ou com deterioração em degraus. A ocorrência de sinais neurológicos focais ao exame neurológico contribui de maneira importante para o diagnóstico de demência vascular. (NORDON et. al, 2009)

3.2.3 Demência de Corpos de Lewy

Outra doença frequente é a demência com corpos de Lewy, uma forma de degeneração marcada por grandes oscilações no desempenho do dia a dia. Num momento, o indivíduo aparentemente está bem, mas minutos ou horas depois apresenta estado de confusão mental, mostra-se sonolento ou incapaz de responder perguntas que respondera algumas horas antes. Essas grandes oscilações acompanhadas por alucinações visuais merecem atenção especial, porque o tratamento é possível, embora difícil e a melhora menos expressiva. (NITRINI, 2003)

O sinal mais importante que caracteriza a demência com corpos de Lewy é o declínio cognitivo de magnitude suficiente para interferir na função social e profissional do doente. Uma perda proeminente e persistente da memória não ocorre necessariamente nas fases iniciais da doença, embora se torne evidente com sua evolução. Dificuldades na atenção e função são evidentes. (NORDON at.al, 2009)

3.2.4 Demências Fronto-temporais

A demência fronto-temporal é uma importante causa de demência no período pré-senil. Caracteriza-se por significativas modificações do comportamento e da personalidade, enquanto o funcionamento cognitivo avaliado por testes psicométricos tradicionais encontra-se relativamente preservado. Muitos pacientes buscam o psiquiatra em virtude dos sintomas comportamentais proeminentes, como apatia, desinibição e comportamentos perseverativos ou estereotipados. O tratamento racional da demência fronto-temporal é atualmente limitado. Os sintomas comportamentais são controlados principalmente por inibidores seletivos da recaptação de serotonina. (TEIXEIRA; SALGADO, 2006)

Embora as mudanças de personalidade chamem mais atenção, há também um comprometimento intelectual importante. Nesses casos, em geral, os pacientes recorrem a um psiquiatra. O tratamento ajuda a melhorar o comportamento e as relações sociais, mas não consegue interferir na evolução da doença, que lamentavelmente ainda não é bem conhecida. A doença fronto-temporal corresponde de 5% a 10% dos casos de demência. Afeta indivíduos em torno dos 50 ou 60 anos e é muito parecida com a neuro-sífilis, uma doença mais comum no passado, que também afetava as regiões fronto-temporais e provocava alterações de personalidade. (NITRINI, 2003)

3.3 Processo de Institucionalização

Ao envelhecer o indivíduo está sujeito a mudanças que conduzem a uma perda progressiva de suas capacidades física e/ou mental e em face dessas perdas funcionais se tornam dependente dos cuidados da família, que pode encontrar dificuldades para desempenhar essa função a elas atribuída e optar pela institucionalização desses idosos. Nesses casos as instituições asilares tem se tornado cada vez mais requisitadas, pois podem oferecer aos que necessitam de cuidados especiais uma assistência multiprofissional. (GOLDENBERG, 2008)

O grau de dependência progressiva de pacientes com demência senil faz com que apresentem maior possibilidade de institucionalização. A institucionalização é, por si só, um fator altamente estressante para o idoso, podendo ser o ponto de partida para a desestruturação psíquica. (SOARES et al. 2010)

Para Lima et. al (2005) as instituições asilares têm o compromisso de suprir as necessidades básicas dos idosos, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida, embora algumas não tem cumprido com esse papel.

Na Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições, que surgiu a 24 de Setembro de 1993, ficou estabelecido que as instituições devem: promover e melhorar a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis limitações acarretadas pela vida na instituição; manter a autonomia do idoso; favorecer a livre expressão da sua vontade e o desenvolvimento da sua capacidade; possibilitar a liberdade de escolha; respeitar a privacidade e a manutenção do seu papel social, entre outros fatores (BORN; BOECHAT, 2006).

No entanto, a institucionalização pode refletir em várias áreas da vida do idoso, por ser uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão, que levam o idoso a passar por transformações de todos os tipos. Esse isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças mentais nos asilos. (FREITAS; SCHEICHER, 2010)

O idoso, ao ser institucionalizado, muitas vezes perde a identidade e o contato com a realidade, tendo de se adaptar a outro contexto, além de modificar as suas relações interpessoais. Também podemos perceber o abandono a que são sujeitos ao ingressar na instituição, causando, na maioria dos casos, depressão e problemas de saúde em geral. (RIGO, 2007).

Os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de apresentar declínios ao nível do funcionamento cognitivo como consequência do sedentarismo vivido em muitas instituições; a falta de estímulos (cognitivos, físicos e sociais) nestes contextos acelera o processo de envelhecimento (NORDON et al., 2009).

