



**Anabela Bola
Soares de
Almeida
Bettencourt**

**REABILITAÇÃO COGNITIVA EM IDOSAS: MÓDULOS
INTEGRADOS DE TREINO COGNITIVO,
PSICOTERAPIA POSITIVA E TERAPIA DE
REMINISCÊNCIA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Marlene da Rocha Migueis, Professora Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho a todos os Maiores de Idade,

“Tem sempre presente que a pele vai enrugando,
o cabelo embranquece,
os dias convertem-se em anos,
mas o que é mais importante não muda.
A tua força e convicção não têm idade.
O teu espírito é como uma teia de aranha:
atrás de cada linha de chegada há uma de partida.
Atrás de cada conquista vem um novo desafio.
Enquanto estiveres viva, sente-te viva.
Se sentes saudades do que fazias, volta a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas.
Continua, quando todos esperam que desistas.
Não deixes que enferruje o ferro que há em ti.
Faz com que em vez de pena, te tenham respeito.
Quando não conseguires correr através dos anos, trota.
Quando não conseguires trotar, caminha.
Quando não conseguires caminhar, usa uma bengala,
mas nunca te detenhas!”

Madre Teresa de Calcutá

o júri

Presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

professora associada com agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Cátia Clara Ávila Magalhães

professora adjunta da Escola Superior de Educação de Viseu

Prof. Doutora Marlene da Rocha Miguéis

professora auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas, que neste meu percurso de estudos, cruzaram as suas vidas e, mesmo sem saber, contribuíram para me tornar um pouco mais sábia.

Aos professores do meu curso, pela disponibilidade, compreensão, orientação e transmissão de conhecimento. A todos, a minha admiração!

Aos colegas, pelo apoio e amizade durante este percurso de aprendizagem.

Aos amigos, que durante tanto tempo, compreenderam e esperaram por mim.

Em especial,

Ao meu filho, agradeço o incentivo, os seus conselhos e conhecimentos técnicos;

Aos meus pais, por todo o apoio incondicional ao longo da minha vida;

Ao meu falecido marido, por ter sido paciente e me ter deixado cumprir um sonho;

Às utentes do Fórum Maior Idade de Ílhavo, pela participação e empenho.

À vereadora e equipa da Maior Idade, por terem acreditado nos benefícios da intervenção.

À minha orientadora, Professora Doutora Marlene Miguéis, por me ter dado o tempo, a compreensão e o apoio científico.

A todos um Bem Haja!

palavras-chave

Idosas, reabilitação cognitiva, treino cognitivo, psicoterapia positiva, terapia de reminiscência.

resumo

O envelhecimento saudável, entendido como um processo dinâmico, envolve o declínio mental das funções cognitivas, em particular da atenção e memória, estendendo-se às funções executivas. Este estudo teve como objetivo geral, avaliar o efeito do programa quanto ao desempenho cognitivo, percebendo se os módulos promoveriam melhores resultados do que o treino cognitivo simples, no grupo experimental. Como objetivos específicos, esperava-se encontrar neste grupo, uma maior satisfação com a vida e a diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa. A reabilitação cognitiva apresentada neste desenho, combina o treino cognitivo simples, aplicado ao grupo de controle, com os módulos de psicoterapia positiva e a terapia de reminiscências, aplicado ao grupo experimental. Participaram 6 idosas que foram divididas por ambos os grupos. O programa teve uma duração de 8 semanas, incluindo um momento inicial, um final e follow-up. Os instrumentos de avaliação psicológica selecionados foram o Montreal Cognitive Assessment, a Geriatric Anxiety Inventory, a Geriatric Depression Scale e a Satisfaction With Life Scale. Conclui-se que não existe evidência suficiente que demonstre uma diferença estatisticamente significativa do desempenho entre os grupos. Os resultados não comprovam que o efeito se deveu ao programa de módulos. No entanto, todas as participantes mostraram benefícios, tanto no desempenho cognitivo e na satisfação com a vida como na diminuição da sintomatologia ansiosa e depressiva.

keywords

Elderly, cognitive rehabilitation, cognitive training, positive Psychology, reminiscence therapy.

abstract

Healthy aging, understood as a dynamic process, involves the mental decline of cognitive functions, attention and memory, extending to executive functions. This study aimed to evaluate the effect of the program on cognitive performance, realizing whether the modules would promote better results than simple cognitive training in experimental group. As specific objectives, it was expected to find in this group, a greater satisfaction with life and a decrease in depressive and anxious symptoms. The cognitive rehabilitation presented in this drawing combines simple cognitive training applied to the control group with the positive psychotherapy modules and reminiscence therapy applied to the experimental group. Participated 6 elderly women who were divided by both groups. The program lasted 8 weeks, including an initial and final moment, and the follow-up. The psychological assessment instruments selected were the Montreal Cognitive Assessment, the Geriatric Anxiety Inventory, the Geriatric Depression Scale and the Satisfaction With Life Scale. It is concluded that there is not enough evidence to demonstrate a statistically significant difference in performance between groups. The results do not prove that the effect was due to the module program. However, all participants showed benefits in both cognitive performance and life satisfaction, as well as decreased anxiety and depressive symptoms.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Reabilitação Cognitiva	3
1.2. Psicologia Positiva	6
1.3. Terapia de Reminiscência	7
2. Método	9
2.1. Participantes	9
2.2. Programa de Intervenção	10
2.3. Instrumentos	13
2.4. Procedimentos	15
3. Resultados	17
4. Discussão	23
5. Referências Bibliográficas	26
6. Anexos	31

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica do grupo experimental e do grupo de controlo	10
Tabela 2 – Caracterização da amostra relativamente ao desempenho cognitivo no MoCA	17
Tabela 3 – Cotações do MoCA e média da diferença do teste inicial e final	18
Tabela 4 – Caracterização da amostra relativamente à sintomatologia de Ansiedade	19
Tabela 5 – Caracterização da amostra relativamente à sintomatologia de Depressão	19
Tabela 6 – Caracterização da amostra relativamente à Satisfação de Vida	20
Tabela 7 – Caracterização do grupo experimental nos vários momentos de avaliação	21
Tabela 8 – Caracterização do grupo de controlo nos vários momentos de avaliação	22

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Variação do desempenho cognitivo	18
Gráfico 2 – Variação da sintomatologia ansiosa	19
Gráfico 3 – Variação da sintomatologia depressiva	20
Gráfico 4 – Variação da satisfação com a vida	21

Índice de siglas

DP - Desvio Padrão

FB - Funções Básicas

FE - Funções Executivas

FMI - Fórum Maior Idade

GAI - Geriatric Anxiety Inventory

GC - Grupo Controle

GE - Grupo Experimental

GDS - Geriatric Depression Scale

A.S-H-A. - American Speech-Language-Hearing Association

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OMS - Organização Mundial de Saúde

PP - Psicoterapia Positiva

QSPP - Questionário Satisfação Participação Programa

SPSS - Social Package for Social Sciences

SWLS - Satisfaction With Life Scale

TC - Treino Cognitivo

TPC - Trabalhos Para Casa

TR- Terapia de Reminiscência

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado

Anexo 2 – Questionário sociodemográfico

Anexo 3 – MoCA

Anexo 4 – GAI

Anexo 5 – GDS

Anexo 6 – SWLS

Anexo 7 – Questionário de satisfação da participação no programa

Anexo 8 – Pares de imagens

Anexo 9 – Contextos

Anexo 10 – Associação

Anexo 11 – Cancelamento

Anexo 12 – Labirinto

Anexo 13 – Sopa de letras

Anexo 14 – Sequências numéricas

Anexo 15 – Categorização

Anexo 16 – Sumário da Sessão 1

Anexo 17 – Sumário da Sessão 2

Anexo 18 – Sumário da Sessão 3

Anexo 19 – Sumário da Sessão 4

Anexo 20 – Sumário da Sessão 5

Anexo 21 – Sumário da Sessão 6

Anexo 22 – Sumário da Sessão 7

Anexo 23 – Sumário da Sessão 8

1. Introdução

O envelhecimento tem vindo a ser uma preocupação crescente no mundo, levando a investigação nas últimas décadas a procurar respostas que possam minimizar os danos nas sociedades, através da prevenção ou reabilitação das pessoas mais idosas. “O envelhecimento individual fisiológico é um processo contínuo, progressivo, que começa na conceção do indivíduo e dura até à sua morte. É diferencial, isto é, varia de indivíduo para indivíduo e neste, de órgão para órgão, podendo ser acelerado quando o potencial inicial não é desenvolvido ou quando surgem processos patológicos” (Azeredo, 2016).

Mesmo progredindo de forma saudável, o envelhecimento entendido como um processo dinâmico e heterogéneo, envolve o declínio gradual das funções cognitivas. Mostram-se particularmente afetadas a atenção e a memória estendendo-se às funções executivas responsáveis pelo raciocínio, organização e planeamento. Segundo Lezak (1995, citado por Uehara et al, 2013), numa abordagem neuropsicológica, estes processos cognitivos são os responsáveis pela motivação, planeamento, tomada de decisão, desempenho efetivo e controlo inibitório sobre a conduta, estando relacionados com as habilidades de autocorreção, monitorização e regulação do comportamento.

Frequentemente associadas ao envelhecimento, surgem alterações significativas do humor que se podem reverter em estados de ansiedade ou depressão. Fontaine (2000) refere a sua associação a acontecimentos traumáticos da vida como um acidente, um divórcio, o luto, a viuvez, o desemprego ou um nascimento. Falta de afetos positivos, envolvimento e sentido da vida, caracterizam a depressão (Forbes & Dahl, 2005; Seligman, Rashid, & Parks, 2006, citado por Sin & Lyubomirsky, 2009), que se relaciona frequentemente com um baixo desempenho cognitivo (Gonçalves, 2012; Castro, 2011; Junior, Silva e Bastos, 2009; Vaz, 2009, citado por Nunes, 2017), e por ter uma sintomatologia semelhante à ansiedade, leva a sentimentos de preocupação, afetando o funcionamento quotidiano e a satisfação com a vida.

Em Portugal, um estudo revelou que na Covilhã, 28,6% da população idosa apresentava sintomatologia depressiva (Janela, 2012). A perspectiva de evolução de um défice cognitivo para uma demência, associado ou não a um estado depressivo, traduz a importância de uma intervenção precoce nas pessoas mais velhas. Se parece inevitável envelhecer, nem por isso deixa de ser possível abrandar o declínio das funções mentais. Alguns estudos referem que parte das habilidades cognitivas, mesmo não existindo condição de doença, vão sendo afetadas, enquanto outras se podem manter intactas (Mayr, Spieler & Kliegl, 2001, citados por Lopes, R. & Argimon, I., 2016). Isto significa que a reabilitação pode trabalhar as funções preservadas estimulando as afetadas e promovendo ganhos globais. Com fundamento na plasticidade neuronal, podem ser concebidas intervenções que ajudem a preservar ou melhorar a funcionalidade destas habilidades, tendo como consequência desempenhos mais eficazes.

