Universidades Lusíada

Coruche, Ana Laura Viegas, 1988-

O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional

http://hdl.handle.net/11067/2652

Metadados

Data de Publicação 2017-01-10

Resumo O presente relatório foi executado com a finalidade de demostrar todo o trabalho teórico-prático desenvolvido no mestrado de Psicologia clínica na Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio curricular foi realizado na Instituição Pro Alcântara sendo uma Associação de Solidariedade e Apoio Social (IPSS), com o intuito de conhecer o funcionamento da instituição e ter uma visão mais alargada sobre as suas necessidades primárias e características inerentes. Trabalhando com uma faixa etária superio...

Palavras Chave Pró Alcântara (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio), Idosos - Psicologia, Psicologia clínica - Prática profissional

Tipo masterThesis

Revisão de Pares Não

Coleções [ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T04:09:45Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional

Realizado por:
Ana Laura Viegas Coruche
Supervisionado por:
Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientado por:
Prof.ª Doutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora:	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente:	Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Relatório aprovado em: 12 de Dezembro de 2016

Lisboa

2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional

Ana Laura Viegas Coruche

Lisboa

Setembro 2016

UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional

Ana Laura Viegas Coruche

Lisboa

Setembro 2016

Ana Laura Viegas Coruche

O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional

Relatório de estágio apresentado ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Coordenadora de mestrado: Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Supervisora de estágio: Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Orientadora de estágio: Prof.ª Doutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden

Lisboa

Setembro 2016

Ficha Técnica

Autora	Ana Laura Viegas Coruche
Coordenadora de mestrado	Prof.ª Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Supervisora de estágio	Prof.ª Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora de estágio	Prof.ªDoutora Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden
Título	O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional
Local	Lisboa
Ano	2016

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

CORUCHE, Ana Laura Viegas, 1988-

O papel do psicólogo clínico com a população idosa em contexto institucional / Ana Laura Viegas Coruche ; coordenado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos ; supervisionado por Túlia Rute Maia Cabrita ; orientado por Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt Dachröden. - Lisboa : [s.n.], 2016. - Relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-
II - DACHRÖDEN, Sofia Caetano de Almeida Freifrou Von Humboldt, 1975-
III - SANTOS, Tânia Gaspar Sintra dos, 1977-

LCSH
1. Idosos - Psicologia
2. Psicologia clínica - Prática profissional
3. Pró Alcântara (Lisboa, Portugal) - Ensino e estudo (Estágio)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Older people - Psychology
2. Clinical psychology - Practice
3. Pró Alcântara (Lisbon, Portugal) - Study and teaching (Internship)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC
1. BF724.5.C67 2016

Agradecimentos

Quero agradecer em primeiro lugar a minha família, a minha bis avó, avó pois são os meus pilares, criaram me para ser um ser humano que deve lutar por aquilo que quer respeitando os outros e a si mesmo, instruindo-me com valores, sempre estiveram ao meu lado em todas as situações da minha vida. Os meus pais foram um apoio excecional, dando me força, carinho, sempre tendo palavras construtivas para seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos.

Devo agradecer a todos os professores que me acompanharam nesta caminhada, mostrando o seu apoio, foram uma força que levarei comigo para enfrentar todos obstáculos que poderão surgir no futuro. Em especial agradeço à minha supervisora, Professora Doutora Túlia Cabrita que foi incansável sempre pronta a ajudar com um sorriso contagiante, obrigada por nunca ter desistido de mim. À Professora Doutora Sofia Von Humboldt, a minha orientadora de estágio, estando sempre presente em todas as minhas dúvidas, questões e interrogações, sempre ajudando-me a ter uma visão mais clara do meu percurso e como enfrentar cada desafio proposto, um grande obrigada. E por ultimo a Professora Doutora Tânia Gaspar, Diretora do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação na Universidade Lusíada de Lisboa por ter proporcionado este mestrado incrível, através da sua preocupação e coordenação do mesmo.

Quero agradecer aos meus colegas de turma pelo companheirismo, amizade, e uma palavra amiga para nunca desistir, pois as relações que se criaram até hoje perduram e são essenciais na minha vida.

Quero agradecer a todos os meus amigos, e em especial ao Guilherme pelo apoio incondicional que me deu, para seguir sempre em frente com os meus objetivos,

um OBRIGADA a todos.

Dedico este trabalho as duas flores mais belas do meu jardim, à minha bisavó Angélica e á minha avó Júlia, as duas mulheres mais fortes que conheço sem elas, nada teria sido possível, são o meu maior pilar.

"A tragédia da velhice consiste não no fato de sermos velhos,

mas sim no fato de ainda nos sentirmos jovens."

Oscar Wilde

Resumo

O presente relatório foi executado com a finalidade de demostrar todo o trabalho teórico-prático desenvolvido no mestrado de Psicologia clínica na Universidade Lusíada de Lisboa. Este estágio curricular foi realizado na Instituição Pro Alcântara sendo uma Associação de Solidariedade e Apoio Social (IPSS), com o intuito de conhecer o funcionamento da instituição e ter uma visão mais alargada sobre as suas necessidades primárias e características inerentes. Trabalhando com uma faixa etária superior aos 65 anos de idade, permitindo o primeiro contacto com o paciente através da observação direta, colocando em prática a atividade profissional na área de intervenção clínica num contexto comunitário. Foram realizadas, avaliações psicológicas, sessões terapêuticas, aconselhamento psicológico, sessões em grupo de estimulação cognitiva e outras atividades lúdicas com objetivo terapêutico. Irão ser apresentados dois estudos de caso, tendo em consideração os fatores de risco mais predominantes com as respetivas avaliações psicológica e os seus instrumentos utilizados, baseando-se na abordagem cognitivo comportamental, apresentando uma análise, uma descrição detalhada, uma discussão e uma hipótese de diagnóstico.

Palavras-chave - Psicologia Clínica, Psicologia Comunitária, Instituição, Estimulação cognitiva, Idoso, Abordagem Cognitivo-Comportamental

Abstract

The present report was executed to demonstrate all the practical and theoretical work developed in the clinical psychology master's degree at Lisbon Lusíada University. This internship was at Pro Alcântara institution, this last being a solidarity association and social support (IPSS), with the intention of learning the institution's way of operating and to have a broad view of the primary needs and inherent characteristics, working with an age group superior to 65 years, allowing first contact with the pacients through direct observation, putting my professional activity into practice in a comunitary context in the clinical intervention field. Psychological evaluations were executed, therapeutical sessions, psychological counselling, cognitive group stimulation sessions and other ludic therapeutical activities. Two study cases will be presented, taking into consideration the prevailing factors with the respective psychological evaluations and the instruments used. The approach was based on the cognitive behavioral, presenting an analysis, detailed descrition, discussion and a diagnosis hypothesis.

Key words - clinical psychology, comunitary psychology, institution, cognitive stimulation, elders, cognitive behavioral approach

Lista de Tabelas

Tabela 1 As condições de vida objetivas e as suas avaliações subjetivas 33

Tabela 2 Resultados da média e do percentil do inventário de avaliação da qualidade de vida em adultos idosos Whoqol-old 50

Tabela 3 Acompanhamentos individuais realizados no decorrer do estágio..... 54

Tabela 4 Acompanhamentos em grupo de estimulação cognitiva 56

Tabela 5 Horário realizado no estágio académico..... 59

Tabela 6 Atividades complementares realizadas no decorrer do estágio académico..... 60

Tabela 7 Apresentação da linha de vida do estudo de caso 1..... 75

Tabela 8 Resultados aferidos do teste *Mini Mental State Examination* do caso 1..... 77

Tabela 9 Atividades de estimulação cognitiva 97

Tabela 10 Resultados aferidos do pré teste *Mini Mental State Examination* no grupo de estimulação cognitiva 110

Tabela 11 Resultados aferidos do pós teste *Mini Mental State Examination* no grupo de estimulação cognitiva 111

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Resultados da percentagem do Inventário de Qualidade de vida de Whoqol-old. 48

Gráfico 2 Resultados da escala de ajustamento ao envelhecimento (ATA)..... 51

Gráfico 3 Resultados do questionário de saúde SF-36v2 52

Gráfico 4 Resultados aferidos do teste Symptom Checklist 90..... 76

Gráfico 5 Resultados aferidos inventario de depressão de Beck (BDI) 78

.

Índice

Agradecimentos V

Resumo IX

Abstract XI

Lista de Tabelas XIII

Lista de Gráficos XV

Índice XVII

Introdução 1

Caracterização da instituição 5

Caracterização da população-alvo 9

Enquadramento teórico 11

Psicologia clínica 11

Psicologia clínica em contexto comunitário 12

Intervenção psicológica na terceira idade 15

Papel do psicólogo clínico 16

Avaliação psicológica na terceira idade 18

Observação clínica\Intervenção 19

Modelos de intervenção 21

Psicoterapia de apoio de orientação cognitivo-comportamental 21

Counselling 22

Abordagem cognitiva-comportamental 24

Ética e deontologia na psicologia clínica 25

Processo de envelhecimento 26

Contextualização sobre o envelhecimento 27

Envelhecimento ativo 29

Envelhecimento bem-sucedido 31

Fatores de risco\fatores de proteção 34

Isolamento social 36

Depressão 37

Depressão em idosos 38

Luto 39

Ansiedade 42

Gerontologia 43

Objetivos de Estágio 45

Método 47

Participantes 47

Procedimentos 57

Instrumentos 64

Questionário de estado de saúde SF-36v2 65

Mini Mental State-Examination (MMSE) 66

Lista de Sintomas de Hopkins (SCL-90) 67

Inventário de avaliação da Qualidade de Vida em adultos/idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD). 68

Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) 68

Ajustamento ao Envelhecimento 69

Estudos de caso 1 70

Apresentação do caso 70

Motivo da consulta 70

História clínica 70

História Psicossocial 71

História atual 72

Observação psicológica 72

Riscos 73

Avaliação psicológica 73

Hipótese diagnóstica e discussão do caso 79

Aconselhamento psicológico 80

Evolução terapêutica 81

Discussão do caso 1 89

Estudo de caso 2 93

Identificação do caso 93

História de vida e condições de vida atual 93

História clínica e de saúde 95

Atividades de estimulação cognitiva 97

Hipótese de diagnóstico e discussão do caso 100

Metas do aconselhamento 101

Evolução Terapêutica 102

Resultados 109

Discussão do caso 2 111

Conclusão final 115

Reflexão final 117

Referências Bibliográficas 119

Anexos

Lista de Anexos

Anexo A

Anexo A 1

Anexo A 2

Anexo A 3

Anexo B

Anexo B 1

Anexo B 2

Anexo B 3

Anexo B 4

Anexo C

Anexo C 1

Anexo C 2

Anexo C 3

Anexo C 4

Anexo C 5

Anexo C6

Anexo C 7

Anexo C 8

Anexo C9

Anexo C 10

Anexo C 11

Anexo C12

Anexo D

Anexo D1

Anexo D2

Anexo D3

Introdução

O presente estágio curricular teve como finalidade descrever todo o trabalho desenvolvido do papel do psicólogo clínico, bem como as suas atividades no presente ano letivo de 2015/2016, o estágio decorreu na associação Pro Alcântara, Instituição de Apoio e de Solidariedade Social (IPSS), trabalhando com a população envelhecida inserida numa faixa etária superior aos 65 anos de idade.