Portanto, tem se pensando em intervenções cognitivas, compostas por diferentes tipos de programas de treino, que apresentam efeitos variáveis e amplos no funcionamento cognitivo de idosos, mesmo em idade avançada. (NERI, 2006)

Sendo assim, mesmo em idosos institucionalizados pode-se aplicar exercícios cognitivos, através de estimulação e motivação como método terapêutico na recuperação e/ou na manutenção da função cerebral associada a cognição. (SOUZA; CHAVES, 2005)

3.4 Abordagens psicoterapêuticas e complementares

Até recentemente, as abordagens psicológicas voltadas a idosos eram consideradas somente um suporte para aumentar a adesão à medicação. Atualmente, observa-se que o uso de psicoterapia no tratamento desta população tem objetivos mais amplos, como o aumento da adesão ao tratamento, a redução dos sintomas, prevenção de recaídas/recorrências, a elaboração de trabalho de luto relacionado às perdas decorrentes das modificações nos papéis sociais e familiares e, principalmente, a melhora na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. (BOECHAT, 2002)

As intervenções psicológicas também podem aumentar o funcionamento social e ocupacional e ainda a capacidade de manejo de situações estressantes. (CORDIOLLI, 1998)

O papel do psicólogo é relevante, já que a velhice traz consigo um maior risco da vulnerabilidade e das disfunções. O psicólogo pode atuar na avaliação e na reabilitação cognitiva, na psicoterapia de idosos, familiares e cuidadores, na área da informação da população acerca do envelhecimento e suas conseqüências, dentre outras funções. (NERI, 2004)

Nos últimos dez anos, a psicoterapia vem lentamente tornando-se parte do tratamento das demências. A partir de então, estes pacientes passaram a ser reconhecidos como portadores de necessidades psicológicas, emocionais e físicas, uma vez que se encontram sujeitos a um duplo ataque: por um lado, a perda da própria imagem e do desvanecimento do Eu, conseqüências psicológicas da degeneração cerebral; por outro, e a alienação social a que são relegados. (DOURADO, 2002)

Lima (2006) salienta que além da administração de medicamentos específicos, que têm importante papel no controle dos sintomas das demências, podem-se buscar diferentes intervenções que ofereçam possibilidade de prolongar ao máximo a qualidade de vida do portador e de todos envolvidos nesse processo.

O autor sugere que estimular as habilidades cognitivas remanescentes, reeducar aquelas que estão em declínio, incentivar o convívio social, as atividades de lazer e tudo que é prazeroso pode ser benéfico não só para o portador como também a todos que convivem com ele, pois isso gera satisfação e atenua a realidade das limitações que crescem com o passar do tempo. Assim, acredita que a psicologia, com seus diversos canais de acesso ao ser humano, tem espaço para atuação cada vez maior e mais reconhecida.

Ao tratamento não medicamentoso geriátrico-gerontológico dos pacientes com presença de demência que inclui, dentro de uma concepção holística, os seus cuidadores e os seus familiares, dá-se o nome de reabilitação cognitiva de abrangência biopsicosocial. As dinâmicas para os tratamentos de reabilitação cognitiva sejam eles individuais ou coletivos, dirigidas aos pacientes, aos familiares e/ou aos cuidadores, são: Técnicas Comportamentais; Terapia de Orientação para a Realidade; Estimulação Cognitiva; Terapia de Reminiscências; e Teoria de Validação. (CAMARA et al., 2009)

A Terapia de Reminiscências foi a técnica escolhida para a elaboração deste projeto, tendo como objetivo principal estimular a memória afetiva dos idosos institucionalizados que apresentam quadro demencial.

3.5 Terapia de Reminiscências

Até aos anos 60, a técnica de reminiscências era considerada como fator desencadeante de stress e angústia. Só em 1963, Robert N. Butler destacou a importância do idoso realizar uma “revisão da vida”. Butler, pioneiro da utilização das memórias do passado como meio de otimizar a adaptação as etapas finais da vida, considera que a avaliação retrospectiva dos acontecimentos passados permitia realizar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos. (MARQUES, 2012)

Embora Butler reconheça que pessoas de todas as idades revêem 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 registra-se mais frequentemente nas pessoas idosas pela proximidade da morte, pelo tempo que existe para auto-reflexão e pelo abandono da carreira, habitualmente como mecanismo de defesa (MERRIAM, 1995 apud MARQUES, 2012).

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 auto-imagem (GONÇALVES; MARTÍN, 2007).