Por outro lado, a noção de “*envelhecimento ativo*” acha-se estreitamente relacionada com a noção de “*envelhecimento positivo*”, por seu turno derivada da “*psicologia positiva*”, outro novo “paradigma” centrado nos aspetos positivos, ou seja, dirigida para a procura do “*bem-estar*” e da “*felicidade*” (Jesuino, 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) apontava, já em 2002, a definição de “envelhecimento ativo” como sendo um processo de otimização de oportunidades, aos níveis de saúde, participação e segurança, de forma a alcançar qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (Janela, 2012). Por outro lado, afirma que “o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam” (OMS, 2015).

Segundo este relatório, a OMS (2015, citado por Janela, 2012), sublinha a necessidade de mudança na compreensão e no desenvolvimento de novas estratégias sobre o estudo do envelhecimento. Também Kobau et al. (2011, citado por Becker, 2016), refere que “o bem-estar e a qualidade de vida são os objetivos principais da promoção da saúde mental tal como compreendido pela abordagem da psicologia positiva”.

Assim, pretende-se que o programa constituído por módulos de exercícios de psicologia positiva e reminiscências específicas, oriente as participantes para a reflexão sobre situações, reconhecimento de emoções e sentimentos positivos e adoção de novos padrões de comportamento. Associado ao treino cognitivo simples, objetiva-se melhorar o

desempenho mental e promover melhor satisfação com a vida, usando o módulo combinado como mediador para esse efeito. A fundamentação teórica assenta na neuropsicologia, na psicologia positiva e na terapia de reminiscência.

1.1 Reabilitação cognitiva

A neuropsicologia considera a reabilitação cognitiva como a capacitação da pessoa no sentido de recuperar as habilidades mentais prejudicadas pelo envelhecimento, lesão ou doença, permitindo reduzir o impacto de uma incapacidade ou compensar as funções cognitivas através de atividades de estimulação (Bernhardt et al., 2002; Clare et al., 2010, citados por Silva, F. et al., 2015). Autores como Anschuts et al. (1985), Glisky e Glisky (1999), Greenberg e Powers (1987) e Yesavage e Rose (1983) (citados por Stuss et al., 2007) sugerem que os programas de reabilitação em idosos apresentam benefícios a curto, médio e longo prazo, tendo em comum o treino da memória e das funções executivas.

O Treino Cognitivo (TC) permite que a prática frequente de uma função cognitiva, conduza a uma melhoria global (Farina et al., citado por Lopes, R. & Argimon, I., 2016). Quando dirigido especificamente para a memória de trabalho, provou-se que melhora o desempenho cognitivo geral (Clare, Woods, Moniz Cook, Orrell, & Spector, 2003, citados por Lopes & Argimon, 2016). As autoras referem várias pesquisas em que a evidência sugere que o treino cognitivo é adequado e beneficia tanto os idosos saudáveis como os que têm défices ligeiros (Belleville, Chetkow, & Gauthier, 2007; Brum, Forlenza, & Yassuda, 2009; Irigaray, Schneider & Gomes, 2012). Podem ser aplicados exercícios que simulam as tarefas cognitivas da vida diária, podendo desta forma generalizar a atividade cognitiva. Os mais utilizados em reabilitação são os de papel e lápis devido à sua validade clínica e custo reduzido (Parsons, 2015, citado por Faria, Bermúdez & Pinho, 2016). Os programas de TC podem aproveitar vários procedimentos de intervenção para melhorar aspetos cognitivos, metacognitivos, afetivos e motivacionais da aprendizagem. O acompanhamento permite observar o desempenho e ajustar o ritmo e o grau de dificuldade. Em Portugal, vários trabalhos de investigação têm sido realizados na área da estimulação cognitiva, tendo os resultados apontado para melhoria no funcionamento cognitivo geral ou aumento do desempenho em algumas das funções cognitivas (Apóstolo, 2011; Castro, 2011; Pires, 2008; Gonçalves, 2007; Rodrigues, 2006, citados por Gonçalves, 2012). As intervenções têm sido

desenvolvidas em formato individual ou de grupo, com estrutura simples ou associada a outras abordagens, e em amostras de pessoas idosas autónomas ou institucionalizadas. Embora ainda não sejam bem conhecidos os seus efeitos ao nível da prevenção do declínio cognitivo (Gonçalves, 2012), os programas de intervenção apontam múltiplos benefícios: melhoria da orientação, das funções executivas, da atenção, linguagem e memória, do desempenho nas atividades de vida diária, da manutenção da autonomia por mais tempo, da diminuição da sobrecarga dos cuidadores e familiares, da facilitação da interação social e melhoria da qualidade de vida do idoso e respetiva família (Sousa & Sequeira, 2012).

As funções cognitivas consideradas nos vários estudos são as básicas (atenção, memória e linguagem) e as funções executivas. Estas, englobadas como um grupo heterogéneo de processos cognitivos, incluem a resolução de problemas, o planeamento, a racionalidade verbal e o controlo inibitório do comportamento, entre outros (Lopes & Argimon, 2016). O termo “funções executivas” foi usado pela primeira vez por Lezak (1987), quando se referiu às capacidades mentais como fundamentais para os comportamentos socialmente eficientes. Tirapu-Ustárroz (2011), numa abordagem integrativa, explica as FE como sendo a capacidade de ultrapassar um novo problema, predizendo as suas consequências (Lopes & Argimon, 2016), mas estas habilidades mentais têm por origem o processamento da informação como sendo uma atividade complexa, de captação, transformação e armazenamento de sensações e perceções que permitem ao ser humano ter consciência de si próprio e do mundo. Perceção, atenção e memória são três componentes do sistema cognitivo que, articulando entre si, reúnem condições para as outras funções cognitivas. Styles (2005) definiu alguns conceitos que estão na base deste programa de reabilitação: perceção, atenção e memória.

A *Perceção* pode ser entendida como um processamento sensorial, em que “os órgãos dos sentidos realizam uma transdução da energia física do mundo exterior, a qual é codificada e enviada ao cérebro via neurónios sensoriais para interpretação por parte do sistema percetivo” (Styles, 2005, p.7).

A *Atenção Mantida* ou *Sustentada*, é a capacidade de manter a vigilância ou o foco ao longo de um período de tempo; *Atenção Alternada*, é a habilidade de mudar o foco de uma tarefa para a outra, de forma sucessiva; *Atenção Dividida*, é a capacidade de manter, em simultâneo, o foco em dois ou mais estímulos; *Atenção Seletiva*, é a capacidade de

escolher informação de entre uma grande quantidade de dados. Na atenção executiva, o controlo do foco permite determinar o que é necessário selecionar (atenção seletiva), para dividir recursos (atenção dividida) ou para manter a vigilância (atenção mantida).

Memória de Trabalho é a capacidade de atualização da informação, filtrando-a e substituindo-a pela mais relevante para a tarefa em execução. *Memória Semântica*, é uma estrutura que armazena todo o conhecimento sobre factos, adquirido ao longo de uma aprendizagem. *Memória Episódica*, é a estrutura que armazena informação de experiências pessoais, estando relacionado com a experiência pessoal de vida.

A *Comunicação* é “o processo ativo de troca de informação que envolve a codificação (ou formulação), a transmissão e a decodificação (ou compreensão) de uma mensagem entre dois ou mais intervenientes” (Sim-Sim, 1998, p. 21). Segundo a American Speech-Language-Hearing Association (A.S.H.A., 1983, citado por Sim-Sim, 1998), a *Linguagem* é “um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados, usado em modalidades diversas para [o homem] comunicar e pensar”. Tal como noutras funções, a linguagem parece estar organizada numa série de processos hierárquicos paralelos com a capacidade de categorizar e organizar gestos para comunicar.

O envelhecimento vai afetando gradualmente a capacidade de expressão, a evocação das palavras, a inferência, a sumarização e a interpretação do discurso. Ao estudar as narrativas das pessoas mais velhas, Pretti (1991, citado por Brandão & Parente, 2001) afirma que os idosos tendem a falar muito, geralmente referindo-se ao passado. Segundo Brandão e Parente (2001), várias pesquisas apontam a origem das dificuldades da linguagem, não no processamento linguístico, mas nas alterações das funções cognitivas da atenção, perceção, memória e funções executivas dependentes do lobo frontal.

A linguagem sofre influência de possíveis processos cognitivos em declínio na velhice e não pode ser negligenciada na reabilitação com o idoso. As estratégias de intervenção na memória de trabalho, na velocidade de processamento e atenção, devem ser desenvolvidas a favor da linguagem, tirando proveito das capacidades cognitivas preservadas, como a memória episódica. Estas estratégias pretendem valorizar o discurso e a habilidade de produzir narrativas significativas e marcadas pelas emoções (Brandão & Parente, 2001).

1.2 Psicologia positiva

A Psicologia Positiva (PP) trouxe uma nova abordagem ao tema do envelhecimento, “produzindo o objetivo de catalisar uma mudança de foco da preocupação em reparar as piores coisas da vida para construir também qualidades positivas” (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 6). Valorizam-se assim, as experiências subjetivas positivas do ser humano, os seus traços individuais positivos e as instituições positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, citado por Araújo, L., Ribeiro, O., Paúl, C., 2017). Segundo Hill (2005), o movimento que se tornou conhecido por “envelhecimento positivo” enfatizou a responsabilidade individual na satisfação com a vida e felicidade na velhice (citado por Araújo, L., Ribeiro, O., Paúl, C., 2017). Como fatores principais para um envelhecimento bem-sucedido, Rowe e Kahn (1997) referem a baixa probabilidade de doença ou disfuncionalidade, um bom funcionamento cognitivo e físico, e o envolvimento com a vida.

Como estratégia da Psicologia Positiva, o ato de *Saborear* é a capacidade de assimilar, apreciar e desfrutar as experiências positivas da vida (Bryant & Veroff, 2007, p. 87). Por outras palavras, é retirar o máximo de prazer possível das memórias vivenciadas no passado com o objetivo de melhorar as emoções positivas e a sensação de felicidade, desfrutando o presente. O ato de saborear está relacionado, segundo os autores, com o processo cognitivo, sensorial e emocional, levando a atenção para os aspetos positivos e agradáveis, levando a pessoa a superar a tendência natural para a negatividade. É um processo que envolve uma apreciação e não uma análise racional. Desta forma, considera-se que é possível regular as emoções como resposta a eventos positivos.

Bryant e Veroff (2007), consideraram quatro tipos diferentes de saborear: *Comprazer-se*, quando se alcança algo digno de reconhecimento ou congratulação; permite a ponderação do êxito, com o foco no “*self*” e resultando no sentimento de orgulho positivo em si próprio; *Fruir*, quando se aprecia o prazer sensorial e se coloca o foco da consciência nos sentidos físicos do olfato, do paladar, do tato, da visão ou da audição; *Maravilhar-se*, quando se consegue transcender do “eu” para algo admirável ou superior. Transmite a assimilação da pura grandiosidade com o universo ou a natureza, permitindo a contemplação; *Dar graças*, quando se é invadido por sentimentos de reconhecimento para com algo ou alguém. O foco desvia-se do “eu”, permitindo a tomada de consciência acerca do outro, resultando na reflexão sobre a gratidão.

