



UC/FPCE 2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Reminiscência em Grupo com vista à diminuição da sintomatologia associada à Perturbação de Stress Pós-Traumático em veteranos da Guerra Colonial: Proposta de Programa.

Leonardo Silvério Faustino (e-mail: leonardofsilverio@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, área de especialização em Psicogerontologia Clínica, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima.

Reminiscência em Grupo com vista à diminuição da sintomatologia associada à Perturbação de *Stress* Pós-Traumático em veteranos da Guerra Colonial: Proposta de Programa

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático é uma perturbação mediada pela ansiedade, despoletada por um acontecimento traumático.

Durante a Guerra Colonial, os combatentes portugueses vivenciaram vários acontecimentos traumáticos, sendo que estudos na área mostram que esta exposição durante a vida militar pode ter impacto na qualidade de vida, na saúde física e no domínio psicossocial durante a idade avançada.

Com vista a melhorar a sintomatologia associada à perturbação, bem como a qualidade de vida de um grupo de 5 veteranos da Guerra Colonial, foi administrado um programa de 13 sessões grupais, baseado na Terapia da Reminiscência.

Os resultados mostram que a administração desta terapia pode ser eficaz na diminuição da sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e da sintomatologia depressiva, no momento *pós-intervenção*, bem como na diminuição da sobregeneralização de memórias autobiográficas e melhoria no desempenho cognitivo.

Palavras chave: Reminiscência, psicoterapia, terapia de grupo, guerra, PSPT, veteranos, idosos.

Reminiscence Group Therapy for the improvement of *PTSD* associated symptomatology in veterans of Portuguese Colonial War: Program Proposal.

Posttraumatic Stress Disorder is a disorder mediated by anxiety, triggered by a traumatic event.

During the Colonial War, the Portuguese soldiers experienced multiple traumatic events, and studies in the field show that this exposure, during military life, can impact the quality of life, physical health and psychosocial domain during the old age.

In order to improve the symptoms associated with the disorder, as well as the quality of life of a group of five veterans of the Colonial War, a program of 13 group sessions, based on the Reminiscence Therapy, was administered.

The results show that the administration of this therapy may be effective in reduction of the Posttraumatic Stress Disorder and depressive symptomatology, at post-intervention time, as well as in decreasing the overgeneralization of autobiographical memories and in the improving of the cognitive performance.

Key Words: Reminiscence, psychotherapy, group therapy, war, PTSD, veterans, elderly people.

Agradecimentos

Ao longo da minha vida académica, fui superando várias dificuldades e obstáculos. Fui, aos poucos, trilhando o meu caminho rumo a este desfecho: a concretização da minha Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Este último ano foi atípico, mas inigualável no que ao crescimento pessoal diz respeito, quer enquanto ser humano, quer enquanto aspirante a Psicólogo. Tive a sorte de estar rodeado das melhores pessoas possíveis, sem as quais seria impossível a elaboração deste trabalho. Com isto, passo a agradecer:

À minha mentora, Professora Margarida Lima, pela paciência, oportunidades dadas, confiança em mim depositada e, sobretudo, conhecimentos e apoio transmitidos ao longo de todo este processo.

À Doutora Catarina Gonçalves, em particular, e à Liga dos Combatentes de Coimbra, em geral, pela oportunidade de estágio que me concederam e ajuda sempre prestada no desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Manuela Vilar, pela força contagiante, ensinamentos e sabedoria, cruciais neste último ano de curso, bem como ao Professor Mário Simões, sobretudo pela seguinte premissa: “em tudo o que fazemos, não devemos dispensar um conhecimento técnico rigoroso e constantemente atualizado”: obrigado.

À Professora Rosa Marina Afonso, por toda a disponibilidade e oportunidade que me deu em apresentar este trabalho no Primeiro Congresso de Reminiscência da Universidade da Beira Interior.

Aos Professores Bruno Sousa e Valentim Alferes, por toda a ajuda no que à análise estatística diz respeito.

À minha Mãe, por ser o meu maior suporte e por tudo o que fez e continua a fazer por mim, dia após dia.

Aos meus Avós Maternos, Silvino e Teresa, por nunca faltarem em momentos-chave e por serem um pilar inquebrável.

À restante família, nomeadamente Pai, Avós Paternos, Tia e Primo, por toda a amizade e apoio dado ao longo da minha ainda curta existência.

À Vida, por ter colocado no meu caminho pessoas incríveis, sem as quais nada disto seria possível. Diogo, André, Samuel, Rafaela, Danilo e Tomé: vocês são os melhores amigos que se pode ter e os últimos 20 anos espelham isso perfeitamente! Rúben e Bernardo, a nossa amada Coimbra colocou-vos na minha vida, e tanto lhe agradeço...foram os meus companheiros de “combate”, sobretudo nas últimas semanas. Obrigado, nomeadamente pelas pessoas fantásticas que são!

Por fim, e não menos importantes, aos Combatentes Portugueses da Guerra Colonial e, em particular, aos “meus” combatentes, por tudo o que fizeram pelo “nosso” país e por terem aceitado participar neste projeto: são pessoas incríveis e inspiradoras!

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento conceptual.....	3
Perturbação de Stress Pós-Traumático.....	3
Perturbação de Stress Pós-Traumático em Veteranos de Guerra... 6	
Terapia da Reminiscência.....	10
A Perturbação de Stress Pós-Traumático e o Envelhecimento: Reminiscência, uma possibilidade?.....	12
II – Objetivos.....	14
III – Metodologia.....	16
Amostra.....	16
Instrumentos.....	17
Procedimentos.....	22
IV – Resultados.....	24
V – Discussão.....	35
Conclusões.....	42
Referências Bibliográficas.....	43
Anexos	

Introdução

A Guerra Colonial decorreu entre os anos de 1961 e 1974, nas antigas colónias portuguesas de Angola, Guiné e Moçambique. Nela, participaram mais de um milhão e trezentos mil soldados portugueses, sendo que se registaram mais de oito mil mortos, bem como mais de uma centena de feridos. Destes, perto de dezasseis mil adquiriram deficiências permanentes, sendo que aproximadamente mil e duzentos correspondem a perturbações mentais (segundo dados da Associação dos Deficientes das Forças Armadas).

Com o fim da guerra, os efeitos produzidos pelo *stress* de combate podem desaparecer em alguns veteranos, espontaneamente, ou com a ajuda de intervenção profissional especializada (Solomon & Mikulincer, 2006). Contudo, armas, tiros, fome, feridos, mortes, isolamento e uma história de vida (com os altos e baixos que lhe são característicos), juntos, podem ter efeitos devastadores sobre a mente humana: “fomos carne para canhão”, disse um antigo combatente, palavras que traduzem o impacto da guerra sobre alguns destes Homens. Assim, noutros casos, o *stress* de combate pode cristalizar numa sequela psicopatológica profunda e prolongada, na forma da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e outras comorbilidades (Solomon & Mikulincer, 2006).

Muitos destes veteranos sofrem durante meses ou anos da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático antes de procurarem tratamento, sendo que durante esse período vão realizando as suas tentativas pessoais para controlar os sintomas, que revelam não produzir efeitos a longo prazo (Daniels et al., 2015). Com isto, a exposição a acontecimentos traumáticos durante a idade jovem-adulta, pode ter implicações distais nas respostas às circunstâncias normativas do processo de envelhecimento e mudanças na idade avançada (Chatterjee et al., 2009).

Até à data, não há protocolos terapêuticos estabelecidos para

tratar veteranos de guerra com idade avançada (Böttche et al., 2011). As abordagens cognitivas, nomeadamente a reestruturação cognitiva, a psicoeducação ou exposição (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*; EMDR), são as abordagens mais utilizadas em jovens e adultos de meia idade com a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, contudo não há estudos que demonstrem a eficácia destas abordagens em adultos idosos com a perturbação (Böttche et al., 2011).

Como referem Daniels e colaboradores (2015), há uma necessidade de desenvolvimento de intervenções gerontologicamente suportadas e que estudem o impacto da revisão de vida e reminiscência em veteranos de guerra com idade avançada. E é sobre isto que trata esta dissertação: uma tentativa de proposta de programa, com base na Terapia da Reminiscência, com vista à diminuição da sintomatologia associada à Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, em adultos idosos veteranos da Guerra Colonial.

No que diz respeito à estrutura da dissertação, no Enquadramento Concetual procurar-se-á desenvolver o que é a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, quais as particularidades desta perturbação na população de veteranos de guerra e, sobretudo, na faixa de veteranos adultos idosos, e de que modo a Terapia da Reminiscência poderá ser benéfica na melhoria quer de sintomas, quer da qualidade de vida destas pessoas; nos Objetivos serão estabelecidas as hipóteses colocadas na realização desta investigação; na Metodologia caracterizar-se-ão a amostra recolhida, os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos adotados no decurso da mesma; de seguida e com o tratamento estatístico dos dados recolhidos através dos instrumentos utilizados, serão apresentados os Resultados, que serão explicados e comparados com a informação reportada no Enquadramento Concetual na Discussão; por fim, serão apresentadas as Conclusões, Referências Bibliográficas e Anexos.

I – Enquadramento conceptual

Perturbação de Stress Pós-Traumático

A Perturbação de *Stress Pós-Traumático* (PSPT) é considerada uma perturbação mediada pela ansiedade, que surge após a exposição de uma pessoa humana a um acontecimento traumático (AT) (Vaz Serra, 2003).

Sendo o AT o precipitante da perturbação, este define-se como sendo uma ameaça séria para a vida ou segurança da pessoa, de natureza excecionalmente ameaçadora ou catastrófica e que ultrapassa em intensidade as experiências comuns (Vaz Serra, 2003). A sua principal característica diz respeito à sua capacidade para provocar medo, desamparo ou horror na maioria das pessoas que o experienciam (Vaz Serra, 2003; Yehuda, 2002). São exemplos destes acontecimentos a exposição à guerra como combatente ou como civil, ameaça ou agressão física, ameaça ou agressão sexual, ser raptado ou feito refém, ser vítima de um ataque terrorista ou tortura, ser feito prisioneiro de guerra, ser vítima de uma catástrofe de causa natural ou humana ou acidente de viação grave, bem como testemunhar pessoalmente acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas ou tomar conhecimento de que o(s) AT(s) afetou(aram) familiares ou amigos próximos (APA, 2013).

Durante um AT, se o indivíduo sente que não tem aptidões nem recursos pessoais e sociais para lidar com a situação entra em *stress*, sentindo medo, desespero e horror intensos (Vaz Serra, 2003). Ocorre então na pessoa uma resposta de alarme “*fight-flight-freeze*”¹, que se caracteriza pela aceleração do ritmo cardíaco, redirecionar de maior volume sanguíneo para as mãos e pés (facilitando a resposta de luta ou fuga), aumento da frequência respiratória (com vista a uma maior

¹ Esta é uma resposta evolutiva contra ameaças que põem em causa a sobrevivência do ser humano (Barlow, 2002). Nos primórdios da humanidade, estas respostas evoluíram com vista à proteção face a animais perigosos (como leões, cobras ou lobos), pessoas ou desastres naturais (Zayfert & Becker, 2007). Hoje, protegem-nos contra ameaças como veículos, armas, risco de afogamento, fogo, entre outras (Barlow, 2002; Zayfert & Becker, 2007).

oxigenação), boca seca e náusea ou tontura (dado que nesta situação, a digestão de alimentos é colocada em espera) (Zayfert & Becker, 2007).

Com isto, pode acontecer um de dois tipos de processamento cognitivo da informação, que irá ditar a natureza da memória traumática: pode por um lado dar-se um processamento conceptual do AT ou, por outro lado, pode dar-se um processamento incompleto do mesmo (Ehlers & Clark, 2000; Vaz Serra, 2003).

O processamento conceptual do AT, realizado através do Hipocampo, permite que o mesmo, assim como as memórias comuns da vida diária, seja armazenado na memória num tempo e espaço específicos (Lee & James, 2011). Aqui, as pessoas procuram processar o significado da situação de um modo organizado e contextualizado, produzindo uma memória, também ela, organizada e contínua, que pode ser evocada quando se quer pensar nela, o que faz com que se ultrapasse o trauma sem se desenvolver, *a posteriori*, nem perturbações físicas, nem perturbações psicológicas de maior gravidade (Ehlers & Clark, 2000; Lee & James, 2011; Vaz Serra, 2003).

Já o processamento incompleto, através da Amígdala, é focado nas impressões sensoriais, com uma desconexão do acontecimento e inibição das reações emocionais associadas, o que pode desencadear o desenvolvimento de depressão ou perturbações mediadas pela ansiedade, como a PSPT (Ehlers & Clark, 2000; Lee & James, 2011; Vaz Serra, 2003). Aqui, a pessoa vai associar à resposta de alarme (supra definida) uma variedade de estímulos, o que resultará numa “resposta de alarme aprendida” por condicionamento clássico. Esta produz a mesma sintomatologia da resposta de alarme primária, diferindo no facto de que, na “resposta de alarme aprendida”, a pessoa não se encontra perante uma ameaça objetiva, mas apenas perante estímulos associados ao AT (Keane & Barlow, 2002). Com isto, a memória traumática é fragmentada e não organizada, é evocada involuntariamente através de estímulos associados ao AT, e não é vista como estando limitada no tempo e sem implicações globais para o

futuro da pessoa, que avalia negativamente quer o trauma, quer as suas sequelas, o que cria uma sensação de ameaça atual séria (Ehlers & Clark, 2000; Lee & James, 2011).

O processamento conceptual por um lado, ou o processamento incompleto por outro, dependem de um conjunto de fatores, nomeadamente características relacionadas com o trauma (como o tipo de trauma, o impacto do mesmo sobre a pessoa, a duração e o grau de previsibilidade), vulnerabilidade psicológica da pessoa (experiências traumáticas prévias e estilos de *coping* utilizados durante essas experiências; baixa capacidade intelectual; crenças prévias ao AT), vulnerabilidade biológica (predisposição genética para desenvolver uma psicopatologia após um AT) e fatores de estado como consumo de álcool, esforço requerido e grau de ativação e medo que podem influenciar a capacidade de processar a situação de um modo completo e organizado (Ehlers & Clark, 2000; Keane & Barlow, 2002; Zayfert & Becker, 2007).

Ehlers e Clark (2000) referem que, quando as vítimas percebem a ameaça atual e os sintomas que a acompanham, tentam controlar quer a ameaça quer os sintomas, usando um conjunto de estratégias mal adaptativas, que têm como consequência a manutenção da PSPT, produzindo diretamente sintomas da perturbação, prevenindo a mudança quer nas avaliações negativas do trauma, quer das suas sequelas e impedindo a mudança na natureza da memória traumática.

Assim, a PSPT é uma reação a um trauma que tem como principais sintomas a *reexperiência repetida e indesejada do AT* (lembranças que causam mal-estar e são intrusivas, involuntárias e recorrentes; sonhos recorrentes cujo conteúdo e/ou emoções estão relacionados com o trauma; reações dissociativas, como *flashbacks*, nas quais a pessoa sente ou atua como se o AT estivesse a ocorrer novamente; mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos que simbolizem ou se assemelhem ao trauma; reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos que simbolizem

ou se assemelhem ao trauma), *o evitamento de estímulos* (pessoas, situações ou pensamentos/emoções) *associados ao AT*, bem como *alterações negativas nas cognições e no humor associados ao AT e hiperativação fisiológica* (comportamento irritável; comportamento imprudente e autodestrutivo; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada; dificuldades de concentração; perturbação do sono), com duração superior a um mês e que causa mal-estar clinicamente significativo ou déficit no funcionamento profissional/ocupacional, social e/ou em qualquer outra área importante, não sendo atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância (APA, 2013; Vaz Serra, 2003).

Perturbação de Stress Pós-Traumático em Veteranos de Guerra

A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático foi inicialmente reconhecida devido aos efeitos devastadores que as experiências de guerra tiveram sobre os soldados da Guerra do Vietname (Johnson & Thompson, 2008).

Segundo vários autores, os militares estão entre as populações com maior risco de exposição a acontecimentos traumáticos (que tendem a repetir-se e a prolongar-se no tempo) e, por conseguinte, de desenvolvimento da PSPT (Javidi & Yadollahie, 2012; Johnson & Thompson, 2008; Keane & Barlow, 2002; Monson et al., 2006; Prigerson et al., 2001; Vaz Serra, 2003). Por isto mesmo, os veteranos de guerra masculinos são o subgrupo populacional com PSPT mais estudado (Brewin et al., 2000).

Os AT a que os veteranos de guerra estão sujeitos vão além das experiências de combate, envolvendo também ações de violência abusiva e atrocidades pelos mesmos cometidas e/ou observadas, a morte de companheiros de convivência diária, altos níveis de ameaça percebida, ao que se somam privações relativas às condições de vida e de alimentação, adaptação a um meio ambiente severo e hostil e o afastamento da família (Brewin et al., 2000; Vaz Serra, 2003).

Em veteranos de vários conflitos armados, têm-se encontrado valores elevados da PSPT (Vaz Serra, 2003). O *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NNVRS; Kulka et al., 1990; citados por Javidi & Yadollahie, 2012 e por Keane & Barlow, 2002) diz respeito à primeira tentativa de compreensão sistemática dos efeitos psicológicos da participação numa guerra, cujos resultados indicaram que 64% dos militares do teatro de operações foram expostos a um ou mais AT, sendo que 9% das mulheres e 15% dos homens preenchiem critérios para a PSPT no momento do estudo (15 anos após o fim da guerra), e 30% dos homens e 27% das mulheres haviam preenchido os critérios da perturbação ao longo da vida. Nota para o facto de, no mesmo estudo, os dados terem indicado uma prevalência da PSPT de 5 a 10 vezes superior nos veteranos do teatro de operações, quando comparados com um grupo de veteranos misto e um grupo de civis. No que aos veteranos da Guerra do Golfo diz respeito, a prevalência da PSPT encontrada é de 12,1% (Javidi & Yadollahie, 2012). Já nos estudos portugueses, e mais concretamente sobre a Guerra das Colónias Portuguesas, não há muita informação relativamente à prevalência da PSPT. Pereira e Monteiro Ferreira (2003, citado por Anunciação, 2010) estudaram uma amostra de conveniência de 100 combatentes, dos quais 66% preenchiem os critérios da PSPT. Já Albuquerque e colaboradores (2003) reportaram, num estudo onde foram avaliadas 2601 pessoas (1387 homens e 1214 mulheres), que 7,9% (4,8% dos homens [n=67] e 11,4% das mulheres [n=138]) preencheram critérios para a PSPT; 192 inquiridos (7,4%) relataram a situação de combate/guerra como AT relevante (11,6% dos homens [n=161] e 2,6% das mulheres [n=31]), sendo que destes, 21 preenchiem os critérios para a PSPT (9,9% dos homens [n=16] e 16,1% das mulheres [n=5]), correspondendo a 0,8% da amostra total.

Quanto aos fatores predisponentes da perturbação nesta população, Brewin e colaboradores (2000), numa meta-análise com vista a identificar os fatores de risco para desenvolvimento da PSPT

após a exposição a um trauma, afirmam que para combatentes não existe diferença de género, mas sim diferenças da idade (quanto mais novo é o combatente, maior probabilidade tem de desenvolver a PSPT), da baixa escolaridade, da infância adversa, da severidade do AT e do baixo suporte social.