Com o envelhecimento surgem diferentes problemáticas, o idoso depara-se com *deficits* de saúde, das mais variadas causas, o apoio familiar dos idosos é nenhum ou quase inexistente, habitam sozinhos ou com o seu cônjuge que se depara com as mesmas dificuldades, basta apenas ocorrerem alguma destas três causas para que se inicie a desenvoltura das perturbações de ansiedade e de depressão. A sociedade deve intervir mais com esta população, devendo criar melhores sistemas de saúde, desenvolver novos programas para que se possa explicar quais as causas e necessidades inerentes a esta população, para que consiga combater a negligência que existe para com o idoso, devido à maioria da população ser envelhecida nos países mais desenvolvidos. O idoso tem de ser tratado como um ser humano, do qual merece o maior respeito, o fato de já ter vivido mais anos, aumenta o seu nível de sabedoria, deve ser ouvido para que se possa aprender com ele.

O presente relatório de estágio apresenta todo o funcionamento da instituição, onde atua e quais as atividades que se prática, bem como qual a população alvo a que se destina. O relatório reparte-se em três momentos, o primeiro momento refere-se a todo o enquadramento teórico que suporta a prática realizada neste estágio académico, foi descrito o que é a psicologia clínica, a quem se aplica neste contexto institucional referindo como atua a psicologia clínica em contexto comunitário, e qual o papel do psicólogo clínico, o psicólogo tem de ter um maior conhecimento sobre quais as

necessidades e causas destes sujeitos, tem de ter destreza para que entenda as problemáticas gerias encontradas nos diferentes níveis sociais, ambientais e físicos.

No enquadramento teórico também se encontram temas como a intervenção psicológica na terceira idade, explicando que o terapeuta nas idades avançadas, dá prioridade em alcançar uma relação terapêutica para que possa ajudar o indivíduo a alcançar um equilíbrio e uma diminuição dos estados confusionais e de sofrimento para que possa atingir o bem-estar psicológico, adaptando-se às necessidades de cada indivíduo, tendo em especial atenção as diferentes particularidades encontradas nesta faixa etária.

A avaliação psicológica é um tema fundamental, pois explica a importância de como obter um diagnóstico, através da recolha de informação e de realização de testes, a aquisição de informação adquire-se através da entrevista e da observação direta.

A observação e intervenção são métodos que se encontram entrelaçados pois a observação é um instrumento crucial, aumentando o material de recolha de informação, observando os vários comportamentos, levando a que se possa proceder com a sua ajuda a obtenção de hipóteses diagnósticas e avaliações psicológicas. Concretizada a observação pode-se passar à etapa seguinte à realização de uma intervenção, como por exemplo a estimulação cognitiva que tem como objetivo preservar e aumentar as capacidades cognitivas, para que se seja estimulado o cérebro, pretendendo que mantenha ou reduza as perdas cognitivas, para que possa proporcionar uma maior orientação espacial da realidade presente, sendo o método mais indicado para a população idosa, com a finalidade obter uma maior qualidade de vida.

Os modelos de intervenção utilizados foram a psicoterapia de apoio de orientação cognitivo comportamental, onde pretende proporcionar mudanças motivacionais e novas interpretações de um futuro, criando uma relação

terapeuta\paciente, embora a sua duração seja reduzida, o paciente tem de saber qual o motivo que o trouxe à consulta para que encontre compreensão nos seus conflitos e sofrimentos, promovendo a tolerância para combater as frustrações direcionadas para questões como a depressão, demência, isolamento, luto, ansiedade, ajudando o paciente a encontrar o seu *self*.

O *counselling* foi um modelo de intervenção utilizado com alguma frequência durante este estágio, pois trata-se de um encontro pontual, onde o cliente não necessita de apresentar uma patologia ou distúrbio, procura apenas uma resolução para o seu problema atual, o terapeuta ajuda através de formulações, orientações e sugestões permitindo um melhor entendimento do *insght*, o indíviduo é aceite na sua totalidade, sem qualquer tipo de julgamento.

E por último a abordagem cognitivo comportamental, esta terapia pretende resolver problemáticas do aqui e do agora ligadas a patologias depressivas e ansiosas, pretendendo alterar uma disfunção cognitiva, através de uma alteração comportamental com a finalidade de atingir uma mudança, descodificando as crenças inerentes ao sujeito, para que possa mudar a ideia que tem de si mesmo, dos outros e do futuro.

Foram também abordados temas sobre o envelhecimento para que fosse possível uma maior compreensão sobre as características e necessidades desta faixa etária, o processo do envelhecimento tornou-se um dos maiores problemas das sociedades contemporâneas. Com o aumento da idade adulta, as diferentes vivências, experiências, crenças, fatores culturais, educacionais, e estilos de vida afetam o processo de envelhecimento, tornando-se num fenómeno multidimensional e multidirecional, estando em constante progresso, sendo necessário falar em que consiste um envelhecimento ativo, sendo este um processo de adaptação, onde pretende atingir um

bom funcionamento a nível psicológico, social e físico, que só incide sobre o indivíduo, se este se capacitar e aceitar das suas limitações e recursos disponíveis.

O envelhecimento bem-sucedido contém características de uma elevada capacidade cognitiva e física, com índices baixos de incapacidades e de doenças, o indivíduo deve-se sentir parte integrante da sociedade, participando na sua comunidade, para que o indivíduo siga um estilo de vida saudável e ativo.

O segundo momento do relatório, apresenta quais os desejados objetivos de estágio, o que o estagiário pretende em realizar, quais os métodos utilizados nas diferentes atividades, como incidiram os aconselhamentos individuais e grupais e quais os seus participantes que se encontram com idades superiores aos 65 anos de idade. Irão ser descritos detalhadamente dois estudos de caso, um individual e um grupal, onde foram aplicados instrumentos, avaliações psicológicas, recolha de informação e observação direta, também serão retratadas todas as atividades complementares realizadas na associação com os utentes.

No terceiro e último momento é analisada a discussão individual de cada estudo de caso, uma conclusão final e por último uma reflexão final sobre esta experiência e aprendizagem. Este estágio possibilitou o primeiro contacto direto com a psicologia clínica, através da observação e avaliação de pacientes reais, presenciando as verdadeiras problemáticas de cada paciente, com toda a teoria apreendida neste percurso académico foi possível ter uma visão sobre o mundo profissional da psicologia clínica.

Caracterização da instituição

O presente estágio curricular de psicologia clínica ocorre na Instituição Pro Alcântara, sendo uma IPSS. A criação desta associação deve-se à Doutora Fernanda Coelho e ao Senhor António Vidal, que no dia 18 de novembro de 2011, desenvolveram a ideia de criar uma associação, o primeiro motivo está relacionado por a Dr. Fernanda ser muito próxima dos seus pais e ajudando-os em todas as suas necessidades e dificuldades constantes, com a morte do seu pai, tornou-se mais claro o desejo de criar uma associação direcionada para a terceira idade. O Sr. António Vidal exerceu voluntariado no Hospital de Santana e queria continuar a poder ajudar a população idosa. O segundo motivo deve-se às reportagens televisivas onde denunciavam a negligência à população idosa em todo o país. Sensibilizados com esta problemática a primeira reunião realizou-se de imediato no dia 2 de novembro, onde se pretendeu criar uma equipa multidisciplinar que tivesse o mesmo tipo de preocupação e que abrange-se diferentes áreas para ajudar esta população carenciada.

A associação defende que a dignidade do ser humano deve ser uma constante até ao final dos seus dias, estes idosos passaram uma vida inteira dedicados ao seu trabalho e às suas famílias, a cuidar de outras pessoas e merecem serem tratados com todo o devido respeito.

A associação pretende apoiar a população idosa, residente na Freguesia de Alcântara, que se encontre em situações de isolamento e de necessidades básicas, privilegiando os idosos que não tem família para que possam ter algum conforto, reconhecimento e criação de laços afetivos. Propõe promover o espírito de solidariedade, cidadania e entreajuda.

O bem-estar desta população é o essencial dando respostas a várias dificuldades que se encontram presentes no seu dia-a-dia quer sejam socias, físicos e mentais

ajudando numa maior independência, promovendo a autonomia e estabelecendo um melhor entendimento familiar para que se possa compreender quais as maiores dificuldades e onde se deve prestar um maior apoio para combater o isolamento e a solidão constantes. Os recursos prestados passam por atendimentos socias, visitas domiciliárias, acompanhamentos, encaminhamentos para lares. Em 2015 iniciou-se o serviço de apoio domiciliário que pretende responder a outro tipo de carências onde a alimentação e a higiene pessoal são de cariz primordial.

Os idosos inscritos na associação entram para a listagem da rede de comissão local da ação social de Lisboa e da comissão social da freguesia para também poderem ter apoio da Junta de Freguesia de Alcântara. Existem várias parcerias com a instituição, dos mais variados âmbitos: Apoio aos sem-abrigo, fazendo uma vez por mês distribuição alimentar, o Banco Alimentar, do qual fornece alimentação à instituição duas vezes por mês para que possa distribuir cabazes para as famílias carenciadas da freguesia, o apoio das escolas primárias e secundárias, fazendo atividades, passeios com os utentes e proporcionando ajudas de bens alimentares sempre que possível, o apoio das lavandarias, e dos restaurantes dos quais ajudam a instituição a zelar pelos cuidados primários desta população carenciada, a PT-Telecomunicações realiza chamadas mensais para verificar se os utentes necessitam de cuidados e por último os protocolos realizados com as universidades.

A associação todos os meses faz reuniões com os idosos para poderem manifestar quais os seus interesses na realização de atividades que queiram desempenhar, para poder dar da melhor forma o seu contributo demostrando preocupação, interesse e respeito por este grupo etário. Os idosos podem frequentar a associação, tendo sido criado um centro de convívio onde todos os dias existem atividades diferentes e em funcionamento o consultório de psicologia clínica, para que

sejam correspondidos da melhor forma. A equipa técnica é composta por assistentes socias, coordenadores de projetos\atividades, e psicólogos clínicos.

Caracterização da população-alvo

A população que frequenta a associação é idosa com idades iguais ou superiores a 65 anos de idade em média as idades compreendidas vão dos 65 aos 90 anos esta população apresenta dificuldades de necessidades básicas e de isolamento, necessitando de vários tipos de apoios já mencionados e devido também a construção arquitetónica da zona de habitação de Alcântara que predispõe o aumento ao isolamento.

