

Prática psicológica com pessoas idosas: uma leitura substanciada das orientações da APA

**Prática psicológica com pessoas idosas: uma leitura substanciada das orientações da
APA**

José Ferreira-Alves
Universidade do Minho
Braga

Correspondência relativa a este artigo deverá ser dirigida a : José Ferreira-Alves, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, 4710-057 Braga, ou através do email: alves@psi.uminho.pt

Resumo

O comportamento humano visto como um dos alvos de consideração mais importantes na saúde humana é, em Portugal, uma conquista relativamente recente no estabelecimento concomitante de práticas de cuidados primários, secundários e terciários. Esta ênfase no comportamento como um determinante importante da saúde humana é, provavelmente, ainda mais importante quando consideramos a saúde de pessoas idosas. Em 2004, no que à população idosa diz respeito, a APA publicou um conjunto de orientações que constituem a sua política oficial sobre o fornecimento de serviços psicológicos a pessoas idosas. Serão apresentadas essas orientações, comentadas na sua substância e adicionadas algumas evidências teóricas e empíricas que as podem sustentar, contribuindo, desta forma, para reforçar uma referência relativa aos mais elevados padrões de conhecimento e de prática profissional para a população idosa.

Palavras Chave: adultos idosos, orientações da APA, prática psicológica, psicoterapia.

Psychological practice with older adults: a substantiated reading of APA guidelines

**José Ferreira-Alves
University of Minho
Braga**

Correspondence relative to this paper should be sent to: José Ferreira-Alves, School of Psychology, University of Minho 4710-057 Braga, or through the following email: alves@psi.uminho.pt

Abstract

Human Behavior seen as one of the most important targets of attention when one is considering human health is in Portugal a relatively recent conquest on the establishment of health care at several levels. This emphasis on behavior as an important determinant of human health is probably even more important when one is considering older adults. In 2004, The American Psychological Association (APA) published a set of guidelines for psychologists who want to work with older adults. These guidelines will be presented and commented with some of the scientific evidence that support them, bringing thus a reference for the most highest patterns of psychological practice with older adults in Portugal

Key words: older adults, APA guidelines, psychological practice, psychotherapy

Introdução

Será possivelmente do conhecimento comum que algum do actual optimismo na intervenção psicológica com pessoas idosas nem sempre existiu. Um dos principais e influentes nomes da ciência psicológica durante muitos anos, e que revolucionou no seu tempo, entre outras coisas, o entendimento de alguns sintomas físicos, o médico Sigmund Freud (1905), mostrou expressamente a sua descrença nas possibilidades de tratamento e de mudança através da psicoterapia dirigida a pessoas adultas e idosas, a partir sensivelmente dos 50 anos de idade. Não nos poderá admirar muito essa sua descrença, pois boa parte do seu modelo interpretativo da vida psíquica repousava na ideia de que a forma como era vivida a infância era o determinante principal do desenvolvimento ao longo da vida. Embora ele analisasse adultos com distúrbios, procurava encontrar na análise das ocorrências passadas, especialmente na infância, a chave interpretativa dos sintomas actuais. Felizmente, muitos psicoterapeutas de outras escolas de pensamento e mesmo dentro da escola psicanalítica não acompanharam Freud neste ponto, descobrindo na idade adulta e em idade avançada momentos de desenvolvimento e de aprendizagem e de importante potencial de mudança.

Apesar já das vastas evidências e de formulações teóricas sustentadas que não dão privilégio a um momento do ciclo de vida na determinação daquilo em que a pessoa se torna, os currícula das graduações em psicologia e de forma geral em ciências de saúde, na sua esmagadora maioria, ainda não possuem unidades curriculares de envelhecimento. É a demonstração de que a idade avançada é ainda jovem como alguém terá dito.

A medicina, através da sua especialização em psiquiatria, por exemplo, só há bem pouco tempo possui serviços especializados para pessoas idosas – os serviços de gerontopsiquiatria e de psicogeriatría - existentes em algumas instituições ou unidades de serviços; Entre nós, estes são exemplos excepcionais de inovação e persistência, pois a inexistência da especialidade de geriatria pode dificultar a avaliação e reencaminhamento de pessoas, em necessidade, para esses serviços especializados – pois ainda é mais fácil acreditar que a população idosa padece mais de problemas físicos do que de problemas emocionais, psicológicos ou mesmo espirituais.

Na investigação científica, ensaios clínicos e instrumentos de investigação e avaliação usam na sua maioria participantes jovens, o que resulta em baixos níveis de provas clínicas para a população idosa e na baixa acessibilidade de instrumentos adaptados para a população idosa.

Apesar de este ser ainda o cenário, o crescimento demográfico e a pressão que a população idosa está a fazer e fará cada vez mais sobre os serviços de saúde levam à necessidade de antecipar, prever e acolher formas de intervenção variadas, multidisciplinares, que consigam dar conta da complexidade dos problemas de saúde da população idosa, população esta que é muito heterogénea e cuja heterogeneidade pode até contar mais do que a própria idade para explicar a sua saúde. Se o nosso alvo é a manutenção e a melhoria da saúde da população idosa, deveríamos poder estabelecer e usar os meios que já se mostraram eficazes e os profissionais que já se mostraram competentes para o fazer. O meio deveria ser a consideração menos importante face ao valor maior que é o da saúde e o do desenvolvimento humano.