Meichenbaum (1994, citado por Johnson & Thompson, 2008) refere que poderão existir diferenças nas respostas a um AT entre a população de veteranos de guerra e a população civil, na medida em que os soldados são treinados para combater enquanto que, para civis, estas experiências são inesperadas e podem destruir as suas premissas de segurança. O mesmo autor acrescenta que civis poderão ter uma predominância de sintomas de reexperiência, com uma alta frequência de recordações intrusivas e menor embotamento emocional, enquanto que nos soldados há uma maior predominância de emoções como a culpa e embotamento emocional. Por sua vez, Prigerson e colaboradores (2001) reportam que homens que nomeiam a exposição a combate como a experiência mais perturbadora da vida, revelam um atraso no começo dos sintomas, quando comparados com pessoas que nomeiam outros traumas. O autor explica este facto pela falta de oportunidade para processar o AT, devido a repetidos e/ou múltiplos traumas e pela necessidade constante de lutarem para se manterem vivos, acrescentando que a inibição do processamento do AT pode, por si só, aumentar o risco de desenvolvimento da PSPT. Este autor acrescenta ainda que os combatentes apresentam menores probabilidades de desenvolver perturbações afetivas, de ansiedade e abuso de substâncias, quando comparados com vítimas de outros AT (ainda que essas perturbações existam na população de veteranos) e revelam maiores riscos para dificuldades ocupacionais (maior taxa de desemprego) e matrimoniais (maior risco de divórcio e agressões físicas sobre as esposas). Já Kang e colaboradores (2003), num estudo com veteranos da Guerra do Golfo, obtiveram como sintomas predominantemente reportados fadiga, dores musculares e articulares,

cefaleias, dificuldades de concentração, perda de memória, perturbações do sono e erupções cutâneas. Estudos mais recentes com combatentes das Guerras no Iraque e Afeganistão reportam problemas como perturbações do sono, depressão, ansiedade, abuso de álcool e PSPT, bem como revelam uma associação entre ideação suicida e a PSPT (Jakupcak et al., 2009; Javidi & Yadollahie, 2012).

Quanto ao perfil neuropsicológico desta população específica, os dados disponíveis não são claros: Sullivan e colaboradores (2003), com uma amostra de veteranos da Guerra do Golfo, reportaram desempenhos significativamente mais baixos destes utentes em testes de atenção, capacidade visuo-espacial e memória visual; Lindem e colaboradores (2003) avaliaram uma amostra de 225 veteranos da Guerra do Golfo, sendo que obtiveram uma relação significativa entre a PSPT e um desempenho mais baixo em testes de atenção e funções executivas, memória e capacidades psicomotoras; Vasterling e colaboradores (2006) estudaram os efeitos neuropsicológicos da Guerra do Iraque em 654 soldados, avaliados antes e após o serviço militar, sendo que os resultados revelaram um prejuízo pós-guerra em tarefas de atenção sustentada, aprendizagem de material verbal e memória visuo-espacial; por sua vez, Qureshi e colaboradores (2011), numa meta-análise de 21 artigos publicados entre 1968 e 2009, reportaram que veteranos de guerra com PSPT manifestam um prejuízo na atenção e aprendizagem, sendo que não encontraram evidência de défices visuo-espaciais, executivos ou na memória, sendo possível que problemas nestes domínios estejam associados a problemas de atenção e de aprendizagem; finalmente, Scott e colaboradores (2015), também numa meta-análise em que foram analisados 60 estudos, sinalizaram efeitos estatisticamente significativos da PSPT nos processos cognitivos de aprendizagem verbal, memória de trabalho, velocidade de processamento de informação complexa, atenção e função executiva, não tendo encontrado efeitos evidentes na linguagem, função visuo-espacial, aprendizagem visual e memória.

Assim, e tendo em conta todos os dados supracitados, é de máxima importância a identificação de tratamentos efetivos para a PSPT, com vista à diminuição da sintomatologia e melhoria da qualidade de vida desta população particular (Monson et al. 2006) e, sobretudo, para a população de veteranos de guerra com idade avançada (Daniels et al., 2015).

Terapia da Reminiscência

A reminiscência diz respeito a um processo mental em que o ser humano recupera informação pessoalmente relevante, que possui sobre um acontecimento da sua vida (Afonso, 2011; Afonso et al., 2011; Cappeliez et al., 2008), bem como à interpretação e avaliação que o mesmo faz desse acontecimento a partir da sua perspetiva atual (Afonso, 2011). É, por um lado, um fenómeno espontâneo, que surge como resposta a um estímulo particular, ou pode, por outro lado, ser evocado intencionalmente com o fim de cumprir um propósito específico (Cappeliez et al., 2008).

Até 1963, a reminiscência era vista como uma manifestação de psicopatologia sendo, inclusive, considerada como um sintoma de demência (Afonso, 2011). Contudo, Butler (1963, citado por Afonso, 2011; Tadaka & Kanagawa, 2007; e Westerhof & Bohlmeijer, 2014) refere que a reminiscência faz parte de um processo mental de revisão de vida, que ocorre normalmente na última fase do ciclo de vida, e que é um meio adaptativo através do qual o adulto idoso pode avaliar e ajustar as suas experiências e conflitos do passado às suas perspetivas atuais. Também Erikson e Kivnick (1986) referem que uma revisão de vida será fundamental para um sentimento de integração na velhice, que é dependente do conhecimento e aceitação das escolhas feitas ao longo do ciclo de vida. Assim, e nesta linha, Afonso (2011) refere que um dos desafios do processo de envelhecimento consiste na pessoa integrar na sua identidade as mudanças, as perdas e os acontecimentos que lhe estão inerentes, bem como recuperar e reinterpretar os acontecimentos

relevantes da sua história. Deste modo, segundo a autora, garante-se um sentimento de continuidade essencial ao longo do desenvolvimento do ser humano, bem como o encontro e/ou construção de um significado para a própria vida, o desenvolvimento da integridade do *eu*, da identidade, e um modo de lidar com a ideia de finitude da vida mais adaptativo.

Contudo, convém notar que nem todos os tipos de reminiscência promovem a satisfação na velhice (Afonso, 2011). Westerhof e Bohlmeijer (2014) referem que a reminiscência deve servir três funções adaptativas: uma função social, que diz respeito à partilha de memórias pessoais nas conversações diárias, o que promove a união entre as pessoas, sendo que estas memórias podem ser usadas para ensinar e/ou informar os outros sobre experiências passadas significativas; uma função instrumental, que diz respeito à recordação de estratégias de *coping* prévias, que podem ajudar as pessoas a lidar com os problemas atuais; e uma função de integração, que se cifra na reflexão sobre o passado, que pode ajudar a dar continuidade ou a ajustar de forma flexível a identidade de uma pessoa. Também Afonso e colaboradores (2011) referem que as funções positivas da reminiscência permitem a integração de memórias na identidade, a recordação de comportamentos que conduziram à resolução de problemas no passado e o uso de memórias para a adaptação à morte, o que pode estar relacionado com reminiscências instrumentais e de integração.

Assim, enquanto estratégia de intervenção, a Terapia da Reminiscência foi desenvolvida para pessoas idosas, sendo que faz uso de memórias autobiográficas com vista à promoção de mudanças terapêuticas (Afonso & Bueno, 2009; Lopes et al., 2014). Envolve a partilha de memórias, muitas vezes evocadas a partir do uso de estímulos como fotografias, músicas ou objetos e pode ser aplicada em geriatria de diferentes modos (Tadaka & Kanagawa, 2007). Com a mesma, procura-se estimular e exercitar o recordar de acontecimentos autobiográficos específicos, sobretudo de carácter positivo (Afonso,

2011) e encorajar as pessoas idosas a valorizar as suas vidas através da reexperiência de aspetos positivos das mesmas (Tadaka & Kanagawa, 2007). Intervenções com reminiscência mostram ser eficazes na promoção do funcionamento psicológico em adultos idosos (Westerhof & Bohlmeijer, 2014), na diminuição significativa da sintomatologia depressiva e aumento na quantidade de recordações autobiográficas positivas e específicas na pós-avaliação comparativamente ao mostrado na pré-avaliação (Afonso, 2011), e na promoção e desenvolvimento de dimensões gerais, como o bem-estar, a autoestima, a aceitação da morte e o sentido da vida (Afonso, 2011).

Com isto, a Terapia da Reminiscência pode dar uma contribuição importante para o bem-estar na idade avançada, para um processo de envelhecimento bem-sucedido, para o sentido de integridade, para o aumento da valorização pessoal e a redução da importância atribuída a informação proveniente de fontes externas sobre o valor da pessoa. Isto ocorre na medida em que, com este processo, o ser humano pode resolver conflitos do passado, construindo-os ou reconstruindo-os e atribuindo-lhes valor e sentido, pensar em perdas e mudanças, perdoar-se a si próprio e aos outros, celebrar êxitos e sentir que a sua vida está completa, o que é um recurso importante de sabedoria que o capacita para melhor se adaptar a desafios do presente e do futuro (Afonso, 2011; Afonso et al., 2011).

A Perturbação de Stress Pós-Traumático e o Envelhecimento: Reminiscência, uma possibilidade?

A exposição a um AT durante a vida militar pode ter impacto na qualidade de vida, na saúde física e no domínio psicossocial durante a idade avançada (Chatterjee et al., 2009). Estudos na área da gerontologia notam e documentam problemas relacionados com a experiência de combate na população idosa de veteranos de guerra (Davidson et al., 2006) e apontam no sentido de a trajetória da PSPT e as suas mudanças interagirem com o processo normal de

envelhecimento, podendo até acelerar modificações relativas à idade (Hiskey et al., 2008). No entanto, ainda não é totalmente claro como é que o processo de envelhecimento pode ter impacto nos sintomas da PSPT, ou como é que o diagnóstico desta perturbação contribui para alterar o processo normativo de envelhecimento (Daniels et al., 2015).

Por um lado, há estudos que apontam para uma perturbação na memória autobiográfica em veteranos de guerra com PSPT, na medida em que manifestam grandes dificuldades em recordar memórias autobiográficas específicas do passado (McNally et al., 1995; Sutherland & Bryant, 2007), uma tendência para recordar memórias gerais (Schönfeld et al., 2007) e uma diminuição na acessibilidade a informação positiva sobre o *self* (McNally et al., 1995). Há ainda estudos que mostram que se verifica um declínio dos sintomas de reexperienciação, o que pode ser devido ao aumento no evitamento verificado de pessoas, situações ou pensamentos relacionados com o acontecimento traumático (Böttche et al., 2011).

Assim, Daniels e colaboradores (2015) referem que, este evitamento verificado, pode influenciar a reminiscência natural como parte do processo de envelhecimento nesta população, podendo a cronicidade da PSPT estar associada a sintomas de ansiedade e depressão na velhice (Spitzer et al., 2008).

Com isto, e dada a premissa de Hunt e McHale (2007), que referiram que ao trabalhar com veteranos de guerra, o foco terapêutico deve ser dado a todo o ciclo vital, mais do que apenas à experiência de guerra *per se*, Daniels e colaboradores (2015) assinalaram a necessidade de desenvolvimento de intervenções para adultos idosos veteranos de guerra, sobretudo que estudassem o impacto da revisão de vida e da reminiscência estruturada nesta população específica. Estes autores aplicaram um Programa de Reminiscência Estruturado a um grupo de 6 veteranos da Guerra do Vietname com PSPT (com um grupo de controlo equivalente, a quem foi aplicada uma Terapia de Grupo Tradicional Não Estruturada), sendo que encontraram algumas

melhorias estatisticamente significativas no estado clínico para vários sujeitos. Também Wu (2011), num estudo com 74 veteranos institucionalizados da guerra civil chinesa, aos quais foi aplicada a Terapia da Reminiscência de Integração em Grupo, reportou uma promoção de autoestima e satisfação com a vida, bem como uma diminuição da sintomatologia depressiva nos participantes.

Com isto, será neste estudo aplicado um Programa de Reminiscência a um grupo de veteranos da Guerra Colonial, cujos objetivos e hipóteses serão reportados a seguir.

II – Objetivos

Nesta investigação é analisada a eficácia de um programa de Reminiscência em Grupo, na redução da sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, bem como da sintomatologia depressiva e de ansiedade associadas.

As hipóteses foram construídas com base na revisão da literatura, reportada no Enquadramento Concetual.

Hipótese 1. Os participantes do grupo experimental, expostos ao Programa de Reminiscência em Grupo, apresentam em média um decréscimo dos resultados, entre os momentos pré-avaliação e pós-avaliação, no que diz respeito à sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, nomeadamente na intensidade dos sintomas de *Reexperiência*, *Evitamento* e *Hiperativação Fisiológica*, contrariamente ao grupo de controlo, que regista uma manutenção da sintomatologia ou, *inclusive*, um aumento da mesma, no mesmo período temporal.

Hipótese 2. Os participantes do grupo experimental, expostos ao Programa de Reminiscência em Grupo, apresentam em média um decréscimo dos resultados, entre os momentos pré-avaliação e pós-avaliação, no que diz respeito à sintomatologia depressiva e de

ansiedade, contrariamente ao grupo de controlo, que regista uma manutenção da sintomatologia ou, *inclusive*, um aumento da mesma, no mesmo período temporal.

Hipótese 3. Os participantes do grupo experimental, expostos ao Programa de Reminiscência em Grupo, apresentam em média um aumento dos resultados, entre os momentos pré-avaliação e pós-avaliação, no que diz respeito à qualidade de vida percebida, contrariamente ao grupo de controlo, que regista uma manutenção ou, *inclusive*, um decréscimo da mesma, no mesmo período temporal.

Hipótese 4. Os participantes do grupo experimental, expostos ao Programa de Reminiscência em Grupo, apresentam em média um decréscimo da sobregeneralização e valência negativa das memórias autobiográficas, com aumento da especificidade e do número de respostas com valência positiva, entre os momentos *pré-intervenção* e *pós-intervenção*, contrariamente ao grupo de controlo, que mantém a sobregeneralização e a predominância da valência negativa das memórias autobiográficas, no mesmo período temporal.

Hipótese 5. A sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático apresenta correlações positivas com a sintomatologia depressiva e com a sintomatologia de ansiedade, bem como correlações negativas com a qualidade de vida e com as suas facetas. Apresenta também correlações negativas com a recuperação de memórias autobiográficas específicas e positivas, bem como correlações positivas com a recuperação de memórias autobiográficas gerais e negativas.

Hipótese 6. A sintomatologia depressiva apresenta correlações positivas com a sintomatologia de ansiedade, bem como correlações negativas com a Qualidade de Vida e com as suas facetas. Apresenta também correlações negativas com a recuperação de memórias autobiográficas específicas e positivas, bem como correlações positivas com a recuperação de memórias autobiográficas gerais e negativas.

Hipótese 7. A sintomatologia de ansiedade apresenta uma correlação negativa com a qualidade de vida, bem como com as suas facetas.

Definidas as hipóteses e problemas principais que guiaram a presente investigação, segue-se uma análise pormenorizada da metodologia seguida ao longo do estudo.

III - Metodologia

Amostra

Este estudo usou uma amostra de conveniência de 12 participantes, que foram recrutados a partir da base de dados dos sócios da Liga dos Combatentes de Coimbra, disponibilizada pela instituição. Nestes, a variação de idades foi dos 65 aos 76 anos ($M=68.92$; $SD=3.63$). A maioria dos participantes eram casados ($N=11$; 91.7%), sendo que 1 era viúvo (8.3%). Quanto ao agregado familiar, 8 (66.7%) viviam com a esposa/companheira, 1 (8.3%) vivia com a esposa/companheira e um filho, 2 (16.7%) viviam com a esposa/companheira e neto(s) e 1 (8.3%) vivia sozinho. Tendo como base de orientação o regime escolar atual, a maior parte dos participantes ($N=7$; 58.3%) frequentou o primeiro ciclo do ensino básico (1 a 4 anos de escolaridade), 1 (8.3%) frequentou o segundo ciclo do ensino básico (5 a 6 anos de escolaridade), 3 (25.0%) frequentaram o terceiro ciclo do ensino básico (7 a 9 anos de escolaridade) e 1 (8.3%) frequentou o ensino superior. Todos os participantes estavam reformados no momento da avaliação. No que diz respeito à prestação de serviço militar na Guerra Colonial, 4 participantes (33.3%) estiveram em Angola, 3 participantes (25.0%) estiveram na Guiné e, finalmente, 5 participantes (41.7%) estiveram em Moçambique. Já quanto à perceção subjetiva de saúde/saúde percebida, 4 participantes (33.3%) referiram sentir-se *saudáveis/com saúde*, enquanto que 8 participantes (66.7%) referiram sentir-se *doentes* (cf. Quadro 1 – Anexo 1).

Instrumentos

Neste projeto de investigação, foram administrados oito testes de avaliação neuropsicológica: o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão experimental portuguesa de Simões et al., 2008; Freitas et al., 2011); a *PTSD Checklist - Military Version* (PCL-M; Weathers et al., 1993, 1994; versão experimental portuguesa de Carvalho et al., 2015); a Escala de Depressão Geriátrica-30 (GDS-30; Yesavage et al., 1983; versão experimental portuguesa de Barreto et al., 2008; Simões & Firmino, 2013); a Pesquisa de Símbolos (subteste da *Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition*; WAIS-III; Wechsler, 2008); os *Trail Making Test A e B* (Reitan & Wolfson, 1985; versão experimental portuguesa de Cavaco et al., 2013); o WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life- OLD Module*; Power et al., 2005; versão experimental portuguesa de Vilar et al., 2016); o *Autobiographical Memory Test* (ATM; Williams & Broadbent, 1986; versão experimental portuguesa de Afonso, 2007); e o Inventário de Ansiedade Geriátrica-20 (GAI-20; Pachana et al., 2007; versão experimental portuguesa de Ribeiro et al., 2011). Foi também aplicado um Questionário de Informação Sociodemográfica². Por fim, foi administrado ao Grupo Experimental um Programa de Intervenção com Reminiscência em Grupo. Com isto, serão de seguida descritos, individualmente, os instrumentos utilizados.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; Simões et al., 2008; Freitas et al., 2011), é um instrumento breve de rastreio cognitivo, que foi originalmente construído para o rastreio de Défice Cognitivo Ligeiro (DCL)³. Representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre os desempenhos de adultos com

² Modelo baseado no Guião de Entrevista do Projeto “Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida” (Fundação Calouste Gulbenkian, Processo nº 74569).

³ Défice Cognitivo Ligeiro (DCL): é uma entidade clínica intermédia entre as alterações cognitivas do processo de envelhecimento e as primeiras manifestações clínicas de demência (Freitas et al., 2010).

envelhecimento cognitivo normal e adultos com déficit cognitivo. Tem um tempo de aplicação médio de 10 minutos, com uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a um melhor desempenho cognitivo. Avalia oito domínios cognitivos: função executiva, capacidade visuo-espacial, memória, atenção, concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação (Freitas et al., 2010).

PTSD Checklist - Military Version (PCL-M; Weathers et al., 1993, 1994; Carvalho et al., 2015), é um instrumento de autorresposta com 17-itens, que descrevem cada sintoma da PSPT de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994; versão portuguesa de 2000), e que estão associados a experiências militares indutoras de *stress*. É requerido que os veteranos avaliem a severidade dos seus sintomas, durante o último mês prévio à administração do instrumento, numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos (1-Nada; 2-Um pouco; 3-Moderadamente; 4-Bastante; 5-Extremamente). Este instrumento permite fazer um rastreio da PSPT, sendo que para este efeito deve ter-se em conta quer o ponto de corte para a pontuação total (de 49 pontos na versão portuguesa), quer o ponto de corte para cada um dos itens. Para um diagnóstico da perturbação é requerido, segundo o DSM-IV, um item de Reexperienciação, três itens de Evitamento e dois itens de Sintomatologia Aumentada⁴ (Carvalho et al., 2015).

Escala de Depressão Geriátrica - 30 (GDS-30; Yesavage et al., 1983; Barreto et al., 2008; Simões & Firmino, 2013), foi desenvolvida especificamente para o rastreio da sintomatologia depressiva em idosos, sendo que contempla sintomas afetivos e comportamentais. É uma escala breve, com 30 questões de resposta dicotómica (Sim ou Não),

⁴ O critério *Sintomatologia Aumentada* (PCL-M) é equivalente ao critério *Hiperativação Fisiológica* do DSM-V.

em que a pessoa deve ter como referência para as suas respostas a última semana antecedente ao momento de administração. A amplitude de resultados possível varia entre 0 e 30 pontos, sendo que para pontuações entre 0 e 10 pontos regista-se uma ausência de sintomatologia depressiva, entre os 11 e 20 pontos regista-se uma sintomatologia depressiva ligeira e entre os 21 e 30 pontos regista-se uma sintomatologia depressiva severa (Barreto et al., 2008).