A terapia da reminiscência valoriza o paciente através do seu conhecimento a respeito do seu passado permitindo a conversação e orientação para o presente, criando novos sentidos para

o passado e permitindo a vivência da continuidade do sujeito através do tempo. (FOLGOA, 2011)

Uma das peculiaridades desse tipo de trabalho reside no fato de que as lembranças podem ser usadas como uma revisão cujo objetivo é preencher um vazio. O lembrado também tem outra função mais específica, já que pode ser ressignificado e atualizado de forma a abrir a possibilidade de traçar planos para o futuro. Quando há desistência do próprio passado, o idoso defronta-se com um vazio que o impossibilita de encontrar recursos próprios para a elaboração de seus lutos e perdas. (DOURADO, 2002)

Esta técnica tem sido muito utilizada para resgatar emoções vividas previamente, gerando maior socialização e entretenimento como parte da terapia. A técnica induz a plasticidade do sistema nervoso, existindo a hipótese do treino e das atividades cognitivas possibilitarem aos idosos manterem as habilidades utilizadas. (FOLGÔA, 2011)

Para Melo (2008) a reminiscência é um modo de rever acontecimentos passados e habitualmente é uma atividade muito positiva e gratificante. Mesmo que a pessoa com demência não consiga participar verbalmente, pode sentir prazer em estar envolvida nas reflexões sobre o seu passado.

A concepção de senso comum de que a memória é seletiva explica, em parte, porque o indivíduo junta as referências do passado num processo de permanente reconstrução. Rememorar fatos passados e evocar lembranças faz com que o idoso una um começo a um fim, ordenando no tempo eventos que são significativos para ele. (FOLGÔA, 2011)

Mais do que a localização perfeita no tempo, a terapia de reminiscência pretende que o idoso se centre na lembrança e nos aspectos pessoais da mesma. Pretende, portanto, estimular a própria identidade e autoestima do paciente. Para isso, serve-se de materiais antigos ou do cotidiano, como jornais, utensílios domésticos, fotografias, entre outros para estimular a memória e permitir à pessoa idosa a partilha e a valorização das suas experiências. (GARCIA, 2011)

Os artigos de revisão de literatura sobre o impacto da terapia de reminiscência na pessoa idosa com demência apontam para uma melhoria da cognição nesta população, reiterando também um melhora do humor e nos sintomas depressivos. (COTELLI et al, 2012 apud LOPES, 2014)

Forem constatadas ainda melhorias da comunicação nas pessoas idosas com demência. Observando-se melhoria nas componentes de comunicação não-verbal, interação pessoal, de fluência verbal e da linguagem (HUANG et al, 2009 apud LOPES, 2014)

Parece assim possível concluir que a terapia de reminiscência é uma ferramenta útil para trabalhar com idosos, institucionalizados ou a viver em comunidade, uma vez que promove competências para lidar com o cotidiano. Assim, tem sido a terapia não farmacológica mais utilizada em hospitais, lares, centros de dia e outros contextos de prestação de cuidados (GONÇALVES; ALBUQUERQUE; MARTÍN, 2008)

3.6 Oficinas

O dispositivo de oficinas de atividades tem sido utilizado na área da saúde mental para propiciar aos participantes espaço de interação e convivência. E, dependendo dos objetivos pretendidos pode ser um dos recursos que melhor oportuniza o desenvolvimento de competências sociais e de habilidades que, individualmente, pouco se efetivariam como no caso de pessoas maiores e dependentes.

Folgôa (2011) afirma que a terapia da reminiscência faz-se com objetos e lembranças significativas da vida do paciente, como por exemplo, canções antigas, fotos, álbuns de família, discos, entre outros, os quais são solicitados aos pacientes e /ou familiares. Podem ser elaboradas diversas oficinas para a utilização desses materiais, estimulando a memória afetiva dos idosos.

Nas oficinas da memória, utilizando conteúdo autobiográfico, o idoso pode lembrar e revisar fatos já vividos, atribuindo-lhe novo significado. A memória autobiográfica tem sido focalizada como elemento de resignificação de trajetórias de vida. “Na maior parte das vezes, lembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias de hoje, as experiências do passado. A memória não é sonho, é trabalho”. (BOSI, 1987, p. 17)

As oficinas culturais também são uma forma de valorização e resgate da cultura popular, passada através das gerações, favorecendo o enriquecimento do conhecimento, a valorização da tradição cultural de cada indivíduo, a ampliação de informações, a troca de experiências, a auto descoberta, o repensar do passado de forma lúdica e divertida, buscando a ampliação do relacionamento interpessoal e o auto-reconhecimento.