É pois, neste contexto, que julgamos necessário, com este artigo de revisão, apresentar orientações, especialmente dirigidas a psicólogos, mas não necessariamente só a

eles, longamente estudadas, amadurecidas e apresentadas como a política oficial da maior associação científica e profissional de psicologia dos nossos dias sobre o fornecimento de serviços psicológicos a pessoas idosas: a Associação Americana de Psicologia, que denominaremos por APA, por ser a sua sigla mais conhecida. Estas orientações têm quase 10 anos de existência e mostram de alguma forma o estado da arte de há 10 anos atrás. A APA estabeleceu que a sua validade terminaria oficialmente em Agosto de 2010, estando por isso, em marcha novas orientações que irão substituir estas mas, estou bem certo, mantendo muitas destas orientações.

De seguida apresentaremos a transcrição textual das orientações da APA para a prática psicológica com adultos idosos. Essas orientações estão divididas em 6 domínios: a) Atitudes, b) Conhecimento geral sobre o desenvolvimento do adulto, envelhecimento e pessoas idosas, c) Assuntos clínicos, d) Avaliação, e) Intervenção, consultadoria e fornecimento de outros serviços e, finalmente, a f) Formação ou Educação do próprio profissional. Faremos uma apreciação de cada um desses domínios e, sempre que necessário, comentaremos também cada uma das orientações específicas para cada domínio. Adicionaremos alguma evidência que os sustenta e procuraremos antecipar algumas das eventuais mudanças que estas orientações poderão sofrer na próxima reformulação. Faremos uma conclusão sobre o valor académico e profissional destas orientações e da importância de cada profissional se sentir um cientista activo que segue e pode, também, ajudar à contínua melhoria destas orientações.

Associação Americana de Psicologia **Linhas orientadoras para a prática psicológica com adultos idosos¹²**

Atitudes

- Orientação 1:* Os psicólogos são encorajados a trabalhar com adultos idosos dentro da esfera da sua competência e a procurar consultadoria ou a fazer referência adequada quando apropriado
- Orientação 2:* Os psicólogos são encorajados a reconhecer como as suas atitudes e crenças acerca do envelhecimento e acerca das pessoas idosas podem ser relevantes na avaliação e tratamento que fazem aos adultos idosos e a procurar consulta ou formação adicional acerca destes assuntos quando indicado.

Conhecimento geral acerca do desenvolvimento do adulto, envelhecimento e adultos idosos

- Orientação 3:* Os psicólogos esforçam-se para obterem conhecimento sobre teoria e investigação em envelhecimento.
- Orientação 4:* Os psicólogos esforçam-se por estarem conscientes das dinâmicas psicológicas/sociais do envelhecimento
- Orientação 5:* Os psicólogos esforçam-se por compreender a diversidade no processo de envelhecimento, particularmente como os factores socioculturais, o género, a etnia, o estatuto socioeconómico, a orientação sexual, o estatuto de incapacidade, a residência urbana/rural podem influenciar a experiência e a expressão de saúde e os problemas psicológicos da população idosa
- Orientação 6:* Os psicólogos procuram estar familiarizados com informação actual sobre aspectos biológicos e de saúde relacionados com o envelhecimento

Assuntos clínicos

- Orientação 7:* Os psicólogos devem esforçar-se por estarem familiarizados acerca de mudanças cognitivas nos adultos idosos
- Orientação 8:* Os psicólogos esforçam-se por compreender os problemas de vida diária entre os adultos idosos
- Orientação 9:* Os psicólogos esforçam-se por ser conhecedores da psicopatologia entre a população idosa e conhecedores da prevalência e da natureza dessa psicopatologia quando fornecem serviços a pessoas idosas.

Avaliação

- Orientação 10:* Os psicólogos esforçam-se por estar familiarizados com a teoria, investigação e prática de vários métodos de avaliação de adultos idosos e conhecedores de instrumentos de avaliação que sejam psicometricamente adaptados para uso com eles.
- Orientação 11:* Os psicólogos esforçam-se por compreender os problemas associados com o uso de instrumentos de avaliação criados para indivíduos jovens quando avaliam pessoas idosas e em desenvolver competências para orientar avaliações que se adequem aos contextos e características específicas dos adultos idosos.
- Orientação 12:* Os psicólogos esforçam-se por desenvolver competências em reconhecer mudanças cognitivas em pessoas idosas e em conduzir e interpretar despistes cognitivos e avaliações funcionais de capacidade.

Intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços

- Orientação 13:* Os profissionais devem esforçar-se por conhecer a teoria, investigação e prática de vários modelos de intervenção com pessoas idosas, bem como a sua eficácia específica neste grupo de idade
- Orientação 14:* Os profissionais devem familiarizar-se e desenvolver competências na aplicação de intervenções psicoterapêuticas específicas e modificações ambientais em pessoas idosas e nas suas famílias e adaptar outras intervenções para este grupo de idade.
- Orientação 15:* Os psicólogos procuram compreender os assuntos respeitantes ao fornecimento de serviços nos contextos específicos em que os adultos idosos tipicamente se encontram ou localizam
- Orientação 16:* Os psicólogos esforçam-se por reconhecer assuntos relacionados com o fornecimento de serviços de prevenção e de promoção da saúde com adultos idosos.
- Orientação 17:* Os psicólogos esforçam-se por compreender assuntos pertencentes ao fornecimento de serviços de consulta na ajuda a pessoas idosas.
- Orientação 18:* Ao trabalhar com pessoas idosas, os psicólogos são encorajados a compreender a importância da interface com outras disciplinas e a fazer referências a outras disciplinas ou a trabalhar com elas em equipas colaborativas e através de vários sítios.

¹ A APA não tem qualquer responsabilidade pela precisão desta tradução.

² Esta é a tradução integral da página 237 da referência APA (2004). Não foi necessária a permissão formal da APA, uma vez que a transcrição tem menos de 800 palavras.

Orientação 19: Os psicólogos esforçam-se por compreender os assuntos éticos e legais especiais implicados no fornecimento de serviços a pessoas idosas.

Educação

Orientação 20: Os psicólogos são encorajados a aumentar o seu conhecimento, compreensão e competências com respeito ao trabalho com adultos idosos através de formação contínua, treino, supervisão e consulta

1. As atitudes dos psicólogos e a validação clínica e cultural das experiências e problemas das pessoas idosas

Orientação 1. Os psicólogos são encorajados a trabalhar com adultos idosos dentro da esfera da sua competência e a procurar consultadoria ou a fazer referência adequada quando apropriado

A primeira orientação da APA reconhece dois aspectos centrais: Ao encorajar os psicólogos a trabalhar com pessoas idosas, a APA cria, implicitamente, uma forma de validação clínica e cultural das experiências e dos problemas das pessoas de mais idade, o que é algo que, embora sendo subtil, é de extrema importância. É um sinal cultural muito importante que abre um amplo caminho à construção de conhecimento sobre o envelhecimento e sobre as pessoas idosas, à semelhança do que já existe para pessoas em outros momentos do ciclo de vida. Paralelamente, esta orientação afirma a singularidade e a competência própria do psicólogo bem como de competências e de profissionais afins, os quais devem ser do conhecimento do psicólogo e a eles serem referenciados os casos que não sejam da esfera da sua competência. Por isso, também, esta primeira orientação supõe a crença na eficácia da intervenção psicológica junto da população idosa, ao mesmo tempo que supõe também a importância de atitudes colaborativas com outros profissionais para melhor servir a população idosa.

2. E quando o inimigo somos nós?

Orientação 2: Os psicólogos são encorajados a reconhecer como as suas atitudes e crenças acerca do envelhecimento e acerca das pessoas idosas podem ser relevantes na avaliação e tratamento que fazem aos adultos idosos e a procurar consulta ou formação adicional acerca destes assuntos quando indicado.

Não será, pois, a idade, reconhecidamente, o aspecto central da possibilidade de atendimento eficaz na melhoria da saúde das pessoas idosas. E, por isso mesmo, a segunda orientação surge-nos na sequência lógica da primeira; o que pode impedir o atendimento ou a eficácia do atendimento à população idosa pode ser, em primeiro lugar, as crenças que o próprio psicólogo ou o profissional de saúde desenvolveu sobre o significado do envelhecimento e sobre as pessoas idosas. A discriminação de pessoas com base na idade é um fenómeno reconhecido há já cerca de 30 anos, (Butler, 1980; Wilkinson, J. & Ferraro, K., 2002; Palmore, 1999; Ferreira-Alves & Novo, 2006; Ferreira-Alves e col. 2006; Levy, 2001; Losada, 2004; Maitland e col., 2000; Minichiello, Browne, & Kendig, 2000; Montepare & Zebrowitz, 2002), que existe em vários contextos – curiosamente os próprios serviços de saúde parecem ser os menos imunes a esta discriminação, a acreditar no auto-relato da população idosa (Ferreira-Alves & Novo, 2006) assim como os contextos de investigação (Schaie, 1993). A discriminação, perpetrada através do preconceito parece ter impactos não desprezíveis na saúde e no funcionamento social (Losada, 2004) como se fosse uma espécie de profecia auto-realizada, devido ao facto de a própria pessoa idosa incorporar os estereótipos negativos que a sua cultura veicula sobre as pessoas idosas e sobre o envelhecimento.

Devido à extensão dos contextos em que a discriminação tem sido reconhecida, será, pois, importante que cada profissional de saúde preste a necessária atenção a si próprio, num processo de auto-monitorização das suas próprias crenças, preconceitos ou comportamentos discriminatórios face à população idosa e face ao próprio envelhecimento, durante todo o processo de atendimento, avaliação e aconselhamento à pessoa idosa.

3. O conhecimento do envelhecimento e do desenvolvimento: as dinâmicas do crescimento e do declínio

Orientação 3: Os psicólogos esforçam-se para obterem conhecimento sobre teoria e investigação em envelhecimento.