Pesquisa de Símbolos, subteste da *Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition* (WAIS-III; Wechsler, 2008), permite avaliar a velocidade de processamento da informação e a perceção visual. Resultados mais altos neste teste requerem um processamento visual de informação não-verbal rápido e preciso (Kreutzer et al., 2011).

Trail Making Test (Reitan & Wolfson, 1985; Cavaco et al., 2013), é um instrumento que foi originalmente desenvolvido como parte da *Army Individual Test Battery*, em 1944, com vista a avaliar os efeitos de lesões cerebrais em soldados. Está dividido em duas partes, sendo que a parte *A* mede os domínios cognitivos da atenção, “*visual scan*” ou rastreamento visual, velocidade de coordenação olho-mão e processamento da informação; já a parte *B* mede, adicionalmente, a memória de trabalho, as funções executivas e a capacidade de alternar entre sequências de estímulos (Cavaco et al., 2013).

WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life - OLD Module*; Power et al., 2005; Vilar et al., 2016), consiste, na versão portuguesa, em 28 itens de autorresposta, cotados numa escala de 5 pontos e que cobrem as seguintes 7 facetas, com 4 itens cada: as 6 facetas do estudo original, *Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade*, e a faceta culturalmente relevante para a população portuguesa, *Família/Vida Familiar* (Vilar et al., 2016).

Autobiographical Memory Test (ATM; Williams & Broadbent, 1986; versão experimental portuguesa de Afonso, 2007), é um instrumento usado para avaliar a recuperação de memórias autobiográficas específicas, a partir de palavras-estímulo, durante aproximadamente 60 segundos cada palavra. As palavras estímulo variam na sua valência (positiva, negativa ou neutra – cinco de cada num total de 15 palavras), sendo que as respostas podem ser cotadas como *Geral* ou *Específica*, de valência *Positiva*, *Negativa* ou *Neutra*, ou ainda como *Não Resposta* (Afonso, 2011).

Inventário de Ansiedade Geriátrica-20 (GAI-20; Pachana et al., 2007; Ribeiro et al., 2011), permite medir a sintomatologia de ansiedade em pessoas idosas. É um instrumento com 20 itens, em que a amplitude de resultados varia entre os 0 e os 20 pontos, e tem um ponto de corte de 8/9, sendo que uma pontuação de 9 ou superior corresponde à “presença de sintomatologia de ansiedade” (Ribeiro et al., 2011).

Questionário de Informação Sociodemográfica, com o qual se obteve informação sociodemográfica (Idade, Estado Civil, Agregado Familiar, Escolaridade, Condição Laboral Atual, Local de missão na Guerra Colonial), do estado de saúde atual/prévio (Problemas de Sono, Consultas Prévias de Psicologia, Psiquiatria e/ou Neurologia e Toma de Psicofármacos), bem como a perceção subjetiva de saúde/saúde percebida, com os participantes a responderem à seguinte questão: “*No geral considera-se uma pessoa saudável/com saúde, ou uma pessoa doente?*”.

Programa de Intervenção em Grupo com Reminiscência (cf. Anexo II), é uma proposta de programa de intervenção grupal, com vista à redução da sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, bem como da sintomatologia depressiva e de ansiedade

associadas. Este programa foi desenvolvido, no âmbito deste projeto de tese, tendo por base dois programas de reminiscência já existentes. Stinson (2009) elaborou um “Protocolo de Reminiscência Estruturada em Grupo”, um programa de 12 sessões, que foca em cada sessão um tema específico, desde o primeiro emprego, ao primeiro dia de trabalho, ao primeiro brinquedo, bem como comidas favoritas, férias e tempo passado com amigos. Contudo, este é um programa de reminiscências simples, que apenas se baseia na recordação de memórias autobiográficas do passado, sobretudo de valência positiva, com vista à promoção de bem-estar (Stinson, 2009). Contudo, e segundo Afonso (2011), o “desenvolvimento de reminiscência como estratégia de promoção de bem-estar exige mais do que a simples estimulação de evocação e relato de memórias autobiográficas” sendo que, com isto, foi adaptado a este protocolo o “Programa de Intervenção de Reminiscência para Idosos com Sintomatologia Depressiva”, de Afonso (2007). Este foi criado com vista a cumprir os seguintes objetivos: diminuir a sintomatologia depressiva, aumentar o bem-estar psicológico, aumentar a integridade do eu, treinar a recuperação de memórias autobiográficas específicas, corrigir os erros de sobregeneralização, reconstruir episódios da vida para serem integrados de forma a gerarem a continuidade do eu e fomentar um estilo de reminiscência de integração e instrumental, sendo que as 5 sessões que o constituem contemplam os seguintes temas: a) infância, b) juventude e idade adulta, c) ciclo vital e pontos de bifurcação, d) presente, futuro e sentido da vida e, e) identidade e autorretrato. Este programa comporta ainda uma variante que o diferencia dos antecedentes: todas as sessões terminam com um exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais (adaptados de Lima, 2015). Estes exercícios são realizados com base na Teoria da Compaixão (Gilbert, 2009), e nos sistemas de regulação das emoções postulados pelo autor. Segundo esta teoria, as emoções humanas são reguladas por três sistemas, que funcionam em conjunto para ajudar o

ser humano a lidar com os altos e baixos dos seus desafios de vida, bem como para acalmar as suas experiências emocionais: um sistema de proteção de ameaça, que deteta e lida com as ameaças e emoções envolvidas como a raiva, a ansiedade ou o desgosto; um sistema de busca ou ativação, que estimula e direciona os desejos humanos para que se consigam coisas boas como comida, sexo e amizades, sendo que também ajuda na persecução de objetivos; e um sistema de afiliação ou tranquilização (“*soothing*”) que está relacionado com sensações de se estar tranquilo, seguro e em paz, na medida em que se está relaxado, a experienciar compaixão e conexão com os outros (Lee & James, 2011). Segundo a teoria, é o sistema de afiliação ou tranquilização que está designado para o ajudar o ser humano a regular os outros dois sistemas e tornar possível o experienciar de estados de contentamento (Lee & James, 2011). Assim, é objetivo dos exercícios finais de cada sessão a estimulação deste sistema de afiliação e tranquilização, que permite a libertação de oxitocina para o cérebro, endorfina associada à criação de um estado de paz e bem-estar (Lee & James, 2011).

Procedimentos

Esta investigação consiste num *plano experimental*, com um grupo experimental e um grupo de controlo, que foram seguidos em três momentos de avaliação: pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up*.

Os sujeitos foram recrutados a partir da base de dados dos sócios da Liga dos Combatentes de Coimbra, disponibilizada pela instituição. A seleção teve por base os seguintes critérios: sexo masculino, idade igual ou superior a 60 anos, residentes no concelho de Coimbra e antigos combatentes da Guerra Colonial. Foi conseguida uma população de 169 sujeitos, que foram contactados via telefónica. Destes, 53 sujeitos aceitaram participar no estudo, sendo que lhes foi então aplicado parte do protocolo de avaliação (MoCA, GDS-30 e PCL-M). Seguindo os critérios previamente definidos para a participação no projeto, em que era requerida a ausência de declínio cognitivo e a

presença de sintomatologia da PSPT, associada a sintomatologia depressiva (resultado no MoCA igual ou superior a 17 pontos; resultado na GDS-30 igual ou superior a 11 pontos; resultado na PCL-M superior a 49 pontos e/ou 1 sintoma de Reexperiência, 3 sintomas de Evitamento e 2 sintomas de Hiperativação Fisiológica), chegou-se à amostra final de 12 antigos combatentes. Estes, foram aleatoriamente distribuídos pelas duas condições (clínica e controlo), sendo cada grupo constituído por 6 sujeitos. Procedeu-se, então, ao preenchimento do consentimento informado, que visou garantir a total confidencialidade dos dados recolhidos e a voluntariedade da participação no estudo, com a possibilidade de desistência a qualquer momento (caso o participante assim entendesse), bem como à administração dos restantes instrumentos de avaliação, com vista a completar a avaliação pré-intervenção (cf. Instrumentos). Nota para o facto de que um dos participantes do grupo de controlo não compareceu a este momento de avaliação, registando-se assim a primeira morte experimental.

Seguiu-se, então, a administração do Programa de Intervenção em Grupo com Reminiscência (cf. Anexo II) ao grupo experimental. Este, consistiu em 13 sessões, distribuídas por 7 semanas entre Abril e Maio de 2016. Com o início do programa, registou-se a segunda morte experimental, desta vez no grupo a beneficiar do programa.

Dado o fim das 13 sessões, realizou-se a avaliação pós-intervenção, na qual foram administrados todos os instrumentos de avaliação neuropsicológica. Nesta, registaram-se duas novas mortes experimentais no grupo de controlo, tendo sido avaliados 8 participantes (cinco do grupo experimental e três do grupo de controlo).

Passados 3 meses, realizou-se a avaliação de *follow-up*, sendo que nesta foi apenas possível avaliar o grupo experimental, na medida em que nenhum dos três participantes do grupo de controlo compareceu na data e local marcados.

Quanto à análise dos dados, foi realizada com o “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS), versão 22, para o sistema

operativo Mac OSX. Foi inicialmente realizada uma análise das estatísticas descritivas dos dados (média, pontuações mínima e máxima e desvio-padrão) para a amostra e, separadamente, para cada um dos grupos (experimental e controlo) para todas as características sociodemográficas, bem como para todos os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados (na pré-intervenção, pós-intervenção e *follow-up*). Foram de seguida realizadas análises de correlações das variáveis em estudo, através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Por fim, as restantes hipóteses de investigação foram analisadas através de estatísticas não paramétricas, dado a amostra não seguir a distribuição normal. Foram utilizados os seguintes testes: Mann-Whitney (para comparar entre si resultados dos grupos *experimental* e *controlo*, no que diz respeito às medianas das variáveis em estudo, nos momentos *pré-intervenção* e *pós-intervenção*), Wilcoxon matched-paired signed rank test (para a comparação das medianas dos resultados do grupo experimental, em cada momento de avaliação – *pré-intervenção*, *pós-intervenção* e *follow-up* – nas variáveis em estudo; bem como para comparar a diferença nas medianas dos resultados do grupo de controlo, nos momentos *pré-intervenção* e *pós-intervenção*, nas variáveis em estudo) e Friedman's 2 way ANOVA (para comparação das medianas dos resultados do grupo experimental, nas variáveis em estudo, ao longo da investigação).

Segue-se, então, a apresentação dos principais resultados deste estudo.

IV – Resultados

No que concerne aos resultados derivados da análise de correlações, através do Teste de Pearson (cf. Quadro 2, Anexo 1), destacam-se as correlações negativas do resultado total na escala *PCL-*

M com a variável *Idade* ($r = -0,645$; $p < 0,05$), com a faceta *Intimidade* do WHOQOL-OLD ($r = -0,614$; $p < 0,05$) e com o número de “*Não Respostas*” no ATM ($r = -0,725$; $p < 0,05$); a correlação positiva com o resultado no domínio *Visuo-Espacial/Executivo* do MoCA ($r = 0,617$; $p < 0,05$); bem como uma correlação positiva forte com o resultado total na GDS ($r = 0,747$; $p < 0,01$). Quanto aos critérios da PSPT, a *Reexperiência* apresenta uma correlação negativa forte com a variável *Idade* ($r = -0,717$; $p < 0,01$) e uma correlação positiva muito forte com o resultado no domínio *Visuo-Espacial/Executivo* do MoCA ($r = 0,938$; $p < 0,01$); o *Evitamento*, por sua vez, apresenta uma correlação positiva com o resultado total na GDS ($r = 0,649$; $p < 0,05$); já a *Sintomatologia Aumentada* apresenta correlações negativas com a variável *Idade* ($r = -0,640$; $p < 0,05$) e com a faceta *Intimidade* do WHOQOL-OLD ($r = -0,606$; $p < 0,05$), uma correlação negativa forte com o número de “*Não Respostas*” do ATM ($r = -0,818$; $p < 0,01$), e uma correlação positiva com o resultado total no GAI ($r = 0,665$; $p < 0,05$).

Quanto à GDS, apresentou também correlações negativas com as facetas *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* ($r = -0,692$; $p < 0,05$) e *Participação Social* ($r = -0,607$; $p < 0,05$) do WHOQOL-OLD, correlações negativas fortes com as facetas *Autonomia* ($r = -0,740$; $p < 0,01$) e *Intimidade* ($r = -0,802$; $p < 0,01$) da mesma escala, bem como com o resultado total da mesma ($r = -0,797$; $p < 0,01$). Revelou também uma correlação positiva com o resultado total do GAI ($r = 0,631$; $p < 0,05$).

São ainda de assinalar as correlações negativas entre o resultado total do GAI e a faceta *Intimidade* do WHOQOL-OLD ($r = -0,623$; $p < 0,05$), bem como com o número de respostas “*Positivas*” no ATM ($r = -0,610$; $p < 0,05$), tendo sido ainda obtida uma correlação positiva entre a mesma escala e o número de respostas “*Neutras*” do mesmo instrumento ($r = 0,689$; $p < 0,05$).

É relevante notar que, através da comparação dos grupos *experimental* e *controlo* no momento *pré-intervenção*, com o teste

Mann-Whitney, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis *Idade*, *Escolaridade*, MoCA (Total e domínios), PCL-M (Total e critérios *Reexperiência* e *Evitamento*), GDS, Pesquisa de Símbolos, TMT A (Tempo de Execução e Erros), TMT B (Tempo de Execução e Erros), facetas *Função Sensorial*, *Morte e Morrer* e *Família/Vida Familiar* do WHOQOL-OLD, ATM e GAI (cf. Tabela 13, Anexo 1). Foram, no entanto, encontradas diferenças estatisticamente significativas no critério *Sintomatologia Aumentada* da PCL-M, nas facetas *Autonomia*, *Atividades Passadas*, *Presentes e Futuras*, *Participação Social*, *Intimidade* e no resultado total do WHOQOL-OLD, com medianas mais altas no grupo de controlo. Também os resultados totais da PCL-M, da GDS e do GAI, apesar de não se registarem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, estão perto dessa significância estatística. A isto, pode acrescentar-se o facto de o grupo experimental ter registado uma maior percentagem de participantes a revelar problemas do sono, frequência de consultas prévias (de Psicologia, Psiquiatria ou Neurologia) e toma de psicofármacos (Quadro 1, Anexo 1). Assim, os grupos não podem ser considerados equivalentes.

De seguida, serão analisadas as diferenças nos resultados, nos três momentos de avaliação, nas variáveis em estudo, quer no grupo experimental, quer no grupo de controlo.

Montreal Cognitive Assessment

No grupo experimental verificou-se, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, uma melhoria no resultado total médio do instrumento, o que se traduz num aumento dos resultados da maioria dos domínios que o compõem. A isto, excetua-se o domínio *Nomeação*, no qual se registou um decréscimo dos desempenhos (cf. Quadros 3a e 3b, Anexo 1). Também no grupo de controlo se verificou, durante o mesmo período, uma melhoria do desempenho total médio do instrumento, sendo que neste grupo se

registou um aumento dos resultados dos domínios *Visuo-Espacial/Executivo*, *Nomeação* e *Atenção*, uma manutenção do domínio *Orientação* e um decréscimo dos domínios *Linguagem*, *Abstração* e *Memória* (cf. Quadros 3a e 3b Anexo 1). No momento *follow-up*, o grupo experimental registou um novo aumento do resultado total médio do instrumento, com melhorias nos desempenhos dos domínios *Visuo-Espacial/Executivo*, *Atenção* e *Memória*, manutenção do domínio *Nomeação* e decréscimo dos domínios *Linguagem* (ainda assim, para um nível superior ao registado no momento *pré-intervenção*), *Abstração* e *Orientação* (também para um nível superior ao registado no momento *pré-intervenção*) (cf. Quadros 3a e 3b, Anexo 1).

Quando analisadas as medianas dos resultados do grupo experimental ao longo da investigação, com o Teste de Friedman (cf. Quadro 4a, Anexo 1), apenas se observaram diferenças estaticamente significativas no domínio *Visuo-Espacial/Executivo* ($\chi^2 = 6,615$; $p = 0,037$). Efetuou-se, então, uma análise *post-hoc* com o Teste de Wilcoxon, com vista a averiguar se existiriam diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação, que não foram encontradas (cf. Quadro 6, Anexo 1)⁵. Já no grupo de controlo, não se registaram, através do Teste de Wilcoxon, diferenças estatisticamente significativas entre as medianas dos momentos *pré-intervenção* e *pós-intervenção*, nem no resultado total do instrumento, nem nos domínios que o compõem (cf. Quadro 5a, Anexo 1).

Através da análise com o Teste de Mann-Whitney foi possível apurar que, no momento *pré-intervenção*, as diferenças das medianas dos resultados totais do instrumento dos grupos experimental e controlo se aproximavam da significância estatística ($Z = 1,540$; $p = 0,132$), enquanto que no momento *pós-intervenção*, o mesmo não se verificou ($Z = -0,458$; $p = 0,786$) (cf. Quadro 13b; Anexo 1). No que diz respeito

⁵ Assume-se que o valor do erro que se aceita numa análise *post-hoc* com duas condições experimentais é $\alpha = 0,05 / 2 = 0,025$. Com isto, a significância estatística obtém-se com valores de $p < 0,025$.

aos domínios que compõem o instrumento, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as medianas dos grupos, no momento *pós-intervenção* (cf. Quadros 13a e 13b, Anexo 1).

PTSD Checklist - Military Version

Neste instrumento verificou-se, no grupo experimental, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, um decréscimo do resultado total médio, que se traduziu em melhorias nos três critérios em análise: *Reexperiência*, *Evitamento* e *Sintomatologia Aumentada*. Também no grupo de controlo se obteve este padrão de resultados, durante o referido período (cf. Quadros 3c, Anexo 1). Já no momento *follow-up* registou-se, no grupo experimental, um aumento do resultado total médio do instrumento, que teve na sua base uma deterioração em todos os critérios que o compõem, sendo que na *Reexperiência* se verifica, no momento *follow-up*, um resultado superior ao registado no momento *pré-intervenção* (cf. Quadro 3c, Anexo 1).

Ao serem analisadas as medianas dos resultados do grupo experimental ao longo da investigação, com o Teste de Friedman (cf. Quadros 4a e 4b, Anexo 1), apenas se encontram diferenças estatisticamente significativas no critério *Evitamento* ($\chi^2 = 6,400$; $p = 0,041$). Realizou-se então, a este critério, uma análise *post-hoc* com o Teste de Wilcoxon, de modo a averiguar se existiriam diferenças estatisticamente significativas entre os três momentos de avaliação, que não foram encontradas (cf. Quadro 7, Anexo 1)⁶. No grupo de controlo não se registaram, através do Teste de Wilcoxon, diferenças estatisticamente significativas entre as medianas dos momentos *pré-intervenção* e *pós-intervenção*, nem no resultado total do instrumento, nem nos critérios que o compõem. (cf. Quadro 5a, Anexo 1).

Com o Teste de Mann-Whitney constatou-se que, participar em

⁶ Novamente, na medida em que esta é uma análise *post-hoc* com duas condições experimentais, a significância estatística seria obtida para valores de $p < 0,025$.

grupos diferentes se traduziu, no momento *pós-intervenção*, em diferenças estatisticamente significativas, tanto nas medianas do resultado total do instrumento ($U = 0,000$; $Z = - 2,236$; $p = 0,036$), como nos critérios *Evitamento* ($U = 0,000$; $Z = - 2,249$; $p = 0,015$) e *Sintomatologia Aumentada* ($U = 0,000$; $Z = - 2,264$; $p = 0,036$). Essas diferenças não foram encontradas no critério *Reexperiência* (cf. Quadro 13b, Anexo 1).