Para Andrade e Lima (1979) a cultura popular se faz presente como manifestação do sentir, pensar, agir e reagir do homem, é espontânea porque pode ser criada de maneira natural, é sempre aceita coletiva e espontaneamente e sua comunicação efetiva-se de um para outro membro do grupo, através da interação social, pela imitação ou condicionamento inconsciente.

A percepção sensorial pode ser um elemento gerador de melhorias na qualidade de vida, favorecendo ações conscientes e construtivas, além do desenvolvimento de recursos internos

indispensáveis na busca do bem estar e de uma vida mais equilibrada. As oficinas baseada nas percepções dos cinco sentidos focaliza a importância do autoconhecimento nos processos de mudança, visando a ampliação e a organização da consciência da realidade. Os cinco sentidos se apresentam como fonte inesgotável de significações. Ver, ouvir, tocar, cheirar e saborear podem ser considerados os principais caminhos para conhecer a vida.

A reminiscência é muito mais do que falar acerca de uma memória. Para pessoas com déficits 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 desencadear 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 apud GARCIA, 2011).

A criatividade pode ser estimulada através das oficinas de arte terapia, tendo em vista que a arte faz parte do universo social e cultural do ser humano. Quando usada como estratégia pode possibilitar ao ser humano uma maior consciência de ser e estar no encontro com si mesmo e com os outros. Atividades expressivas e artísticas apresentam possibilidades diversificadas de experiência para o sujeito, que pode transformar, por meio da imaginação, elementos da realidade dando-lhes uma nova configuração.

Pode-se realizar oficinas de desenvolvimento pessoal, estimulando a autoestima que é um fator determinante para que o ser humano tenha um referencial de escolha das ações e comportamentos, enfim, valores, que exhibe no seu dia-a-dia. Se sua autoestima é positiva ele será capaz de fazer trocas construtivas com os que o cercam. Se, ao contrário, sua autoestima é negativa, ele projetará no outro suas frustrações, angústias e sofrimentos, numa teia de interações inadequadas em seu ambiente usual.

Em resumo, deve haver algum evocador de reminiscência, um estímulo inicial que desencadeia o processo de recordação. Como praticamente qualquer solicitação externa ou interna pode desempenhar esta função, entende-se que os estímulos da reminiscência são múltiplos. (TELES, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Essa é uma pesquisa de cunho exploratório de análise descritiva e qualitativa. A metodologia de pesquisa, para Minayo (2003, p. 16-18) “é o caminho do pensamento a ser seguido. Ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade.”

Segundo a autora, a pesquisa trata-se de uma atividade da ciência, que visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construto profundos das relações que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Godoy (1995, p.58) explicita algumas características principais de uma pesquisa qualitativa, o qual embasam também este trabalho:

considera o ambiente como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave; possui caráter descritivo; o processo é o foco principal de abordagem e não o resultado ou o produto; a análise dos dados foi realizada de forma intuitiva e indutivamente pelo pesquisador; não requereu o uso de técnicas e métodos estatísticos; e, por fim, teve como preocupação maior a interpretação de fenômenos e a atribuição de resultados.

Um trabalho é de natureza exploratória quando envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram (ou tem) experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores. Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 1999)

4.2 Participantes

Os sujeitos envolvidos nesse projeto são idosos (de ambos os sexos) que residem em uma instituição de longa permanência do município de Carlos Barbosa, RS. A instituição conta com duas unidades uma delas a Casa de Repouso destinada a idosos independentes ou com baixo grau de dependência e a outra, Unidade de Cuidados Prolongados que atende residentes debilitados e

pós-cirúrgicos com grau de dependência mais elevado e com quadro demencial decorrente de doenças crônico-degenerativas. Nessa última unidade, com idosos dependentes, é que será realizada nossa intervenção, com o intuito de estimular a memória afetiva dos idosos demenciados. São 23 idosos, 16 mulheres e 07 homens com idades entre 65 e 95 anos. A maioria dos idosos foco do estudo possuem doenças degenerativas, com diagnóstico de Alzheimer, Parkinson e de Acidente Vascular Cerebral, associados a outras comorbidades como hipertensão, diabetes e cardiopatias.

4.3 Instrumentos

A avaliação inicial será constituída por uma entrevista semiestruturada e por um questionário de caracterização sócio demográfica para coleta dos dados pessoais dos participantes, sendo preenchido pela pesquisadora. A seguir, será aplicada uma escala cognitiva antes e após a intervenção (oficina de estimulação cognitiva), para análise dos resultados obtidos com cada um dos participantes do estudo.