1.3 Terapia de reminiscência

A Terapia de Reminiscência (TR), definida por Butler (1963), tem como conceito base “o processo mental, universal e natural de recuperação de memórias de acontecimentos passados, com diversas finalidades” (Gonçalves, 2008, p. 102). É encarada como uma estratégia terapêutica, cujas memórias autobiográficas, podem ser mais específicas ou mais genéricas. Tem interesse para a terapia, recordar as episódicas, de eventos únicos, num determinado momento e lugar. A evocação guiada de memórias da vida passada permite otimizar a adaptação a uma nova fase da vida, e a fazer um balanço das experiências significativas (Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I., 2008). Tem vindo a ser utilizada para fins terapêuticos (Lopes, T., Afonso, R. & Ribeiro, O., 2014), como técnica com potencial para a intervenção em idosos em geral (e.g. Lin, Dai & Hwang, 2003; Woods et al. 2005, citado por Sousa, L. & Sequeira, C., 2012), para promover a autoaceitação e bem-estar (Pinquart, & Forstmeier, 2012, citado por Sousa, L. & Sequeira, C., 2012) e a satisfação de vida (Chiang et al., 2008; Lin et al., 2003, citados por Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O., 2016).

As teorias sobre a felicidade afirmam que esta consiste em viver muitas emoções positivas acerca do passado, presente e futuro, e encontrar estratégias que aumentem a intensidade e a duração destas emoções (Lyubomirsky, Sheldon & Schkade, 2005; McCullough, 2000; Seligman et al., 2005, citados por Seligman, 2006). Numa revisão de literatura, Cotelli, Manenti e Zanetti (2012, citados por Lopes, T., Afonso R. & Ribeiro, O., 2016), concluem que as intervenções referem melhoria ao nível do humor e de algumas habilidades cognitivas na população com demência. Por outro lado, Pinquart e Fostmeier (2012, citados por Lopes, T. et al, 2016) concluem, numa meta-análise, que a terapia produziu melhorias na integridade do ego, sensação de bem-estar, cognição, propósito de vida, mestria e integração social.

Não exigindo um funcionamento cognitivo elevado e ocorrendo associada a emoções positivas, contribui para estados afetivos imediatos como a alegria, o prazer, o relaxamento, a curiosidade e o orgulho (Cappeliez et al., 2008, citado por Lopes, T. et al., 2016). Referindo alguns autores, Bohlmeijer (2005), identifica três motivos que tornam atrativas as intervenções com base nas reminiscências: primeiro, porque fazem parte da vida diária da pessoa (Webster, 1993), não precisam de um novo vocabulário (Watt & Cappeliez, 2000), e

a narrativa torna a experiência humana significativa (Sherman, 1991); em segundo, porque a revisão de vida é um processo pelo qual muitos idosos passam (Merriam, 1993), embora orientando o foco nas experiências negativas (Cully et al., 2001); por último, o confronto com as perdas desafia o significado da vida, a continuidade do seu papel e a mestria em tarefas desempenhadas (Westerhof et al., 2006; Kraaij et al., 2001).

2. Método

Este estudo apresenta um desenho descritivo e quantitativo, que pretende comparar resultados entre o grupo experimental e o de controlo, e intra-grupos. As variáveis dependentes são o desempenho cognitivo, a satisfação com a vida, a depressão e a ansiedade, medidas pelas cotações dos instrumentos de avaliação psicológica. A variável independente é o programa combinado de módulos de Psicoterapia Positiva e Terapia de Reminiscência, aplicado ao grupo experimental.

2.1 Participantes

Por questões de homogeneidade, optou-se por recrutar voluntárias dos vários grupos do Fórum da Maior Idade (FMI), da Gafanha da Nazaré, concelho de Ílhavo. Os critérios de inclusão foram a idade igual ou superior a 60 anos, sexo feminino, escolaridade básica e disponibilidade para participar no programa completo. Como critérios de exclusão, foram considerados a demência mental ou problemas do foro visual, auditivo ou motor que impedissem o desempenho das tarefas. Inscreveram-se onze voluntárias, tendo cinco desistido na segunda sessão, e tendo seis concluído a intervenção completa. O método de amostragem foi por conveniência, ficando a amostra com 6 participantes, com idades compreendidas entre os 60 e os 82 anos. Todas se encontram reformadas, mantendo-se ativas e autónomas. A distribuição pelos grupos foi decidida pela disponibilidade de tempo das voluntárias para as sessões. Para garantir o anonimato, as idosas ficaram identificadas nos grupos pela inicial do nome próprio, ficando no Grupo Experimental os elementos H, I, L e no Grupo de Controlo, os elementos E, F e J.

O grupo experimental (GE) é composto por 3 mulheres com uma média de idades de 71 anos (DP = 11,0). Quanto ao estado civil, 2 são casadas e 1 é viúva. Em relação ao nível de escolaridade, 2 têm seis anos de instrução e 1 tem quatro anos. Quanto ao agregado familiar, 1 reside sozinha, 1 reside com o marido e 1 com dois familiares. Quanto às atividades recreativas, todas participam em quatro modalidades do FMI. O grupo de controlo (GC) é composto por 3 mulheres com uma média de idades de 73 anos (DP = 4,9). Quanto ao estado civil, 2 são casadas e 1 é viúva. Todas completaram 4 anos de escolaridade. Em

relação ao agregado familiar, 1 vive sozinha, 1 vive com o marido e 1 vive com quatro familiares. Nas atividades, 2 integram quatro modalidades e 1 participa em duas. Em relação aos dois grupos, a maioria tem 4 anos de escolaridade, é casada, pratica 4 atividades recreativas e vive com familiares. Na tabela 1 pode observar-se a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1. *Caracterização sociodemográfica do Grupo Experimental e do Grupo de Controlo*

Idade	GE (n = 3)	GC (n =3)
Média	71,33	73,33
DP	11,015	4,933
Mín.	60	70
Máx.	82	79
Estado civil		
Casada	2	2
Viúva	1	1
Anos de escolaridade		
4 anos	1	3
6 anos	2	0
Atividades		
2 modalidades	0	1
4 modalidades	3	2

2.2 Programa de intervenção

O objetivo geral deste trabalho é avaliar o efeito do programa no grupo experimental, quanto ao desempenho cognitivo, percebendo se os módulos promovem melhores resultados do que um treino cognitivo simples. Como objetivos específicos, espera-se promover no grupo experimental, maior satisfação com a vida, e a diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa. As hipóteses de estudo a analisar são:

H₀: o programa de intervenção promove igual desempenho cognitivo que o treino cognitivo simples.

H₁: o programa de intervenção promove maior desempenho cognitivo do que o treino cognitivo simples.

H₂: o programa de intervenção promove maior aumento da satisfação com a vida do que o treino cognitivo simples.

H₃: o programa de intervenção promove maior diminuição da sintomatologia ansiosa do que o treino cognitivo simples.

H₄: o programa de intervenção promove maior diminuição da sintomatologia depressiva do que o treino cognitivo simples.

Para o grupo de controlo, o programa foi limitado a um treino simples de quatro exercícios cognitivos por sessão (extraído de *NeuroRehabLab*, 2019). Foi entregue a cada participante, duas cópias para repetir em casa, durante a semana (Anexos 8 a 15). Para o grupo experimental, a sessão incluiu o mesmo treino cognitivo, mas acrescido de um exercício de Psicoterapia Positiva (baseado em *Positive Psychotherapy*, Seligman et al., 2006), em que se promoveu uma atividade agradável, comentada oralmente e registada no caderno pessoal; e um exercício de Terapia de Reminiscência, abordando uma memória episódica específica de cariz positivo (*Baseado em Bohlmeijer*, 2007). Em todas as sessões foi entregue um sumário dos exercícios do treino cognitivo, da psicologia positiva e da terapia de reminiscência (Anexos 16 a 23), para melhor compreensão da sessão, esclarecimento do TPC e consulta das tarefas. A abordagem estruturada do programa, promoveu o foco nas sensações, memórias, emoções e vivências positivas, criando hábitos como voltar a escrever, valorizar eventos agradáveis, rever atividades já praticadas e promover a reflexão e o pensamento positivo.

Sessão 1 - Treino Cognitivo (TC): exercícios de Pares de Imagens, Cancelamento, Associação, Sequências Numéricas. Exercício de Psicologia Positiva “*Três Coisas Boas*”: escrever sobre três coisas boas que aconteceram neste dia. Objetivo: reflexão sobre o motivo por que aconteceram e o que pode fazer para que se repitam. Exercício de Terapia de Reminiscência “*A minha Escola Primária*”: registo de uma pequena narrativa criativa sobre as memórias mais positivas deste momento de vida. Desenhar o marcador em cartolina sobre o tema da escola primária. Objetivo: recordar o ambiente, as relações interpares, os professores, as brincadeiras no recreio ou outras memórias significativas. TPC: realizar 2

vezes por semana as 4 fichas de exercícios; registo e reflexão sobre “*Três Coisas Boas*”, de preferência no final do dia.

Sessão 2 - TC: exercícios de Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização. Exercício de Psicologia Positiva “*Saborear*”: elaboração de uma lista de atividades agradáveis a concretizar. Objetivo: reflexão sobre o que pode melhorar ou fazer mais vezes. Exercício de Terapia de Reminiscência “*A coisa mais feliz e importante da minha vida*”: registo de memórias sobre um evento significativo. Objetivo: explorar sentimentos positivos e refletir sobre esse evento. TPC: realizar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios. Refletir e escrever no caderno, sobre as suas virtudes pessoais como otimismo, esperança e gratidão. *Saborear* ao deitar, uma das memórias que experienciou durante a sessão.

Sessão 3 - TC: exercícios de Pares de Imagens, Cancelamento, Associação, Sequências Numéricas. Exercício de Psicologia Positiva “*Maravilhar-se*”: evocação e registo sobre algo maravilhoso e transcendente que tenha acontecido na sua vida. Objetivo: promoção do sentimento de esperança no futuro. Exercício de Terapia de Reminiscência “*A minha primeira profissão/trabalho*”: escrever e refletir sobre o reconhecimento do seu papel laboral e crescimento pessoal. Objetivo: valorizar as forças pessoais que conseguiu manter ou desenvolver até à data. TPC: realizar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios. Refletir sobre uma bênção da sua vida, relacionada com o exercício do dia. Selecionar para a sessão seguinte um objeto significativo da sua vida.

Sessão 4 - TC: exercícios de Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização. Exercício de Psicologia Positiva “*Comprazer-se*”: escrever uma notícia para o jornal sobre algo que tenha feito para merecer o seu reconhecimento. Objetivo: reconhecimento do seu valor pessoal e sentido de realização. Exercício de Terapia de Reminiscência “*Um objeto significativo da minha vida*”: identificar um objeto com o objetivo de resgatar vínculos positivos com o passado, relacionado com o tato. TPC: realizar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios. Escrever um texto de gratidão pela pessoa que é e pelo que tem de melhor.