A população de Alcântara contém 4500 idosos dos quais 3000 são mulheres, que na sua maioria encontram-se a residirem sozinhas, sendo o seu estado civil a viuvez e 1500 são homens, apresentando problemáticas de dependência, fraco suporte familiar, necessidades higiénicas e necessitando de assistência médica, na ajuda desta busca pelo bem-estar desta população entra em ação a Junta de Freguesia de Alcântara que em pareceria com Pro Alcântara, ajudam nas temáticas mais correntes, como o isolamento social, a ansiedade e a depressão. Neste momento a associação tem 10 utentes em situação de domicílio, 20 utentes no centro de dia para a realização de atividades perfazendo um total de 40 membros.

A associação neste momento em parceria com o banco alimentar ajuda 10 famílias carenciadas na distribuição de cabazes alimentares semanais abrangendo 35 pessoas. O foco principal consiste em intervir com a população idosa que apresente determinadas características como nenhum ou pouco apoio familiar, situações de dependência de outrem para poder levar a cabo as suas tarefas diárias, problemas físicos, e que se encontrem em situações de isolamento social. Os utentes que frequentam a associação contêm este tipo de problemáticas, o que leva a um desenvolvimento de perturbações ansiosas bem como depressivas, sendo as mais comuns fazendo-se quase sempre acompanhar uma com a outra. O acompanhamento individual e grupal realizou-se na instituição, mas alguns casos de maior severidade

foram prestados acompanhamentos ao domicílio, devido a dificuldades de deslocação.

O género maioritário desta população pertence ao sexo feminino.

Enquadramento teórico

Psicologia clínica

A psicologia clínica constitui-se por ser uma subárea da psicologia, onde pretende aprofundar o indivíduo na sua singularidade observando os seus comportamentos e atitudes dentro do seu contexto psicológico, biológico e social (Monteiro & Ribeiro, 1999).

A psicologia clínica ganhou uma maior conotação no decorrer da primeira guerra mundial nessa época a sua a atividade praticada girava em torno da medição apoiando o serviço de neurologia e de psiquiatria para os sujeitos com problemáticas referentes a perturbações, a mais diagnosticada era o stresse pós-traumático. O seu apogeu deu-se com o fim da segunda guerra mundial dando um maior enfoque às perturbações mentais nas vítimas de guerra localizados nos Estados Unidos bem como na Europa (Ribeiro & Leal, 1996).

Atualmente a sua prática pode-se encontrar em qualquer âmbito, em clínicas particulares, empresas, hospitais e até mesmo em escolas (Pinto, 2001), pretendendo abranger todo o ser humano desde o início da sua vida passando por todas as faixas etárias até à sua morte, tendo como principal objetivo ajudar no tratamento de distúrbios, disfunções e patologias, através de uma avaliação, de um diagnóstico e de sessões terapêuticas pretendendo atenuar o sofrimento (Pedinielli, 1999). Tenciona que o indivíduo desenvolva capacidades analisadoras bem como a compreensão das suas atitudes e sentimentos preparando-o para um reconhecimento das suas problemáticas e mudanças a atingir (Plante, 2001).

A evolução que tem sofrido a psicologia clínica tem permitido uma melhor instrução do que é a psique humana, segundo Gleitman (1999), a existência de perturbações da psique, encontram -se desde o início dos tempos. Esta evolução foi um

caminho facilitador para o conhecimento das perturbações mentais ajudando os psicólogos clínicos no sentido de uma melhor orientação para quais os possíveis métodos de tratamento a serem produzidos mais eficazmente (Bernstein et al., 2012).

Tem-se como referência do criador da psicologia clínica, Lightner Witmer, tendo sido um dos discípulos de Wilhelm Maximilian Wundt, apresentou na *American Psychological Association* o método clínico e o método de diagnóstico mostrando um trabalho direto e prático com pacientes (Garlfielf, 1965 cit.por Leal, 2008). Introduz este novo método devido a insuficiência de respostas por parte da psicologia experimental, define o seu método através da observação e experimentação onde a sua principal finalidade era nutrir a mudança no indivíduo (Benjamin, DeLeon, Freedheim, & VandenBos, 2003).

No século XIX em 1988 surgiu outro impulsionador da psicologia clínica através da psicanálise de seu nome Sigmund Freud, o seu movimento foi reconhecido e designado como fundamental, indo muito mais além dos pressupostos de Witmer (Shultz e Schultz, 2004, P.209). Sendo a primeira psicoterapia apresentada, visando de forma autónoma o funcionamento da psique humana, avistando a possibilidade de uma solução através de medidas terapêuticas implementadas, no decorrer de uma dialética, e primordialmente da relação paciente\terapeuta. (Namora, 1997).

Psicologia clínica em contexto comunitário

A psicologia comunitária surge na década de 60, através dos conhecimentos da prática clínica. Nesta época ocorria um período de grande tensão bem como de transformações em todas as áreas em especial na sociedade, devido a ser uma época de mudanças, pretendeu-se compreender as problemáticas sociais, um dos seus impulsionadores foi o presidente americano J.F. Kennedy demostrando um interesse especial nesta área, que em 1963 apresentou a implementação da reintegração na

comunidade dos sujeitos portadores de doenças mentais, (Ornelas, 1997) o que levou a impulsionar a procura para novas metodologias para que fosse possível encontrar uma melhor compreensão sobre a sociedade e qual as práticas a utilizar na demanda destes fenómenos socias (Ornelas, 2008).

No início do século XX, a psicologia clínica estendeu os seus horizontes na procura de novas respostas, surgiu uma notória necessidade de estudar e de intervir nas comunidades para lhes prestar um maior apoio (Campos, 2005). Surgindo várias definições, tornando-se num tema amplo para alguns autores, a psicologia comunitária consiste numa relação entre sistemas socias inserido nas comunidades, no comportamento humano e numa resolução das problemáticas psicossociais, criando uma promoção do desenvolvimento humano de forma integrante (Vidal, 1996).

A psicologia comunitária é uma ramificação da psicologia onde o seu ponto fulcral são os fatores psicossociais com a finalidade de amplificar, nutrir e conter os indivíduos no seu ambiente quer seja a nível individual como a nível social, para se poder encontrar soluções aos problemas que os atormentam, ajudar no descobrimento de mudanças, e nos ambientes em que se inserem bem como na criação de uma estrutura social (Montero, 2004).

No contexto comunitário a significância atribuída à doença deixou de se revelar num fator unicamente pessoal e passou a ter uma conotação pertencente ao sistema social, abrindo portas para um desenvolvimento individual num ambiente comunitário adequado (Dalton, Elias & Wandersman, 2001). O ser humano sendo considerado um ser racional, deixa-se ser influenciado pelo meio social sem ter qualquer tipo de controlo sobre a situação (Orford, 2008), indo ao encontro deste ser que se deixa ser influenciado desenvolveu-se uma perspetiva de que se deveria estar no local onde os problemas se incidem dando lugar às práticas de novos modelos educacionais e sociais (Góis, 2008).

O que levou a um desenvolvimento de novos serviços, novas estratégias, novos planeamentos, e novos processos de decisão (Levine, Perkins & Perkins, 2005).

Em Portugal, nos anos 80, começou-se a dar importância a novos estudos em zonas marginalizadas, carenciadas e sem qualquer suporte social, iniciaram-se intervenções para se minimizar estas problemáticas encontradas, integrando equipas multidisciplinares ligadas ao sistema de saúde de forma a se desenvolver programas de prevenção contra os insucessos escolares, que derivavam por exemplo do pouco poder económico, das precárias condições habitacionais, bem como indícios de deficiência mental. Estas intervenções proporcionaram algum conforto nas comunidades (González, 1998).

A psicologia comunitária detém duas teorias uma delas intitulada de teoria da crise onde se constata que o individuo passa por várias situações ao longo da sua vida onde ocorrem situações de crise que derivam posteriormente em lacunas na sua socialização (Rappaport & Seidman, 2000). A segunda teoria baseia-se numa perspetiva ecológica onde o individuo é influenciado através do meio ambiente afetando o seu comportamento dentro de um grupo de uma comunidade (Rappaport, 1977).

O suporte social revela-se um fator crucial para a população, pretende-se criar técnicas e estratégias para alcançar metas no âmbito das intervenções (Maton, Perkins & Saegert, 2006). Estas podem ocorrer na comunidade através da criação de centros de estudos, de instituições, de associações, de centros de dia, bem como faculdades séniores abrangendo todas as faixas etárias em situações de precariedade ajudando a criar um sentido de união e cidadania (Fernandes, 2000).

Intervenção psicológica na terceira idade

Segundo Erikson uma das últimas etapas do ciclo de vida é alcançada na velhice através da sabedoria, onde o idoso põe em prática toda a sua experiência vivida na realidade presente e a integridade que construi-o ao logo dos vários degraus da sua vida (Erikson, 1998).

A intervenção psicológica pretende ajustar-se às variadas especificidades de cada indivíduo através das diferentes correntes teóricas e das suas metodologias, com a finalidade de alcançar um alívio, um equilíbrio, ou até mesmo uma diminuição de estados confusionais ou de sofrimento para atingir o bem-estar psicológico (Romano, 1999).

Numa população idosa a intervenção pode decorrer com vários obstáculos, devido à falta de valência em questões como a introspeção e reflexão. O terapeuta dá prioridade à relação terapêutica utilizando métodos mais flexíveis adaptando-se às necessidades de cada indivíduo desta faixa etária em particular (Rebelo, 2007).

Durante vários anos não era possível a população idosa lograr de apoio psicológico devido aos seus sintomas serem categorizados pela própria idade, ou as suas problemáticas não corresponderem aos modelos teóricos para se poder iniciar uma psicoterapia. O processo relacionado com o envelhecimento tem implicação biológica o que leva a consistir num próprio desempenho que se encontra fora do alcance do ser humano (Firmino, 2006).

O ser humano à medida que envelhece, muda a imagem sobre si mesmo, passando por varias modificações, como as físicas, as emocionais e as cognitivas (Ribeiro, 1989), para conseguir localizar o seu problema necessita de um nível de consciência para o conseguir compreender e superar para poder evitar prováveis recaídas (Grilo, 2014).

O psicólogo utiliza várias técnicas como a avaliação, o psicodiagnóstico e a escuta terapêutica que se revela como uma ferramenta crucial para a terceira idade, utilizando diferentes quadros teóricos, o seu contributo pretende promover o bem-estar, a qualidade de vida, a redução de isolamento social, bem como aumentar o equilibro psicológico (Rebelo, 2007).

Papel do psicólogo clínico

A execução do trabalho do psicólogo clínico adquire contribuições necessárias para a sua prática através de metodologias, teorias e técnicas sendo indispensáveis e específicas para uma aplicação personalizada da sua profissão para que seja capaz de fornecer condições de melhoramento e manutenção aos sistemas de saúde (Belar, 2000), permitindo assim ao terapeuta ter uma visão global do quadro psicológico podendo ir de encontro com as necessidades apresentadas (Brito, 2008).

O trabalho incide essencialmente no desenvolver de três componentes, numa fase inicial executa-se uma avaliação, posteriormente a realização de um diagnóstico e por último e o mais fulcral, o iniciar de uma fase de tratamento, onde é pretendido atenuar, reduzir e minimizar as problemáticas apresentadas e sentidas envolvendo as áreas comportamentais, sociais e emocionais (Pedinielli, 1999).