Escala de Depressão Geriátrica-30

O grupo experimental registou, neste instrumento, um decréscimo ligeiro do resultado total médio, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*. Também no grupo de controlo se verificou, no mesmo período, um decréscimo da pontuação média (cf. Quadro 3c e 3d, Anexo 1). Por sua vez, no momento *follow-up*, observou-se no grupo experimental uma deterioração do resultado total médio do instrumento, para um nível superior ao registado no momento *pré-intervenção* (cf. Quadro 3c e 3d, Anexo 1).

Não se encontraram, através do Teste de Friedman, diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos resultados da GDS, ao longo da investigação (cf. Quadro 4b, Anexo 1). Também no grupo de controlo, a partir da análise efetuada com o Teste de Wilcoxon, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos resultados totais do instrumento (cf. Quadro 5a, Anexo 1).

Por sua vez, com o Teste de Mann-Whitney, foi possível observar que a participação em cada um dos grupos se traduziu, no momento *pós-intervenção*, em diferenças estatisticamente significativas ($U = 0,000$; $Z = - 2,291$; $p = 0,036$).

Pesquisa de Símbolos (WAIS-III)

Foi possível observar, no grupo experimental, uma melhoria progressiva na pontuação bruta deste instrumento, ao longo dos três momentos de avaliação. Já no grupo de controlo, registou-se uma

deterioração do desempenho do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção* (cf. Quadros 3d, Anexo 1).

Quando analisadas as medianas dos resultados brutos do grupo experimental, ao longo da investigação, com o Teste de Friedman, foram obtidas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 6,000$; $p = 0,050$). Foi, com isto, realizada uma análise *a posteriori*, com o Teste de Wilcoxon, com vista à comparação dos resultados brutos entre os três momentos de avaliação, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 8, Anexo 1)⁷. Por sua vez, os resultados brutos do grupo de controlo, entre o momento *pré-intervenção* e o momento *pós-intervenção*, foram comparados através do Teste de Wilcoxon, não tendo sido registadas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 5b, Anexo 1).

Através do Teste de Mann-Whitney, analisou-se se a participação em cada um dos grupos correspondia, no momento *pós-intervenção*, a diferenças estatisticamente significativas que, apesar da proximidade, não foram atingidas ($U = 1,500$; $Z = -1,800$; $p = 0,071$).

Trail Making Test A e B

Constatou-se, no grupo experimental, um decréscimo progressivo dos tempos médios de execução, ao longo dos três momentos de avaliação, quer no *Trail Making Test A*, quer no *Trail Making Test B*. No que diz respeito ao número de erros, verificou-se no *Trail Making Test A*, um decréscimo do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção* (ausência de erros para todos os sujeitos), que se manteve no momento *follow-up*, bem como um decréscimo progressivo dos mesmos, no *Trail Making Test B* (cf. Quadros 3d e 3e, Anexo 1). Por sua vez, no grupo de controlo, verificou-se do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, um decréscimo dos tempos médios de execução do *Trail Making Test A*, contrastando com

⁷ Na medida em que esta é uma análise *post-hoc* com duas condições experimentais, a significância estatística seria obtida para valores de $p < 0,025$.

um aumento dos mesmos no *Trail Making Test B*. Já o número de erros, nesse período de tempo, diminuiu no *Trail Making Test A* (ausência de erros para todos os sujeitos), tendo-se registado um aumento dos mesmos no *Trail Making Test B* (cf. Quadros 3d e 3e, Anexo 1).

Foram analisadas as diferenças nas medianas dos tempos de execução e erros, do grupo experimental, para ambas as partes do *Trail Making Test*, ao longo dos três momentos de avaliação. Para esse efeito foi utilizado o Teste de Friedman. Na parte A, não se registaram diferenças estatisticamente significativas, nem para o tempo despendido na execução da tarefa, nem para o número de erros identificados (cf. Quadro 4b, Anexo 1). Por sua vez, na parte B, enquanto que para o número de erros não se registaram diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 4b, Anexo 1), essas foram encontradas para os tempos de execução ($\chi^2 = 6,000$; $p = 0,050$). Com isto, realizou-se uma análise *post-hoc*, com o Teste de Wilcoxon, com vista à comparação dos tempos de execução, entre os três momentos de avaliação, não tendo sido registadas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 9, Anexo 1)⁸. Já no grupo de controlo, foram analisadas as medianas dos tempos de execução e dos erros, com o Teste de Wilcoxon, para ambas as partes do instrumento. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadro 5b, Anexo 1).

Verificou-se ainda, através do Teste Mann-Whitney, que a participação em cada um dos grupos não se traduziu em diferenças estatisticamente significativas, para os critérios em análise, no momento *pós-intervenção*. (Quadro 13c, Anexo 1).

WHOQOL-OLD

Neste instrumento registou-se, no grupo experimental, uma melhoria progressiva no resultado total médio, ao longo dos três

⁸ Na medida em que esta é uma análise *post-hoc* com duas condições experimentais, a significância estatística seria obtida para valores de $p < 0,025$.

momentos de avaliação. Já no grupo de controlo, registou-se um decréscimo do resultado total médio, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção* (cf. Quadro 3f e 3g, Anexo 1). No que às facetas avaliadas pelo instrumento diz respeito, observou-se no grupo experimental, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, uma melhoria nos resultados médios das facetas *Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Morte e Morrer e Intimidade*, sendo que se registou um decréscimo das restantes facetas. Já no grupo de controlo, verificou-se uma melhoria dos resultados médios das facetas *Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Morte e Morrer e Família/Vida Familiar*, bem como um decréscimo nos resultados médios das restantes facetas (cf. Quadros 3e, 3f e 3g, Anexo 1). Por sua vez, no *follow-up*, observou-se no grupo experimental uma melhoria nos resultados das facetas *Autonomia* (contudo, para níveis inferiores aos registados no momento *pré-intervenção*), *Morte e Morrer e Intimidade*; uma manutenção dos resultados das facetas *Função Sensorial, Participação Social e Família/Vida Familiar*; bem como um decréscimo da faceta *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* (para níveis inferiores aos registados no momento *pré-intervenção*) (cf. Quadros 3e, 3f e 3g, Anexo 1).

Foram analisadas as diferenças das medianas no grupo experimental, quer do resultado total do instrumento, quer das facetas que o compõem, ao longo da investigação (Quadros 4b e 4c, Anexo 1). Para esse efeito, foi utilizado o Teste de Friedman. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas sendo que, contudo, o resultado na faceta *Morte e Morrer* se aproximou da significância estatística ($\chi^2 = 5,158$; $p = 0,076$). Por sua vez, no grupo de controlo, foram comparadas as medianas do resultado total do instrumento, bem como das facetas, dos momentos *pré-intervenção* e *pós-intervenção*, através do Teste de Wilcoxon (Quadros 5b e 5c, Anexo 1). Também não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

Foi ainda possível apurar, com o Teste de Mann-Whitney, que a participação em ambos os grupos se traduziria, no *momento pós-intervenção*, em diferenças estatisticamente significativas na faceta *Autonomia* ($U = 14,500$; $Z = 2,112$; $p = 0,036$), sendo que o mesmo não se verificou para as restantes facetas (Quadros 13d e 13e, Anexo 1). No que diz respeito ao resultado total médio do instrumento, também não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que o resultado se aproximou dessa significância estatística ($U = 13,500$; $Z = -1,800$; $p = 0,071$).

Autobiographical Memory Test

No que à tipologia de respostas diz respeito observou-se, no grupo experimental, uma diminuição progressiva do número médio de respostas “Gerais”, contrastando com um aumento progressivo do número médio de respostas “Específicas”, ao longo dos três momentos de avaliação. Também no grupo de controlo se verificou o mesmo padrão de evolução na tipologia das respostas, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção* (cf. Quadro 3g, Anexo 1). Quanto à valência das respostas registou-se, no grupo experimental, um aumento progressivo do número médio de respostas “Positivas” ao longo dos três momentos de avaliação; um aumento do número médio de respostas “Negativas” do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, com uma diminuição das mesmas no momento *follow-up*; uma diminuição do número médio de respostas “Neutras” do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, com um aumento ligeiro das mesmas no momento *follow-up*; bem como uma diminuição progressiva do número de “Não Respostas” ao longo dos três momentos de avaliação (cf. Quadros 3g e 3h, Anexo 1). Já no grupo de controlo observou-se, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, uma diminuição do número médio de respostas “Positivas”, “Neutras” e “Não respostas”, contrastando com um

aumento do número médio de respostas “Negativas” (Quadros 3g e 3h, Anexo 1).

Quando comparadas as medianas do número de respostas ao longo da investigação, com o Teste de Friedman, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas para respostas “Gerais” ($\chi^2 = 7,895$; $p = 0,019$), “Específicas” ($\chi^2 = 8,444$; $p = 0,015$) e “Neutras” ($\chi^2 = 6,500$; $p = 0,039$). O mesmo não se verificou para respostas “Positivas”, “Negativas” e “Não Respostas” (cf. Quadro 4c, Anexo 1). Com isto, realizou-se uma análise *post-hoc*, com o Teste de Wilcoxon, com vista a determinar se existiriam diferenças no número de respostas “Gerais”, “Específicas” e “Neutras”, entre os três momentos de avaliação. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (cf. Quadros 10, 11 e 12, Anexo 1)⁹. Já no grupo de controlo não se encontraram, com o Teste de Wilcoxon, diferenças estatisticamente significativas nem na tipologia das respostas, nem na valência das mesmas, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção* (Quadro 5c, Anexo 1).

Não se registaram, no momento *pós-intervenção*, diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, nem na tipologia, nem na valência das respostas dadas. Esta análise foi realizada com o Teste de Mann-Whitney (cf. Quadros 13e e 13g, Anexo 1).

Inventário de Ansiedade Geriátrica

Por fim, o grupo experimental registou, neste instrumento, uma deterioração do resultado total médio, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, contrastando com uma melhoria ligeira deste, no momento *follow-up* (cf. Quadro 3h, Anexo 1). Já no grupo de controlo verificou-se, entre o momento *pré-intervenção* e o momento *pós-intervenção*, uma deterioração no resultado total médio

⁹ Na medida em que esta é uma análise *post-hoc* com duas condições experimentais, a significância estatística seria obtida para valores de $p < 0,025$.

(cf. Quadro 3h, Anexo 1).

Não se encontraram, através do Teste de Friedman, diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos resultados do GAI ao longo da investigação (cf. Tabela 4c, Anexo 1). Também no grupo de controlo, a partir da análise efetuada com o Teste de Wilcoxon, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nas medianas dos resultados totais do instrumento (cf. Tabela 5c, Anexo 1).

Por sua vez, com o Teste de Mann-Whitney, foi possível observar que a participação em cada um dos grupos se traduziu, no momento *pós-intervenção*, em diferenças estatisticamente significativas ($U = 0,000$; $Z = - 2,562$; $p = 0,036$).

V – Discussão

Antes de mais, é preciso ter em conta, quer na análise dos resultados, quer na presente discussão, o número reduzido de sujeitos na amostra em estudo, sobretudo no grupo de controlo. A maior parte das análises efetuadas não registou diferenças estatisticamente significativas, sobretudo no último grupo, entre os resultados dos vários momentos de avaliação. No entanto, é preciso notar que, alguns desses resultados, traduzem melhorias clínicas assinaláveis. Assim, quando relevante, assinalar-se-ão essas melhorias que, não sendo estatisticamente significativas, não devem descoradas nesta discussão.

Tal como referido no Enquadramento Concetual, foi com este estudo possível constatar que a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático tem implicações no processo de envelhecimento humano. Registou-se, através da análise de correlações, que o diagnóstico da PSPT está relacionado com a presença, quer de sintomatologia depressiva, quer de sintomatologia de ansiedade na idade avançada, tal como postulado por Spizter e colaboradores (2008). Um diagnóstico positivo desta perturbação, sobretudo aliado a níveis elevados de *Sintomatologia*

Aumentada/Hiperativação Fisiológica, tem ainda implicações na qualidade de vida dos utentes, sendo que, tendo em conta os resultados obtidos, o impacto é mais visível na faceta *Intimidade*, o que traduz uma diminuição nas oportunidades para vivenciar companheirismo e amor (Vilar et al., 2016). Este resultado vai ao encontro dos dados enunciados por Prigerson e colaboradores (2001), que reportam dificuldades matrimoniais em veteranos de guerra com a PSPT. Quando esta perturbação é comorbida com sintomatologia depressiva e/ou de ansiedade, esse impacto é ainda visível nas facetas *Atividades Presentes, Passadas e Futuras* (que diz respeito à satisfação com as conquistas da vida e objetivos futuros), *Participação Social* (que se refere à participação em atividades da vida diária, especialmente da comunidade) e *Autonomia* (ou seja, na independência na idade avançada, aliada ao grau de capacidade para viver autonomamente e tomar as próprias decisões) (Vilar et al., 2016).

Os dados mostram também que idades mais avançadas tendem a relacionar-se com valores mais baixos na sintomatologia da PSPT, nomeadamente relacionada com os critérios *Reexperiência* e *Hiperativação Fisiológica*, tal como postulam Böttche e colaboradores (2011).

Quanto à evocação de memórias autobiográficas, os dados correlacionais mostram que sintomatologia mais intensificada da PSPT, nomeadamente do critério *Hiperativação Fisiológica*, se relaciona com uma menor tendência para não responder ao pedido de evocação de uma memória no ATM, independentemente da tipologia ou valência dessa memória. Obteve-se ainda uma correlação negativa entre a sintomatologia de ansiedade e o número de respostas positivas no ATM, o que indica que intensidades mais elevadas na sintomatologia de ansiedade se relacionam com um menor número de memórias autobiográficas positivas evocadas. Não foram, no entanto, encontradas correlações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva, nem com a tipologia das memórias autobiográficas, nem

com a sua valência, o que pode ser explicado pelo número reduzido da amostra.

Com a administração do Programa de Intervenção, baseado na Terapia da Reminiscência, verificou-se no grupo experimental e no momento *pós*-intervenção, uma diminuição da sintomatologia da PSPT, nomeadamente dos sintomas de Reexperiência, Evitamento e Hiperativação Fisiológica, bem como da sintomatologia depressiva. Isto pode ser explicado na medida em que, havendo uma diminuição significativa na intensidade do evitamento de pessoas, situações ou pensamentos relacionados com o AT (que têm como consequência a manutenção da perturbação e a produção direta de sintomatologia), se verifica uma diminuição, quer dos sintomas relacionados com a reexperiência do AT, quer dos sintomas de hiperativação fisiológica. Estando o resultado total na PCL-M positivamente correlacionado com o resultado total na GDS, uma diminuição da sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático resultou, tal como esperado, num decréscimo da sintomatologia depressiva. Isto pode ser sustentado tanto pelos resultados deste grupo no momento de *follow-up*, como pelos resultados do grupo de controlo: quanto aos resultados do grupo experimental no momento *follow-up*, registou-se uma deterioração nos sintomas correspondentes ao critério evitamento, resultando num aumento quer da sintomatologia de reexperiência, quer da sintomatologia depressiva; por sua vez, também no grupo de controlo se verificou uma diminuição da sintomatologia correspondente aos três critérios, bem como da sintomatologia depressiva. Já os resultados relacionados com o critério *Sintomatologia Aumentada*, não registaram, no grupo experimental, deterioração do momento *pós-intervenção* para o momento *follow-up*, contrariamente aos restantes critérios da PCL-M. Isto pode ser explicado pelo facto de, neste grupo, terem sido ensinadas técnicas de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais, que promovem uma sensação de paz e bem-estar (Lee & James, 2011), ainda que momentaneamente, dado os resultados serem

ainda clinicamente elevados.

É importante notar que, estando estatisticamente e positivamente relacionados, os resultados no critério *Sintomatologia Aumentada* (PCL-M) diminuíram, tanto no grupo experimental como no grupo de controlo, do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, enquanto que a sintomatologia de ansiedade medida pelo GAI aumentou no mesmo período. Isto pode ser explicado pela configuração dicotómica do GAI (respostas “sim” ou “não”), que não discrimina, para cada sintoma, diferentes níveis de ativação, o que não acontece no PCL-M (respostas a partir de uma escala de *Likert* de 1 a 5 pontos).

Quanto ao ATM, o aumento progressivo registado da especificidade e positividade das memórias autobiográficas, pode ser explicado pela diminuição dos sintomas de reexperiência, da hiperativação fisiológica, bem como da sintomatologia depressiva no momento *pós-intervenção*, que resultaram numa melhor integração do AT na memória autobiográfica, que se manteve no momento *follow-up*. Já no grupo de controlo, apesar de se verificar um aumento da especificidade das memórias autobiográficas do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*, registou-se um decréscimo da positividade das mesmas, o que pode sustentar o impacto do Programa de Reminiscência na promoção de memórias autobiográficas positivas na pessoa (Afonso, 2011). Seria, então, pertinente verificar o padrão de evolução das respostas do grupo de controlo no momento *follow-up*. Por sua vez, o aumento do número de memórias autobiográficas negativas evocadas, em ambos os grupos, pode ser explicado pela diminuição do evitamento de pensamentos relacionados com o AT. Nota para o facto de que, no momento *follow-up*, o número de memórias autobiográficas negativas aumentou no grupo experimental, a par da deterioração da sintomatologia de evitamento.

Já na qualidade de vida, não é claro o impacto da Terapia

Reminiscência na sua evolução. Apesar de se registar um aumento progressivo na qualidade de vida percebida dos participantes do grupo experimental, a deterioração do resultado total do instrumento no grupo de controlo não é clinicamente relevante. Em ambos os grupos foram observadas melhorias nas facetas *Atividades Passadas*, *Presentes e Futuras* e *Morte e Morrer*, concomitantemente ao decréscimo da sintomatologia vivenciada do momento *pré-intervenção* para o momento *pós-intervenção*. No entanto, no momento *follow-up*, enquanto que se registou uma nova melhoria na *Morte e Morrer*, verificou-se uma deterioração nas *Atividades Passadas*, *Presentes e Futuras*, que acompanhou, assim, o aumento quer da sintomatologia da PSPT, quer da sintomatologia depressiva. Nota para o facto de a melhoria nos resultados na faceta *Morte e Morrer* não traduzir uma diminuição nas preocupações e recursos relacionados com a morte, mas uma resignação e despreocupação com a mesma devido à experiência de guerra prévia, sendo que a maior parte dos participantes referiu não ter medo da morte, sendo que apenas teriam medo de sofrer antes de morrer. Registou-se também, no grupo experimental, uma melhoria nas oportunidades para vivenciar companheirismo e amor (*Intimidade*), o que pode ser explicado pela diminuição da ativação sintomatológica e depressiva, bem como pelo foco dado, com os exercícios de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais, à importância da relação com os outros e da experiência de sentimentos de amor, neste caso com uma pessoa significativa.

Por fim, os efeitos da terapia revelam-se significativos na melhoria dos desempenhos cognitivos dos participantes. Enquanto que no grupo de controlo se observa um decréscimo dos *scores* nas tarefas de velocidade de processamento, atenção, memória de trabalho, funções executivas e capacidade de alternar entre sequências de estímulos, há no grupo experimental uma melhoria significativa e progressiva ao longo dos três momentos de avaliação.

Limitações do Estudo

São de assinalar várias limitações a este estudo.