Sessão 5 - TC: exercícios de Pares de Imagens, Cancelamento, Associação, Sequências Numéricas. Exercício de Psicologia Positiva “*Visita de gratidão*”: redação de uma carta a quem nunca agradeceu convenientemente o que fez por si; entregar pessoalmente ou enviar. Objetivo: promoção do sentimento de gratidão para com o outro. Exercício de Terapia de

Reminiscência “*Amigos do peito*”: recordar e registrar as ligações positivas com pessoas especiais. Objetivo: valorizar as relações interpessoais. TPC: executar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios. Elaborar uma lista de amigos a quem pode fazer uma visita.

Sessão 6 - TC: exercícios de Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização. Exercício de Psicologia Positiva “*Perdão*”: redação de uma carta a oferecer o perdão a alguém, mas sem enviar. Objetivo: reflexão sobre a misericórdia, compaixão e aceitação. Exercício de Terapia de Reminiscência “*A minha casa traz lembranças e saudades boas*”: escrita sobre as memórias e as histórias que marcam o espaço de partilha familiar. Objetivo: promoção do significado e autenticidade das vivências felizes. TPC: executar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios. Recordar bons momentos com a família e registrar no caderno.

Sessão 7 - TC: exercícios de Pares de Imagens, Cancelamento, Associação, Sequências Numéricas. Exercício de Psicologia Positiva “*Apreciar os pequenos prazeres*”: identificação de um aroma agradável aos sentidos (e.g., manjerico). Objetivo: associar o olfato e o paladar a memórias positivas de eventos como os Santos Populares. Exercício de Terapia de Reminiscência “*Cheiros e aromas da minha juventude*”: composição de quadra popular para o manjerico. Objetivo: estimular a criatividade e o sentido poético. TPC: executar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios. Elaborar uma lista de coisas aprazíveis, uma por sentido: visão, olfato, tato, audição e paladar.

Sessão 8 - TC: exercícios de Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização. Exercício de Psicologia Positiva “*Vida Plena*”: Reflexão sobre uma das forças apresentadas nas sessões: perdão, entusiasmo, otimismo, esperança, criatividade, contemplação, espiritualidade, gratidão e compaixão. Exercício de Terapia de Reminiscência: selecionar nas atividades desenvolvidas nas sessões, a que promoveu mais bem-estar pessoal. TPC: realizar 2 vezes por semana as 4 fichas de exercícios.

2.3 Instrumentos

Para informação e concordância das condições do estudo foi construído o Consentimento Informado (Anexo 1), que depois de assinado foi entregue uma cópia a cada participante. Para a recolha de dados foi elaborado o Questionário Sociodemográfico (Anexo

2), com as variáveis que caracterizam a amostra. Para a avaliação psicológica foram utilizados os seguintes instrumentos:

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA, Anexo 3), desenvolvido por Nasreddine et al., (2005), adaptado à população portuguesa por Simões et al., (2008) e mais tarde por Freitas et al., (2010) permite avaliar a capacidade viso-espacial, a memória a curto prazo, a atenção, concentração e memória de trabalho, a linguagem e a orientação espacial e temporal. De aplicação rápida, eficaz e prática, mostra propriedades psicométricas sensíveis a alterações do envelhecimento normal e défices cognitivos patológicos (Simões, 2015).

A *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI, Anexo 4), construída por Pachana et al., (2007) avalia a ansiedade nos idosos. Foi adaptada e validada para a população portuguesa por Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011), diferenciando situações de ansiedade potencialmente patológica. É de breve e fácil aplicação, mesmo em pessoas de baixo nível de escolaridade e apresenta bons valores de sensibilidade e especificidade (Simões, 2015).

A *Geriatric Depression Scale* (GDS-30, Anexo 5), desenvolvida por Yesavage (1983) e adaptada para 30 itens por Veríssimo (1988), avalia a depressão na população idosa. As questões abordadas evitam a confusão entre indicadores somáticos de depressão e sintomas próprios do envelhecimento. Apresenta uma boa especificidade e sensibilidade, sendo mais eficaz na deteção de depressão ligeira que a versão de 15 itens. Segundo o Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, este instrumento tem uma boa aceitação em contextos clínicos e de investigação (Simões et al., 2015).

A *Satisfaction With Life Scale* (SWLS, Anexo 6) de Diener et al., (1985), adaptada à população portuguesa por Neto e colaboradores (1990) e por Simões (1992), avalia a perceção global dos sujeitos sobre a sua própria qualidade de vida, sendo um dos instrumentos mais usados para avaliação do bem-estar subjetivo. Demonstra boa validade preditiva pois apresenta uma correlação positiva nas tarefas de recordação, em que os indivíduos que sentem maior satisfação com a vida tenderão a recordar mais eventos positivos do que negativos (Simões, 1992). Tem uma boa consistência interna e uma moderada estabilidade temporal no teste-reteste.

Para avaliação qualitativa e subjetiva do programa foi construído o Questionário de Satisfação da Participante no Programa (Anexo 7).

2.4 Procedimentos

O projeto desenvolvido neste trabalho teve o parecer da Comissão de Ética da Universidade de Aveiro para a sua realização. Para empreender este estudo, foi contactado o pelouro da Maior Idade da Câmara Municipal de Ílhavo, que confirmou a viabilidade do projeto. A intervenção teve lugar numa das salas das instalações do Fórum da Gafanha da Nazaré, conciliando a sua utilização com as outras atividades. O espaço mostrou ter o equipamento e as condições necessárias para a realização da intervenção.

A primeira fase do processo envolveu o esclarecimento às participantes sobre o estudo, materiais, procedimentos e entrega do Consentimento Informado e Questionário Sociodemográfico. Foram explicitamente referidos os objetivos, a confidencialidade dos dados e o carácter voluntário da participação. Foram construídos os horários para as sessões, de acordo com a disponibilidade e preferências das voluntárias. Realizou-se também o primeiro momento de avaliação psicológica com os instrumentos MoCA, GAI, GDS e SWLS. A intervenção teve início em 21 de março de 2019. A segunda fase decorreu com a aplicação integral do programa, em 8 sessões semanais, finalizando com o segundo momento de avaliação psicológica. Optou-se por uma modalidade individual de intervenção que permitisse a disponibilidade de cada voluntária, respeitasse o seu tempo de resposta, as suas memórias privadas e a reflexão de carácter pessoal. A terceira fase foi a do follow-up, a 17 de agosto de 2019, um mês após a conclusão do programa, em que os mesmos instrumentos foram novamente aplicados para avaliar a durabilidade temporal da intervenção, e em que as participantes preencheram o Questionário de Satisfação da Participante no Programa.

2.5 Análise estatística

Para a análise estatística foi usado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Para tratamento dos dados sociodemográficos, recorreu-se à estatística descritiva. Para a análise inferencial optou-se por testes não paramétricos por se aplicarem a amostras de dimensão reduzida, por prescindirem do pressuposto da normalidade e por poderem ser aplicados a variáveis ordinais. Em desvantagem, admite-se que não são tão potentes quanto os testes paramétricos e podem deixar perder alguma informação. Por esse motivo se apresentam os gráficos que permitem visualizar a evolução real das variáveis medidas. O Teste de Mann-

Whitney ou Teste U, equivalente ao t de Student, compara o centro de localização das duas amostras independentes, com o intuito de verificar se as diferenças entre o Grupo de Controlo e o Grupo Experimental, nos três momentos de avaliação, são significativas. A interpretação do teste é feita pela mediana de cada grupo. Este teste utiliza um α de significância de 0.2, porque é o único valor definido na Tabela de Mann-Whitney para amostras de 3 x 3. Finalmente, o Teste de Friedman para amostras emparelhadas, é um teste intra-sujeitos que pretende comparar dados amostrais quando as medidas são aplicadas mais do que uma vez. Também segue a utilização da mediana para a interpretação dos resultados.

3. Resultados

Na apresentação dos resultados, as tabelas anexas mostram os valores obtidos nos testes. O Teste de Mann-Whitney, na Tabela 2, mostra que, ao nível do desempenho cognitivo avaliado pelo MoCA, os dois grupos independentes, não variaram significativamente nos vários momentos da avaliação. U é a base para aceitação ou rejeição de H_0 , sendo que neste teste, o U crítico = 0 < 2, momento inicial; 0 < 3, momento final; 0 < 4, follow-up. As médias mostram que não há diferença significativa entre os grupos. Teste inicial: GE, M = 23,33 (DP = 2,05), GC, M = 25,33 (DP = 1,25); Teste final: GE, M = 29 (DP = 0), GC, M = 27 (DP = 2,83); Follow-up: GE, M = 29 (DP = .82), GC, M = 27,33 (DP = 3,09). O mesmo sucede com os valores da Mediana, que não sendo tão sensível a valores extremos, não apresentam diferenças significativas (momento inicial: GE, Mdn = 23, GC, Mdn = 25; momento final: GE, Mdn = 29, GC, Mdn = 29; follow-up: GE, Mdn = 29, GC, Mdn = 29).

Tabela 2. *Caracterização da amostra relativamente ao desempenho cognitivo no MoCA*

Mann-Whitney Test							
Teste MoCA	Grupo	N	Soma ordens	U	U _{tab}	Média/DP	Mediana
Inicial	GC	3	13,00	2	0	25,33 (1,25)	25
	GE	3	8,00			23,33 (2,05)	23
Final	GC	3	9,00	3	0	27 (2,83)	29
	GE	3	12,00			29 (0)	29
Follow-up	GC	3	10,00	4	0	27,33 (3,09)	29
	GE	3	11,00			29 (.82)	29

No gráfico 1, o desempenho cognitivo identifica que o grupo experimental mostra uma pequena subida entre o momento inicial e o momento final de avaliação, mantendo-se constante entre o segundo e o follow-up, enquanto o grupo de controlo apresenta alguma estabilidade nos resultados ao longo de toda a intervenção.

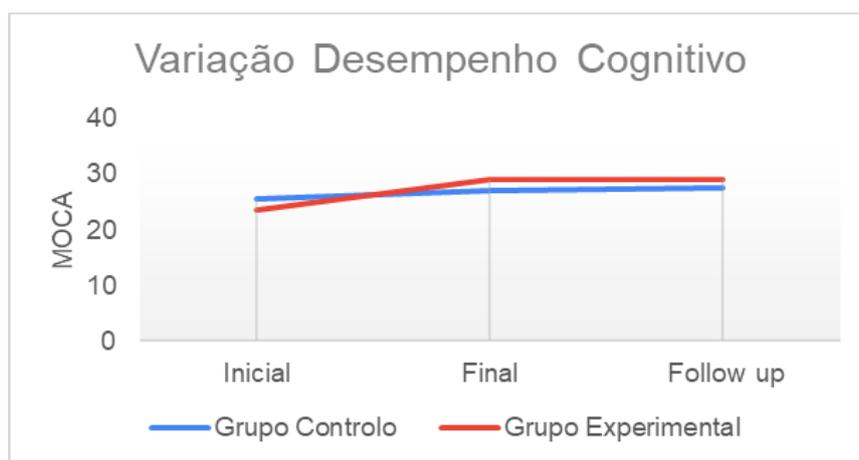


Gráfico 1. Variação do desempenho cognitivo

Na tabela 3, apresentam-se as cotações e as médias individuais das participantes e a média dos dois grupos, no momento inicial e no momento final do MoCA. A média da diferença no GC é de 2 e no GE é de 6, observando-se um aumento do resultado de desempenho cognitivo em quase todos as participantes.