Orientação 4: Os psicólogos esforçam-se por estarem conscientes das dinâmicas psicológicas/sociais do envelhecimento

Orientação 5: Os psicólogos esforçam-se por compreender a diversidade no processo de envelhecimento, particularmente como os factores socioculturais, o género, a etnia, o estatuto socioeconómico, a orientação sexual, o estatuto de incapacidade, a residência urbana/rural podem influenciar a experiência e a expressão de saúde e os problemas psicológicos da população idosa

Orientação 6: Os psicólogos procuram estar familiarizados com informação actual sobre aspectos biológicos e de saúde relacionados com o envelhecimento

As orientações 3, 4, 5 e 6 são igualmente centrais. Quem atende pessoas idosas não pode apenas compreender os pontos de chegada de um percurso que foi histórico, biológico, social, psicológico e cultural. Deve compreender a variedade desses processos, de percursos, de aprendizagens e de tarefas que foram desafiando e construindo a identidade e os recursos de cada indivíduo, de cada grupo social. Quando atende uma pessoa idosa, o psicólogo deve esforçar-se por observar e compreender o acumular de vários impactos e encontrar, se possível, algum padrão para esses impactos. Como dizia Knight (1992), trabalhar com a população idosa tem como uma das primeiras exigências o

conhecimento de como era crescer no tempo em que ela cresceu. Esta afirmação de Bob Knight bem que poderia constituir, ela própria, uma orientação explícita e que poderia ser assim formulada: os psicólogos esforçam-se por obter conhecimento sobre o impacto desenvolvimental de se ter nascido numa determinada geração..

Estes quatro orientações embora não levantem explicitamente a questão das relações entre desenvolvimento e envelhecimento, o desenvolvimento e o envelhecimento lá estão, em palavras, abrindo-nos caminho para um entendimento dialéctico, não linear, das dinâmicas não só biológicas mas, também, sociais e psicológicas do próprio envelhecimento. De um lado temos a noção de desenvolvimento como um conjunto de processos de diferenciação, de desdobramento, de crescimento, de expansão, de desequilíbrio e de reequilíbrio; por outro lado, o envelhecimento como um processo mais associado a um inexorável e inevitável declínio, ao défice e à perda. Esta compreensão diversa das mudanças com a idade clama para uma consideração do envelhecimento como um fenómeno não só natural mas igualmente com importantes determinantes históricas, culturais, sociais e psicológicas que importa conhecer; é, por isso, que importa conhecer a diversidade das trajectórias do envelhecimentos influenciadas pela cultura, pela etnia, pelo estatuto socioeconómico, pela orientação sexual, pela capacidade, pelo contexto de residência ser mais urbano ou rural; e depois disso, compreender que essas trajectórias de envelhecimento e de desenvolvimento são, igualmente, trajectórias de saúde/doença e que desembocam na experiência de problemas psicológicos particulares em idade mais avançada. No fundo, estas 4 orientações são um encorajamento sério para que a prática psicológica do profissional de saúde seja fundamentada em teoria e em investigação ou, por outras palavras, seja uma teoria em acção e sempre em investigação. Não deveria ser de outra maneira, pois as diferentes direcções em que, por vezes, pode parecer ir o processo de

envelhecimento, só podem ser entendidas com maior complexidade de abordagem e isso exige realmente teoria. Não é só por herança cultural ou mero acaso que as práticas assentes nas ideias de déficit e de perda ainda predominam. Predominam, possivelmente, porque se baseiam no que está mais visível e acessível à interpretação. A história da própria APA incorpora algumas lições a este respeito: logo após alguns meses da sua existência assistiu-se à criação de uma divisão denominada “Maturidade e Velhice” (“Maturity and old age”), para muito mais tarde se transformar em “Desenvolvimento do Adulto e envelhecimento” (“Adult development and Aging”). A ideia de “maturidade” foi substituída pelo conceito de “desenvolvimento” do adulto e a expressão “old age” foi substituída por “envelhecimento” (Divisão 20 da APA). É significativa a mudança. Para além desta divisão, existe uma outra denominada “Clinical Geropsychology” (divisão 12 da APA) que trata da compreensão clínica da mudança em pessoas adultas e idosas. Podemos, talvez, concluir após esta discussão, que estas 4 orientações supõem que a vida adulta, a terceira e a quarta idade, não podem ser consideradas meros pontos de chegada de percursos determinados na infância ou na adolescência mas, igualmente, momentos desenvolvimentais particulares, de importância e força idêntica a momentos anteriores na determinação da experiência do ciclo de vida. A saúde e o desenvolvimento são dimensões científicas e da existência que poucas vezes aparecem juntas para compreender e intervir sobre os indivíduos. Estas quatro orientações parecem querer juntá-los para que cada uma entenda o impacto que pode ter na outra. E talvez numa próxima reformulação destas orientações, esta ideia ganhe mais força e apareça mais explicitada. De qualquer forma, no que às relações entre envelhecimento e doença/saúde diz respeito, estas parecem constituir um dos puzzles mais complexos de entender, (Fozard, 1990), embora haja consenso no domínio vasto da gerontologia que deveremos sempre distinguir entre envelhecimento e doença.