A primeira e mais relevante, diz respeito à reduzida amostra e ao elevado número de mortes experimentais, sobretudo no grupo de controlo. Este facto impossibilitou a comparação dos resultados em todos os momentos de avaliação, o que dificultou quer as análises estatísticas dos dados, quer a corrente discussão dos mesmos. Este facto regista-se na medida em que, com um número reduzido de sujeitos, basta uma alteração acentuada num deles, numa das variáveis em análise, para se observarem diferenças nas médias suscetíveis de induzir em erros do Tipo I (declarar a existência de diferenças entre as condições, quando na realidade elas não existem; rejeitar hipótese nula verdadeira) e erros do Tipo II (declarar que não existem diferenças entre as condições, quando na realidade elas existem; não rejeitar hipótese nula falsa) (Alferes, 1997).

A segunda limitação refere-se ao facto de o Protocolo de Intervenção com Reminiscência de Afonso (2007) ser um protocolo de administração individual, mostrando eficácia quando aplicada a pessoas isoladas. O facto de este protocolo ter sido adaptado a um grupo, fez com que, no decorrer das sessões, o tempo despendido a abordar cada assunto fosse menor para cada participante, o que pode ter impacto nos resultados obtidos e, conseqüentemente, na eficácia da terapia.

A terceira e última limitação prende-se com o facto de não ter sido administrado um instrumento com vista à medição da validade dos sintomas/exagero de sintomatologia. Registou-se, sobretudo na *PCL-M* e no *GAI*, uma tendência para o fenómeno de aquiescência, ou seja, os participantes tendiam a dar a mesma resposta afirmativa a todas as questões. É importante ainda registar que três dos cinco participantes do grupo experimental têm a decorrer processos de compensação pelo estatuto de “deficientes das forças armadas”. Na medida em que, nas avaliações, maiores níveis de incapacidade se correlacionam positivamente com as compensações obtidas, seria neste caso

importante a administração de um instrumento, como por exemplo o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS), ou o *Rey 15 Item*, com vista a despistar possíveis enviesamentos na sintomatologia reportada.

Sugestões Futuras

A maior parte das hipóteses explicativas dos resultados desta investigação carece de bibliografia que as sustente. Nos dois estudos reportados (Daniel et al., 2015; Wu, 2011), não foram analisadas variáveis que, no momento de elaboração deste projeto de dissertação, foram consideradas pertinentes, a partir bibliografia consultada. Assim, é de enorme relevância que seja efetuada uma replicação deste estudo, que permita analisar os reais efeitos da Terapia da Reminiscência nesta população específica, bem como nas variáveis em estudo. Para isto, é importante que se tenham em consideração as seguintes notas:

(1) aumentar o tamanho da amostra, o que permitirá um maior grau de generalização dos dados e, provavelmente, mais resultados estatisticamente significativos;

(2) comparar a aplicação do protocolo em grupo, com a aplicação individual mesmo, na medida em que poderão existir diferenças na eficácia;

(3) e fazer um trabalho específico com o grupo de controlo, cujos objetivos se diferenciem dos objetivos da Terapia da Reminiscência, o que poderá ser benéfico no evitar da morte experimental reportada.

Conclusões

Este não foi um processo fácil. As sucessivas mortes experimentais e a impossibilidade de o investigador resolver cada uma dessas situações, dificultaram quer a execução do estudo/processo terapêutico, quer as análises e discussões subseqüentes. Contudo, o estudo e desenvolvimento terapêutico é crucial, sobretudo quando falamos nesta população específica, e foi esse facto que impulsionou a conclusão deste trabalho.

Apesar de todas as limitações referenciadas, não pode deixar-se de se sublinhar os resultados obtidos nesta investigação. O programa de intervenção em grupo, baseado na Terapia da Reminiscência, produziu melhorias, quer na sintomatologia da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, nomeadamente no que diz respeito à hiperativação fisiológica, quer na sintomatologia depressiva, diminuiu a sobregeneralização de memórias autobiográficas (o que tem sido associado a níveis elevados de sintomatologia depressiva), bem como produziu melhorias significativas no desempenho cognitivo dos participantes.

Os antigos combatentes da Guerra Colonial foram, em muitos casos, usados e esquecidos: processos de compensação por danos físicos e mentais, atribuídos aos deficientes das forças armadas, têm-se arrastado durante anos, o que pode também ser um fator de manutenção dos elevados níveis de sintomatologia observados nesta população específica. Visto isto, é fundamental que se continue a investigar e a aperfeiçoar metodologias terapêuticas, cada vez de um modo mais rigoroso, cientificamente sustentado e apropriado para estas pessoas em particular, o que se pode generalizar para todas as pessoas com idade avançada, dado o envelhecimento que se tem registado na população mundial.

Referências Bibliográficas

- Afonso, R. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatologia depressiva, la integridade del yo u el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Tese de Doutoramento. Universidade da Beira Interior: Covilhã.
- Afonso, R. M. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Afonso, R., & Bueno, B. (2009). Efectos de un programa de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva en una muestra de población mayor portuguesa. [Effects of a reminiscence program on depressive symptomatology in an elderly population in Portugal]. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44(6), 317–322.
- Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M. J., & Pereira, H. (2011): Reminiscence, Psychological Well-Being, and Ego Integrity in Portuguese Elderly People, *Educational Gerontology*, 37(12), 1063-1080.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do Stresse (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 1-12.
- Alferes, V. (1997). *Investigação Científica em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Livraria Almedina.
- American Psychological Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais — DSM-V*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Anunciação, C. (2010). *Coping e stress traumático em combatentes* (1ª ed.). Lisboa: Liga dos Combatentes.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2ª ed.). New York: The Guilford Press.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In A. Mendonça, M. Guerreiro e Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Eds.), *Escalas e Testes na Demência* (pp. 69-72). Lisboa: Novartis.

- Böttche, M., Kuwert, P., & Knaevelsrud, C. (2011). Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 230-239.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 748-766.
- Cappeliez, P., Guindon, M., & Robitaille, A. (2008). Functions of reminiscence and emotional regulation among older adults. *Journal of Aging Studies*, 22(3), 266-272.
- Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Portuguese Version of the PTSD Checklist–Military Version (PCL– M) – I: Confirmatory Factor Analysis and reliability. *Psychiatry Research*, 226(1), 53–60.
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2015). Portuguese Version of the PTSD Checklist–Military Version (PCL– M) – II: Diagnostic Utility. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 55–62.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J. & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of clinical neuropsychology*, 28, 189-198.
- Chatterjee, S., Spiro, A., King, L., King, D., & Davison, E. (2009). Research on aging military veterans: Lifespan implications of military service. *PTSD Research Quarterly*, 20, 1-3.
- Daniels, L. R., Boehnlein, J. K., & McCallion, P. (2015). Life-review and PTSD community counseling with two groups of Vietnam War veterans. *Traumatology*, 21(3), 161.
- Davison, E. H., Pless, A. P., Gugliucci, M. R., King, L. A., King, D. W., Salgado, D. M., Sapiro III, A., & Bachrach, P. (2006). Late-life emergence of early-life trauma the phenomenon of late-onset stress symptomatology among aging combat veterans. *Research on Aging*, 28(1), 84-114.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.

- Erikson, E. H. & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age: The experience of old age in our time*. New York: Norton.
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Freitas, S., Simões, M.R., Santana, I., Alves, L. & Santana, I. (2011). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population*. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 165-175. “
- Forças Armadas: Feridas de Guerra. *Web Site*. Acedido a 15 de Agosto de 2016, em http://www.guerracolonial.org/graphics_detail?category=3
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Constable & Robinson: London.
- Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S. and Brewin, C. R. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: a review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21, 232–241.
- Hunt, N., & McHale, S. (2007). Memory and meaning: Individual and social aspects of memory narratives. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 42-58.
- Jakupcak, M., Cook, J., Imel, Z., Fontana, A., Rosenheck, R., & McFall, M. (2009). Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan war veterans. *Journal of traumatic stress*, 22(4), 303-306.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 3, 2-9.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical psychology review*, 28(1), 36-47.
- Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., & Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *American journal of epidemiology*, 157(2), 141-148.

- Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow, *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2^a ed., pp. 418-453). New York: The Guilford Press.
- Kreutzer, J. S., DeLuca, J., & Caplan, B. (2011). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer-Verlag: New York.
- Lee, D., & James, S. (2011). *The compassionate-mind guide to recovering from trauma and PTSD: Using compassion-focused therapy to overcome flashbacks, shame, guilt, and fear*. New Harbinger Publications, Inc.
- Lima, M. P. (2015). *HIT - Intervenção Terapêutica ao Domicílio: Programa manualizado de prestação de apoio psicológico ao domicílio*. Psicogerontologia Clínica: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lindem, K., Heeren, T., White, R. F., Proctor, S. P., Krenzel, M., Vasterling, J. Sutker, P. B., Wolfe, J., & Keane, T. M. (2003). Neuropsychological performance in Gulf War era veterans: traumatic stress symptomatology and exposure to chemical-biological warfare agents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(2), 105-119.
- Lopes, T., Afonso, R. M., & Ribeiro, O. (2014). Impacto de Intervenções de Reminiscência em Idosos com Demência: Revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3), 597-611.
- McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., & Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 33(6), 619-630.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898-907.
- Nasreddine, Z., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103– 114.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., & Rosenheck, R. A. (2001). Combat trauma: trauma with highest risk of delayed onset and unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse among men. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(2), 99-108.
- Qureshi, S. U., Long, M. E., Bradshaw, M. R., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Kimbrell, T., Hudson, T. J., Jawaid, A., & Kunik, M. E. (2011). Does PTSD impair cognition beyond the effect of trauma?. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 23(1), 16-28.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Therapy and clinical interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychological Press.
- Ribeiro, O. P., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748.
- Schönfeld, S., Ehlers, A., Böllinghaus, I., & Rief, W. (2007). Overgeneral memory and suppression of trauma memories in post-traumatic stress disorder. *Memory*, 15(3), 339-352.
- Scott, J. C., Matt, G. E., Wrocklage, K. M., Crnich, C., Jordan, J., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Schweinsburg, B. C. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychological bulletin*, 141(1), 105-140.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(5), 693-700.
- Simões, M.R., & Firmino, H. (2013). Geriatric Depression Scale (GDS-

- 30). Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M.R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão final portuguesa*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Solomon, Z., & Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 659-666.
- Sullivan, K., Kregel, M., Proctor, S. P., Devine, S., Heeren, T., & White, R. F. (2003). Cognitive functioning in treatment-seeking Gulf War veterans: pyridostigmine bromide use and PTSD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *25*(2), 95-103.
- Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2007). Autobiographical memory in posttraumatic stress disorder before and after treatment. *Behaviour research and therapy*, *45*(12), 2915-2923.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics & Gerontology International*, *7*(2), 167-173.
- Vasterling, J. J., Proctor, S. P., Amoroso, P., Kane, R., Heeren, T., & White, R. F. (2006). Neuropsychological outcomes of army personnel following deployment to the Iraq war. *Jama*, *296*(5), 519-529.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Vale & Vale Editoras, Lda.: Linda-a-Velha.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 1-6.
- Wechsler, D. (2008). Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III). Lisboa: Cegoc.
- Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review:

- State of the art and new directions. *Journal of Aging studies*, 29, 107-114.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114.
- Yesavage, J. A. Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Huska, J. A., & Keane, T. M., (1994). *PCL–M for DSM–IV*. National Center for PTSD – Behavioral Science Division. Boston.
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(2), 144-149.
- Wu, L. F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalised older veterans. *Journal of clinical nursing*, 20, 2195-2203.
- Zayfert, C., & Becker, C. B. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD — A case formulation approach*. New York: The Guilford Press.

Anexos

Anexo 1

Quadro 1. Características da Amostra (N=13)

		n	%	Grupo Experimental	Grupo de Controlo
Idade (Grupo)	65-69	9	75.0%	Média = 68,17 anos de idade	Média = 69,67 anos de escolaridade
	70-74	1	8.3%		
	75-79	2	16.7%		
	M ± SD [Amplitude]	68.92 ± 3.63 [65-76]			
Estado Civil	Casado	11	91.7%	6 (54,55%)	5 (45,45%)
	Viúvo	1	8.3%		
Agregado Familiar	Vive com a esposa	8	66.7%	4 (50%)	4 (50%)
	Vive com a esposa e filho	1	8.3%	0 (0%)	1 (100%)
	Vive com a esposa e neto	2	16.7%	2 (100%)	0 (0%)
	Vive sozinho	1	8.3%	0 (0%)	1 (100%)
Escolaridade	Primeiro Ciclo (1-4)	7	58.3%	Média = 6,17 anos de escolaridade	Média = 6,83 anos de escolaridade
	Segundo Ciclo (5-6)	1	8.3%		
	Terceiro Ciclo (7-9)	3	25.0%		
	Ensino Superior (>12)	1	8.3%		
Reformado	Sim	12	100.0%	6 (50%)	6 (50%)
Local da Guerra Colonial	Angola	4	33.3%	2 (50%)	2 (50%)
	Guiné	3	25.0%	1 (33,33%)	2 (66,67%)
	Moçambique	5	41.7%	3 (60%)	2 (40%)
Problemas do Sono	Sim	11	91.7%	6 (54,55%)	5 (45,45%)
	Não	1	8.3%	0 (0%)	1 (100%)
Consultas Prévias Psicologia, Psiquiatria ou Neurologia	Sim	10	83.3%	6 (60%)	4 (40%)
	Não	2	16.7%	0 (0%)	2 (100%)
Psicofármacos	Sim	5	41.7%	3 (60%)	2 (40%)
	Não	7	58.3%	3	4
Saúde Percebida	Com Saúde/Saudável	4	33.3%	2	2
	Doente	8	66.7%	4	4

Quadro 2. Correlações entre as variáveis em estudo, nos dois grupos, na pré-intervenção.

		Idade	Esc.	MOCA V.E.E.	MOCA: Atenção	MOCA: Abstração	MOCA: Memória	MOCA: TOTAL	PCL-M: Reexp.	PCL-M: Evit.	PCL-M: Sint. Aum.	PCL-M: TOTAL	GDS: TOTAL	P. SIMBOLOS Bruta	TMT A: Segundos	TMT A: Erros	TMT B: Segundos	TMT B: Erros	WHOQOL-OLD Sensorial	WHOQOL-OLD Autonomia	WHOQOL-OLD APPF	WHOQOL-OLD P. Social	WHOQOL-OLD Morte e Morrer	WHOQOL-OLD Intimidade	WHOQOL-OLD Família e VF	WHOQOL-OLD Total	ATM: Gerais	ATM: Especificas	ATM: Positivas	ATM: Negativas	ATM: Respostas Neutras	ATM: Não Respostas	GAI: Total
Idade	Corr. Pearson	1	0,303	-,685*	-0,207	-0,35	0,27	-0,334	-,717**	-0,18	-,640*	-,645*	-0,331	-0,102	-0,05	-0,174	0,029	-0,15	-0,042	-0,02	-0,16	0,172	-0,544	0,175	-0,192	-0,174	-0,501	0,302	0,08	-0,006	-0,323	0,263	-0,267
	Sig. (bicaudada)		0,338	0,014	0,518	0,265	0,396	0,289	0,009	0,575	0,025	0,024	0,293	0,764	0,885	0,61	0,936	0,66	0,903	0,954	0,638	0,612	0,084	0,606	0,571	0,609	0,117	0,366	0,816	0,986	0,332	0,435	0,428
Escolaridade	Corr. Pearson	0,303	1	-0,358	0,404	0,291	0,068	0,352	-0,45	0,441	-0,084	-0,001	-0,273	,645*	-0,592	-0,369	-0,341	-0,294	0,43	0,335	0,045	-0,041	-0,009	0,226	-0,01	0,22	0,098	-0,002	0,233	0,214	-0,387	-0,157	-0,402
	Sig. (bicaudada)		0,338		0,253	0,193	0,358	0,835	0,262	0,142	0,151	0,795	0,997	0,39	0,032	0,055	0,265	0,335	0,381	0,187	0,313	0,895	0,906	0,979	0,504	0,978	0,516	0,775	0,995	0,49	0,527	0,24	0,644
MOCA: V.E.E.	Corr. Pearson	-,685*	-0,358	1	-0,013	0,435	0,181	0,414	,938**	-0,007	0,571	,617*	0,333	0,276	0,188	0,445	0,143	-0,026	-0,185	-0,363	0,108	-0,179	,705*	-0,37	0,158	0,034	0,229	0,088	0,05	0,175	0,221	-0,542	0,145
	Sig. (bicaudada)		0,014	0,253		0,968	0,158	0,574	0,181	0	0,983	0,053	0,033	0,29	0,411	0,581	0,17	0,694	0,94	0,585	0,273	0,751	0,598	0,015	0,262	0,643	0,921	0,497	0,798	0,883	0,608	0,513	0,085
MOCA: Atenção	Corr. Pearson	-0,207	0,404	-0,013	1	0,048	-0,328	0,401	-0,045	0,32	0,309	0,262	-0,042	0,512	-0,541	-,680*	-0,555	0,157	,608*	0,311	0,08	-0,296	0,128	0	0,401	0,329	0,364	-0,165	-0,505	0,349	0,476	-0,293	0,329
	Sig. (bicaudada)		0,518	0,193	0,968		0,881	0,298	0,196	0,891	0,31	0,329	0,411	0,897	0,108	0,085	0,021	0,096	0,645	0,047	0,352	0,814	0,377	0,709	1	0,222	0,323	0,271	0,627	0,113	0,293	0,139	0,382
MOCA: Abstração	Corr. Pearson	-0,35	0,291	0,435	0,048	1	0,285	,741**	0,383	0,026	0,143	0,232	-0,126	0,496	-0,266	0,255	0,205	-0,33	0,286	0,075	0,175	-0,009	,729*	0	-0,122	0,293	0,516	-0,443	0,019	0,047	-0,053	-0,026	-0,421
	Sig. (bicaudada)		0,265	0,358	0,158	0,881		0,369	0,006	0,219	0,936	0,658	0,468	0,697	0,121	0,429	0,45	0,569	0,321	0,394	0,827	0,606	0,98	0,011	1	0,721	0,382	0,104	0,172	0,956	0,891	0,876	0,94
MOCA: Memória	Corr. Pearson	0,27	0,068	0,181	-0,328	0,285	1	0,488	0,07	-0,442	-0,233	-0,284	-0,574	0,075	0,242	0,411	0,57	0,066	0,178	0,303	0,583	0,346	0,516	0,462	-0,107	0,422	0	0,044	0,343	0,283	-,665*	-0,082	-0,569
	Sig. (bicaudada)		0,396	0,835	0,574	0,298	0,369		0,108	0,829	0,15	0,466	0,371	0,051	0,827	0,473	0,209	0,085	0,847	0,601	0,365	0,06	0,298	0,104	0,152	0,753	0,196	1	0,898	0,302	0,399	0,026	0,811
MOCA: TOTAL	Corr. Pearson	-0,334	0,352	0,414	0,401	,741**	0,488	1	0,329	0,095	0,116	0,233	-0,294	0,504	-0,238	-0,036	0,057	0,002	,667*	0,498	0,574	0,052	,811**	0,359	0,092	,669*	0,482	-0,331	-0,026	0,308	-0,16	-0,178	-0,391
	Sig. (bicaudada)		0,289	0,262	0,181	0,196	0,006	0,108		0,297	0,77	0,72	0,466	0,354	0,114	0,481	0,916	0,876	0,995	0,025	0,119	0,065	0,878	0,002	0,278	0,787	0,024	0,133	0,32	0,938	0,357	0,638	0,601
PCL-M: Reexp.	Corr. Pearson	-,717**	-0,45	,938**	-0,045	0,383	0,07	0,329	1	0,108	,699*	,752**	0,52	0,183	0,055	0,375	0,204	0,042	-0,338	-0,481	0	-0,293	0,565	-0,505	-0,12	-0,184	0,246	0,099	-0,094	0,288	0,311	-0,59	0,382
	Sig. (bicaudada)		0,009	0,142	0	0,891	0,219	0,829	0,297		0,739	0,011	0,005	0,083	0,59	0,872	0,256	0,571	0,903	0,309	0,135	1	0,382	0,07	0,113	0,726	0,589	0,466	0,772	0,782	0,391	0,352	0,056
PCL-M: Evit.	Corr. Pearson	-0,18	0,441	-0,007	0,32	0,026	-0,442	0,095	0,108	1	0,345	,686*	,649*	0,37	-0,515	-0,282	-0,381	-0,208	-0,117	-0,147	-0,442	-0,437	-0,356	-0,325	-0,275	-0,392	0,046	0,126	0,194	0,074	-0,044	-0,31	0,218
	Sig. (bicaudada)		0,575	0,151	0,983	0,31	0,936	0,15	0,77	0,739		0,272	0,014	0,022	0,263	0,105	0,402	0,277	0,54	0,731	0,667	0,173	0,179	0,283	0,33	0,412	0,233	0,894	0,712	0,568	0,829	0,898	0,354
PCL-M: Sint. Aum.	Corr. Pearson	-,640*	-0,084	0,571	0,309	0,143	-0,233	0,116	,699*	0,345	1	,859**	0,509	0,462	-0,393	0,052	0,05	0,136	-0,276	-0,389	-0,185	-0,54	0,287	-,606*	-0,151	-0,307	0,446	0,044	-0,209	0,569	0,333	-,818**	,665*
	Sig. (bicaudada)		0,025	0,795	0,053	0,329	0,658	0,466	0,72	0,011	0,272		0	0,091	0,153	0,232	0,879	0,891	0,689	0,411	0,238	0,586	0,086	0,392	0,048	0,658	0,359	0,169	0,897	0,538	0,068	0,318	0,002
PCL-M: TOTAL	Corr. Pearson	-,645*	-0,001	,617*	0,262	0,232	-0,284	0,233	,752**	,686*	,859**	1	,747**	0,446	-0,393	0,033	-0,088	-0,034	-0,309	-0,427	-0,297	-0,557	0,167	-,614*	-0,249	-0,396	0,302	0,122	-0,023	0,382	0,238	-,725*	0,531
	Sig. (bicaudada)		0,024	0,997	0,033	0,411	0,468	0,371	0,466	0,005	0,014	0		0,005	0,169	0,231	0,922	0,81	0,921	0,355	0,19	0,375	0,075	0,623	0,044	0,46	0,228	0,368	0,72	0,946	0,247	0,481	0,012
GDS: TOTAL	Corr. Pearson	-0,331	-0,273	0,333	-0,042	-0,126	-0,574	-0,294	0,52	,649*	0,509	,747**	1	0,025	-0,141	0,04	-0,142	-0,182	-0,594	-,740**	-,692*	-,607*	-0,363	-,802**	-0,373	-,797**	-0,146	0,324	-0,037	-0,03	0,402	-0,363	,631*
	Sig. (bicaudada)		0,293	0,39	0,29	0,897	0,697	0,051	0,354	0,083	0,022	0,091	0,005		0,942	0,68	0,906	0,696	0,592	0,054	0,009	0,018	0,048	0,273	0,003	0,259	0,003	0,669	0,331	0,913	0,929	0,22	0,272
P. SIMBOLOS: Bruta	Corr. Pearson	-0,102	,645*	0,276	0,512	0,496	0,075	0,504	0,183	0,37	0,462	0,446	0,025	1	-,631*	0,008	-0,1	-0,429	0,293	-0,04	-0,175	-0,508	0,383	-0,35	0,128	0,06	0,535	-0,175	0,108	0,31	0,011	-0,557	-0,048
	Sig. (bicaudada)		0,764	0,032	0,411	0,108	0,121	0,827	0,114	0,59	0,263	0,153	0,169	0,942		0,037	0,981	0,784	0,188	0,382	0,906	0,606	0,111	0,245	0,292	0,708	0,861	0,09	0,608	0,752	0,354	0,973	0,075
TMT A: Segundos	Corr. Pearson	-0,05	-0,592	0,188	-0,541	-0,266	0,242	-0,238	0,055	-0,515	-0,393	-0,393	-0,141	-,631*	1	0,534	0,405	0,307	-0,128	0,003	0,163	0,277	0,102	0,238	0,183	0,126	-0,387	0,148	0,281	-0,411	-0,195	0,363	-0,248
	Sig. (bicaudada)		0,885	0,055	0,581	0,085	0,429	0,473	0,481	0,872	0,105	0,232	0,231	0,68	0,037		0,091	0,246	0,358	0,707	0,993	0,632	0,41	0,765	0,48	0,591	0,713	0,24	0,665	0,403	0,209	0,565	0,273