A escala a ser utilizada será a Montreal CognitiveAssessment (MoCA) (Anexo D) que foi desenvolvida como um instrumento breve de rastreio para deficiência cognitiva leve .O mesmo acessa diferentes domínios cognitivos: Atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, habilidades viso-construtivas, conceituação, cálculo e orientação. O tempo de aplicação do MoCA é de aproximadamente 10 minutos. O escore total é de 30 pontos; sendo o escore de 26 ou mais considerado normal, abaixo dessa pontuação o sujeito apresenta algum comprometimento cognitivo, sendo possível avaliar em qual categoria encontra-se a maior dificuldade, devido a disposição das questões.

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

4.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados

Primeiro será realizado contato a Casa de Repouso Elisa Tramontina, anexa ao Hospital Beneficente São Roque, localizada na cidade de Carlos Barbosa, para solicitação da Carta de Anuência (Anexo A). Havendo interesse e disponibilidade da Instituição de Acolhimento, o responsável pela Instituição assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) com todos os participantes e ou seus responsáveis para manter os procedimentos éticos de pesquisa de acordo com a Resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde e Conselho Federal de Psicologia – CFP 016/2000.

Após os trâmites legais e aprovação do projeto pelo CEP Unisinos, iniciaremos a pesquisa com o preenchimento do questionário de caracterização sócio demográfica (Anexo C), obtendo as informações, caso o paciente não consiga responder, serão coletadas informações através dos prontuários médicos ou contato com familiares. Após, será aplicado o instrumento de rastreio MoCA para caracterizar estágios de declínio cognitivo ou demência.

Serão realizadas 10 sessões de reminiscência, uma vez por semana, de forma grupal, com duração de aproximadamente 1 hora, abordando temas relacionados com a infância, a escola, acontecimentos de época, vida profissional, vida familiar, passatempos, acontecimentos sazonais e gastronomia.

O local escolhido para essa atividade será a sala principal da Unidade de Cuidados Prolongados da instituição, onde a maioria dos residentes permanece durante o dia, na qual também são realizadas as atividades ocupacionais desenvolvidas pela equipe multidisciplinar. Assim, pode-se contar com o auxílio da equipe de enfermagem no acompanhamento dos idosos durante a oficina, caso necessitem de atendimento ou ajuda física para a sua participação.

Será determinado o dia da semana e o horário que serão realizadas as oficinas, informando a equipe multidisciplinar para que aquele momento seja respeitado, não ocorrendo outra atividade paralela, evitando a dispersão dos idosos.

No horário estipulado, os residentes já estarão na sala mencionada, auxiliados pela equipe de enfermagem, que os convidará a participar das oficinas, após realizarem os procedimentos de rotina em cada um dos quartos e avaliarem a possibilidade de participação, de acordo com seu estado de saúde naquele momento.

As oficinas serão compostas por atividades de estimulação cognitiva, envolvendo estímulos sensoriais, criativos, culturais e de autoconhecimento, sendo utilizados materiais específicos para promover tais estímulos como: incensos ou velas perfumadas, plantas, comidas,

músicas, imagens, objetos de diferentes texturas, histórias ou jornais de época, entre outros. Além disso, serão solicitados aos familiares dos residentes materiais de cunho pessoal ou familiar, como fotos, livros, roupas e demais objetos que possam ter significado afetivo para os idosos.

Serão registradas as respostas dos residentes aos estímulos ofertados como demonstração de afeto, expressões do comportamento, gestos ou palavras, principalmente quando relacionados às vivências do passado, estimulando a verbalização das lembranças como forma de socialização e reforço da memória evocada.

Os registros serão feitos pela própria pesquisadora, descrevendo o efeito da atividade para cada residente, através de suas manifestações verbais ou comportamentais. Será criado um formulário específico para esses registros, onde a profissional poderá acompanhar a evolução dos residentes, através de sua participação em cada uma das oficinas realizadas.

Também serão observadas as repetições de determinadas lembranças, respeitando a relevância de tal aspecto para o residente, oferecendo espaço de escuta quando necessário, em outro momento, de forma individual.

5 CRONOGRAMA

	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Elaboração do projeto	X					
Revisão de literatura	X	X				
Tramitação no Comitê de Ética CEP/UNISINOS			X			
Coleta de dados				X		
Análise dos dados				X		
Realização das oficinas					X	
Avaliação das oficinas						X
Elaboração Artigo						

6 ORÇAMENTO

O custeio das despesas decorrentes desta pesquisa serão arcadas pela instituição na qual realizamos nossa prática profissional, que também cederá o espaço físico e estrutural para sua realização. As possíveis despesas para a realização das oficinas de estimulação cognitiva serão:

Livros – 200,00 reais

45 formulários de pesquisa semiestruturada -50,00 reais

45 copias dos termos TCLE e de assentimento – 50,00 reais

Materiais para a realização das oficinas – 200,00 reais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio, esta é uma proposta de intervenção a ser efetivada, entretanto, pelo simples fato de ser idealizada nesse âmbito, com idosos dependentes e demenciados, já é para nós um fator de realização e de investimento profissional com vistas a trazer benefícios de saúde mental e física para os residentes da instituição mencionada.