A psicologia clínica tem sofrido inúmeras alterações com o decorrer das décadas e uma delas passa por existir uma nova restruturação da prática clínica, onde o psicólogo anteriormente exercia uma prática individual e nos tempos correntes insere-se numa equipa multidisciplinar explorando novos conceitos, possibilidades, elasticidades para poder ir ao encontro das carências do sujeito (Neto, 2004).

O psicólogo clínico atua numa faixa etária, primordialmente adulta, contudo a sua prática pode ser utilizada em todas as idades, caso se verifique indícios de doenças mentais, patologias ou distúrbios (Pinto, 2001). Através da composição de um

psicodiagnóstico, intervenções psicológicas, psicoterapias, bem como o aconselhamento individual ou grupal (OPP, 2011), estas componentes são significativas para a necessidade de realizar uma avaliação, que pretende analisar através de um diagnóstico médico, tendo uma maior sapiência da análise construída pela psicologia clínica (Pedinielli, 1999). Concluindo-se que o psicólogo clínico tem uma grande diversidade em diferentes áreas populacionais, contextos, aplicações de métodos e intervenções (Brito, 2003).

Os psicólogos clínicos atuam sobre diferentes áreas, uma delas reside no contexto comunitário, onde o psicólogo assume-se como um terapeuta ativo e interventivo, pretendendo incrementar o *empowerment*, através da intervenção social com o objetivo de proporcionar uma mudança, onde se considera uma compreensão e conceptualização dos processos das comunidades com o intuito de melhorar o estado geral psicológico dos indivíduos que nela se inserem (Ornelas, 1997). Requere princípios teóricos mais amplos de forma a compreender as relações do indivíduo e os seus ambientes, focando o funcionamento em comunidade através das suas ligações formais e informais (Ornelas, 2008).

Esta intervenção dirige-se para a população mais idosa, o que leva a que o psicólogo detenha um maior conhecimento sobre quais as características e necessidades destes sujeitos, através de um entendimento sobre as problemáticas gerais, tanto a níveis sociais, ambientais como físicos (Fonseca, 2006).

Neste tipo específico de população é feito um acompanhamento psicológico em contexto institucional e domiciliário, utilizando técnicas como, o treino de competências e a estimulação cognitiva pretendendo aumentar a sua autonomia e autoestima para que o seu bem-estar e saúde geral se eleve (Grilo, 2014). Estabelecida uma relação terapêutica o psicólogo tem de ter em conta os seus estados mentais, considerações e

limitações que são adjacentes à camada idosa, optando por uma linguagem adequada para que possa ser compreendido e levar a cabo a intervenção terapêutica (Cortes, 2004).

O método clínico insere-se numa atividade prática da psicologia clínica onde pretende analisar de forma observável o sujeito, recolhendo informações sobre o indivíduo em sofrimento ou portador de um problema, centrando-se no estudo de caso, interpretando determinados comportamentos e aptidões (Pedinielli, 1999).

Avaliação psicológica na terceira idade

Avaliação psicológica serve de ponte para se poder concluir um diagnóstico onde necessita de uma seleção e recolha de informação. Esta avaliação ou exame psicológico pode ocorrer de dois modos, através de uma bateria de testes, seguindo o padrão do modelo médico ou verificando a problemática do indivíduo e se adaptando ao mesmo através do estudo de caso, (Pedinielli, 1999). As informações necessárias são recolhidas através da entrevista (anamnese) e do meio envolvente, para se poder analisar os sintomas bem como as transformações comportamentais através da observação direta (Mackinnon & Yudofsky, 1988). Este processo demostra a sua complexidade interpretativa, embora muitos técnicos discordem e considerem apenas um mero processo rudimentar, mas a sua importância revela-se através dos seus resultados, da aquisição de um diagnóstico e consequentemente qual o meio de intervenção necessário para cada cliente tendo em conta a sua problemática (Diniz, Almeida & Pais, 2007).

Rege-se pelas suas próprias regras, através de recolha de material imprescindível seja qual for a circunstância embora dê especial atenção a indivíduos que procuram ajuda, ou quando são encaminhados por outros técnicos de saúde, nestas circunstâncias o enfoque encontra-se no motivo, na história e na formulação de antecedentes de um quadro psíquico ou patológico (Gomes, 1999), o psicólogo ao reger-se pelo modelo

médico onde as avaliações estão suscetíveis ao indivíduo, quando interpreta as problemáticas tem de reunir material fidedigno através da escuta ativa e da linguagem corporal para que possa indicar um método de intervenção, a sua variância depende de cliente para cliente (Pedinielli, 1999).

Para os sujeitos que se encontram numa faixa etária mais elevada, realiza-se uma avaliação neura-psicológica de conotação mais complexa onde se pretende avaliar os níveis de cognição dando especial ênfase à memória. Esta avaliação é mais frequente em idosos, onde se pretende verificar se existe um declínio normalizado ou uma deterioração inconvertível (Cunha, 2000). A maior parte dos idosos depara-se com dificuldades físicas e emocionais, o técnico tem de ter em conta as suas condições para não o levar a uma exaustação com a utilização de determinadas testagens de avaliação. Nos casos onde se verifique indícios demenciais é necessário conhecer o historial clínico do paciente para se poder percecionar quais as suas dificuldades na sua vida quotidiana (Cunha, 2000).

Observação clínica\Intervenção

A observação clínica é uma ferramenta crucial, pois aumenta a recolha de informação e possibilita a compreensão sobre os vários tipos de comportamentos para se poder proceder a hipóteses diagnósticas, a avaliações psicológicas, permitindo acompanhar a sua intervenção e eficácia (Cowie, 2009).

Com a existência dos diferentes comportamentos, torna-se necessário explicá-los, a observação permite investigar inúmeras variáveis, realizando descrições e análises de forma detalhada (Britto, Oliveira & Souza, 2003). Dando ao psicólogo uma outra visão, que permite observar os comportamentos não-verbais e verbais numa entrevista clínica, auxiliando para elaboração de um diagnóstico e avaliação, juntamente com a

realização dos instrumentos como as provas psicológicas, adequando-se a todas as faixas etárias (Almeida, 2004).

A observação sistemática é um processo muito utilizado, para além de recolher informação, ajuda na compreensão de determinados comportamentos por parte do indivíduo investigando as suas causas, a sistematização proporciona mais facilmente uma hipótese diagnóstica (Cowie, 2009).

A observação pode ter dois significados, o termo lato da palavra observar remete ao ser humano absorver toda a informação, tudo o que se encontra em seu redor, primeiro aprende e depois avalia as consequências dos seus comportamentos (Bernaud, 2000). Mas a observação direta também pertence como sendo um instrumento do método científico, medindo as dimensões comportamentais através do seu desempenho e durabilidade, as avaliações devem ser feitas em consultórios, pois um local que não seja neutro pode provocar modificações desses mesmos comportamentos (Almeida, 2004).

A estimulação cognitiva pretende preservar e aumentar as capacidades cognitivas, fazendo uma estimulação cerebral, pretende-se que este mantenha ou reduza as suas perdas, ativando e encorajando os pacientes. Este método surgiu com a finalidade de proporcionar uma maior orientação espacial da realidade, o seu início foi direcionado para casos demenciais com o propósito de diminuir os estados confusionais e desorientais (Fonseca, 2006). Este método é o mais indicado de aplicar com a população idosa pois é ela quem mais sofre de perdas cognitivas, os testes que avaliam a cognição apresentam correlações de níveis negativos com a idade avançada, o que se pretende é que esta faixa etária tenha uma melhor qualidade de vida, (Zirmerman, 2000), pode-se aplicar apenas a um individuo ou a um a grupo, sendo necessário estabelecer um ambiente securizante, para que ocorra a psicoterapia e a reabilitação

cognitiva, trabalhando não só com o paciente, mas também com a sua família (Prigatano, 1997).

Vários autores realizaram inúmeros estudos para salientar as vantagens da estimulação cognitiva, (Apóstolo, et al., 2013; Lindoplho, Sá & Cruz, 2010; Spector, et al., 2003; Aguirre, et al., 2012) nos idosos que apresentam vários tipos de perturbações dando especial ênfase à perturbação depressiva, os idosos que realizam atividades de estimulação cognitiva conseguem diminuir perdas na memória e perceção do que aqueles que não tem qualquer tipo de estimulação.

A estimulação cognitiva para a terceira idade revela-se de extrema importância, deriva dos impactos que incidem no idoso, para que este possa ter uma melhor qualidade de vida, nas sessões de estimulação cognitiva são realizadas as mais variadas atividades nas categorias de orientação, retenção, atenção e calculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva para que estimule o seu cérebro da melhor forma para que as perturbações mais usuais de ocorrerem possam ser estagnadas ou até mesmo reduzidas (Fonseca, 2006).

Modelos de intervenção

Psicoterapia de apoio de orientação cognitivo-comportamental

O psicólogo pretende ajudar o seu cliente através da obtenção de redução de sintomas ou a sua eliminação utilizando como suporte um quadro teórico, uma das terapias mais utilizadas inclui vários tipos de modelos teóricos extraindo as suas técnicas para poder prestar da melhor forma a psicoterapia de apoio, utilizando apoio no modelo cognitivo-comportamental para que possa ir ao encontro daquilo que é apresentado pelo sujeito com o que pretende que seja trabalhado, (Leal, 2000).

A psicoterapia de apoio também pretende criar um laço de ligação, criar uma relação, terapeuta\ paciente num *setting* adequado, sendo crucial para o início da terapia

a criação de uma base de confiança, esta irá proporcionar mudanças relacionadas com a motivação e possibilidade de novas interpretações para um futuro, contudo sujeitos com baixo *insight* não irão ser suscetíveis a esta psicoterapia (Cordioli, 2008).

A sua intervenção contém um período limitado de tempo o indivíduo terá de percorrer um caminho passo a passo na busca de si mesmo, para atingir o que o levou à procura de ajuda para compreender os seus sofrimentos e conflitos internos e externos (Brito, 2008).

Os objetivos desta psicoterapia passam por reconstruir, reforçar e restabelecer novas defesas e adaptações ao indivíduo bem como um crescimento emotivo e a solidificação da sua identidade, (Cordioli, 1998) permitindo uma melhoria dos sintomas sentidos e a possibilidade de um aumento de tolerância para combater os diferentes níveis de frustração relacionado muitas vezes com o luto, com a demência, com o isolamento, com a depressão, com a ansiedade e por doenças graves, permitindo uma ajuda para um melhor entendimento do seu *self*, para poder lidar com os várias obstáculos que surgem na vida de cada indivíduo.

A psicoterapia de apoio não só extrai várias técnicas como permite através do seu modelo a constituição de psicoterapias mais detalhadas e específicas (Pedinielli, 1999).