Quadro 2. Correlações entre as variáveis em estudo, nos dois grupos, na pré-intervenção. (Continuação do Quadro anterior)

		Idade	Esc.	MOCA V.E.E.	MOCA: Atenção	MOCA: Abstração	MOCA: Memória	MOCA: TOTAL	PCL-M: Reexp.	PCL-M: Evit.	PCL-M: Sint. Aum.	PCL-M: TOTAL	GDS: TOTAL	P. SIMBOLOS Bruta	TMT A: Segundos	TMT A: Erros	TMT B: Segundos	TMT B Erros	WHOQOL-OLD Sensorial	WHOQOL-OLD Autonomia	WHOQOL-OLD APPF	WHOQOL-OLD P. Social	WHOQOL-OLD Morte e Morrer	WHOQOL-OLD Intimidade	WHOQOL-OLD Família e VF	WHOQOL-OLD Total	ATM: Gerais	ATM: Específicas	ATM: Positivas	ATM: Negativas	ATM: Respostas Neutras	ATM: Não Respostas	GAI: Total
TMT A: Erros	Corr. Pearson	-0,174	-0,369	0,445	-,680*	0,255	0,411	-0,036	0,375	-0,282	0,052	0,033	0,04	0,008	0,534	1	,801**	-0,157	-0,329	-0,253	-0,168	-0,119	0,37	-0,224	-0,139	-0,152	0,208	-0,206	0,556	-0,284	-0,387	0,042	-0,321
	Sig. (bicaudada)	0,61	0,265	0,17	0,021	0,45	0,209	0,916	0,256	0,402	0,879	0,922	0,906	0,981	0,091		0,005	0,646	0,323	0,453	0,621	0,728	0,263	0,508	0,683	0,655	0,539	0,543	0,076	0,397	0,239	0,903	0,335
TMT B: Segundos	Corr. Pearson	0,029	-0,341	0,143	-0,555	0,205	0,57	0,057	0,204	-0,381	0,05	-0,088	-0,142	-0,1	0,405	,801**	1	0,461	-0,199	-0,115	-0,059	-0,169	0,316	-0,106	-0,487	-0,153	0,273	-0,26	0,201	0,114	-0,396	0,038	-0,147
	Sig. (bicaudada)	0,936	0,335	0,694	0,096	0,569	0,085	0,876	0,571	0,277	0,891	0,81	0,696	0,784	0,246	0,005		0,18	0,581	0,751	0,872	0,641	0,374	0,771	0,153	0,672	0,446	0,468	0,577	0,754	0,258	0,918	0,686
TMT B: Erros	Corr. Pearson	-0,15	-0,294	-0,026	0,157	-0,33	0,066	0,002	0,042	-0,208	0,136	-0,034	-0,182	-0,429	0,307	-0,157	0,461	1	-0,043	0,177	0,269	0,248	0,034	0,304	-0,099	0,124	-0,028	0,048	-0,446	0,489	0,023	-0,042	0,327
	Sig. (bicaudada)	0,66	0,381	0,94	0,645	0,321	0,847	0,995	0,903	0,54	0,689	0,921	0,592	0,188	0,358	0,646	0,18		0,901	0,604	0,424	0,462	0,921	0,364	0,773	0,716	0,934	0,889	0,169	0,127	0,948	0,902	0,326
WHOQOL-OLD: Sensorial	Corr. Pearson	-0,042	0,43	-0,185	,608*	0,286	0,178	,667*	-0,338	-0,117	-0,276	-0,309	-0,594	0,293	-0,128	-0,329	-0,199	-0,043	1	,784**	0,52	0,014	0,414	0,526	0,468	,809**	0,339	-0,416	-0,109	-0,071	0,023	0,215	-0,359
	Sig. (bicaudada)	0,903	0,187	0,585	0,047	0,394	0,601	0,025	0,309	0,731	0,411	0,355	0,054	0,382	0,707	0,323	0,581	0,901		0,004	0,101	0,967	0,205	0,097	0,146	0,003	0,308	0,204	0,749	0,835	0,948	0,525	0,278
WHOQOL-OLD: Autonomia	Corr. Pearson	-0,02	0,335	-0,363	0,311	0,075	0,303	0,498	-0,481	-0,147	-0,389	-0,427	-,740**	-0,04	0,003	-0,253	-0,115	0,177	,784**	1	,712*	0,435	0,248	,859**	0,404	,863**	0,293	-0,468	0,129	-0,12	-0,364	0,388	-0,506
	Sig. (bicaudada)	0,954	0,313	0,273	0,352	0,827	0,365	0,119	0,135	0,667	0,238	0,19	0,009	0,906	0,993	0,453	0,751	0,604		0,004	0,014	0,181	0,462	0,001	0,218	0,001	0,381	0,147	0,706	0,725	0,271	0,238	0,112
WHOQOL-OLD: APPF	Corr. Pearson	-0,16	0,045	0,108	0,08	0,175	0,583	0,574	0	-0,442	-0,185	-0,297	-,692*	-0,175	0,163	-0,168	-0,059	0,269	0,52	,712*	1	,611*	0,529	,799**	0,317	,844**	0,022	-0,045	0,02	0,184	-0,275	0,047	-0,376
	Sig. (bicaudada)	0,638	0,895	0,751	0,814	0,606	0,06	0,065	1	0,173	0,586	0,375	0,018	0,606	0,632	0,621	0,872	0,424	0,101		0,014	0,046	0,094	0,003	0,342	0,001	0,948	0,895	0,954	0,587	0,413	0,89	0,255
WHOQOL-OLD: P. Social	Corr. Pearson	0,172	-0,041	-0,179	-0,296	-0,009	0,346	0,052	-0,293	-0,437	-0,54	-0,557	-,607*	-0,508	0,277	-0,119	-0,169	0,248	0,014	0,435	,611*	1	0,036	,781**	0,226	0,493	-0,261	-0,024	0,08	-0,137	-0,361	0,474	-0,524
	Sig. (bicaudada)	0,612	0,906	0,598	0,377	0,98	0,298	0,878	0,382	0,179	0,086	0,075	0,048	0,111	0,41	0,728	0,641	0,462	0,967	0,181	0,046		0,916	0,005	0,504	0,123	0,439	0,944	0,816	0,687	0,275	0,141	0,098
WHOQOL-OLD: Morte e Morrer	Corr. Pearson	-0,544	-0,009	,705*	0,128	,729*	0,516	,811**	0,565	-0,356	0,287	0,167	-0,363	0,383	0,102	0,37	0,316	0,034	0,414	0,248	0,529	0,036	1	0,15	0,239	0,59	0,534	-0,346	0,004	0,204	-0,028	-0,235	-0,286
	Sig. (bicaudada)	0,084	0,979	0,015	0,709	0,011	0,104	0,002	0,07	0,283	0,392	0,623	0,273	0,245	0,765	0,263	0,374	0,921	0,205	0,462	0,094	0,916		0,66	0,479	0,056	0,091	0,297	0,991	0,548	0,935	0,487	0,394
WHOQOL-OLD: Intimidade	Corr. Pearson	0,175	0,226	-0,37	0	0	0,462	0,359	-0,505	-0,325	-0,606*	-,614*	-,802**	-0,35	0,238	-0,224	-0,106	0,304	0,526	,859**	,799**	,781**	0,15	1	0,278	,790**	-0,098	-0,173	0,148	-0,094	-0,501	0,484	-,623*
	Sig. (bicaudada)	0,606	0,504	0,262	1	1	0,152	0,278	0,113	0,33	0,048	0,044	0,003	0,292	0,48	0,508	0,771	0,364	0,097	0,001	0,003	0,005	0,66		0,408	0,004	0,775	0,611	0,665	0,782	0,116	0,131	0,4
WHOQOL-OLD: Família e VF	Corr. Pearson	-0,192	-0,01	0,158	0,401	-0,122	-0,107	0,092	-0,12	-0,275	-0,151	-0,249	-0,373	0,128	0,183	-0,139	-0,487	-0,099	0,468	0,404	0,317	0,226	0,239	0,278	1	,616*	0,129	-0,176	0,071	-0,359	0,219	0,116	-0,194
	Sig. (bicaudada)	0,571	0,978	0,643	0,222	0,721	0,753	0,787	0,726	0,412	0,658	0,46	0,259	0,708	0,591	0,683	0,153	0,773	0,146	0,218	0,342	0,504	0,479	0,408		0,044	0,705	0,604	0,836	0,278	0,517	0,734	0,568
WHOQOL-OLD: Total	Corr. Pearson	-0,174	0,22	0,034	0,329	0,293	0,422	,669*	-0,184	-0,392	-0,307	-0,396	-,797**	0,06	0,126	-0,152	-0,153	0,124	,809**	,863**	,844**	0,493	0,59	,790**	,616*	1	0,278	-0,379	0,041	-0,077	-0,183	0,249	-0,542
	Sig. (bicaudada)	0,609	0,516	0,921	0,323	0,382	0,196	0,024	0,589	0,233	0,359	0,228	0,003	0,861	0,713	0,655	0,672	0,716	0,003	0,001	0,001	0,123	0,056	0,004	0,044		0,408	0,25	0,904	0,821	0,59	0,461	0,085
ATM: Gerais	Corr. Pearson	-0,501	0,098	0,229	0,364	0,516	0	0,482	0,246	0,046	0,446	0,302	-0,146	0,535	-0,387	0,208	0,273	-0,028	0,339	0,293	0,022	-0,261	0,534	-0,098	0,129	0,278	1	-,845**	-0,11	0,088	0,1	-0,075	0
	Sig. (bicaudada)	0,117	0,775	0,497	0,271	0,104	1	0,133	0,466	0,894	0,169	0,368	0,669	0,09	0,24	0,539	0,446	0,934	0,308	0,381	0,948	0,439	0,091	0,775	0,705	0,408		0,001	0,748	0,797	0,77	0,827	1

Quadro 2. Correlações entre as variáveis em estudo, nos dois grupos, na pré-intervenção. (Continuação do Quadro anterior)

		Idade	Esc.	MOCA V.E.E.	MOCA: Atenção	MOCA: Abstração	MOCA: Memória	MOCA: TOTAL	PCL-M: Reexp.	PCL-M: Evit.	PCL-M: Sint. Aum.	PCL-M: TOTAL	GDS: TOTAL	P. SIMBOLOS Bruta	TMT A: Segundos	TMT A: Erros	TMT B: Segundos	TMT B: Erros	WHOQOL-OLD Sensorial	WHOQOL-OLD Autonomia	WHOQOL-OLD APPF	WHOQOL-OLD P. Social	WHOQOL-OLD Morte e Morrer	WHOQOL-OLD Intimidade	WHOQOL-OLD Família e VF	WHOQOL-OLD Total	ATM: Gerais	ATM: Especificas	ATM: Positivas	ATM: Negativas	ATM: Respostas Neutras	ATM: Não Respostas	GAI: Total
ATM: Especificas	Corr. Pearson	0,302	-0,002	0,088	-0,165	-0,443	0,044	-0,331	0,099	0,126	0,044	0,122	0,324	-0,175	0,148	-0,206	-0,26	0,048	-0,416	-0,468	-0,045	-0,024	-0,346	-0,173	-0,176	-0,379	-,845**	1	0,077	0,313	-0,032	-0,47	0,269
	Sig. (bicaudada)	0,366	0,995	0,798	0,627	0,172	0,898	0,32	0,772	0,712	0,897	0,72	0,331	0,608	0,665	0,543	0,468	0,889	0,204	0,147	0,895	0,944	0,297	0,611	0,604	0,25	0,001		0,821	0,349	0,925	0,144	0,424
ATM: Positivas	Corr. Pearson	0,08	0,233	0,05	-0,505	0,019	0,343	-0,026	-0,094	0,194	-0,209	-0,023	-0,037	0,108	0,281	0,556	0,201	-0,446	-0,109	0,129	0,02	0,08	0,004	0,148	0,071	0,041	-0,11	0,077	1	-0,421	-,767**	0,037	-,610*
	Sig. (bicaudada)	0,816	0,49	0,883	0,113	0,956	0,302	0,938	0,782	0,568	0,538	0,946	0,913	0,752	0,403	0,076	0,577	0,169	0,749	0,706	0,954	0,816	0,991	0,665	0,836	0,904	0,748	0,821		0,198	0,006	0,914	0,046
ATM: Negativas	Corr. Pearson	-0,006	0,214	0,175	0,349	0,047	0,283	0,308	0,288	0,074	0,569	0,382	-0,03	0,31	-0,411	-0,284	0,114	0,489	-0,071	-0,12	0,184	-0,137	0,204	-0,094	-0,359	-0,077	0,088	0,313	-0,421	1	0,019	-,728*	0,435
	Sig. (bicaudada)	0,986	0,527	0,608	0,293	0,891	0,399	0,357	0,391	0,829	0,068	0,247	0,929	0,354	0,209	0,397	0,754	0,127	0,835	0,725	0,587	0,687	0,548	0,782	0,278	0,821	0,797	0,349	0,198		0,955	0,011	0,181
ATM: Respostas Neutras	Corr. Pearson	-0,323	-0,387	0,221	0,476	-0,053	-,665*	-0,16	0,311	-0,044	0,333	0,238	0,402	0,011	-0,195	-0,387	-0,396	0,023	0,023	-0,364	-0,275	-0,361	-0,028	-0,501	0,219	-0,183	0,1	-0,032	-,767**	0,019	1	-0,105	-,689*
	Sig. (bicaudada)	0,332	0,24	0,513	0,139	0,876	0,026	0,638	0,352	0,898	0,318	0,481	0,22	0,973	0,565	0,239	0,258	0,948	0,948	0,271	0,413	0,275	0,935	0,116	0,517	0,59	0,77	0,925	0,006	0,955		0,759	0,019
ATM: Não Respostas	Corr. Pearson	0,263	-0,157	-0,542	-0,293	-0,026	-0,082	-0,178	-0,59	-0,31	-,818**	-,725*	-0,363	-0,557	0,363	0,042	0,038	-0,042	0,215	0,388	0,047	0,474	-0,235	0,484	0,116	0,249	-0,075	-0,47	0,037	-,728*	-0,105	1	-0,501
	Sig. (bicaudada)	0,435	0,644	0,085	0,382	0,94	0,811	0,601	0,056	0,354	0,002	0,012	0,272	0,075	0,273	0,903	0,918	0,902	0,525	0,238	0,89	0,141	0,487	0,131	0,734	0,461	0,827	0,144	0,914	0,011	0,759		0,116
GAI: Total	Corr. Pearson	-0,267	-0,402	0,145	0,329	-0,421	-0,569	-0,391	0,382	0,218	-,665*	0,531	-,631*	-0,048	-0,248	-0,321	-0,147	0,327	-0,359	-0,506	-0,376	-0,524	-0,286	-,623*	-0,194	-0,542	0	0,269	-,610*	0,435	-,689*	-0,501	1
	Sig. (bicaudada)	0,428	0,22	0,67	0,324	0,197	0,068	0,235	0,247	0,52	0,026	0,092	0,037	0,889	0,461	0,335	0,686	0,326	0,278	0,112	0,255	0,098	0,394	0,04	0,568	0,085	1	0,424	0,046	0,181	0,019	0,116	

* A correlação é significativa com $p < 0.05$ (bicaudado).

** A correlação é significativa com $p < 0.01$ (bicaudado).

Quadro 3a. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos).