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

Conforme os estudos de Gonçalves, Albuquerque e Martín (2008), os resultados da terapia da reminiscência 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. Acredita-se atingir resultados positivos com a prática das oficinas de reminiscências, tendo em vista a eficácia de programas de estimulação cognitiva nos quais, após algumas sessões, os idosos apresentaram melhor desempenho cognitivo, melhor percepção da qualidade de vida e maiores índices de bem-estar psicológico. (IRIGARAY, 2009)

Poder promover uma melhora na qualidade de vida e bem-estar dos idosos institucionalizados já nos motiva a dar continuidade a essa prática, mesmo sabendo das limitações envolvidas, tendo em vista o grau de dependência física e mental dos participantes, podendo haver dificuldades no âmbito da fala e compreensão dos conteúdos abordados, impedindo uma boa comunicação, influenciando na interação com os idosos.

Desta forma, acreditamos na ideia de Melo (2008) a qual afirma que mesmo que a pessoa com demência não consiga participar verbalmente, pode sentir prazer em estar envolvida nas reflexões sobre o seu passado. Portanto, acreditamos ser válida a realização das oficinas de reminiscências, ofertando a esses idosos a possibilidade de resgatar fatos importantes em suas vidas, valorizando suas vivências e estimulando a memória afetiva.

Assim, desejamos com a nossa prática atingir positivamente a todos os residentes da unidade de cuidados prolongados do Hospital Beneficente São Roque, refletindo também no relacionamento da equipe multidisciplinar para com os mesmos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, V.P; TAMAI, S.A. Reabilitação Cognitiva em Gerontologia. IN: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AMODEO, Maria Tereza; NETTO, Tânia Maria.; FONSECA, Rochele Paz. Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idosos: modalidades da Literatura e da Neuropsicologia. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 45, n. 3, p. 54-64, 2010.
- ANDRADE, Julieta de; LIMA, Rossini Tavares de. **Escola do folclore: pesquisa de cultura espontânea, Brasil**. São Paulo: Ed. Escola de Folclore, 1983.
- ARAUJO, Ludgleydson Fernandes; CARVALHO, Virgínia Angela de Lucena. Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. **MNEME - Revista de humanidades**, Paraíba, v. 6, n. 13, 2005.
- ÁVILA, Renata; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. Atualizações sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, 2006.
- BOECHAT, N. Depressão no Idoso. Aspectos clínicos. In: MONTEIRO, Dulcinéia da Mata Ribeiro (org.) **Depressão e envelhecimento - saídas criativas**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2002.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1131-41.
- BOSI, E. Memória e sociedade: lembrança de velhos. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1987.
- BOTTINO, Cássio. et al., Reabilitação Cognitiva em pacientes com doença de alzheimer - Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. São Paulo, v. 60 n. 1, 2002.
- CAMARA, Vilma Duarte et al. Reabilitação Cognitiva das Demências. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, 2009.
- CARAMELLI, Paulo; BARBOSA, Maira Tonidandel. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demências?. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 7-10, 2002.
- CORDIOLLI, Aristides Volpato. Como atuam as psicoterapias. In: CORDIOLLI Aristides Volpato. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998. p. 34-45.
- DOURADO, Márcia; LAKS, Jerson. Considerações sobre a psicoterapia na demência. **Revista Brasileira de Psicoterapia**. v.1, p. 107-16, 2002.
- EGELHARDT, Elias et al. Demência vascular: Critérios diagnósticos e exames complementares. **Dement Neuropsychol**, v. 5, n.1, p. 49-77, 2011.

FOLGÔA, Nélío. **Sistema de Informação para Suporte à Utilização das Reminiscências em Intervenções Terapêuticas**. 2011. 90 f. Dissertação (Mestrado em Informática de Gestão) - Instituto Politécnico Setúbal (IPS), Rio de Janeiro, 2011.

FREITAS, Sandra; SIMÕES, Mário; MARTINS, Cristina; VILAR, Manuela; SANTANA, Isabel. Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.9, n.3, 2010.

FREITAS, Mariana Ayres Vilhena; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010.

GARCIA, Mariana Rodrigues de Brito. **Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.2, p. 57-63, 1995.

GOLDENBERG, José. **Promoção da saúde na terceira idade: dicas para viver melhor**. São Paulo: Atheneu, 2008.