Counselling

O *counselling* surgiu nos Estados Unidos da América, com o objetivo de ajudar os indivíduos vítimas de lesões mentais e físicas, onde pretende auxiliar o indivíduo, utilizando a entrevista, variando o seu formato consoante a escola de referência, sendo o método principal de orientação com a finalidade de expor as suas problemáticas (Pedinielli, 1999). Esta prática não consiste numa psicoterapia existindo diferenças entre ambas a psicoterapia é de orientação Dinâmica\Psicodinâmica, o terapeuta é neutro, não

diretivo, a sua intervenção psicológica guia-se através de um modelo teórico onde pretende alcançar uma mudança pessoal num *setting* exclusivo através de uma intervenção profunda. O *counselling* é de orientação humanista, onde colabora, participa e consiste numa intervenção de ajuda centrada num conteúdo específico, a sua principal função é a prevenção, colaboração e apoio num *setting* integrado, proporcionando o bem-estar psicológico e autonomia pessoal (Trindade & Teixeira, 2000).

O *counselling* compõe-se por ser uma intervenção, criada por Carl Rogers onde fomenta a empatia sendo a sua ferramenta principal, aceitando o indivíduo na sua totalidade, desprovido de qualquer julgamento. Pretende trabalhar os recursos internos e externos centrando-se na pessoa e no sofrimento através de uma adaptação ao meio em que este se encontre (Brown & Lent, 2000).

É um processo de interatividade paciente\ terapeuta utilizado individualmente ou grupalmente. O terapeuta pretende ajudar através de sugestões, formulações e de orientações em todas as faixas etárias (Schmidt, 1987). O percurso é traçado pelo cliente, o *counsellor* apenas facilita o descobrimento do seu *insght* (Woolfe, Dryden & Strawbridge, 2003). Trata-se de um encontro pontual onde o sujeito não tem de apresentar uma patologia ou distúrbio, procura uma resolução de problemáticas específicas monumentanias, através da ajuda profissional, não se compõe por fornecer conselhos, mas sim em ajudar a se encontrar uma resolução (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000), o cliente tem de expor o seu problema através da comunicação, o clínico com a entrevista leva ao cliente a intersectar os seus encadeamentos pessoais, contudo não pode interferir com as suas decisões , sendo utilizado por técnicos de orientação profissional , escolar e clínica (Pedinielli, 1999).

Muitas vezes é necessário um acompanhamento mais profundo para se chegar ao cerne do problema podendo-se proceder a um encaminhamento, para que possa corresponder com as necessidades do cliente (Moita, 2001).

Abordagem cognitiva-comportamental

A abordagem cognitiva-comportamental teve o seu início na década de 60, por Joseph Wolpe, onde pretende conter os níveis de ansiedade, sendo uma conjuntura do modelo comportamental oriundo do behaviorismo, para que possa se dar uma redução ou eliminação dos sintomas ansiosos (Wolp, 1958 cit. por Beck, 1997), esta foi defendida e executada por vários autores como Skinner e Eysenck (Cottraux, 1991).

No decorrer da mesma década o autor Albert Bandura revolucionou o conteúdo desta teoria, medindo o desenvolvimento da expressão linguística e a sua forma de processamento (Knapp & Beck, 2008), colocando em causa as bases teóricas deste modelo comportamental.

O modelo cognitivo foi desenvolvido por Aron Beck utilizador da psicoterapia breve, pretendia alterar\modificar os pensamentos e comportamentos que levassem ao sujeito a desenvolver disfunções cognitivas (Beck, 1997).

Kazdin no ano de 1978 fez uma pesquisa sobre estes dois modelos, os resultados obtidos foram que para haver uma alteração comportamental é necessário haver uma mudança de pensamento, propondo uma junção dos aspetos cognitivos e comportamentais, surgindo assim o nome da terapia cognitivo-comportamental (Barbosa & Borba, 2010).

A abordagem pretende elevar os conhecimentos clínicos, indagando as modificações comportamentais possíveis e as necessidades de obter sensações\sentimentos e pensamentos numa intervenção direta com o paciente (Barbosa & Borba, 2010). Com estes objetivos delineados a abordagem pretende medir os

sintomas através de comportamentos executados se estes foram apreendidos através de algum tipo de reforço induzido (Pedinielli, 1999).

A sua utilização é recorrente na atualidade, ganhando ao longo dos anos uma elevada conotação devido aos seus fundamentos teóricos se revelarem com resultados e objetivos concretizáveis para a realização terapêutica, tendo em conta os problemas e perturbações que gerem conflitos (Dryden & Rentoul, 1991).

A sua intenção é de concretizar uma alteração na disfunção cognitiva, alterando o comportamento, através da descodificação das crenças inerentes ao sujeito, modificando a ideia que tem de si, dos outros e do futuro (Beck, 1997). Para que ocorra este processo terapêutico o paciente irá ter ao seu dispor utensílios práticos fornecidos pelo terapeuta para que possa empregar no seu dia-a-dia (Hendriks, Voshaar, Keijsers, Hoogduin & Balkom, 2008).

A durabilidade desta terapia é limitada, tendo o foco de procurar resolver problemáticas do aqui e agora, inseridas no presente, a sua utilização é mais recorrente em patologias de cariz depressivo e ansioso (Gonçalves, 2004).

Ética e deontologia na psicologia clínica

Para a psicologia clínica foi necessário incrementar um código deontológico devido à sua evolução, dada a conceção da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011) foi necessária a sua fundação com o intuito de se proporcionar uma atribuição de credibilidade para uma boa prática profissional possibilitando uma nova perspetiva de conteúdo valido para o paciente (Pettifor, 2004). O código deontológico foi aprovado a 4 de setembro, com o decreto de lei- 51 da lei nº 57/2008, criado para facilitar a prática profissional através de deveres que devem ser executados de igual modo por todos os psicólogos (OPP, 2011). Os seus princípios vitais são o respeito pela dignidade do ser humano, competência e eficácia na sua profissão de acordo com os métodos e técnicas

obtidas através da sua base teórica, integridade moral, e sentido de responsabilidade (APPORT, 1995).

Tendo princípios gerais específicos como o direito à privacidade e confidencialidade que deve ser honrado pelo profissional através de um consentimento, os critérios de relações profissionais, bem como as avaliações, intervenções psicológicas e as investigações de declarações públicas tendo em conta sempre o regulamento nº 258/2011 (Diário da República, 2011).

Processo de envelhecimento

O envelhecimento humano é um dos maiores problemas das sociedades contemporâneas, este fenómeno acontece com o aumento de idade, onde o organismo começa a deteriorar-se, torna-se necessário consciencializar toda população para as necessidades inerentes à população idosa, este processo está relacionado com as diferentes experiências, vivências, crenças de cada sujeito, relacionando-se com a velhice, onde se encontram diferentes fatores, os genéticos e aqueles que se relacionam com os fatores culturais, educacionais, o estilo de vida e ambiente onde se inserem (Fonseca, 2005).

O processo do envelhecimento é considerado por ser um fenómeno multidimensional tal como multidirecional dos países desenvolvidos, constitui-se por ser uma variável que ocorre de modo complexo, estando em constante progresso (Franchi & Junior, 2005).

O ser humano encontra-se em diversos processos de mudança nos níveis sociais, psicológicos e ambientais ao longo de toda a sua vida, com início no nascimento e com a sua finalização com a morte, sendo um ciclo de vida natural. O que se pretende é que o indivíduo viva de forma saudável, e que alcance o maior número de anos possíveis, através de um estilo de vida saudável, torna-se necessário reunir profissionais de saúde,

realizar intervenções sociais que irão prestar apoio tanto ao idoso como aos seus familiares e por último criar bons sistemas de saúde para prestar o máximo de apoio possível a esta faixa etária para alcançar as mudanças de atitudes e de comportamentos desejados (Direção de geral de saúde [DGS], 2004).

Conclui-se que o envelhecimento pertence a uma conjunção de fatores, pessoais, ambientais e genéticos, dos quais irão diferenciar-se de indivíduo para indivíduo, cada caso é um caso (Moraes & Souza, 2005).

Existem dois tipos de envelhecimento o primário onde se encontram as mudanças intrínsecas deste processo e as secundárias onde estas mudanças são causadas por motivos de doença (Novo, 2003).

O ser humano nesta faixa etária passa por vários desafios constantes, um deles é a sua funcionalidade, o ideal seria a sua aceitação das mudanças pelas quais está a passar a nível físico e psicológico, esta aceitação leva a um envelhecimento saudável, onde a consciencialização de si, tem outro sentido, podendo medir os seus ganhos e perdas deste novo ciclo de vida (Fonseca, 2012).

Contextualização sobre o envelhecimento

No mundo em que vivemos existe um ciclo de vida, do qual nascemos, vivemos, envelhecemos e morremos. É um processo natural característico do ser humano, como de qualquer organismo vivo, o que nos distingue enquanto ser humano é a noção, a consciencialização da nossa condição de vida (Tomás, 2012 cit. por Ramiro, 2012).

Nos tempos correntes o significado da palavra idoso revela-se como um ser débil, senil, incapaz, sem qualquer papel ativo para a sociedade, porque a preocupação neste momento é a aquisição de lucro, de produtividade, de rentabilidade numa sociedade onde predomina o capitalismo, assim sendo muitas vezes é aplicado o termo

de cancro social ou até mesmo peste branca ao idoso (Rosa, 1993; Martins & Santos, s/de cit. por Dias, 2013).

Nos anos 50 houve uma preocupação sobre este tema, do qual foi realizado um estudo demográfico, o seu cálculo previa uma estimativa de 204 milhões de idosos em todo o planeta, a OMS através do seu estudo estatístico prevê que em 2025 o número de idosos aumentará para 1200 milhões em todo o planeta (Carneiro et al., 2007 cit. por Dias, 2013).

Em Portugal assistiu-se a um aumento desta população de 114.4% nos anos 1960 a 1998 (Fonseca & Paúl, 2008 cit. por Dias, 2013). Em 2011 foi revelado pelo Censos que 19.2% da população portuguesa continha mais de 65 anos de idade (INE, 2011 cit. por Pereira, 2012), podendo assim constatar que Portugal, no ano de 2060, terá um percentil de idosos elevadíssimo em relação à camada mais jovem, (Fonseca & Paúl, 2008 cit. por Dias, 2013).

Esta problemática existente no envelhecimento da população portuguesa, segundo Bartolanza et al., (2003 cit. por Dias, 2013), deve-se ao facto da mulher do século XXI adiar o processo de fecundação, os laços matrimoniais dão-se muito mais tarde, levando a que a procriação seja adiada e que passe para segundo plano. Este atraso no processo demográfico, tornou-se possível devido aos avanços medicinais através dos novos métodos contracetivos criados e pelas dificuldades socioeconómicas existentes, o que provoca um atraso para o aumento da taxa de natalidade (Ramiro, 2012).