Tabela 3. Cotações do MoCA e média da diferença do teste inicial e final.

Participante	Inicial	Final	Média individual	Média/Grupo	
GC	E	25	29	4	2
	F	24	23	-1	
	J	27	29	2	
GE	H	23	29	6	6
	I	21	29	8	
	L	26	29	3	

A tabela 4, apresenta os valores das diferenças entre os dois grupos nos três momentos de avaliação da sintomatologia de Ansiedade. O valor de U não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no primeiro e segundo momentos (U crítico = $0 < 3$, inicial; $0 < 3$, final; $0 < 2$, follow-up). Também aqui, a Mediana não foi estatisticamente significativa (momento inicial: GE, Mdn = 8, GC, Mdn = 7; momento final: GE, Mdn = 8, GC, Mdn = 4; follow-up: GE, Mdn = 5, GC, Mdn = 1).

Tabela 4. *Caracterização da amostra relativamente à sintomatologia de Ansiedade*

Mann-Whitney Test						
Teste GAI	Grupo	N	Média (DP)	Mediana	U	U _{tab}
Inicial	GC	3	7 (4,08)	7	3	0
	GE	3	8,7 (4,10)	8		
Final	GC	3	5,7 (3,86)	4	3	0
	GE	3	8,33 (4,5)	8		
Follow-up	GC	3	3 (3,6)	1	2	0
	GE	3	5,7 (3,3)	5		

No gráfico 2, observa-se que, apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas, os dois grupos têm uma diminuição da sintomatologia ansiosa entre o momento inicial e o follow-up (GC) e entre o momento final e follow-up (GE).

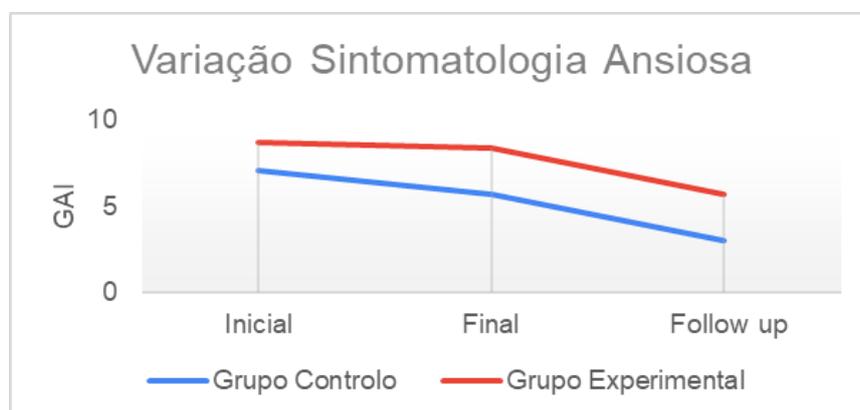


Gráfico 2. Variação da sintomatologia ansiosa

A tabela 5, mostra as diferenças entre os grupos nos momentos de avaliação da sintomatologia de Depressão. O Teste não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (U crítico = $0 < 4,5$, inicial; $0 < 4$, final; $0 < 1,5$, follow-up). Ao nível da Mediana, verifica-se que não existe igualmente diferença estatisticamente significativa (momento inicial: GE, Mdn = 8, GC, Mdn = 8; momento final: GE, Mdn = 8, GC, Mdn = 5; follow-up: GE, Mdn = 6, GC, Mdn = 3).

Tabela 5. Caracterização da amostra relativamente à sintomatologia de Depressão

Mann-Whitney Test						
Teste GDS	Grupo	N	Média (DP)	Mediana	U	U _{tab}
Inicial	GC	3	8,33 (1,25)	8	4,5	0
	GE	3	11,33 (6,18)	8		
Final	GC	3	6,33 (2,62)	5	4	0
	GE	3	10 (6,68)	8		
Follow-up	GC	3	3,33 (1,25)	3	1,5	0
	GE	3	8 (5,09)	6		

No gráfico 3, embora não se verificando diferença estatística significativa na sintomatologia dos dois grupos, verifica-se uma diminuição da sintomatologia depressiva entre o primeiro momento de avaliação e o follow-up, em ambos os grupos.

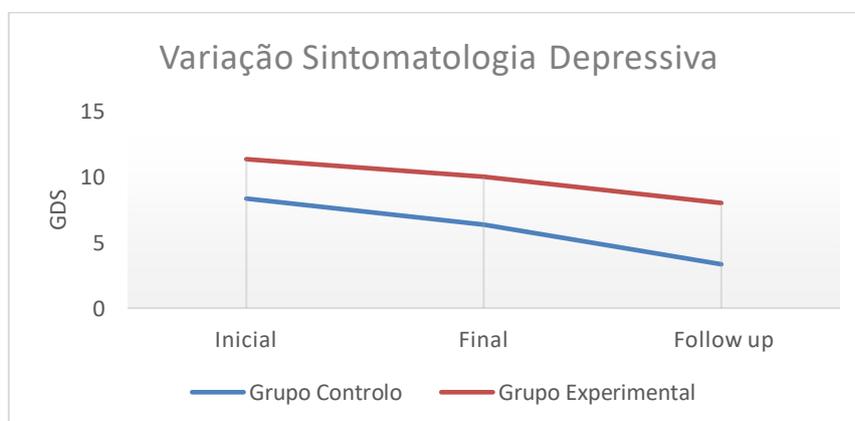


Gráfico 3. Variação da sintomatologia depressiva

A tabela 6, apresenta as diferenças entre os grupos nos três momentos de avaliação da satisfação com a vida. O valor de U não demonstrou diferenças significativas entre ambos (U crítico = 0 < 3, inicial; 0 < 4,5, final; 0 < 3,5, follow-up). As Medianas dos grupos não apresentam diferenças relevantes (momento inicial: GE, Mdn = 17, GC, Mdn = 21; momento final: GE, Mdn = 19, GC, Mdn = 19; follow-up: GE, Mdn = 21, GC, Mdn = 20).

Tabela 6. Caracterização da amostra relativamente à Satisfação com a Vida

Mann-Whitney Test						
Teste SWLS	Grupo	N	Média (DP)	Mediana	U	U _{tab}
Inicial	GC	3	21 (1,63)	21	3	0
	GE	3	17,33 (5,31)	17		
Final	GC	3	19 (.82)	19	4,5	0
	GE	3	18,33 (4,92)	19		
Follow-up	GC	3	19,33 (1,70)	20	3,5	0
	GE	3	19,67 (4,19)	21		

No gráfico 4, apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos, pode observar-se uma tendência para o aumento da satisfação com a vida no grupo experimental ao longo dos vários momentos de avaliação.

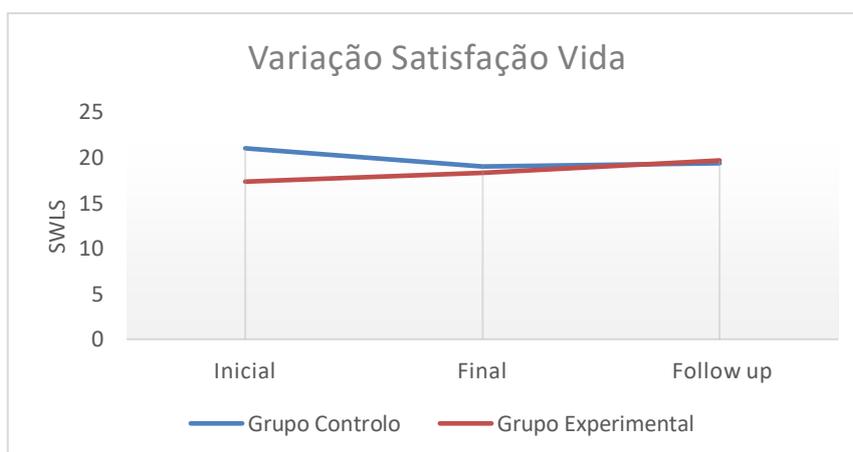


Gráfico 4. Variação da satisfação com a vida

Na tabela 7, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental, entre os vários momentos de avaliação: MoCA ($p = .105$), GAI (GC: $p = .097$), GDS ($p = .124$), SWLS ($p = .264$). Estabelecido o valor de significância para p -value $< .05$, todos os valores se encontram acima.

Tabela 7. *Caracterização do Grupo Experimental nos vários momentos de avaliação*

Friedman Test – Intra-sujeitos			
Testes	n	p-value	df
MoCA (inicial, final e follow-up)	3	.1053	2
GAI (inicial, final e follow-up)	3	.0969	2
GDS (inicial, final e follow-up)	3	.1245	2
SWLS (inicial, final e follow-up)	3	.2635	2

Na tabela 8, não se encontraram diferenças significativas entre os vários momentos de avaliação do grupo de controlo: MoCA ($p = .717$), GAI ($p = .076$), GDS ($p = .076$), SWLS ($p = .173$). Todos os valores se encontram acima do valor de significância estabelecido para p -value < 0.05 .

Tabela 8. *Caracterização do Grupo de Controlo nos vários momentos de avaliação*

Friedman Test – Intra-sujeitos				
Testes	Momentos	n	p-value	df
MoCA	(inicial, final e follow-up)	3	.7165	2
GAI	(inicial, final e follow-up)	3	.0755	2
GDS	(inicial, final e follow-up)	3	.0755	2
SWLS	(inicial, final e follow-up)	3	.1737	2

4. Discussão

O envelhecimento da população e o aumento de doenças do foro neurológico têm levado os investigadores a procurar intervenções psicológicas eficazes na prevenção do défice cognitivo. O programa de reabilitação apresentado neste estudo, focou-se em estratégias que pudessem modificar as variáveis dependentes, causando aumento do desempenho cognitivo e da satisfação com a vida. Pode acontecer que variáveis externas não controláveis, tenham exercido influência sobre as participantes dos grupos, levando a questionar alguns dos resultados. A história de vida e a maturação, são por exemplo, fatores que não podem ser controlados pelo investigador. A significância estatística tem a sua importância para mostrar a evidência dos resultados quantitativos, entretanto, tal como considera Loureiro e Gameiro (2011), é essencial contribuir também com uma interpretação crítica sobre os resultados. Torna-se, pois, fundamental reconhecer que significância estatística não é sinónimo de significância prática ou clínica (Kendall, 1999; Tallmadge, 1977, citados por Loureiro & Gameiro, 2011).

Quanto à hipótese nula, esta não deve ser rejeitada porque não existe evidência suficiente de forma a indicar uma diferença no desempenho dos dois grupos, ao longo dos três momentos de avaliação. Pode concluir-se que, apesar de não ter sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa, provavelmente devido ao tamanho da amostra, de facto, se verificou um aumento do desempenho cognitivo na quase totalidade das participantes, não comprovando, porém que o programa de intervenção tenha trazido resultados mais relevantes do que o treino cognitivo simples.