4. Assuntos clínicos: e o que corre menos bem?

Orientação 7: Os psicólogos devem esforçar-se por estar familiarizados acerca de mudanças cognitivas nos adultos idosos

Orientação 8: Os psicólogos esforçam-se por compreender os problemas de vida diária entre os adultos idosos

Orientação 9: Os psicólogos esforçam-se por ser conhecedores da psicopatologia entre a população idosa e conhecedores da prevalência e da natureza dessa psicopatologia quando fornecem serviços a pessoas idosas.

Após as recomendações prévias que se debruçaram sobre a importância das atitudes pessoais do psicólogo ou psicoterapeuta e do conhecimento do envelhecimento normal e da sua enorme diversidade e influência biopsicossocial, surgem agora as dimensões do funcionamento dos indivíduos que podem ter significado clínico para avaliação e posterior intervenção; estas orientações resultam da necessidade de conhecer mudanças cognitivas tanto aquelas que são normativas como aquelas que resultam de patologia. Aliás, no domínio da investigação psicológica poucos serão os domínios que não exijam uma avaliação prévia do estado mental. O impacto de mudanças cognitivas sobre o funcionamento físico e sobre a adaptação social é central e, por isso, este é uma das primeiras observações a ser feitas. Concorre para isso também o conhecimento da prevalência das demências que atinge entre 40 a 60% das pessoas com mais de 90 anos.

Importa também conhecer os problemas mais comuns da vida diária das pessoas de mais idade. Como já referimos anteriormente, existe um viés quando se pensa em saúde ou em desenvolvimento a favor de pessoas mais jovens. E, como sustenta Lazarus (2006), os problemas emocionais das pessoas idosas tendem a ser subordinados ao aumento da incidência de problemas médicos. E por isso a pessoa idosa vai ao médico para fazer diagnóstico e tratamento. E mais “a actual geração de pessoas idosas admite com menos

probabilidade ter sintomas psiquiátricos, ela coloca maior ênfase do que a geração mais jovem colocaria sobre o seu declínio físico. Mas isso não significa que as pessoas idosas tenham menos problemas emocionais para os quais uma avaliação psicológica seja adequada” (Lazarus, 2006, p.181-182). Outro ponto importante é compreender como as pessoas idosas se adaptam às perdas ou respondem a desafios; este conhecimento ou factor é de importância central na terapia e é mais sensível à variação individual do que a idade (cf. Lazarus, 2006). Finalmente, a última orientação dos assuntos clínicos é o esforço por conhecer os quadros psicopatológicos mais comuns na pessoa idosa, bem como a sua natureza. Isto é de importância central para nos impedirmos a nós próprios de considerar envelhecimento aquilo que é doença e que, por isso, é passível de ser tratado. Mas note-se que este ponto dos assuntos clínicos parece ter sido deliberadamente “arrumado” para diferenciarmos entre mudanças cognitivas, problemas da vida diária e psicopatologia; Eles podem dar os mesmos sintomas, sendo necessário determinar a sua origem.

A avaliação psicológica: da teoria, ao uso de instrumentos adaptados, aos despistes e avaliação funcional

Orientação 10: Os psicólogos esforçam-se por estar familiarizados com a teoria, investigação e prática de vários métodos de avaliação de adultos idosos e conhecedores de instrumentos de avaliação que sejam psicometricamente adaptados para uso com esta população.

Orientação 11: Os psicólogos esforçam-se por compreender os problemas associados com o uso de instrumentos de avaliação criados para indivíduos jovens quando avaliam pessoas idosas e em desenvolver competências para orientar avaliações que se adequem aos contextos e características específicas dos adultos idosos.

Orientação 12: Os psicólogos esforçam-se por desenvolver competências em reconhecer mudanças cognitivas em pessoas idosas e em conduzir e interpretar despistes cognitivos e avaliações funcionais de capacidade.

Uma avaliação cuidada é o ponto-chave para se pensar a melhor intervenção possível que será, porventura, aquela que melhor se adequa com a natureza do problema apresentado e com as características e recursos da pessoa. Embora não seja objecto do presente artigo uma focalização nos momentos, processos e instrumentos de avaliação, estes são centrais para a identificação daquilo que precisa ser prevenido, mantido, estimulado ou apoiado. Desta avaliação, tal como da psicoterapia, faz parte o conhecimento dos recursos psicológicos, interpessoais e sociais dos indivíduos.

Avaliar é conhecer e compreender; é recolher os indicadores visíveis e tácitos que são os ingredientes centrais na formulação de uma teoria explicativa do problema apresentado.

É por isso realmente necessário conhecer a teoria, a investigação e a prática de vários métodos de avaliação; isto deveria ser suficiente para se ter sempre em conta a necessidade de termos instrumentos adaptados para a população idosa que temos. Por exemplo, é questionável o uso do MMSE na avaliação cognitiva de algumas pessoas idosas analfabetas, embora esteja previsto nas suas normas a cotação em caso de pessoas analfabetas. As dúvidas sobre este foram uma das razões que levaram autores espanhóis a construírem o chamado teste do dinheiro, agora chamado euro-teste, por ser menos sensível aos handicaps culturais provenientes da ausência de escolaridade e do uso de sinais escritos para conhecer e comunicar. (Carnero Pardo & Montoro Rios, 2004).