Podemos constatar que a população idosa sofreu um aumento bastante significativo e alarmante ultrapassando os 800 milhões de indivíduos em todo o planeta, o seu estatuto encontra se num nível precário, recebendo atrocidades de reformas, e com predominância de doenças em todas as vertentes, quer físicas, quer psicológicas

(Alaphilippe & Bailly, 2013), numa sociedade onde as preocupações estão divididas em outras instâncias, torna-se necessário cuidar desta população, através de intervenções nos indivíduos bem como na sua comunidade, para que se possa compreender esta faixa etária assegurando todas as suas necessidades, demostrando que ainda são seres humanos e que devem ser tratados como tal, ainda podem ter um papel ativo na sociedade, levando a que tenham um nível de satisfação, de realização, impedindo o desenvolvimento de perturbações, como depressões, ansiedades e o mais comum o isolamento social (Afonso et al., cit. por Silveira, 2012).

No oriente o envelhecimento é visto de outra perspetiva, o idoso é considerado um ser portador de uma elevada sabedoria, tendo ganho um estatuto de mestre, ancião onde são procurados essencialmente pela faixa etária mais jovem, dando conselhos devido à sua experiência de vida e conhecimento adquirido (Cruz et al., 2003 cit. por Rodrigues, 2013), nas sociedades ocidentais esse respeito é quase inexistente, em parte devido às evoluções nas últimas décadas, onde os hábitos e tradições se têm perdido aos poucos e poucos durante o século XX (Veras & Caldas, 2004 cit. por Dias, 2013).

Envelhecimento ativo

O início do envelhecimento ativo deve-se a *American Social Science* que consagrou em 1944 o tão esperado comité de ajustamento social para a terceira idade (Torres, 1999).

A Organização Mundial de Saúde a OMS, indica que o envelhecimento ativo é retratado pela forma como o indivíduo encara as diversas oportunidades de obtenção da sua saúde, isto para que possa atingir uma qualidade de vida, na medida em que a sua faixa etária avança. No início do século XXI, teve como principal objetivo o iniciar de uma investigação para aumentar as expectativas de uma vida ativa, para possibilitar aos idosos uma melhor qualidade de vida, assim sendo o envelhecimento ativo revelou-se

uma das prioridades principais das políticas intervencionais para esta população em questão (OMS, 2002). Considerou o envelhecimento ativo como um processo para se otimizar as oportunidades de saúde, de segurança e participação social, com a finalidade de aumentar a perspetiva de uma vida saudável (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo é visto como um processo adaptativo isto porque decorre ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano sem qualquer exclusão, pretende atingir um funcionamento regularizado em três vertentes, o social, o físico e o psicológico (Fernández-Ballesteros, 2002; Rowe & Khan, 1987, cit. por Fernández-Ballesteros et al., 2012). Este equilíbrio irá depender da adaptação e capacitação por parte de cada indivíduo, resultando na forma como vive dentro das suas limitações e nunca esquecendo quais os recursos que lhe estão disponibilizados (Pereira, 2012).

O autor da teoria da atividade, Havighurst defende que para que ocorra um bom envelhecimento no idoso é necessário manter ativos os níveis da própria atividade, proporcionais com a idade em causa, através da sua observação constatou que os idosos que melhor se adaptam a esta nova etapa das suas vidas, são aqueles que realmente mantém a atividade numa constante (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Baltes (2002) numa perspetiva relacionada com o ciclo de vida, introduz o processo do chamado envelhecimento, do qual se baseou no modelo psicossocial de Erikson (1959), onde o desenvolvimento era visto como um processamento evolutivo derivado do ciclo de vida, (Baltes, 2002).O envelhecimento em si a maior parte das vezes dirige-se para as problemáticas da saúde, como as limitações físicas, e as patologias inerentes à própria idade, o que leva a que a sociedade acarrete elevados custos na busca de soluções para estas causas (OMS, 2011), que a maior parte das vezes derivam pelo meio ambiente em que o idoso está inserido e pelas dificuldades

económicas existentes. A sua sobrevivência depende dos fatores biológicos, cognitivos e sociais (Pinto et al., 2001).

O envelhecimento ativo contém uma abordagem multidimensional levando mais uma vez a que a sociedade não só monetariamente, mas também tenha implícito o sentido de responsabilidade para organizar intervenções para alertar o combate à exclusão social e promover a solidariedade entre gerações para que o idoso sinta que pertence à comunidade do qual se insere (Almeida, 2012). Pretende-se a promoção de saúde e o ajustamento da atividade física com objetivo de prevenção das disfunções cognitivas e o desenvolvimento da afetividade (Fernández-Ballesteros, 2002).

No ano de 2012 a União Europeia pretendeu nutrir, incentivar e captar a atenção dos cidadãos para a criação de novas oportunidades para a faixa etária mais envelhecida para reforçar o sentido de solidariedade, considerando o ano europeu do envelhecimento ativo (Madeira, 2013).

Envelhecimento bem-sucedido

O desenvolvimento humano evolui ao longo de toda a vida, encontrando-se presente em todas as etapas do ser humano, ele é determinado por inúmeros fatores, é um fenómeno que ocorre não só internamente bem como exteriormente, através do contexto socioeconómico, constrangimentos vividos, crises socias e pessoais, divórcios, mortes que afetam notoriamente o desenvolvimento humano através de transações bruscas. Com o aumento da idade, o envelhecimento surge, o indivíduo começa a diferenciar-se cada vez mais através da sua singularidade, pelos fatores biológicos e culturais, proporcionando o vincar dos seus comportamentos e personalidades. Assim sendo o desenvolvimento humano decorre na continuidade de todo o ciclo de vida, com o seu início na infância, adolescência, percorrendo a idade adulta e continuando o seu percurso no envelhecimento (Fonseca, 2005).

Dentro da sociedade é necessário que o progresso do envelhecimento assista a uma participação cívica, interação, aprendizagem com os outros indivíduos e o próprio convívio para que tenha uma vida ativa dentro da sua comunidade, a evolução medicinal nos tempos presentes permite um estilo de vida saudável para um envelhecimento autónomo e independente (OMS, 2011).

O tema sobre o envelhecimento bem-sucedido é falado pela primeira vez por Rowe e Kanh, (1987, 1997) que se basearam nas teorias da continuidade e atividade, definindo assim o envelhecimento bem-sucedido em três categorias, a primeira a possibilidade de surgimento de uma doença, a segunda estaria relacionada com as capacidades físicas e psíquicas e em última instância estabelecer um papel ativo nas atividades socias (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Os autores Rowe e Kanh em 1997 determinaram o envelhecimento bem-sucedido com características de uma elevada capacitação funcional cognitiva e física, com baixos teores em desenvolvimentos de doenças ou incapacidades, a integração e participação sociocultural, ao identificarem estas características pretendem integralizar as funções mentais bem como as funções físicas (Kanh, 2002). Concluíram que a presença dos *deficits* fisiológicos e dos *deficits* cognitivos eram consequências derivas da idade, mas com a possibilidade de poderem ser sempre alterados através de um estilo de vida saudável e praticando a atividade física (Teixeira & Neri, 2008).

O termo bem-sucedido remete-nos para um ideal de envelhecimento sem qualquer tipo de incapacidade quer psicológica quer como física, categorizada nos recentes reformados, em discórdia com este termo encontram-se os gerontologistas. Devido a este envelhecimento bem-sucedido não se enquadrar nos idosos com 80 ou mais anos de idade, preferindo a utilização da palavra bem envelhecer ao invés de envelhecimento bem-sucedido (Whitbourne & Whitbourne, 2011).

O bem-estar pode ser perturbado por inúmeras casualidades, o surgimento de uma doença, o falecimento de um ente querido, mas a sua detioração não provoca danos catastróficos, estudos transversais e longitudinais demostraram que este não diminui com a idade através destas perdas (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Tabela 1

As condições de vida objetivas e as suas avaliações subjetivas

(Staudinger et al., 1999).

	Condições de vida objetiva	
Juízo subjetivo		
	Má	Boa
Mau	Privação	Descontentamento
Bom	Paradoxo de Satisfação	Bem-estar

Na tabela nº1 temos uma explicação segundo Staudinger et al., (1999) quanto às avaliações objetivas e subjetivas do bem-estar nas situações existentes. A privação refere-se a sujeitos que tenham perdido algo, que se encontrem em situações de carência onde o bem-estar encontra-se numa situação fragilizada, em divergência o bem-estar refere-se a sujeitos com boa aferição das suas condições, no descontentamento verifica-se os sujeitos com boas condições no ponto de vista objetivo, mas a sua avaliação é negativa enquadrando-se numa patologia depressiva, no paradoxo de satisfação, os sujeitos detém condições mínimas de objetivação mas em oposição ao descontentamento avaliam-se de forma positiva. Assim sendo o bem-estar psicológico é algo incontrolável por variáveis do meio ambiente, na terceira idade varia muito pouco

no percurso que ainda decorre (Staudinger et al., 1999, cit por. Alaphilippe & Bailly, 2013).

Baltes & Baltes (1990) foram os pioneiros do Modelo SOC que pretende avaliar o desenvolvimento (*life span development*) do percurso de vida do idoso avaliando os seus ganhos e perdas, através de três processos, seleção, otimização e a compensação, o primeiro processo pretende avaliar quais as seleções de atividades que o idosos escolhe face às mudanças psicológicas, fisiológicas e socias através dos seus objetivos e desejos, o segundo processo pretende que o indivíduo obtenha uma maximização dos seus recursos para obter o que deseja realizando as atividades o melhor possível, o último processo é uma manutenção das atividades realizadas dispondo de novos recursos para encontrar soluções para o funcionamento do sucesso adaptativo, para que lute contra as perdas do dito envelhecimento (Baltes, 2002).

Fatores de risco\fatores de proteção

O envelhecimento faz parte do ciclo de vida, com o alcanço de um maior número de anos trás outro tipo de problemáticas, como a perda de autonomia e o aumento da dependência (Teixeira, 2010 cit. por Ramiro, 2012).

O envelhecer causa fragilidade onde os fatores externos e internos atuam com maior facilidade, causando distúrbios físicos e psicológicos. O idoso pode-se encontrar em variadas situações de risco como por exemplo, não ter um bom suporte social onde não tem nem família nem amigos que o possam auxiliar a nível físico como sentimental, se o seu estilo de vida se tornar sedentário, sem nenhum tipo de ocupação leva a que cause a um isolamento social e se a sua adaptação com a mudança da sua nova vida não for bem aceite ou seja não se conformar por não trabalhar, por ser posto de parte por sentir que já não tem qualquer tipo de relevância para com os outros, e se for colocado numa instituição, onde todo o seu mundo será remodelado com novas regras, pessoas e

hábitos (Paúl, 2007 cit. por Dias, 2013). A sociedade onde o idoso se insere também é considerado um fator de risco, devido a ser tratado como uma peça de mobiliário antigo, do qual já não tem utilidade e é posto de parte, o que provoca uma energia negativa, ajudando ao sentimento de isolamento (Baltes, 1996, cit. por Pereira, 2012). Para muitos idosos torna-se muito difícil pensar no seu futuro, enaltecendo pensamentos relacionados com a morte, apercebendo-se de que as suas mobilidades vão-se desvanecendo com o tempo, provocando sentimentos de tristeza, raiva e descontentamento (Teixeira, 2010, cit. por Ramiro, 2012).