Partiu-se do pressuposto que o programa de módulos contribuiria para a obtenção de melhores resultados em comparação com o TC simples, uma vez que vários estudos indicam a relevância da intervenção de reminiscências em pessoas idosas (Gonçalves, Albuquerque, & Martin, citados por Lopes, Afonso e Ribeiro, 2014) e que a psicologia positiva ajuda a promover o papel do idoso na satisfação com a vida e felicidade na velhice (citado por Araújo, L., Ribeiro, O., Paúl, C., 2017). Embora a literatura aponte para maiores evidências em determinadas populações ou situações clínicas como o défice cognitivo ou a demência, conclui-se que, apesar de tudo, as participantes evidenciaram benefícios com o aumento do desempenho cognitivo e da satisfação com a vida, e com a diminuição da sintomatologia

ansiosa e depressiva. Esta conclusão corrobora o que alguns autores apontam. Qualquer intervenção terapêutica que vise estimular as funções positivas e desencorajar as negativas, pode contribuir para uma melhor saúde mental (Cappeliez et al, 2008, citado por Lopes, T., Afonso R. & Ribeiro, O., 2016). Um programa que objetive a melhoria das funções cognitivas e executivas, sendo bem estruturado e aplicado aos idosos, repercute efeitos positivos a médio e a longo prazo (Stuss et al., 2007).

Como pontos fortes desta intervenção, consideram-se três: (i) a simplicidade do programa, tanto na estrutura, como na realização; (ii) a aceitação das terapias por parte das participantes, principalmente a de reminiscência, que confirmou a necessidade que esta população tem de falar e de ser escutada, tendo a exposição de relatos de vida possibilitado a ligação com os exercícios de Psicologia positiva; (iii) o custo do material, cingindo-se a treze fotocópias de exercícios por semana, um caderno individual para registos e uma caneta, por participante. Vários aspetos foram tidos em conta para poderem validar este programa de reabilitação: o recurso a exercícios testados por profissionais de equipas multidisciplinares; atividades específicas baseadas em autores de renome na área da psicologia positiva e terapia de reminiscências; um enquadramento teórico que permita perceber as bases do estudo, a garantia e validade dos instrumentos utilizados, uma duração adequada do programa, tempo das sessões, tipo de amostra, seleção das participantes, e a avaliação com pré-teste, pós-teste e follow-up. Como avaliação qualitativa, no final da intervenção, as idosas manifestaram a sua opinião no Questionário de Satisfação da Participante no Programa, revelando que a comunicação, o humor, as emoções positivas, a valorização da vida, o significado, a simplicidade das sessões, a compreensão e a aprendizagem foram avaliadas com uma opinião subjetiva máxima;

A maior limitação do trabalho verificou-se no recrutamento de voluntárias. Muitas idosas alegaram dificuldades cognitivas, próprias da idade e não admitiram ser possível trabalhar essa questão. Outras, por residirem com familiares, manifestaram-se comprometidas em relação a netos e tarefas domésticas. As próprias desistências iniciais foram justificadas pelas responsabilidades com a família e comunidade. Como sugestão para outros trabalhos, podem ser incluídas no programa duas ou três sessões em grupo com temas comuns para realização de trabalhos criativos e análise final da intervenção em conjunto. Pondera-se a possibilidade de aplicar mais um instrumento para avaliação da qualidade de vida, uma vez que se encontra bastante relacionada com a satisfação com a vida.

5. Referências Bibliográficas

Araújo, L., Ribeiro, O. & Paúl, C., (2017). Hedonic and eudaimonic well-being in old age through positive psychology studies: A scoping review. *Anales de psicología*, 33(3), 568-577. Doi: [org/10.6018/analesps.33.2.265621](https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.265621)

Azeredo, Z. (2016). Contributos da investigação na compreensão do envelhecimento. In R. Fontes & C. Fonseca (1ª Ed.), *Repensar o envelhecimento em Portugal* (pp. 65-70). Lisboa: Associação Amigos da Grande Idade.

Becker, N., João, K., Jesus, S., Bonança, J. & Martins, R., (2016). Perspectives from positive psychology in older adults: Brief literature review. *Journal of Spacial and Organizational Dynamics*, 4(1), 21-29. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/304214423_Perspectives_from_Positive_Psychology_in_Older_Adults_Brief_Literature_Review

Bohlmeijer, E., Valekamp, G., Westerhof, G., Smith, F. & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot project. *Aging and Mental Health*, 9(4), 302-304. Doi: [10.1080/13607860500089567](https://doi.org/10.1080/13607860500089567)

Bohlmeijer, E. & Cuijpers, P. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging and Mental Health*, 11(3), 291-300. Doi: [10.1080/13607860600963547](https://doi.org/10.1080/13607860600963547)

Brandão, L. & Parente, M. (2001). Os estudos de linguagem do idoso neste último século. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*. 3, 37-53. Disponível em

<https://www.scribd.com/document/333102086/OS-ESTUDOS-DE-LINGUAGEM-DO-IDOSO-NESTE-ULTIMO-SEculo-pdf>

Bryant, F. & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experiences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Faria, A., Pinho, M. & Bermúdez, B. (2016). Do papel-e-lápis à realidade virtual: Uma nova abordagem para reabilitação cognitiva personalizada. *11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Doi: 10.13140/RG.2.1.3627.5284

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gonçalves, D., Albuquerque, P. & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1(26),101-110. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/11757>

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. Psicologia.pt [Internet] 18. 1-18. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>

Janela, A. (2012). *Sintomatologia depressiva, ideação suicida e envelhecimento ativo: um estudo na cidade da Covilhã* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior) Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/2664>

Jesuino, C. (2016). Perspectivas duma Gerontologia crítica. In R. Fontes & C. Fonseca (1ª Ed.), *Repensar o envelhecimento em Portugal* (pp. 71-82). Lisboa: Associação Amigos da Grande Idade – Inovação e Desenvolvimento

- Lopes, R. & Argimon, I. (2016). Cognitive training in the elderly and its effects on the executive functions. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 159-176. Doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.8
- Lopes, T., Afonso, R. & Ribeiro, O. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: Revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 597-611. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150304>
- Lopes, T., Afonso, R., & Ribeiro, O. (2016). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 183-192. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27347792>
- Lopes, T., Afonso, R., Ribeiro, O., Quelhas, H. & Almeida, D. (2016). Impacto de um programa de reminiscência com pessoas idosas: Estudo de caso. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 189-200. Disponível em <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170207>
- Loureiro, L. & Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 151-162. DOI: 10.12707/RIII1009
- Merriam, S. & Kee, Y. (2013). Promoting community wellbeing: The case for lifelong learning for older adults. *American Association for Adult and Continuing Education*, 64(2), 128-144. Doi: 10.1177/0741713613513633
- Nunes, C. (2017). *Impacto de um programa de treino cognitivo em idosos institucionalizados*. (Trabalho de projeto, Escola Superior de Saúde de Bragança). Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/153415860.pdf>

- Pestana, M., H. & Gageiro, J., N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. & Firmino, H., (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging Mental Health*, 15(6), 742-748. Doi: 10.1080/13607863.2011.562177
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successfull aging. The Gerontological Society of America. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. Disponível em <https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/11946304_Positive_Psychology_An_Introduction
- Seligman, M., Rashid, T. & Parks, A., (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. Disponível em <https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/attachments/101936/seligmanrashidparks2006.pdf>
- Silva, F. et al., (2015). Reabilitação neuropsicológica grupal de idosos institucionalizados com défice cognitivo sem demência. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(2), 31-45. Doi: 10.7342/ismt.rpics.2015.1.2.21
- Simões, M. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 34(1), 9-33. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/141844282/Instrumentos-de-avaliacao-psicologica-de-pessoas-idosas-portugal>

- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Simões, M., Santana, I. & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2015). *Escalas e Testes de Demência* (3ª ed.), Porto: Novartis.
- Sin, N. L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. Doi:10.1002/JCLP.20593
- Sousa, L. & Sequeira, C. (2012). Conceção de um programa de intervenção na memória para idosos com défice cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (8), 7-15. Disponível www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a02.pdf
- Styles, E. (2005). Attention, perception and memory: an integrated introduction. *Routledge Modular Psychology Focus*. Hove East Sussex, New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group. (pp. 1-10, Introduction” [Mediateca UA]
- Stuss, D., Robertson, I., Craik, F. Levine, B., Alexander, M., Black, et al. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: A randomized trial to evaluate a new protocol. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(1), 120-131. Doi: 10.1017/S1355617707070154
- Uehara, E., Charchat-Fichman, H., & Landeira-Fernandez, J. (2013). Funções executivas: um retrato integrativo dos principais modelos e teorias desse conceito. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 5(3), 25-37. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5579/rnl.2013.145>

Anexos

Anexo 1

Consentimento Informado

Programa de Reabilitação Cognitiva em Idosas: Módulos integrados de Treino Cognitivo, Psicoterapia Positiva e Terapia de Reminiscências

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, a investigadora Anabela Bettencourt, n.º. 43290, sob a supervisão da Prof. Dra. Marlene Miguéis da Universidade de Aveiro, pretende desenvolver um programa de Reabilitação Cognitiva para pessoas idosas do sexo feminino.

Objetivo geral do estudo: comprovar a eficácia do Treino Cognitivo simples no grupo de controlo, e do Treino Cognitivo combinado com Psicoterapia Positiva e a Terapia de Reminiscência no grupo experimental.

Objetivos específicos: encontrar aumento ou melhoria do funcionamento cognitivo, diminuição da sintomatologia depressiva e ansiosa, e uma postura mais positiva e repleta de significado perante a vida.

Procedimento: numa primeira fase, as voluntárias serão inscritas no programa conforme a disponibilidade do seu tempo e horários, sendo depois distribuídas pelos dois grupos. Serão sujeitas a um primeiro momento de avaliação por testes. Numa segunda fase, farão parte do programa, que terá uma duração de 8 semanas. As sessões serão semanais com tempo previsto de 20 a 30 minutos para o grupo de controlo e de 60 minutos para o grupo experimental. Na última fase, trinta dias após o programa, todas as participantes serão sujeitas aos mesmos testes.

Participação: a participação neste estudo é voluntária e gratuita, ficando todo o material utilizado, a cargo da investigadora. A colaboração nos grupos implica a realização de exercícios nas sessões e em casa. Toda a colaboração é valorizável, não existindo respostas erradas ou exercícios incorretos. Qualquer desistência é aceite sem penalização.

Confidencialidade: Os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e apenas disponibilizados para o estudo científico em questão. Não existem riscos associados pela participação.

Contactos: para qualquer esclarecimento ou comunicação de desistência, pode contactar a investigadora através do TLM. 961 206 229.

Eu, (primeiro e último nome) _____, declaro que fui esclarecida acerca desta investigação e concordo em participar, autorizando que os dados recolhidos, sejam usados em trabalho académico e de natureza científica.

Participante: _____ Data, ____/____/____

Desde já, os sinceros agradecimentos pela disponibilidade e colaboração.