Grupo		Idade	Escola.	MOCA VEE (Pré)	MOCA VEE (Pós)	MOCA VEE (Follow-up)	MOCA Nomeação (Pré)	MOCA Nomeação (Pós)	MOCA Nomeação (Follow-up)	MOCA Atenção (Pré.)	MOCA Atenção (Pós)	MOCA Atenção (Follow-up)	MOCA Linguagem (Pré)	MOCA Linguagem (Pós)
Clínico	Média	68,17	6,17	3,33	3,6	4,2	2,67	2,60	2,60	4,5	4,8	5,6	1,33	2,00
	d.p.	3,601	2,401	0,516	0,548	0,447	0,516	0,548	0,548	0,837	1,643	0,894	1,033	0,707
Controlo	Média	69,67	6,83	3	4,33	-	2,83	3	-	4,67	6	-	2,17	0,67
	d.p.	3,830	4,309	1,095	0,577	-	0,408	0,000	-	1,862	0	-	0,753	0,517

Quadro 3b. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		MOCA Linguagem (Follow-up)	MOCA Abstração (Pré)	MOCA Abstração (Pós)	MOCA Abstração (Follow-up)	MOCA Memória (Pré)	MOCA Memória (Pós)	MOCA Memória (Follow-up)	MOCA Orientação (Pré)	MOCA Orientação (Pós)	MOCA Orientação (Follow-up)	MOCA Total (Pré)	MOCA Total (Pós)	MOCA Total (Follow-up)
Clínico	Média	1,80	0,83	1,4	0,6	2,5	3,4	3,6	5,67	6	5,80	20,83	23,8	24,2
	d.p.	0,837	0,753	0,894	0,894	1,517	0,894	0,548	0,516	0,000	0,447	1,941	3,421	3,421
Controlo	Média	-	1	0,67	-	3,5	2,67	-	6	6	-	23,17	23,33	-
	d.p.	-	0,894	1,155	-	0,548	0,577	-	0,000	0,000	-	2,858	1,528	-

Quadro 3c. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		PCL-M (Reexp.) (Pré)	PCL-M (Reexp.) (Pós)	PCL-M (Reexp.) (Follow-up)	PCL-M (Evitamento) (Pré)	PCL-M (Evitamento) (Pós)	PCL-M (Evitamento) (Follow-up)	PCL-M (Sin. Aument.) (Pré)	PCL-M (Sin. Aumen.) (Pós)	PCL-M (Sin. Aumen.) (Follow-up)	PCL-M Total (Pré)	PCL-M Total (Pós)	PCL-M Total (Follow-up)	GDS Total (Pré)
Clínico	Média	20,67	18,8	21,8	23,5	20,8	23,2	21,33	20	20,2	65,5	59,6	65,2	23,83
	d.p.	1,966	1,924	2,049	4,68	4,868	4,604	1,966	2,449	1,304	6,892	6,804	6,058	5,037
Controlo	Média	18,17	15	-	20,83	11,67	-	16,33	12	-	55,33	38,67	-	17,5
	d.p.	5,776	6,557	-	5,601	2,517	-	3,777	3,606	-	10,69	12,503	-	4,889

Quadro 3d. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		GDS Total (Pós)	GDS Total (Follow-up)	Pesquisa de Símb. (Pré)	Pesquisa de Símb. (Pós)	Pesquisa de Símb. (Follow-up)	TMT A Tempo (Pré)	TMT A Tempo (Pós)	TMT A Tempo (Follow-up)	TMT A Erros (Pré)	TMT A Erros (Pós)	TMT A Erros (Follow-up)	TMT B Tempo (Pré)	TMT B Tempo (Pós)
Clínico	Média	23,2	24,6	14,17	16,6	20,8	52,33	43	35,6	0,67	0	0	139,33	110
	d.p.	3,194	4,099	2,317	3,05	2,387	16,537	7,969	9,965	0,816	0	0	45,227	34,763
Controlo	Média	10,67	-	10,6	9	-	58,6	53,33	-	0,2	0	-	123	177,33
	d.p.	1,528	-	6,841	5,568	-	14,656	15,535	-	0,447	0	-	28,519	99,43

Quadro 3e. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		TMT B Tempo (Follow-up)	TMT B Erros (Pré)	TMT B Erros (Pós)	TMT B Erros (Follow-up)	W.O. F. Sensorial (Pré)	W.O. F. Sensorial (Pós)	W.O. F. Sensorial (Follow-up)	W.O. Autonomia (Pré)	W.O. Autonomia (Pós)	W.O. Autonomia (Follow-up)	W.O. APPF (Pré)	W.O. APPF (Pós)	W.O. APPF (Follow-up.)
Clinico	Média	97,8	1,17	1	0,8	9,83	9,00	9,00	11,00	9,40	10,80	10,67	12,60	10,00
	d.p.	33,685	0,753	1,225	0,837	2,401	4,00	2,55	2,00	2,408	2,168	1,211	3,578	2,236
Controlo	Média	-	1,6	1,67	-	15,40	12,67	-	15,00	12,67	-	13,80	15,00	-
	D.p.	-	2,51	1,155	-	5,367	3,786	-	2,345	0,577	-	1,643	1,732	-

Quadro 3f. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		W.O. P.Social (Pré)	W.O. P.Social (Pós)	W.O. P.Social (Follow-up)	W.O. Morte e Morrer (Pré)	W.O. Morte e Morrer (Pós)	W.O. Morte e Morrer (Follow-up)	W.O. Intimidade (Pré)	W.O. Intimidade (Pós)	W.O. Intimidade (Follow-up)	W.O. Família (Pré)	W.O. Família (Pós)	W.O. Família (Follow-up)	W.O. Total (Pré)
Clinico	Média	14,33	14,00	14,00	11,33	13,2	14,2	12,5	13,6	14,2	14	13,8	13,8	83,67
	d.p.	2,422	3,674	1,414d	3,724	2,683	4,438	1,049	4,393	4,087	3,899	4,764	5,263	9,331
Controlo	Média	17,60	17,33	-	12,6	14,67	-	15,8	15,67	-	15,4	16,67	-	105,6
	D.p.	1,342	1,155	-	4,879	6,11	-	0,837	5,132	-	2,702	1,528	-	12,661

Quadro 3g. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		W.O. Total (Pós)	W.O. Total (Follow-up)	ATM Gerais (Pré)	ATM Gerais (Pós)	ATM Gerais (Follow-up)	ATM Específicas (Pré)	ATM Específicas (Pós)	ATM Específicas (Follow-up)	ATM Positivas (Pré)	ATM Positivas (Pós)	ATM Positivas (Follow-up)	ATM Negativas (Pré)	ATM Negativas (Pós)
Clínico	Média	85,6	86,00	10,5	7,2	6,8	3,33	7,2	7,8	7,33	7,8	8	4,83	6,6
	d.p.	16,196	10,747	2,074	1,304	1,643	2,875	1,483	2,168	1,862	2,168	1,225	1,835	2,702
Controlo	Média	104,67	-	9,4	4,67	-	3,2	9,33	-	7,2	6,67	-	4,4	7,33
	d.p.	11,015	-	2,191	4,041	-	1,924	5,033	-	1,789	0,577	-	1,517	1,528

Quadro 3h. Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo ao longo da investigação (para ambos os grupos) (Continuação do Quadro anterior).

Grupo		ATM Negativas (Follow-up)	ATM Neutras (Pré)	ATM Neutras (Pós)	ATM Neutras (Follow-up)	ATM Não Respostas (Pré)	ATM Não Respostas (Pós)	ATM Não Respostas (Follow-up)	GAI (Pré)	GAI (Pós)	GAI (Follow-Up)
Clínico	Média	6,4	1,67	0	0,2	1,17	0,6	0,4	17,83	20	19,6
	d.p.	1,817	1,633	0	0,447	1,169	0,894	0,894	3,71	0	0,548
Controlo	Média	-	1	0,33	-	2,4	0,67	-	13,2	14	-
	d.p.	-	1,225	0,577	-	1,14	0,577	-	3,962	1	-

Quadro 4a. Comparação dos resultados obtidos, nas variáveis em estudo, pelo grupo experimental, ao longo da investigação, através do Teste de Friedman.

Grupo Experimental	MoCA (VEE)	MoCA (Nomeação)	MoCA (Atenção)	MoCA (Linguagem)	MoCA (Abstração)	MoCA (Memória)	MoCA (Orientação)	MoCA (Total)	Reexp. (PCL-M)	Evit. (PCL-M)	Sintom. (PCL-M)
Qui-Quadrado	6,615	0,000	2,471	0,615	4,667	4,588	3,000	3,895	4,235	6,400	3,444
Sig.	0,037 (*)	1,000	0,291	0,735	0,097	0,101	0,223	0,143	0,120	0,041 (*)	0,179

* A correlação é significativa com $p < 0.05$.

Quadro 4b. Comparação dos resultados obtidos, nas variáveis em estudo, pelo grupo experimental, ao longo da investigação, através do Teste de Friedman (Continuação do Quadro anterior).

Grupo Experimental	PCL-M (Total)	GDS (Total)	Pesq. de Símbolos (Pontuação Bruta)	TMT A (Segundos)	TMT A (Erros)	TMT B (Segundos)	TMT B (Erros)	WHOQOL-OLD (F. Sensorial)	WHOQOL-OLD (Autonomia)	WHOQOL-OLD (APPF)	WHOQOL-OLD (P. Social)
Qui-Quadrado	5,158	1,368	6,000	3,600	4,000	6,000	0,800	0,778	0,778	0,500	0,316
Sig.	0,076	0,504	0,050 (*)	0,165	0,135	0,050 (*)	0,670	0,678	0,678	0,779	0,854

* A correlação é significativa com $p \leq 0.05$.

Quadro 4c. Comparação dos resultados obtidos, nas variáveis em estudo, pelo grupo experimental, ao longo da investigação, através do Teste de Friedman (Continuação do Quadro anterior).

Grupo Experimental	WHOQOL-OLD (Morte e Morrer)	WHOQOL-OLD (Intimidade)	WHOQOL-OLD (Família/VF)	WHOQOL-OLD (Total)	ATM (Gerais)	ATM (Específicas)	ATM (Positivas)	ATM (Negativas)	ATM (Neutras)	ATM (Não Respostas)	GAI (Total)
Qui-Quadrado	5,158	2,778	1,412	0,400	7,895	8,444	1,444	3,111	6,500	3,500	2,000
Sig.	0,076	0,249	0,494	0,819	0,019 (*)	0,015 (*)	0,486	0,211	0,039 (*)	0,174	0,368

* A correlação é significativa com $p < 0.05$.

Quadro 5a. Comparação dos resultados obtidos, nas variáveis em estudo, pelo grupo controlo, nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Controlo	MoCA (VEE)	MoCA (Nomeação)	MoCA (Atenção)	MoCA (Linguagem)	MoCA (Abstração)	MoCA (Memória)	MoCA (Orientação)	MoCA (Total)	Reexp. (PCL-M)	Evit. (PCL-M)	Sintom. (PCL-M)	PCL-M (Total)	GDS (Total)
Z	1,732	1,000	-1,342	-1,633	-1,000	-1,342	N/A	-0,816	- 1,604	1,342	1,604	1,604	1,604
Sig.	0,083	0,317	0,180	0,102	0,317	0,180	1,000	0,414	0,109	0,180	0,109	0,109	0,109

Quadro 5b. Comparação dos resultados obtidos, nas variáveis em estudo, pelo grupo controle, nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção, através do Teste de Wilcoxon (Continuação do Quadro Anterior).

Grupo Controle	Pesq. de Símbolos (Pontuação Bruta)	TMT A (Segundos)	TMT A (Erros)	TMT B (Segundos)	TMT B (Erros)	WHOQOL-OLD (F. Sensorial)	WHOQOL-OLD (Autonomia)	WHOQOL-OLD (APPF)	WHOQOL-OLD (P. Social)	WHOQOL-OLD (Morte e Morrer)
Z	0,447	1,633	0,447	- 1,342	- 0,447	0,000	- 0,816	0,447	- 0,816	- 0,447
Sig.	0,655	0,102	0,655	0,180	0,655	1,000	0,414	0,655	0,414	0,655

Quadro 5c. Comparação dos resultados obtidos, nas variáveis em estudo, pelo grupo controle, nos momentos pré-intervenção e pós-intervenção, através do Teste de Wilcoxon (Continuação do Quadro Anterior).

Grupo Controle	WHOQOL-OLD (Intimidade)	WHOQOL-OLD (Família/VF)	WHOQOL-OLD (Total)	ATM (Gerais)	ATM (Específicas)	ATM (Positivas)	ATM (Negativas)	ATM (Neutras)	ATM (Não Respostas)	GAI (Total)
Z	0,000	- 1,000	0,000	-1,604	1,604	0,000	1,342	- 1,342	- 1,414	- 0,535
Sig.	1,000	0,313	1,000	0,109	0,109	1,000	0,180	0,180	0,157	0,593

Quadro 6. Comparação dos resultados do grupo experimental, no domínio Visuo-Espacial/Executivo (MoCA), entre os três momentos de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	VEE Pós – VEE Pré	VEE Follow-up. – VEE Pré	VEE Follow-up. – VEE Pós
Z	2,023	1,236	- 1, 355
Sig. (bicaudada)	0,043	0,216	0,216

Quadro 7. Comparação dos resultados do grupo experimental, no critério Evitamento (PCL-M), entre os três momentos de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	Evitamento Pós – Evitamento Pré	Evitamento Follow-up. – Evitamento Pré	Evitamento Follow-up. – Evitamento Pós
Z	2,023	1,236	- 1, 355
Sig. (bicaudada)	0,043	0,216	0,216

Quadro 8. Comparação dos resultados do grupo experimental, na Pesquisa de Símbolos (Pontuação Bruta), em cada momento de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	PS Pós – PS Pré	PS Follow-up. – PS Pré	PS Follow-up. – PS Pós
Z	- 1,095	- 2,032	- 1, 625
Sig. (bicaudada)	0,273	0,042	0,104

Quadro 9. Comparação dos resultados do grupo experimental, no TMT B (Segundos), em cada momento de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	TMT B (seg.) Pós – TMT B (seg.) Pré	TMT B (seg.) Follow-up. – TMT B (seg.) Pré	TMT B (seg.) Follow-up. – TMT B (seg.) Pós
Z	1,483	- 2,023	0,730
Sig. (bicaudada)	0,138	0,043	0,465

Quadro 10. Comparação dos resultados do grupo experimental, no ATM (Gerais), em cada momento de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	ATM (Gerais) Pós – ATM (Gerais) Pré	ATM (Gerais) Follow-up – ATM (Gerais) Pré	ATM (Gerais) Follow-up – ATM (Gerais) Pós
Z	2,060	- 2,032	0,378
Sig. (bicaudada)	0,039	0,042	0,705

Quadro 11. Comparação dos resultados do grupo experimental, no ATM (Específicas), em cada momento de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	ATM (Esp.) Pós – ATM (Esp.) Pré	ATM (Esp.) Follow-up – ATM (Esp.) Pré	ATM (Esp.) Follow-up – ATM (Esp.) Pós.
Z	- 2,023	2,032	- 0,816
Sig. (bicaudada)	0,043	0,042	0,414

Quadro 12. Comparação dos resultados do grupo experimental, no ATM (Neutras), em cada momento de avaliação, através do Teste de Wilcoxon.

Grupo Experimental	ATM (Neutras) Pós – ATM (Neutras) Pré	ATM (Neutras) Follow-up – ATM (Neutras) Pré	ATM (Neutras) Follow-up – ATM (Neutras) Pós
Z	1,826	- 1,604	- 1,000
Sig. (bicaudada)	0,068	0,109	0,317

Quadro 13a. Comparação dos resultados de cada grupo, entre si, no que se refere às variáveis em estudo, através do Teste de Mann-Whitney.

Grupo Experimental	Idade	Escolaridade	MoCA (VEE) (Pré)	MoCA (VEE) (Pós)	MoCA (Nomeação) (Pré)	MoCA (Nomeação) (Pós)	MoCA (Atenção) (Pré)	MoCA (Atenção) (Pós)	MoCA (Linguagem) (Pré)	MoCA (Linguagem) (Pós)	MoCA (Abstração) (Pré)	MoCA (Abstração) (Pós)	MoCA (Memória) (Pré)
U de Mann-Whitney	23,000	17,500	16,000	12,000	21,000	10,500	24,000	10,500	27,000	1,000	20,000	4,500	25,500
Z	0,814	-0,086	- 0,365	1,549	0,638	1,183	1,074	1,183	1,506	- 2,037	0,341	- 0,980	1,272
Sig. (bicaudada)	0,485	0,937	0,818	0,250	0,699	0,393	0,394	0,393	0,180	0,071	0,818	0,393	0,240

Quadro 13b. Comparação dos resultados de cada grupo, entre si, no que se refere às variáveis em estudo, através do Teste de Mann-Whitney.

Grupo Experimental	MoCA (Memórial) (Pós)	MoCA (Orientação) (Pré)	MoCA (Orientação) (Pós)	MoCA (Total) (Pré)	MoCA (Total) (Pós)	Reexperiência (PCL-M) (Pré)	Reexperiência (PCL-M) (Pós)	Evitamento (PCL-M) (Pré)	Evitamento (PCL-M) (Pós)	Sint. Aumentada (PCL-M) (Pré)	Sint. Aumentada (PCL-M) (Pós)	PCL-M (Total) (Pré)	PCL-M (Total) (Pós)
U de Mann-Whitney	3,500	24,000	7,500	27,500	6,000	12,500	5,000	13,000	0,000	3,500	0,000	7,000	0,000
Z	- 1,262	1,483	0,000	-1,540	- 0,458	- 0,887	- 0,754	- 0,803	- 2,249	- 2,249	- 2,264	- 1,764	- 2,236
Sig. (bicaudada)	0,250	0,394	1,000	0,132	0,786	0,394	0,571	0,485	0,036 (*)	0,015(*)	0,036(*)	0,093	0,036 (*)

* A correlação é significativa com $p < 0.05$ (bicaudado).

Quadro 13c. Comparação dos resultados de cada grupo, entre si, no que se refere às variáveis em estudo, através do Teste de Mann-Whitney (Continuação do Quadro anterior).

Grupo Experimental	GDS (Total) (Pré)	GDS (Total) (Pós)	Pesq. Símbolos (Bruta) (Pré)	Pesq. Símbolos (Bruta) (Pós)	TMT A (Segundos) (Pré)	TMT A (Segundos) (Pós)	TMT A (Erros) (Pré)	TMT A (Erros) (Pós)	TMT B (Segundos) (Pré)	TMT B (Segundos) (Pós)	TMT B (Erros) (Pré)	TMT B (Erros) (Pós)
U de Mann-Whitney	6,500	0,000	11,500	1,500	19,000	11,000	10,000	7,500	9,000	10,000	12,000	10,500
Z	- 1,848	- 2,291	- 0,645	- 1,800	0,463	1,043	- 1,070	0,000	- 0,640	0,745	- 0,582	0,966
Sig.(bicaudada)	0,065	0,036 (*)	0,537	0,071	0,537	0,393	0,429	1,000	0,610	0,571	0,662	0,393

* A correlação é significativa com $p < 0.05$ (bicaudado).

Quadro 13d. Comparação dos resultados de cada grupo, entre si, no que se refere às variáveis em estudo, através do Teste de Mann-Whitney (Continuação do Quadro anterior).