Os autores Rocha et al., (2009 cit. por Pereira, 2012), acreditam que um dos fatores de proteção se encontram relacionados com a atividade\participação que o idoso tem para com a sociedade e o seu reconhecimento.

O idoso que compreende e consegue se adaptar a esta nova etapa de sua vida irá encarar os desafios que irão surgindo ao longo do seu percurso com outra visão, levando a que tenha comportamentos positivos ajudando a ter uma melhor compreensão sobre as suas perdas (minimizadas) e os seus ganhos (maximizados), ajudando para um bom desenvolvimento pessoal para que o seu envelhecimento seja bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990 cit. por Pereira, 2012).

Contrariamente aos fatores de risco, se o envelhecimento for percecionado com pensamentos positivos, procura de atividades de lazer, passeios, interatividades sociais, familiares, o idoso encontra um envelhecimento ativo\bem-sucedido (Rabelo & Neri, 2005 cit. por Pereira, 2012).

Outro fator crucial está relacionado com o suporte social, o idoso mais facilmente encontra apoio para as suas perdas, sendo ajudado na procura de respostas para as mesmas, evitando sentimentos de revolta, abandono, solidão e isolamento social (Rabelo & Neri, 2005, cit. por Pereira, 2012). Uma outra ajuda para superar as perdas

manifesta-se através dos recursos financeiros que o idoso dispõe, estes por sua vez permitem que encontre soluções mais rápidas para as suas necessidades, como poder recorrer a sistemas de saúde particulares, facilidade em suportar uma ocupação\lazer, o que ajuda no enaltecer da autonomia e perda de dependência, os comportamentos obtidos tornam-se positivos aumentando também a sua forma de sentir, de pensar e elevando a sua motivação (Bandura, 1993 cit. por Pereira, 2012).

Isolamento social

É caracterizado como sendo uma inexistência de qualquer contacto com outro ser humano.

O isolamento social pode ter duas vertentes a primeira sendo a estrutural que é definida por se saber qual é o tamanho do suporte ou de rede social do indivíduo, se existir esse suporte, qual é o contacto que têm, qual a sua frequência e como qualifica os seus graus de relacionamento. As informações prestadas pelo paciente sobre o seu suporte social que permitem percecionar qual a subjetividade de relacionamentos que existem, quais as suas interpretações e importâncias compreendidas pelo próprio individuo (Victor, Scrambler e Bond, 2009; Wenger & Burholt, 2004 cit. por Hawton et al., 2011).

A segunda vertente é a funcional que está relacionada com o sentimento de solidão, onde o indivíduo transmite as suas perspetivas, qualidade de vida, proximidades e as frequências dos seus relacionamentos sociais, a solidão acompanha o isolamento social sendo este possível de uma medição quantitativa (Gierveld & Havens, 2004 cit. por McMunn et al., 2011).

Esta ausência de contacto com o outro encontra-se presente por norma numa faixa etária mais elevada, onde a sua rede social muda constantemente à medida que o

seu envelhecimento vai aumentando (Cornwell & Waite , 2009a cit. por Shankar et al., 2011).

Este acontecimento foi estudado por vários autores, onde o isolamento social causa um efeito pejorativo para a cognição onde a probabilidade de se desenvolver uma perturbação demencial é muito elevada (O'Luanaigh et al., 2011).

Se a pessoa solitária se torna menos ativa, tem uma alimentação desregrada, consumos de estupefacientes e de bebidas alcoólicas, se este descontrolo ocorrer irá desencadear elevados riscos negativos para a sua saúde. O isolamento social e a solidão são fatores que causam um aumento na taxa de mortalidade, aumento de disfunções cognitivas e um aumento referenciado anteriormente envolvendo problemáticas direcionadas com a saúde (McMunn et al., 2011).

Depressão

Descrevendo em termos gerais a depressão pode ocorrer de acordo com duas vertentes, a primeira relacionada com o sintoma, situa-se num quadro clínico de casos relacionados com doenças clínicas, demência, esquizofrenia, derivando de problemáticas incutidas pela sociedade, onde coloca o individuo em situações económicas e socias num padrão para corresponder com o que é socialmente aceitável ou seja imposto. A segunda vertente encontra-se na síndrome, onde a depressão provoca alterações de humor, cognitivas e psicomotoras (Porto, 2000).

A organização mundial de saúde (OMS), fez uma previsão que no ano de 2020, a maior causa de mortes será provocada pela depressão, nos países mais desenvolvidos (Coutinho, Gontiès, Araújo & Sá, 2002, cit por Carvalho & Fernadez, 2002). Esta problemática encontra-se no foro psiquiátrico, social e clínico, porque se associa a inúmeras variáveis como o estado civil, o nível de escolaridade, qual a profissão

anteriormente exercida, as suas condições sociais, idade e sexo (Carvalho & Fernadez, 2002).

Depressão em idosos

Todo o ser humano poderá apresentar sintomas depressivos, mas a população idosa é aquela que mais probabilidades contém em se detetar sintomas depressivos, devido a neste ciclo de vida alcançado tenham de lidar com as suas limitações bem como as suas perdas (Carvalho & Fernadez, 2002).

Na idade adulta mais avançada, o idoso está a passar por diversas pressões sociais, económicas e psicológicas, sem as devidas precauções e adaptações das novas diversidades deste ciclo tanto a nível externo como interno. Para que se crie um bom envelhecimento é necessário o conhecimento sobre as suas limitações para que possa ter uma boa qualidade de vida sem que isso resulte em diversas perturbações (Blay, 2000).

Na população idosa uma das perturbações mais ocorrentes pertence-se às perturbações do humor, tornando-se numa agravante dos seus quadros patológicos, causando a sua perda de autonomia. Dentro das perturbações do humor encontra-se a depressão, que nesta faixa etária devido às suas condições físicas, provoca uma diminuição na sua qualidade de vida, que leva o próprio sujeito a negligenciar-se, possibilitando a que este tenha uma morte mais rápida, onde surge um maior risco de suicídio (Paradela, Lourenço & Veras, 2005). Para que tal não aconteça é necessário instruir o paciente, os seus familiares, bem como os profissionais de saúde para esta problemática, na terceira idade a depressão não pode ser tomada de animo leve, ela é uma problemática existente, que se constitui por ser uma doença, devendo ser analisado quais as melhores formas para se fazer compreender esta doença, quais as suas causas para que se possa compreender melhor o paciente (Blazer, 2003).

A perda de qualidade de vida surge com o aparecimento das doenças clínicas e com o isolamento social que são causadores do desencadeamento de uma depressão no idoso (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002). Mas não só a institucionalização para o idoso também causa fatores negativos, trás sentimentos de revolta, devido a sair do seu conforto da sua casa, dos seus bens da sua rotina, dos seus hábitos alimentares o que causa a que se isole, perdendo a sua autoestima, a sua própria identidade, aumentando cada vez mais o sentimento de solidão, tendo de cumprir novas regras, novos regimes, perdendo a sua intimidade, estes fatores podem desencadear a depressão, cerca de 7% a 50%, os idosos institucionalizados sofrem de depressão (Carvalho & Fernadez, 2002).

A depressão nos idosos acompanha sintomas como baixa-autoestima, queixas somáticas, ansiedade, dificuldades em dormir, em interagir com os outros, perdas de apetite, ideações paranoides, hipocondria e pensamentos constantes sobre a morte de entes queridos e de eles mesmos (Sequeira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009).

Através de inúmeras manifestações clínicas, a depressão pode não ser tão legível como nos jovens adultos, existindo os mais variados fatores para o seu encobrimento de diagnóstico, devido a doenças físicas e administração de fármacos que podem alterar e ajudar na dificuldade de dormir, bem como de se alimentar, sendo necessário realizar um diagnóstico concreto para que se possa indicar fidedignamente se existe de facto depressão no idoso (Freirias & Menon, 2002).

Luto

O luto apresenta um quadro de reações na ocorrência de uma perda, ou falta de algo, a vinculação existente outrora acaba por se desvanecer devido a causas externas como a morte (Combinato & Queiroz, 2006). Este manifesta-se em resposta de uma perda bastante significativa, o indivíduo tenta fazer uma procura de significados da

perda que sofreu, a sua origem pode ter dois tipos de fatores o primeiro devido à morte de alguém especial, por norma o falecimento de um ente querido o que se torna numa experiência cruel sentida pelo ser humano, abalando-o de forma psicológica e reportando-o para um sofrimento nunca antes sentido onde o sentimento de solidão e vazio tornam-se numa constante (Souza, Moura & Corrêa, 2009), o segundo fator deve-se à perda de um objeto, de um bem material onde o indivíduo se foca e emprega tempo e dinheiro com ele, ganhando uma estima de sentido de pertença pelo objeto como por exemplo um carro, uma casa, um terreno, uma joia (Souza, Moura &Corrêa, 2009).

Durante toda a sua vida o ser humano passa por vários processos de luto, a mortalidade é sem duvida o fator que mais transtorna o indivíduo, ter de encarar uma realidade onde a pessoa que fez parte de sua vida deixa de existir no seu dia-a-dia pode levar ao desenvolvimento de perturbações ansiosas e depressivas, onde os seus comportamentos, reações e principalmente emoções sofrem alterações constantes a forma como são transmitidos é subsequentemente alterada, o pensamento rácio muitas vezes perde-se, deixa de existir, no seu lugar muitas vezes prevalece um estado de apatia, sem qualquer tipo de poder de decisão encontrando-se num estado de "dormência" (Conter, Hass, Pasqualin & villwock, 2012).

A morte acompanha o percurso do ser humano sendo uma variável inconsciente, mas que ao mesmo tempo se encontra sempre presente, sabemos que ela existe e que pode acontecer uma casualidade a qualquer momento a cada um de nós, somente nos damos conta quando acontece com um amigo, familiar ou por alguém que nos é próximo, as emoções sentidas de dor, sofrimento encontram-se intrínsecas a todos os sujeitos (Conter, Hass, Pasqualin & villwock, 2012).

Quando a morte ocorre o indivíduo começa a fazer o seu luto, este pode levar, dias, meses, ou até mesmo anos para poder superar esta perda, em alguns casos o

sentimento de vazio e tristeza permanece (Parkes, 1998). O indivíduo luta para consigo mesmo para tentar superar esta perda, o sofrimento que lhe foi trazido pode provocar consequências no seu dia-a-dia e relações sociais, perdendo o interesse por tudo o que lhe rodeia, deixando-o sem forças, estando presentes os pensamentos relacionados com aquele que já partiu. (Souza, Moura &Corrêa, 2009).

Com o objeto querido este processo é bastante mais simples pretende-se que haja uma desvinculação do líbido, com o passar do tempo a ligação estabelecida dissipa-se recuperando a perda de líbido (Freud, 1996).

Segundo os autores Stroebe e Schut (1999), propuseram que para a perda de um ente querido é necessário que seja ajudado a resolver esta problemática cognitivamente, criando o modelo de processo dual de lidar com o luto, este modelo pretende encontrar váriadas formas do sujeito lidar com a perda e colaborando no seu processo de luto, foi criado para auxiliar os indivíduos com a perda de um conjugue, podendo aplicar-se a qualquer processo de luto (Stroebe e Schut (1999).