GONÇALVES, Daniela; MARTÍN, Inácio. Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 25, n. 51, p. 371-384, 2007.

GONÇALVES, Daniela; ALBUQUERQUE, Pedro; MARTIN, Inácio. Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. **Análise Psicológica**, v. 1, XXVI, p. 101-110, 2008.

GORZONI, Milton Luiz; PIRES, Sueli Luciano. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 18-23, 2006.

LIMA, Ângela Maria Machado; SILVA, Henrique Salmazo; GALHARDONI, Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*, v. 12 n.27, Botucatu, 2008.

LIMA, Deusdedit Lima; LIMA, Maria Alice; RIBEIRO, Cristiane Galvão. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 346-356, 2010.

LIMA, Juliane Silveira. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? **Revista de Ciências Humanas**, EDUFSC, Florianópolis, n. 40, p. 469-489, 2006.

LOPES, Teresa Silveira; AFONSO, Rosa Marina Lopes; RIBEIRO, Óscar Manuel Soares. Programa de Reminiscência Simples para Pessoas Idosas com Demência. **INFAD Revista de Psicologia**, v. 1, n. 2, p:107-118, Portugal, 2014.

MARQUES, Adriana Isabel de Souza. **Terapia de Reminiscência: Projeto de Intervenção**. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria) - Instituto Politécnico Viseu, Portugal, 2012.

MELO, Mariana Balduino. **Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre**. 2008. 86 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Comportamento) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MUCIDA, Angela. **O Sujeito não envelhece - Psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Editora Autêntica; 2006.

NERI, Anita Liberalesso (Org.). **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e sócio-culturais**. Campinas: Papyrus, 2001.

_____. **Velhice bem sucedida: aspectos cognitivos e afetivos**. São Paulo: Papyrus, 2004.

_____. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

NITRINI, Ricardo, CARAMELLI, Paulo. Demências. In: NITRINI, Ricardo; BACHESCHI, Luiz Alberto. **Neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2003. 2ª ed. p. 323-34.

NORDON. David Gonçalves et al. Perda cognitiva em idosos. **Revista da Faculdade das Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 1, n. 3, p. 5 -8, 2009.

Oliveira, B. **Psicologia do envelhecimento e do idoso**. Porto: LivPsic, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

RABELO, Doris Firmino. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 12 n. 2, p. 65-79, 2009.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos. Projeto Epidoso, São Paulo, **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p 793 – 797, 2003.

RESENDE, M.C. **Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física**. 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Área de concentração Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação, Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas, 2006.

RIBEIRO, P. C. C. **Estilo de vida ativo no envelhecimento e sua relação com o desempenho cognitivo: um estudo com idosos residentes na comunidade**. 2006. 104f. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

RIGO, Léa Mara. Idosos asilados: um percurso em arte terapia. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 83-93, 2007.

SOARES, Edvaldo et. al., Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 62-73, 2010.

SOUZA, J.N; CHAVES, E.C. O efeito da memória em idosos saudáveis. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005.

TEIXEIRA, Antônio Lúcio; SALGADO, João Vinícius. Demência fronto-temporal: aspectos clínicos e terapêuticos. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, 2006.

TELES, Luiza Raquel Mendes. **Adaptação do questionário de reminiscências**, Dissertação (Mestrado em Piscogerontologia) - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal, 2008.

Zimerman, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

CARTA DE ANUÊNCIA**HOSPITAL BENEFICENTE SÃO ROQUE**

Eu _____ coordenadora do HOSPITAL BENEFICENTE SÃO ROQUE autorizo a pós-graduanda em Gerontologia Interventiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Giovana K. F. Brugneraa realizar a pesquisa científica com os residentes do Unidade de Cuidados Prolongados para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação Lato Sensu intitulado “Terapia de Reminiscências: Estimulação da memória afetiva de idosos institucionalizados” sob orientação da professora do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Unisinos, Dra Marcia Luconi Viana.

Marli PolessoTumelero

Carlos Barbosa, ____de Julho de 2014.

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Giovana K. F. Brugnera, psicóloga, pós graduanda do Curso Especialização em Gerontologia Interventiva de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Terapia de reminiscências: estimulação da memória afetiva de idosos institucionalizados” sob orientação da professora Dra. Márcia Inez Luconi Viana. Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) dessa presente pesquisa que tem como objetivo desenvolver realizar uma oficina de intervenção para estimular a memória afetiva de idosos institucionalizados, que apresentam quadro demencial, através da terapia de reminiscências. Para isso, serão realizadas entrevistas para coleta de dados pessoais e de saúde bem como serão convidados a participar das atividades desenvolvidas pela pesquisadora. As identidades dos participantes serão preservadas, pois não serão divulgados nome ou informações que possam identificar os mesmos e/ou local da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins da investigação e atenção aos participantes que, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. O/a participante sempre poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou seus resultados. O TCLE é assinado em duas vias, pois uma fica com a pesquisadora, e a outra é do/a participantes.