Uma boa avaliação e anamnese é, pois, importante. Cito a este propósito as palavras do escritor Miguel Torga (1999), médico de profissão, sobre a forma como via o momento da avaliação.

- “S. Martinho de Anta, 26 de Dezembro de 1960. Consultas e mais consultas a esta pobre gente, que parece guardar as mazelas durante o ano para quando eu venho. Ausculto, apalpo, dou os remédios e prometo a cura. Mas acabo por me sentir o verdadeiro beneficiário do bodo clínico. Reencontro nele o gosto do ofício, que a cidade tem progressivamente amortecido. Há um lance no exercício da profissão que sempre me apaixonou: a anamnese. O relato dos padecimentos feito pelo doente à cordialidade inquisidora do médico. É ele o grande momento humano do acto clínico. O instante em que o abismo se abre ou não abre, a verdade vem à tona ou não vem, se realiza ou não o encontro da aflição com a piedade. A civilização tornou quase impossível esse rasgar de trevas, essa entrega total e confiada da alma dorida ao desvelo Hipocrático. A conjugada acção de mil forças inibidoras invalida a instintiva ânsia reveladora do sofrimento. Cada palavra diz outra coisa, cada queixume vem mascarado. As conveniências sociais, a covardia, a suspicácia e o hábito arreigado da hipocrisia impedem qualquer sinceridade. E o infeliz facultativo cansa-se e degrada-se no consultório a interrogar clientes de má fé. Nenhum talento, nenhuma cultura, nenhuma autoridade, nenhum artil conseguem desfazer a ambiguidade da confissão, que acaba sempre por ser uma longa mentira premeditada. Ora, no camponês tudo se passa doutra maneira. Dono dum campo, de consciência restrito, virgem ainda nas reacções, quando adoece todo ele se concentra na observação dos sintomas do mal que o róí, e descreve-os depois objectivamente, com a candura dum primário e a precisão de um cientista. Sem falsos pudores, sem perturbadoras interferências, faz um relato leal e rigoroso da enfermidade. E é uma aventura emocionante e dignificadora acompanhá-lo pelas veredas da angústia, o apelo e a solicitude de mãos dadas, fraternos, a caminho da desilusão ou da esperança” (In Diário Vols. IX a XVI, pp.970. dom quixote, 1999)

É claro neste extracto a importância do momento da avaliação não só para o entendimento claro da pessoa que temos, como também para o prazer que o profissional pode obter quando sabe que está a avaliar bem. É o prazer da descoberta que está aqui em causa e que não deriva apenas da técnica mas, também, da arte com que se pratica esse acto. Há algo mais no acto de avaliação que é importante: a prática do despiste de

problemas cognitivos e de avaliações funcionais, na medida em que desta capacidade e da funcionalidade muito depende a vida e a saúde do indivíduo. Isto é realmente importante para sabermos o que deveremos procurar mudar no indivíduo e o que deveremos procurar mudar no ambiente onde ele vive; Quando o indivíduo não pode mudar mais, é necessário mudar o ambiente. E a mudança do ambiente também deve ser avaliada para que se não criem dependências estruturais sendo que a ajuda ambiental deverá ser, por norma, apenas e apenas só a necessária para por em actividade as capacidades funcionais existentes no indivíduo.

5. Intervenção: a importância do conhecimento geral e do conhecimento específico

Orientação 13: Os profissionais devem esforçar-se por conhecer a teoria, investigação e prática de vários modelos de intervenção com pessoas idosas, bem como a sua eficácia específica neste grupo de idade

Orientação 14: Os profissionais devem familiarizar-se e desenvolver competências na aplicação de intervenções psicoterapêuticas específicas e modificações ambientais em pessoas idosas e nas suas famílias e adaptar outras intervenções para este grupo de idade.

Orientação 15: Os psicólogos procuram compreender os assuntos respeitantes ao fornecimento de serviços nos contextos específicos em que os adultos idosos tipicamente se encontram ou localizam

Orientação 16: Os psicólogos esforçam-se por reconhecer assuntos relacionados com o fornecimento de serviços de prevenção e de promoção da saúde com adultos idosos.

Orientação 17: Os psicólogos esforçam-se por compreender assuntos pertencentes ao fornecimento de serviços de consulta na ajuda a pessoas idosas.

Orientação 18: Ao trabalhar com pessoas idosas, os psicólogos são encorajados a compreender a importância da interface com outras disciplinas e a fazer referências a outras disciplinas ou a trabalhar com elas em equipas colaborativas e através de vários sítios.

Orientação 19: Os psicólogos esforçam-se por compreender os assuntos éticos e legais especiais implicados no fornecimento de serviços a pessoas idosas.

Este grande grupo de orientações faz justiça ao número e complexidade de factores que entram na equação: o que fazer? Pergunta que só é possível ser feita com propriedade após a avaliação, que acabamos de considerar.