Grupo Experimental	WHOQOL-OLD (F. Sensorial) (Pré)	WHOQOL-OLD (F. Sensorial) (Pós)	WHOQOL-OLD (Autonomia) (Pré)	WHOQOL-OLD (Autonomia) (Pós)	WHOQOL-OLD (APPF) (Pré)	WHOQOL-OLD (APPF) (Pós)	WHOQOL-OLD (P. Social) (Pré)	WHOQOL-OLD (P. Social) (Pós)	WHOQOL-OLD (Morte e Morrer) (Pré)	WHOQOL-OLD (Morte e Morrer) (Pós)
U de Mann-Whitney	23,500	12,500	27,000	14,500	29,000	11,000	27,500	13,000	16,000	9,500
Z	1,585	1,509	2,206	2,112	2,592	1,050	2,319	1,691	0,186	0,604
Sig.(bicaudada)	0,126	0,143	0,030 (*)	0,036 (*)	0,009 (**)	0,393	0,017 (*)	0,143	1,000	0,571

* A correlação é significativa com $p < 0.05$ (bicaudado).

** A correlação é significativa com $p < 0.01$ (bicaudado).

Quadro 13e. Comparação dos resultados de cada grupo, entre si, no que se refere às variáveis em estudo, através do Teste de Mann-Whitney (Continuação da Tabela anterior).

Grupo Experimental	WHOQOL-OLD (Intimidade) (Pré)	WHOQOL-OLD (Intimidade) (Pós)	WHOQOL-OLD (Família/VF) (Pré)	WHOQOL-OLD (Família/VF) (Pós)	WHOQOL-OLD (Total) (Pré)	WHOQOL-OLD (Total) (Pós)	ATM (Gerais) (Pré)	ATM (Gerais) (Pós)	ATM (Específicas) (Pré)	ATM (Específicas) (Pós)
U de Mann-Whitney	30,000	0,500	20,000	10,000	29,000	13,500	9,500	5,000	16,000	10,000
Z	2,764	0,900	0,923	0,750	2,556	1,800	- 1,030	- 0,764	0,187	0,750
Sig.(bicaudada)	0,004 (*)	0,393	0,429	0,571	0,009 (*)	0,071	0,329	0,571	1,000	0,571

* A correlação é significativa com $p < 0.01$ (bicaudado).

Quadro 13f. Comparação dos resultados de cada grupo, entre si, no que se refere às variáveis em estudo, através do Teste de Mann-Whitney (Continuação da Tabela anterior).

Grupo Experimental	ATM (Positivas) (Pré)	ATM (Positivas) (Pós)	ATM (Negativas) (Pré)	ATM (Negativas) (Pós)	ATM (Neutras) (Pré)	ATM (Neutras) (Pós)	ATM (Não-Respostas) (Pré)	ATM (Não-Respostas) (Pós)	GAI (Total) (Pré)	GAI (Total) (Pós)
U de Mann-Whitney	14,000	5,000	12,500	8,500	11,500	10,000	23,500	8,500	5,000	0,000
Z	- 0,187	- 0,800	- 0,471	0,300	- 0,662	1,291	1,588	0,327	- 1,878	- 2,562
Sig.(bicaudada)	0,931	0,571	0,662	0,786	0,537	0,571	0,126	0,786	0,082	0,036 (*)

* A correlação é significativa com $p < 0.05$ (bicaudado).

Anexo 2



Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra



Reminiscência em Grupo com vista à diminuição da sintomatologia associada à Perturbação de *Stress* Pós-Traumático em veteranos da Guerra Colonial: Proposta de Programa.

Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Área de especialização em Psicogerontologia Clínica

Programa elaborado sob orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima

Orientando: Leonardo Silvério Faustino

Coimbra, Março de 2016

Sessão 1: Semana 1

1. Dar as boas-vindas.
2. Introduzir os elementos do grupo;
3. Enfatizar os objetivos das sessões e a importância da permanência no grupo;
4. Reforçar a importância da honestidade e da confidencialidade.
5. Relembrar as datas de início e término das sessões, bem como a periodicidade das mesmas;
6. Concentrar a sessão na experiência pessoal: cada membro falará um pouco sobre si e sobre a sua experiência de vida;
7. Fazer com que os membros do grupo escolham um animal com que se identifiquem/que os represente, e se apresentem através do animal escolhido, enfatizando as suas principais características;
8. Estabelecer as regras para o grupo, deixando que os participantes refiram regras que sejam importantes para eles mesmos;
9. Criar um grito ou lema para o grupo, que será dito no final de cada sessão.
10. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar e a sair pelas narinas;
 - Sentir a expansão do peito e abdômen na inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração.
11. Grito final (os participantes deverão estar em pé, em círculo e de mãos dadas, ou com as mãos sobre os ombros dos colegas do lado, o que se deve manter em todas as sessões) e fim da sessão.

Sessão 2: Semana 1

1. Dar as boas vindas ao grupo e recordar as regras estabelecidas na primeira sessão.
2. Esta segunda sessão tem como objetivo recordar o passado através de músicas desde 1920 até 1960 (**isto deve ser ajustado**):
 - Devem reproduzir-se várias músicas numa ordem cronológica.
 - Deve verificar-se se os membros do grupo reconhecem as músicas e discutir possíveis memórias especiais associadas às mesmas.
 - Fazer com que os membros do grupo falem sobre uma música com significado especial para eles e que expliquem o porquê dessa significação.
 - Encorajar o bater de palmas e o canto.
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar e a sair pelas narinas;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen na inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração.
4. Grito final e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer fotografias importantes para si, para a próxima sessão.

Sessão 3: Semana 2

1. Dar as boas vindas ao grupo.
2. Os membros do grupo devem partilhar fotografias seguindo uma ordem cronológica:
 - Deixar que os membros do grupo refiram o que os liga às fotografias;
 - Falar sobre a família, amigos e tempos divertidos.
3. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre JUVENTUDE e ADULTEZ:
 - “Como eram as vossas vidas em jovens?”;
 - “Quais eram os vossos sonhos e aspirações enquanto jovens?”;
 - “O que é que mudavam e não mudavam na vossa juventude?”;
 - [No caso de mudarem alguma coisa: “relatem o que mudavam e o que aprenderam com a experiência”];
 - “Recordem um episódio que não mudariam e de que modo esse episódio contribuiu para a pessoa que são hoje”;
 - “Qual o momento da vossa juventude que consideram ter sido o mais feliz?”.
4. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar e a sair pelas narinas;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen na inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração, bem como sentir o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com inspiração e baixar com expiração.
5. Grito final e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer objetos que recordem as suas **CARREIRAS PROFISSIONAIS** e/ou **OCUPAÇÕES**: crachás, fotografias, diplomas entre outros.

Sessão 4: Semana 2

1. Dar as boas vindas ao grupo;
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre TRABALHO, a vida em CASA, atividades de VOLUNTARIADO e PRIMEIRO EMPREGO:
 - Partilhar fotografias que mostrem os participantes a efetuar atividades específicas;
 - Discutir atividades de voluntariado que se praticavam enquanto crianças;
 - Encorajar os participantes para que partilhem objetos que recordem as suas carreiras profissionais e/ou ocupações: crachás, fotografias, diplomas entre outros.
3. Discutir em grupo o seguinte tema: “Na vossa vida existiram momentos em que tinham diferentes caminhos a seguir e, por algum motivo, escolheram um desses caminhos:”
 - Recordar um desses momentos;
 - Motivo(s) pelo qual tomaram essa decisão;
 - Consequência(s) dessa decisão;
 - Significado que atribuem, hoje, a essa decisão;
 - Questionar aceitação da decisão tomada e quais são as vantagens dessa aceitação.
4. “Partilhem qual foi a decisão mais importante da vossa vida, da qual sentem mais orgulho.”
5. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar e a sair pelas narinas;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen na inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração.
 - Levantar os braços com inspiração, baixar com expiração.
 - Juntar suspiro na expiração.
6. Grito final e fim da sessão.

Sessão 5: Semana 3

1. Dar as boas vindas;
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre FERIADOS PREFERIDOS:
 - Falar sobre feriados;
 - Estimular a partilha de lembranças associadas aos feriados (cheiros, sabores, sons);
 - Estimular o canto de músicas que recordem feriados;
 - Falar sobre comidas, roupas e tradições associadas aos feriados.
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar e a sair pelas narinas;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen na inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração.
 - Levantar os braços com inspiração, baixar com expiração.
 - Juntar suspiro na expiração;
 - Explicar diferença entre contrair e descontraír, exemplificando com punho aberto e fechado e ombros levantados e tensos ou soltos.
4. Grito final e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer fotografias e brinquedos que retratem o tema ESCOLA para a próxima sessão.

Sessão 6: Semana 3

1. Dar as boas vindas;
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre INFÂNCIA:
 - “Qual é a vossa primeira recordação?”
 - “Quem foi/foram a(s) pessoas mais significativas /importantes para vocês durante a vossa infância? Seleccionem uma delas. Recordem um episódio importante que viveram com essa pessoa. Em que medida contribuiu para o que são hoje?”
 - “Que é que mudariam e não mudariam na vossa infância?”
 - [No caso de dizerem que mudavam acontecimentos: “destaquem algo que mudariam; o que é que aprenderam com essa experiência?”]
 - “Relatem um episódio da vossa infância que não mudariam. Em que é que esse episódio contribui para o que o são hoje em dia?”
 - “Qual é a situação que recordam como sendo a mais agradável da vossa infância?”
3. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre ESCOLA:
 - Falar sobre o primeiro dia de escola;
 - Encorajar os membros do grupo para que falem sobre os tempos de escola;
 - Encorajar os membros do grupo para que tragam imagens de escolas da sua época;
 - Discutir sobre professores e roupas usadas pelos estudantes na sua época.
4. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar e a sair pelas narinas;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen na inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com inspiração, baixar com expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - Levantar os ombros até às orelhas na inspiração, soltar na expiração;
 - Imaginar que em cada inspiração ficam revigorados e em cada expiração deixam ir a tensão e o mal-estar. Em conjunto, vão nomeando o que inspiram e o que expiram.
5. Grito final e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer fotografias e brinquedos que retratem o tema INFÂNCIA E BRINQUEDOS para a próxima sessão.

Sessão 7: Semana 4

1. Dar as boas vindas;
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre INFÂNCIA E BRINQUEDOS:
 - Encorajar os membros do grupo para que tragam brinquedos do passado.
 - Falar sobre os primeiros brinquedos.
 - Falar sobre brinquedos raros.
 - Falar sobre os brinquedos preferidos.
 - Falar sobre brinquedos feitos em casa.
 - Encorajar os membros do grupo para que tragam fotografias de brinquedos da infância.
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen com a inspiração;
 - Relaxar os ombros na expiração;
 - Levantar os braços com a inspiração;
 - Baixar os braços com a expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - Imaginar que em cada inspiração ficam revigorados e em cada expiração deixam ir a tensão e o mal-estar. Em conjunto, vão nomeando o que inspiram e o que expiram.
 - *Body Scan*;
 - Análise da vivência da pessoa em relação à experiência.
4. Grito final “Um por todos e todos por um” e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer fotografias que retratem o tema CASAMENTO para a próxima sessão.

Sessão 8: Semana 4

1. Dar as boas vindas;

2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre FAMÍLIA O PRIMEIRO ENCONTRO ROMÂNTICO / CÔNJUGE / CASAMENTO:
 - Falar sobre o primeiro encontro romântico;
 - Falar sobre pedidos de namoro e/ou casamento;
 - Falar sobre o casamento;
 - Falar sobre a vida de casado;
 - Encorajar os membros do grupo para que relembrem músicas que os façam recordar o passado / casamento;
 - Mostrar um excerto de um vídeo que mostre o namoro (o cortejar);
 - Encorajar os membros do grupo para que partilhem fotografias do casamento.

3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdômen com a inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com a inspiração, e baixar os braços com a expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - “Imaginem que em cada inspiração ficam revigorados e em cada expiração deixam ir a tensão e o mal-estar. Em conjunto, vão nomeando o que inspiram e o que expiram.”
 - *Body Scan*;
 - Análise da vivência da pessoa em relação à experiência.

4. Grito final e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer fotografias que retratem o tema FAMÍLIA/ANIMIAS DE ESTIMAÇÃO para a próxima sessão.

Sessão 9: Semana 5

1. Dar as boas vindas;
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre FAMÍLIA:
 - Falar sobre as crianças, animais de estimação (se existentes) e família;
 - Encorajar os membros do grupo para que tragam imagens da sua família e animais de estimação;
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen com a inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com a inspiração e baixar com a expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - Meditação da Montanha.

“Tornem-se consciente do momento presente, adotando deliberadamente uma postura ereta e digna, como se fossem uma montanha. Uma montanha é completamente natural e à vontade com ela mesma, apesar dos fortes ventos que lhe batem e das grandes nuvens escuras que giram em torno do seu pico. Assim, como uma montanha, deixem que a vossa mente se mantenha constante, sabendo que todas as coisas passam. Permitam que os vossos olhos se fechem se isso for possível ou apropriado neste momento, caso contrário mantenham-nos abertos mas, em qualquer um dos casos, descansem com a consciência na vossa experiência interior. Sintam o vosso corpo: a coluna vertebral numa curva natural, a cabeça erguida como se estivesse suspensa por um cordão de ouro, sem qualquer tensão.

Abram-se à vossa experiência e questionem: << Qual é a minha experiência atual? >> Sintam como se diante de vocês estivesse um vasto oceano, aberto e sem limites. Que pensamentos vão passando pela vossa cabeça? O melhor que conseguirem, encarem esses pensamentos como sendo fenómenos mentais, talvez até se tornem conscientes dos seus conteúdos e palavras. O que estão a sentir? Voltem-se para esses sentimentos e abram-se a qualquer sensação de desconforto emocional ou sentimentos desagradáveis.

Que sensações corporais sentem agora? Talvez possam rapidamente analisar o vosso corpo e encontrar qualquer sinal de aperto ou tensão. Agora recolham essas sensações e redirecionem a vossa atenção para o foco nas sensações corporais da respiração e apenas da respiração. Transportem a vossa atenção para que sintam a respiração na barriga. Sintam as sensações da respiração no espaço abdominal, na medida em que se expande em cada inspiração e contrai a cada expiração. Sigam com plena consciência todo o caminho que o ar faz na inspiração e na expiração, e usem a

respiração como se fosse uma âncora que vos prende no momento presente.
Treinem isto por uns momentos...”

4. Grito final e fim da sessão.

Sessão 10: Semana 5

1. Dar as boas vindas ao grupo.
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre GASTRONOMIA:
 - Falar sobre comidas favoritas na infância, comidas favoritas nos feriados e aromas favoritos;
 - Falar receitas de comidas;
 - Encorajar os membros do grupo para que falem sobre algumas receitas e recordem memórias associadas as mesmas.
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen com a inspiração, bem como o relaxar os ombros na expiração;
 - Mexer braços, pernas e corpo como numa dança suave;
 - Contração e Relaxamento das várias zonas corporais;
 - Meditação da sultana.
4. Grito final e fim da sessão.

Nota: Os participantes devem trazer fotografias que retratem o tema AMIZADE para a próxima sessão.

Sessão 11: Semana 6

1. Dar as boas vindas ao grupo.
2. Discutir em grupo os seguintes tópicos sobre AMIZADE:
 - Lembrar amigos;
 - Falar sobre os amigos;
 - Encorajar os membros do grupo para que descrevam os amigos presentes nas fotografias que trouxeram;
 - Falar sobre tempos divertidos passados em amigos;
 - Falar sobre memórias divertidas;
 - Falar sobre amigos que prestem auxílio quando necessário.
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen com a inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com a inspiração e baixar com a expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - Meditação dos sons.
4. Grito final e fim da sessão.

Sessão 12: Semana 6

1. Dar as boas vindas ao grupo.
2. Discutir em grupo as seguintes questões:
 - “Neste momento, o que é que consideram ser para vocês o mais importante das vossas vidas?”
 - “Neste momento, o que é que vos causa preocupações?”
 - “Sentem que a vossa vida, neste momento, está completa ou que vos falta algo?”
 - “Existe algo que gostariam de fazer ou conseguir num futuro próximo?”
 - “Quais são os principais valores da vossa vida?”
 - “A ideia de morte: como lidam com ela?”
 - Qual consideram que foi a vossa maior aprendizagem na vida até agora? Até que ponto essa aprendizagem tem influenciado as vossas vidas?”
 - “De todas as coisas que conseguiram na vida, qual consideram que é a mais importante? De qual se sentem mais orgulhosos?”
3. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen com a inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com a inspiração e baixar com a expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - *Body Scan*;
 - Contração e Relaxamento das várias zonas corporais.
4. Grito final e fim da sessão.

Sessão 13: Semana 7

1. Dar as boas vindas ao grupo.
2. Discutir em grupo as seguintes questões:
 - “Qual foi o momento mais importante da vossa vida? Porquê? O que é que vos trouxe esse acontecimento/o que aprenderam com essa experiência?”
 - “Qual foi o momento mais triste da vossa vida? Porquê? Que é que vos trouxe esse acontecimento/o que é que aprenderam com essa experiência?”
 - “Quem é que foram as pessoas mais importantes e que mais influenciaram as vossas vidas? De que forma vos influenciaram?”
 - “Dos acontecimentos históricos que viveram, quais é que consideram que afetaram mais as vossas vidas e das vossas famílias? E quais foram os mais importantes?”
 - “Em que sentido/de que forma é que vocês mudaram desde que eram jovens? E o que é que não mudou e se mantém?”
 - “Como é que se veem/se imaginam quando forem mais velhos?”
 - “Como é que se descrevem a vocês mesmos neste momento da vossa vida?”
 - “Como é que gostariam de ser, um dia mais tarde, recordados?”
 - “Quais são as vossas características que gostam mais vos fazem sentir únicos e importantes?”
3. Encorajar os membros do grupo para que falem sobre as suas experiências ao longo das últimas 7 semanas.
4. Encorajar os membros do grupo para que partilhem os últimos pensamentos acerca dos tópicos discutidos previamente.
5. Exercício de respiração, relaxamento, movimento e foco nas relações interpessoais:
 - Sentir o ar a entrar nas narinas e a sair;
 - Sentir a expansão do peito e abdómen com a inspiração, bem como o relaxar dos ombros na expiração;
 - Levantar os braços com a inspiração e baixar com a expiração;
 - Juntar suspiro na expiração;
 - Pequena meditação de auto-compassão (Gilbert, 2009):

“Fiquem descontraídos e relaxados. Mantenham os olhos fechados e sintam-se confortáveis. Adotem uma respiração tranquilizante, durante aproximadamente 30 segundos. Permitam que o vosso corpo relaxe e fique tão solto quanto possível. Agora, por um momento, imaginem que vocês são pessoas profundamente compassivas e

sensatas. Pensem nas qualidades ideais que gostariam de ter, enquanto pessoas compassivas. Estas podem incluir: uma profunda bondade, carinho, delicadeza, a sensação de que se é difícil de se provocar, o sentir que se esteve lá, na guerra, e com isso se ganhou uma maior sabedoria. Não importa se têm ou não estas características atualmente. O importante é que se foquem em imaginar e pensar sobre como poderia ser a vossa vida se as tivessem, no que é que são realmente essas qualidades, e no desejo que vocês têm de as desenvolver. Então, pensem na vossa idade e aparência, nas vossas expressões faciais e postura, nas vossas emoções interiores de, sobretudo, ternura. E agora, como um ator prestes a assumir um papel, sintam-se a vocês mesmos tudo isto e, sorriam.”

6. Grito final e fim da sessão.

Referências Bibliográficas

Afonso, R. (2007). *Efectos de la terapia de reminiscência sobre la sintomatologia depressiva, la integridade del yo u el bienestar psicológico en población mayor portuguesa*. Tese de Doutoramento. Universidade da Beira Interior: Covilhã.

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. Constable & Robinson: London.

Lima, M. P. (2015). *HIT - Intervenção Terapêutica ao Domicílio: Programa manualizado de prestação de apoio psicológico ao domicílio*. Psicogerontologia Clínica: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Meditação da Montanha. *Web Site*. Acedido a 07 de Julho de 2016, em <https://www.livingwell.org.au/mindfulness-exercises-3/11-mountain-meditation/>.