Anexo 2

Questionário Sociodemográfico

1. Nome (primeiro e último): _____ Inicial _____

2. Idade: _____

3. Sexo: _____

4. Estado civil:
Solteira _____ Casada _____ Separada _____ Viúva _____

5. Anos de Escolaridade:
1 ano _____ 2 anos _____ 3 anos _____ 4 anos _____ 5 anos _____ 6 anos ou mais _____

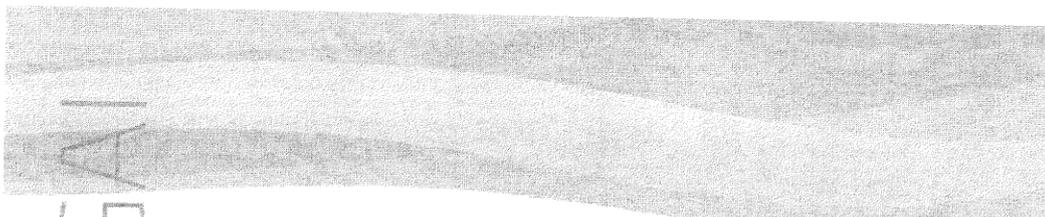
6. Sofre de doença que a impeça de ouvir, entender, falar ou escrever?
Não _____ Sim _____

7. Atividades que pratica:
Convívio _____ Dança _____ Cultura _____ Ginástica _____ Jardinagem _____
Trabalhos Manuais _____ Costura _____ Teatro _____ Bóia _____

8. Reside com quantas pessoas? _____

Obrigada pela participação,

Anexo 4



G

Para algumas das afirmações que se seguem, pede-se a sua opinião sobre o que tem sentido durante a última semana. Se acha que o que é dito se aplica no seu caso, faça uma cruz (X) no quadrado 'Concordo'. Se, pelo contrário, achar que o que é dito não se aplica à sua situação, faça uma cruz (X) no quadrado 'Discordo'. Há ainda outras afirmações que indicam a frequência com que determinadas coisas lhe podem ter acontecido na última semana e pede-se, igualmente, que escolha a alternativa ('concordo' ou 'discordo') que estiver mais próxima do que se passou consigo. **Responda, por favor, a todas as afirmações.** Não existem respostas certas ou erradas para estas afirmações porque as pessoas são diferentes umas das outras. O importante é responder de acordo com aquilo que sentiu (ou se passou consigo) na última semana..

	Concordo	Discordo
Ando preocupado(a) a maior parte do tempo.		
Tenho dificuldade em tomar decisões		
Sinto-me muitas vezes inquieto(a).		
Tenho dificuldade em descontraír.		
Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações.		
Aflijo-me muito com coisas sem importância.		
Sinto muitas vezes um peso na cabeça.		
Considero-me uma pessoa preocupada.		
Não consigo deixar de me preocupar, mesmo com coisas simples do dia-a-dia.		
Sinto-me muitas vezes nervoso(a).		
Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me ansioso(a).		
Sinto-me muitas vezes tenso(a).		
Penso que sou uma pessoa nervosa.		
Acho que vai sempre acontecer o pior.		
Sinto muitas vezes um nervosismo interior.		
Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida.		
Sinto-me muitas vezes paralisado(a) pelas minhas preocupações.		
Tenho muitas vezes a sensação de ter a cabeça vazia.		
Deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado.		
Sinto-me muitas vezes aflito(a).		

(Geriatric Anxiety Inventory; Pachana e colaboradores, 2006) Versão Portuguesa Adaptada: O. Ribeiro, C. Paúl, M.R. Simões e H. Firmino, 2010
 © The University of Queensland 2010. Copyright in the Geriatric Anxiety Inventory is the property of The University of Queensland. All content is protected by Australian copyright law and, by virtue of international treaties, equivalent copyright laws in other countries. The Geriatric Anxiety Inventory may not be reproduced or copied without the prior written permission of UniQuest Pty Limited.

Anexo 5

Geriatric Depression Scale (GDS)

Yesavage et al (1983) "Development and validation of geriatric depression scale" J. Psychiatric Res. 17:37-49

Nome: _____

Idade: _____ Data do teste: ____/____/____

Responda Sim ou Não consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

1.* Está satisfeito(a) com a sua vida?	S	N
2.* Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	S	N
3.* Sente a sua vida vazia?	S	N
4.* Fica muitas vezes aborrecido(a)?	S	N
5. Tem esperança no futuro?	S	N
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	S	N
7.* Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S	N
8.* Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	S	N
9.* Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10.*Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	S	N
12.*Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14.* Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	S	N
15.*Pensa que é bom estar vivo(a)?	S	N
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	S	N
17.*Sente-se inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida interessante?	S	N
20. É difícil para si começar novas atividades	S	N
21. *Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. *Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

Anexo 6

Escala de Satisfação com a Vida

(Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992)

As seguintes questões estão relacionadas com o grau de satisfação com a vida.

Utilize a escala de 1 a 5 e marque com uma cruz, o quadrado que indica a sua resposta.

	Discordo muito 1	Discordo Pouco 2	Nem pouco nem muito 3	Concordo um pouco 4	Concordo muito 5
A minha vida parece-se em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.					
As minhas condições de vida são muito boas.					
Estou satisfeito com a minha vida.					
Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.					
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

Cotação: somatório de todas as pontuações correspondentes a cada quadrado. Quanto maior o valor, maior a satisfação com a vida (5-10 baixa; 10-20 média; 20-25 boa).

Participante: _____

Data: ____/____/____

Total: _____

Anexo 7

Questionário de Satisfação da Participante no Programa

1. Acha que participar na intervenção a ajudou a melhorar a sua forma de comunicar?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
2. Acha que as sessões contribuíram para melhorar o seu humor geral?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
3. Acha que reviver histórias agradáveis a ajudou a sentir emoções positivas?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
4. Acha que recordar boas memórias a deixou mais feliz no presente?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
5. Acha que lembrar histórias passadas a ajudou a planear melhor o futuro próximo?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
6. Acha que aprender a “Saborear” as coisas a ajudou a valorizar a vida?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
7. Acha que pensar de forma positiva a levou a ter atitudes melhores?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
8. Foi simples para si recordar coisas boas através dos exercícios?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
9. Os assuntos falados foram fáceis de entender?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
10. Acha que foi útil conhecer e fazer coisas novas nas sessões?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____
11. Acha que o programa a ajudou a resolver algum problema de vida?
MUITO _____ MAIS OU MENOS _____ POUCO _____

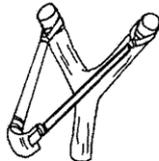
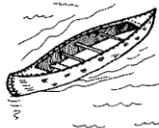
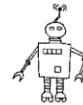
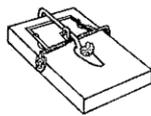
Anexo 8



Atenção:	6.7
Memória:	7.0
Fun. Ex.:	5.6
Linguagem:	4.7
Dificuldade:	6.4

Instruções:

Por favor, memorize os pares de imagens seguintes e, 30 minutos depois, tente recordá-los.



* Imagens do banco de dados IPNP nomeação de figuras (<http://crl.ucsd.edu/experiments/ipnp/method/getpics/getpics.html>)

Gerado em 31/05/2019 19:58 PM

Página 1

NeuroRehabLab (c) - <http://neurorehabilitation.m-ifi.org>

Anexo 9

NeuroRehabLab
<http://neurorehabilitation.m-iti.org>



Atenção:
Memória:
Fun. Ex.: 6.4
Linguagem: 6.5
Dificuldade:

Instruções:

Por favor, indique quais as descrições mais correctas para a imagem.



1. As ilustrações do livro são: um menino, uma bola e uma praia.
2. As crianças e os professores estão sentados em suas cadeiras.
3. As ilustrações do livro são: um caranguejo, o sol e uma árvore.
4. Há cinco crianças a aprender com o professor.
5. As crianças estão na escola, a jogar.

Anexo 10

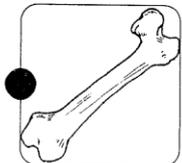
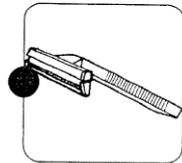
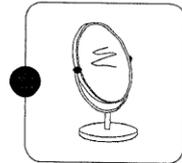
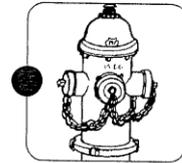
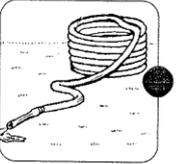
NeuroRehabLab
<http://neurorehabilitation.m-ti.org>



Atenção: 
Memória: 
Fun. Ex.: 
Linguagem: 
Dificuldade: 

Instruções:

Por favor, indique, com uma linha, quais elementos da esquerda fazem par com os da direita.



* Imagens do banco de dados IPNP nomeação de figuras (<http://crl.ucsd.edu/experiments/ipnp/method/getpics/getpics.html>)

Gerado em 09/02/2019 19:14 PM

Página 1

NeuroRehabLab (c) - <http://neurorehabilitation.m-ti.org>

Anexo 11



Atenção: █
Memória: █
Fun. Ex.: █
Linguagem: █
Dificuldade: █

Instruções:

Por favor procure e assinale com um círculo os elementos ' B '.

S	C	U	B	H	M	C	O	Y	Y	Q
P	P	F	D	T	C	X	U	K	D	B
H	C	I	V	V	N	T	I	I	Y	Y
M	V	V	Y	T	K	A	V	B	D	N
C	T	D	K	M	B	D	O	J	W	U
M	H	B	M	U	S	M	R	Y	C	O
H	S	D	O	N	G	X	B	K	W	D
S	F	P	I	R	B	A	A	S	L	X
P	E	M	M	I	E	Q	B	S	S	J
W	W	D	B	B	S	H	A	A	B	D
P	R	S	X	R	T	R	Q	V	Y	F

Anexo 12



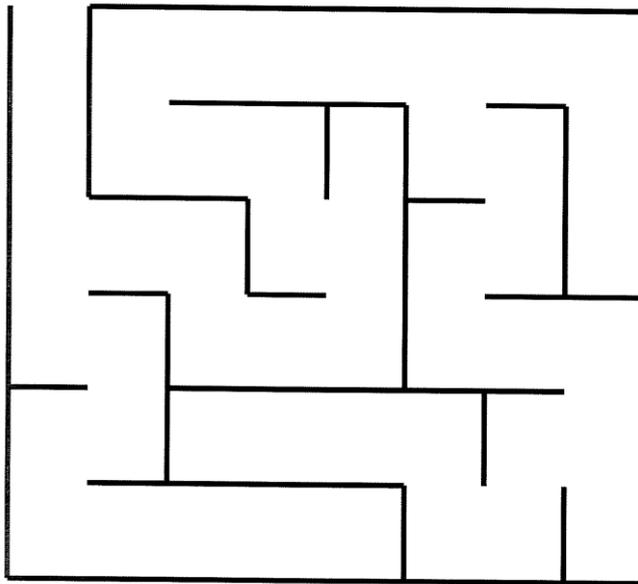
Atenção: 4.7
Memória: 3.4
Fun. Ex.: 4.8
Linguagem: 3.0
Dificuldade: 3.6

Instruções:

Por favor, desenhe o caminho desde a entrada até à saída neste labirinto.