É certo que, como dissemos anteriormente, uma avaliação bem conduzida dá imensas pistas sobre o que é necessário fazer. Contudo, será avisado conhecer não só o que é necessário fazer como aquilo que é possível fazer. Além disso é, ainda, importante saber como fazer. E a proficiência em cada um destes aspectos só pode ser alcançada com longo estudo, prática e supervisão adequada.

De forma muito resumida, apontaríamos a necessidade de o psicólogo ter um conhecimento geral da forma de funcionar de cada modelo, em simultâneo com uma proficiência clara num ou noutro modelo. Desde os clássicos mas ainda muito actuais modelos comportamentais e cognitivos (Gonçalves, 1990, 2004; Knight, 1999, Laidlaw, 2003; Wilkinson, 2002) até aos modelos sistémicos (Pearce, 2002), à psicoterapia interpessoal (Miller & Reynolds, 2002), à terapia cognitiva analítica (Hepple, 2002) passando pela terapia cognitivo-comportamental do desenvolvimento (Zarb, 2007) e pelo modelo dos desafios específicos aos elementos de maturidade, baseado na geração e no contexto (Knight, 1996), a escolha é imensa; As revisões possíveis da eficácia de cada um destes modelos não cabem na dimensão deste trabalho. Apesar disso, destacamos a imensa variedade de provas de eficácia das terapias cognitivo-comportamentais e da terapia interpessoal, bem como da terapia psicodinâmica de inspiração analítica.

Em primeiro lugar, Settlege (1996), apresenta o acompanhamento que fez de um paciente na décima e décima primeira década da sua vida e sustenta a apropriação do tratamento psicanalítico em pessoas idosas.

Do mesmo modo, Serfaty (2009), após ter avaliado três grupos de pessoas idosas, recrutados em serviços de cuidados primários e diagnosticadas com depressão, um que recebeu o tratamento usual nestes casos, outro que recebeu o tratamento usual mais um tratamento controlo baseado na conversação e outro que recebeu um tratamento usual mais a terapia cognitivo-comportamental, constatou que o grupo que recebeu o tratamento cognitivo comportamental a) aumentou significativamente a intenção de se tratar quando comparado com os outros dois grupos, b) beneficiou de melhorias de 0,4 por sessão, nas pontuações do BDI-II em relação ao grupo de controlo e c) mostrou diferenças em relação a factores específicos tratados na terapia cognitiva-comportamental, não havendo, por isso, mudanças significativas na ansiedade nem no funcionamento social. De salientar que, neste estudo, a medicação anti-depressiva não afecta o resultado da terapia e que foram realizadas entre sete e doze sessões de terapia individual. Para uma revisão mais pormenorizada deste e de outros vários modelos psicoterapêuticos ver, além de referências específicas mencionadas neste texto, o trabalho de Rebelo (2007).

Além da intervenção juntos dos indivíduos é frequentemente necessário a intervenção no ambiente e na família, conforme indica a orientação 14. De facto, não chega dominar a intervenção individual e tomar sempre o indivíduo como alvo dos nossos esforços terapêuticos. É necessário considerar os sistemas e subsistemas onde ele vive, capacitando-os para servir de agentes mobilizadores dos recursos da pessoa idosa. Por outro lado, o conhecimento dos contextos e dos serviços que lá são fornecidos deve ser do conhecimento do psicólogo, pois podem constituir-se como aliados importantes da intervenção terapêutica. Do mesmo modo o conhecimento e, mais uma vez, as atitudes colaborativas com outros profissionais são muitas vezes a chave para as boas práticas junto da pessoa idosa.

Os assuntos éticos não são capítulo separado da prática profissional; eles cobrem todas as opções, considerações e acções do terapeuta; para além do consentimento informado, da explicação apropriada dos modelos de entendimento das “curas” que propomos, é importante a manter a consciência, em paralelo com outros sistemas e subsistemas de saúde, do papel preventivo que podemos ter, ao nível da saúde física e mental do indivíduo. Por exemplo, é muito importante fazer o despiste de eventual abuso, nas suas várias formas, à pessoa idosa. É importante encorajar o indivíduo a manter uma atitude activa no controlo e manutenção da sua saúde, protegendo e nutrindo tudo aquilo que corre bem ao nível físico, psico-social e espiritual e prevenindo o aparecimento de problemas através do controlo dos seus factores de risco.