Assim sendo, Eu _____ aceito participar no Programa de Estimulação Cognitiva, inserido no Projeto de Intervenção da aluna Giovana K. F. Brugnera, sob a orientação da Professora Doutora Márcia Vianna, cujo tema é “Terapia de Reminiscências: Estimulando a Memória Afetiva em Idosos Institucionalizados”, e que decorrerá no Hospital Beneficente São Roque. É garantida a total confidencialidade dos seus dados.

Giovana K. F. Brugnera
giokfb@yahoo.com.br

Márcia Luconi Viana
luconivi@unisinos.br

ANEXO C – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**I. Identificação**

Nome: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ Sexo: ___
 Estado Civil: _____
 Escolaridade: _____
 Habilidades Literárias: Não sabe ler nem escrever ___ Sabe ler ou escrever ___
 Última residência: _____
 Valência: Lar ___ Centro de Dia ___
 Tempo de Institucionalização: _____
 Última profissão: _____

II. Dados clínicos

Histórico de doenças na família: _____ sim _____ não
 Quais doenças? _____
 Condições atuais de saúde: _____
 Doenças diagnosticadas: _____
 Faz tratamento: Sim ___ Não ___
 Medicamentos: _____ quanto tempo? _____
 Que medicação toma? Há quanto tempo? _____
 Quem administra os medicamentos? _____
 Observações: _____

III. Dados Familiares

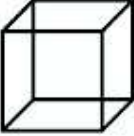
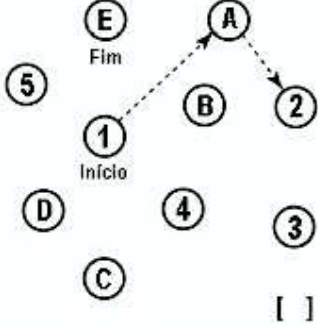

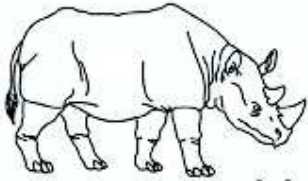
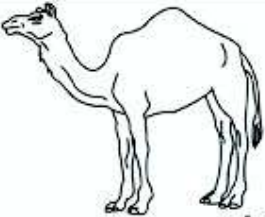
Se casado: Cônjuge falecido? _____ sim _____ não. Quanto tempo? _____
 Filhos: ___ sim ___ não Quantos? _____
 Netos: ___ sim ___ não Quantos? _____
 Quem foi o responsável pela internação? _____
 Teve seu consentimento? ___ sim ___ não
 Recebe visitas? ___ sim ___ não Frequência: _____
 Saídas a passeio? ___ sim ___ não Frequência: _____
 Algum rompimento / afastamento familiar? ___ sim ___ não Com quem? _____
 Deseja reaproximação? ___ sim ___ não Por quê? _____
 Sofre ou sofreu algum tipo de violência ___ sim ___ não
 Qual: ___ física ___ psicológica ___ financeira ___ sexual
 Por quem: _____
 Alguém tomou conhecimento? ___ sim ___ não. Quem? _____
 O que foi feito? _____

Genograma:

ANEXO D – MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESMENT (MOCA)
Versão Experimental Brasileira

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
Sexo: _____ Idade: _____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		 Copiar o cubo	Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)	Pontos			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Contorno	Números	Ponteiros	___/5		
NOMEAÇÃO							
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/3		
MEMÓRIA							
Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	
	1ª tentativa						Sem Pontuação
	2ª tentativa						
ATENÇÃO							
Leia a sequência de números (1 número por segundo).	O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta <input type="checkbox"/> 7 4 2				___/2		
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.							
<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							
Subtração de 7 começando pelo 100 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65							
4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 corretas 0 ponto							
___/3							
LINGUAGEM							
Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. <input type="checkbox"/>	O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. <input type="checkbox"/>				___/2		
Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palavras)							
___/1							
ABSTRAÇÃO							
Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta <input type="checkbox"/> trem - bicicleta <input type="checkbox"/> relógio - régua							
___/2							
EVOCAÇÃO TARDIA							
Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS	
___/5							
OPCIONAL							
Pista de categorias							
Pista de múltipla escolha							
ORIENTAÇÃO							
<input type="checkbox"/> Dia do mês <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Cidade							
___/5							
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci / José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)							
TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade				___/30			