Comece aqui!

x



Anexo 13



Atenção: 7.2
Memória: 5.9
Fun. Ex.: 6.3
Linguagem: 5.7
Dificuldade: 6.7

Instruções:

Por favor, procure 7 palavras nesta sopa de letras.

B G L E A O N F O T
N Q A D R U A O X H
H A A L T H R G I E
J B V C O W I I I S
H T G I O B Z C N C
E I G Y O E O V I H
B W I Y E X L C P I
M D L W T R R H P T
M A Ç A H B O A O A
D K J R M S J I S M

Anexo 14



Atenção: 5.6
Memória: 5.6
Fun. Ex.: 5.6
Linguagem: 4.6
Dificuldade: 3.6

Instruções:

Por favor, preencha os números em falta nas seguintes sequências.

0, 2, 4, 6, __, __, __, 14, 16, 18, 20, 22

2, 4, __, __, __, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24

29, 27, 25, 23, __, __, __, 15, 13, 11, 9, 7

33, 31, 29, 27, 25, 23, 21, 19, 17, __, __, __

1, __, __, __, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23

32, 30, 28, 26, 24, 22, 20, 18, 16, __, __, __

33, 31, 29, 27, 25, 23, 21, 19, __, __, __, 11

0, 2, __, __, __, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22

28, 26, 24, 22, 20, __, __, __, 12, 10, 8, 6

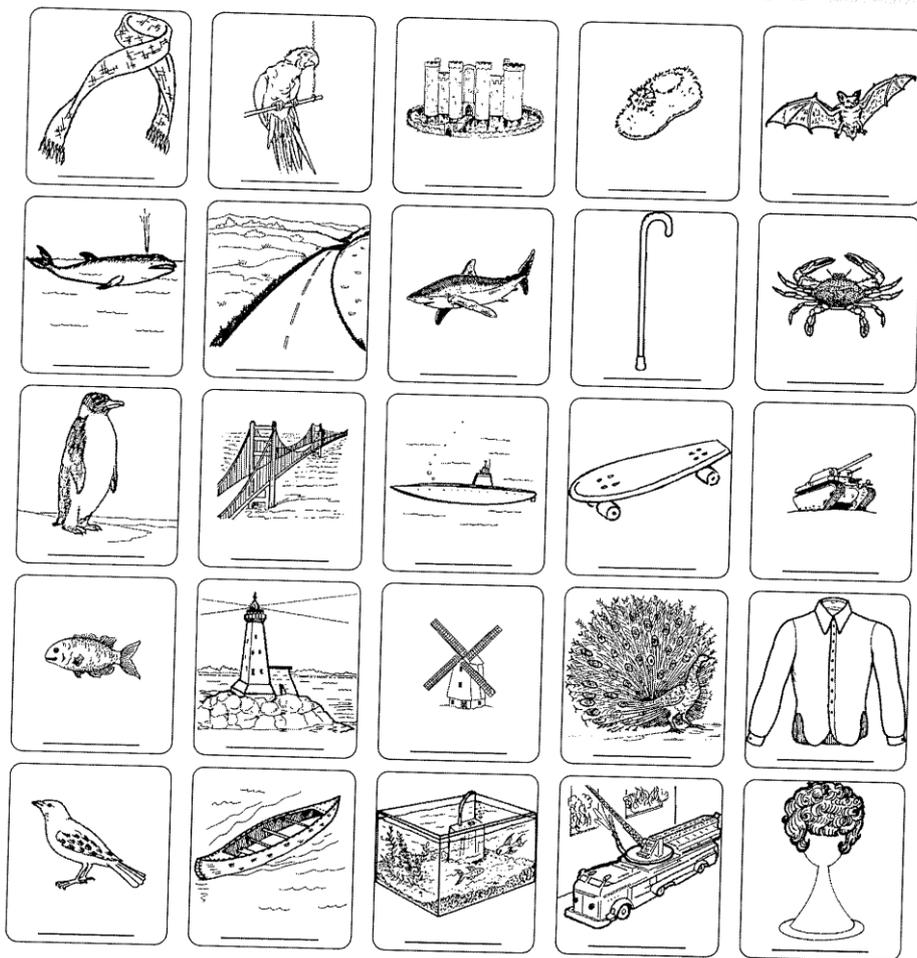
Anexo 15



Atenção:	5.2
Memória:	5.1
Fun. Ex.:	6.1
Linguagem:	4.8
Dificuldade:	6.1

Instruções:

Por favor, agrupe as imagens abaixo por categorias de pertença.



* Imagens do banco de dados IPNP nomeação de figuras (<http://crl.ucsd.edu/experiments/ipnp/method/getpics/getpics.html>)

Anexo 16

Sumário da Sessão 1

Treino Cognitivo

Exercícios: Pares de Imagens, Cancelamento, Associação e Sequências numéricas.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “Três Coisas Boas”:

- Escrever três coisas boas que tenham acontecido nesse dia.

Objetivo: Focar-se nos eventos positivos do dia e avaliar o que aprendeu. Refletir sobre o motivo por que aconteceram. Dependem de quê ou de quem? Como pode promover que voltem a repetir-se?

Também se pretende que volte a criar o hábito de escrever sobre pequenas coisas positivas que acontecem no dia-a-dia.

Terapia de Reminiscência

Exercício “A Minha Escola Primária”:

- Registo de uma pequena narrativa criativa sobre as memórias mais positivas deste momento de vida, a partir de uma lista de palavras-chave. Fazer o marcador em cartolina com o desenho sobre o tema da escola primária (para marcar o caderno de registos).

Objetivo: recordar o ambiente, as relações interpares, os professores, as brincadeiras no recreio ou outras memórias que tenham sido significativas.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

- Criar o hábito de refletir, ao deitar, sobre situações positivas do dia.

Anexo 17

Sumário da Sessão 2

Treino Cognitivo

Exercícios: Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “*Saborear*”: elaboração de uma lista de atividades simples e agradáveis a concretizar durante a semana.

-Objetivo: reflexão sobre o que pode fazer mais vezes ou melhorar?

O que pode introduzir ou aumentar a frequência de situações positivas ao longo da semana?

Terapia de Reminiscência

Exercício “A coisa mais feliz e importante da minha vida”:

Objetivo: explorar e registrar memórias e sentimentos positivos de um momento muito significativo de vida.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

Refletir e escrever no caderno, sobre as suas virtudes pessoais como otimismo, esperança e gratidão.

Saborear, ao deitar, uma das memórias agradáveis que experienciou durante a sessão.

Anexo 18

Sumário da Sessão 3

Treino Cognitivo

Exercícios: Pares de Imagens, Cancelamento, Associação e Sequências numéricas.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “*Maravilhar-se*”: contemplar e registrar algo maravilhoso que tenha acontecido na sua vida.

Objetivo: promover a contemplação de algo transcendente que reavive o sentimento de esperança e fé no futuro.

Terapia de Reminiscência

Exercício “*A minha primeira profissão/trabalho*”:

-Escrever e refletir sobre o reconhecimento do seu papel laboral e crescimento pessoal.

-Objetivo: valorizar as forças pessoais que conseguiu manter ou desenvolver até à data.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

- Refletir sobre uma bênção que tenha acontecido na sua vida.

-Selecionar em casa um objeto significativo para a sessão seguinte.

Anexo 19

Sumário da Sessão 4

Treino Cognitivo

Exercícios: Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “Comprazer-se”:

-Escrever uma notícia para o “jornal” sobre um feito que tenha merecido o seu próprio reconhecimento e envolvimento.

Objetivo: autorreconhecimento do seu valor pessoal, o orgulho em si própria e o sentido de realização.

Terapia de Reminiscência

Exercício “Objetos significativos da minha vida”:

Identificar um brinquedo, objeto ou adorno, com o objetivo de resgatar vínculos positivos com o passado, relacionados com o tato.

Objetivo: reconhecer sentimentos e pensamentos sobre o objeto específico e a importância que teve.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

Escrever um pequeno texto de gratidão pela pessoa que é e pelo que tem de melhor.

Anexo 20

Sumário da Sessão 5

Treino Cognitivo

Exercícios: Pares de Imagens, Cancelamento, Associação e Sequências numéricas.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “Visita de Gratidão”:

-Escrever uma carta a quem nunca agradeceu convenientemente, procurar a pessoa e ler a carta, ou enviar.

-Objetivo: promoção do sentimento de gratidão para com o outro.

Terapia de Reminiscência

Exercício “Amigos do Peito”:

-Recordar e registrar as ligações positivas com pessoas especiais.

-Objetivo: valorizar as relações interpessoais.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

- Elaboração de uma lista de amigos a quem pode retribuir uma visita de cortesia.

Anexo 21

Sumário da Sessão 6

Treino Cognitivo

Exercícios: Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “*Perdão* ”: escrever uma carta a oferecer o perdão a alguém, mas sem a enviar.

Objetivo: refletir sobre a misericórdia, compaixão e aceitação.

Terapia de Reminiscência

Exercício “A minha casa traz lembranças e saudades boas”: escrita sobre as memórias e as histórias que marcam o espaço da partilha familiar.

Objetivo: promoção do significado e autenticidade das vivências felizes.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

- Recordar bons momentos passados em casa com a família ou amigos e escrever no caderno, algumas das memórias.

Anexo 22

Sumário da Sessão 7

Treino Cognitivo

Exercícios: Pares de Imagens, Cancelamento, Associação e Sequências numéricas.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “Apreciar os Pequenos Prazeres”:

-Identificar e registrar um aroma agradável aos sentidos do olfato e do paladar (manjerico).

Objetivo: associar o paladar e o olfato a memórias positivas de eventos como os Santos Populares, as sardinhas ou as fogueiras de São João.

Terapia de Reminiscência

Exercício “Cheiros e Aromas da minha Juventude”:

Composição de quadra popular para o manjerico.

Objetivo: estimular a criatividade e o sentido poético.

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.

Elaborar uma lista de coisas agradáveis aos sentidos: visão, olfato, tato, audição e paladar.

Anexo 23

Sumário da Sessão 8

Treino Cognitivo

Exercícios: Contextos, Labirintos, Sopa de Letras, Categorização.

Estes exercícios têm como objetivo estimular as funções básicas da Atenção e Memória, as Funções Executivas e a Linguagem.

Psicologia Positiva

Exercício “*Vida Plena*”: reflexão sobre uma das forças apresentadas nas sessões – perdão, entusiasmo, otimismo, esperança, criatividade, contemplação, espiritualidade, gratidão e compaixão.

Objetivo: selecionar nas atividades das sessões, as que tiveram um papel mediador no seu bem-estar.

Terapia de Reminiscência

Exercício:

O que aprendeu ao participar nas sessões?

O que foi mais importante nesta intervenção?

Descobriu algo de si que estava esquecido?

Acha que alguma da informação é útil para o futuro?

Trabalho para Casa

- Realizar 2 vezes na semana, os exercícios do Treino Cognitivo, iguais aos da sessão.