Educação

Orientação 20: Os psicólogos são encorajados a aumentar o seu conhecimento, compreensão e competências com respeito ao trabalho com adultos idosos através de formação contínua, treino, supervisão e consulta

Esta é igualmente uma orientação central: à autonomia que é necessária para o profissional se desenvolver, deve corresponder uma concomitante partilha e validação da sua acção pelos seus pares mais experientes. E não se pense que este processo tem fim: há sempre redutos do saber onde estamos menos desenvolvidos e onde podemos estabelecer metas para uma melhor mestria e proficiência. Seria talvez injusto dizer que esta orientação era sobretudo válida para o trabalho com adultos idosos; Contudo, parece ser verdade que a experiência e o saber acumulado da pessoa idosa que precisa da nossa ajuda é com frequência bem mais complexo do que o do terapeuta – o que pode ter consequências na relação e até, na habilidade necessária para comunicar com eficácia junto de pessoas idosas

Conclusão

Acabamos de apresentar e de comentar estas 20 orientações para a prática psicológica com adultos idosos. Estas orientações foram o resultado acumulado de evidências do que é necessário para uma prática profissional regulada pelos mais elevados padrões de exigência pessoal e profissional. Importa que, mais do que serem orientações externas, elas se tornem em processos de auto regulação dos próprios profissionais da prática psicológica. Temos pela frente inúmeros desafios profissionais onde será necessário continuar a demonstrar, através dos sucessos da nossa prática, que a nossa acção é indispensável a um sistema de saúde orientado para a promoção da saúde. A psicologia clínica e da saúde têm amplas possibilidade de expansão em Portugal ao nível da investigação e da prática profissional em vários contextos e com vários fins: universidades, hospitais, unidades de cuidados continuados integrados, centros de saúde, escolas, equipamentos sociais para seniores, etc.com fins terapêuticos, preventivos, de protecção e de promoção da saúde.

Referências

- American Psychological Association (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 56, 4: 236-260
- Butler, R. (1980). Ageism. *Across the Board*, 17,11, p.30
- Cammer Paris, B. & al. (1997). First year medical student attitudes toward the elderly: a comparison of years 1986, 1991 and 1994. *Gerontology and Geriatrics Education*, 18, 13-22.
- Carnero Pardo, C. y M. Montoro Rios (2004). "Evaluación preliminar de un nuevo test de cribado de demência (EUROTEST)." *Revista de Neurologia*: (en prensa).
- Ferreira-Álves, J. & Novo, R. F. (006). Discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 1: 65-77
- Ferreira-Alves, J., Levenson, M., Novo, R. F., Lopes dos Santos, P., Lima, M. P., Alves, C. F., Ferreira, M. S., Carvalho, C., Capitão, L., Dermagne, S. & Capela, S. (2006). Discriminação Positiva e Negativa de Pessoas Idosas e Variáveis de Desenvolvimento Pessoal. In C. Paúl (Coordenadora), *Estudos de envelhecimento*. VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade de Évora.
- Fozard, J. L., Metter, E. J. & Brant, L. J. (1990). Next Steps in Describing Aging and Disease in Longitudinal Studies. *Journal of gerontology*, 45, 4: 116-127
- Freud, S. (1905). On Psychotherapy (1905 [1904]). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works*, 255-268
- Gatz, M. & Pearson, C. (1988). Ageism Revised and the provision of psychological services. *American Psychologist*, 43, 3: 184-188
- Gonçalves, Ó. F. (2004). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento
- Gonçalves, Ó. F. (1990). *Terapia comportamental: Modelos teóricos e manuais terapêuticos*. Porto: Edições jornal de psicologia
- Hepple, J., Wilkinson, P. & Pearce. (2002). Psychological therapies with older people: an overview. In J. Hepple, J. Pearce & P. Wilkinson (Eds). *Psychological therapies with older people*. NY.:Taylor & Francis Inc.
- Knight, Bob G, & Satre, Derek. (1999). *Cognitive Behavioral Psychotherapy with Older Adults*. UC. San Francisco: Retirado de:
<http://www.escholarship.org/uc/item/770819jc>
- Knight, B. G. (1996). *Psychotherapy with older adults (second edition)*. London: Sage
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L. & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behavior Ttherapy with older people*. West Sussex: Wiley
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (2006). *Coping with aging*.N.Y.: Oxford University Press
- Levy, B. R. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The gerontologist*, 41, 5: pp.578-579
- Losada, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la*

intervención. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

- Maitland, S., Intrieri, R., Schaie, K., & Willis, S. (2000). Gender differences and changes in cognitive abilities across the adult life span. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 7, 1: 32-53
- Minichiello, V. & Browne, J. & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*, 20, 3
- Montepare, J. & Zebrowitz, L. (2002). A social-developmental view of ageism. In Todd Nelson (Ed). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge: Mit Press
- Palmore, E. (1999). *Ageim: positive and negative*: N.Y: Springer
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4, 25: 543-557
- Scogin, F., Kamison, C., & Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of Cognitive and Behavioral Bibliotherapy for Mildly and Moderately Depressed Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3: 403-407
- Serfaty M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S. & King M. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66, 12: 1332-40
- Settlage, C. F. (1996). Transcending old age: Creativity, Development and Psychoanalysis in the life of a centenarian. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77: 549-564
- Shaie, K. W. (1993). Ageist language in psychological research. *American Psychologist*, 48: 49-51
- Wilkinson, J. & Ferraro, K. (2002). Thirty years of ageism research. In Todd Nelson (Ed). *Ageism: Stereotyping and Prejudice Against Older Persons*. Cambridge: Mit Press
- Woods, B. (2003). What's so different about older people? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10, 129-132
- Zarb, J. M. (2007). *Developmental cognitive behavioral therapy with adults*. London: Routledge