Os níveis de stresse aumentam sendo necessário desenvolver técnicas cognitivas para que se possa ter uma visão mais abrangente sobre o sucedido, a perduração do sentimento é diferente de indivíduo para indivíduo, o seu meio envolvente e a sua cultura também são fatores influenciáveis (Parkes, 1999).

O luto para o idoso tem uma conotação um pouco diferente, pois os seus anos de vida e a sua experiência subcarregam este acontecimento, a perda de amigos, torna-o mais frágil, a perda de familiares próximos como o cônjuge ou filhos (Bennet, 1998), transforma-o num ser débil transportando um sentimento inexplicável, culpabilizando-se o que provoca perturbações ansiosas, onde não consegue parar de ter sentimentos de saudade, procurando insistentemente as causas, conduzindo ao desenvolvimento de perturbações mais graves como as depressivas, onde perde a vontade de viver, não tem

vontade de executar tarefas diárias e de se alimentar. O idoso deve ser acompanhado psicologicamente na busca de proporcionar um melhor entendimento para aceitar a morte (Worden, 2002).

Ansiedade

A ansiedade considera-se um padrão de variados comportamentos que se reproduzem através de respostas internas do organismo ou externas através do meio pelo qual o indivíduo se insere e qual a sua resposta ao estímulo produzido, provocando surgir três tipos de canalizações, a primeira consiste nos padrões de ativação somática (o tipo de respiração, batimento cardíaco acelerado), o segundo poderá ser subjetivo ou introspetivo e por último as implicações comportamentais (Batista, 2000). A ansiedade define-se por provocar emoções negativas das quais tornam-se exageradas e contínuas (Campbell, Sills, Borlow, Bronw & hofmann, 2006).

Nos idosos a ansiedade é uma perturbação que se encontra em maior prevalência, andando de mãos dadas com a perturbação depressiva, sendo as patologias mais comuns na velhice, tornando-se um tema subestimado como o apresentar de uma idade avançada, as suas problemáticas são desculpadas pela idade que lhe concerne, a perturbação ansiosa não é tratada como deveria ser por profissionais de saúde amenizando os seus sintomas (Alnahhabi, 2003).

A ansiedade na terceira idade causa graves consequências, elevando o risco de doença física, perdas de memória, descida das perceções e cognições e acima de tudo causa perdas significativas na sua qualidade de vida (Miller, 2009). Estas consequências trazidas pela perturbação da ansiedade produzem dilemas nos sistemas de saúde porque teriam de executar um maior número de cuidados e acompanhamentos médicos (Wethekell, et al., 2005).

O idoso que vive na sua habitação, ou que se encontre num sistema institucional pode apresentar-se estável se poder recorrer ao apoio dos seus familiares contribuindo para que se sinta mais seguro o ideal será ter um acompanhamento regularizado de visitas, pois ajudam na redução e manutenção dos níveis de ansiedade. Os idosos que não têm qualquer tipo de suporte social estão mais aptos e vulneráveis ao desencadeamento de perturbações ansiosas, correndo um risco muito mais elevado (Forsell, 2000).

Esta perturbação encontra-se maioritariamente no sexo feminino, os níveis de ansiedade são desencadeados mais facilmente, dando azo a que possa surgir uma possível depressão. (Schoevers, Beekman & Deeg, 2003).

Gerontologia

O termo gerontologia foi criado por Metchnikoff em 1903, com o objetivo de estudar o envelhecimento, pretendendo descrever e explicar as suas etapas, as suas mudanças inerentes ao envelhecimento do ser humano (Schulz, 2006).

O envelhecimento constante populacional revelou-se ser um fenómeno mundial, devido ao seu aumento repentino onde a população maioritariamente encontra-se com 65 ou mais anos de idade, primordialmente nos países industrializados e mais desenvolvidos, (Whitbourne & Whitbourne, 2011) havendo um crescimento elevado de idosos em relação às outras faixas etárias existentes, logo dá-se inevitavelmente um aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de natalidade levando a que se instalem novos desafios na sociedade (Gonçalves, 2007). Assim, a gerontologia pretende instaurar através de princípios educacionais o conhecimento sobre o bem-estar, qualidade de vida, tanto em contexto particular bem como em contexto social, com intuito de instruir toda a população, dando especial enfoque ao idoso para que compreenda as suas limitações, físicas e psicológicas e que retire estes conhecimentos

através das suas capacidades para os seus próprios benefícios (Wilmoth & Ferraro, 2007).

A gerontologia é um campo cientifico em ascensão em todo o mundo, baseando-se nas ciências humanas necessitando de uma união entre equipas multidisciplinares de profissionais especializados para a obtenção de uma melhor compreensão, sobre do que se trata o envelhecimento enaltecendo o idoso como o protagonista da ação, estuda todos os processos, psicológicos, biológicos, sociais e culturais, aplicando testes e questionários com a finalidade de avaliar os processos cognitivos, pretendendo verificar se existe algum *deficit* na memória, perceção, atenção e raciocínio, isto porque o envelhecimento cognitivo surge com mais frequência nas idades mais avançadas (Wilmoth & Ferraro, 2007).

Objetivos de Estágio

O presente estágio académico representa o segundo ano curricular de Mestrado em Psicologia Clínica o que possibilitou colocar em prática toda a aprendizagem teórica de quatro anos de instrução. O estágio realizado ocorreu na Associação Pro Alcântara (IPSS), onde tive a oportunidade de ter o primeiro impacto com as competências profissionais com um resultado bastante positivo, os objetivos incidiram num conhecimento sobre o funcionamento da instituição, na observação direta, verificação das necessidades inerentes a esta população idosa, avaliações psicológicas, sessões de aconselhamento psicológico individual e grupal, estimulação cognitiva e outras atividades lúdicas.

Método

O presente estágio curricular ocorreu na associação Pro Alcântara em que a população alvo pertence à Freguesia de Alcântara, com início no dia 12 de outubro e com o seu término a dia 26 de maio, no total foram realizadas 458 horas. Neste capítulo irão ser descritos todas as tarefas realizadas, os acompanhamentos detalhadamente, as avaliações psicológicas, os aconselhamentos prestados a nível individual, e as intervenções através da estimulação cognitiva realizadas em grupo, também iram ser descritas de forma sucinta as tarefas complementares deste estágio.

Participantes

Os participantes deste relatório são maioritariamente do sexo feminino com acompanhamento individual e grupal apresentado na tabela nº2 e nº 3. Os dois estudos de caso serão descritos detalhadamente, o primeiro estudo de caso consiste numa intervenção individual utilizando a abordagem cognitivo comportamental, a psicoterapia de apoio e o aconselhamento, onde foram aplicados três testes, que serão descritos os seus resultados através de tabelas e gráficos bem como a sua identificação, avaliação psicológica, hipótese diagnóstica, o segundo caso clínico consiste numa intervenção de grupo tendo sido realizadas sessões de estimulação cognitiva, foi aplicado um teste antes do início das sessões e no final das mesmas com o propósito de poder analisar o resultado das sessões, pretendeu-se que o grupo de indivíduos mantivesse ou reduzisse as disfunções cognitivas. Os nomes dos participantes são mencionados através de nomes fictícios com a finalidade de manter a confidência e proteção da sua verdadeira identidade.

Os participantes deste relatório são habitantes da Freguesia de Alcântara e todos eles estão inscritos na associação pelas mais variadas situações, muitos deles sentem-se isolados e em situações de abandono e necessitam de um local securizante onde tenham

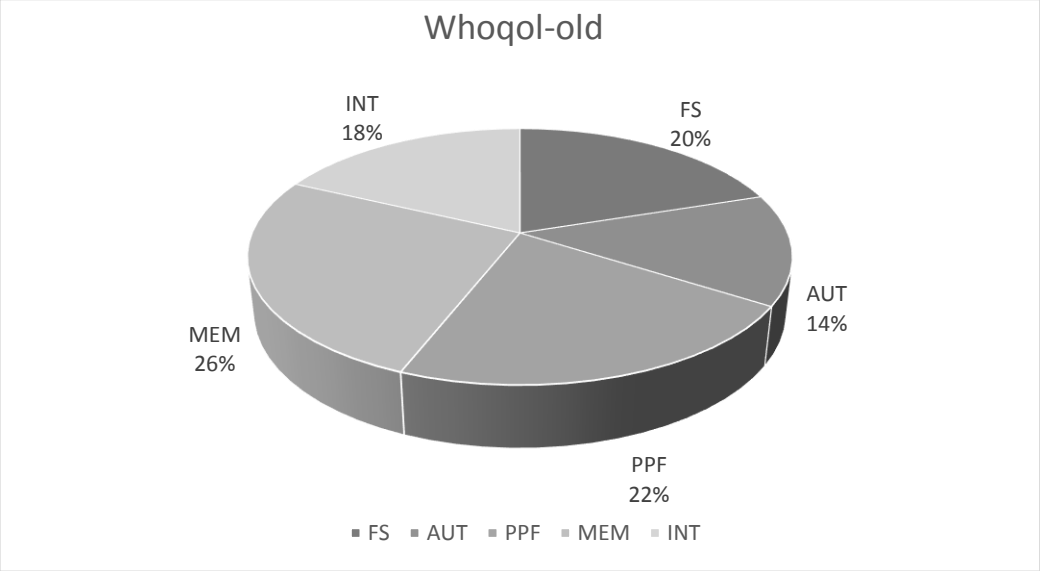
companhia, onde possam ver pessoas, falar com elas, querendo restabelecer o seu convívio social, outros porque necessitam de ajuda nas suas tarefas diárias, todos os utentes pertencem a uma faixa etária superior aos 65 anos de idade, esta amostra consta com 15 indivíduos maioritariamente do sexo feminino.

Foram aplicados testes a todos os indivíduos que frequentam a associação, o inventário de avaliação da qualidade de vida em adultos idosos (Whoqol-old), o Ajustamento ao envelhecimento(AtA), o questionário de saúde (SF-36v2) e um questionário sociodemográfico, os resultados dos testes serão apresentados através da média total de cada teste aplicado aos idosos da Associação Pro Alcântara.

O Inventário de Qualidade de Vida em idosos adultos (Whoqol-old), foi aplicado dia 3 de novembro, no gráfico nº 1 irão ser apresentados os resultados e na tabela nº2 será apresentado a forma de como são obtidos os resultados das médias e dos percentis totais do inventário.

Gráfico 1

Resultados da percentagem do Inventário de Qualidade da vida de Whoqol-old.



Através dos resultados obtidos do Inventário de Qualidade de Vida de Whoqol-old, a percentagem total foi de 61.45% encontrando-se acima do valor de 50% o que demostra que que os idosos que frequentam a associação Pro Alcântara apresentam uma moderada qualidade de vida dentro das suas possibilidades as dimensões avaliadas foram o funcionamento sensorial (FS), a autonomia (AUT), atividades passadas, presentes e futuras (PPF), participação social (PSO), morte e morrer (MEM), e por ultimo a intimidade (INT).

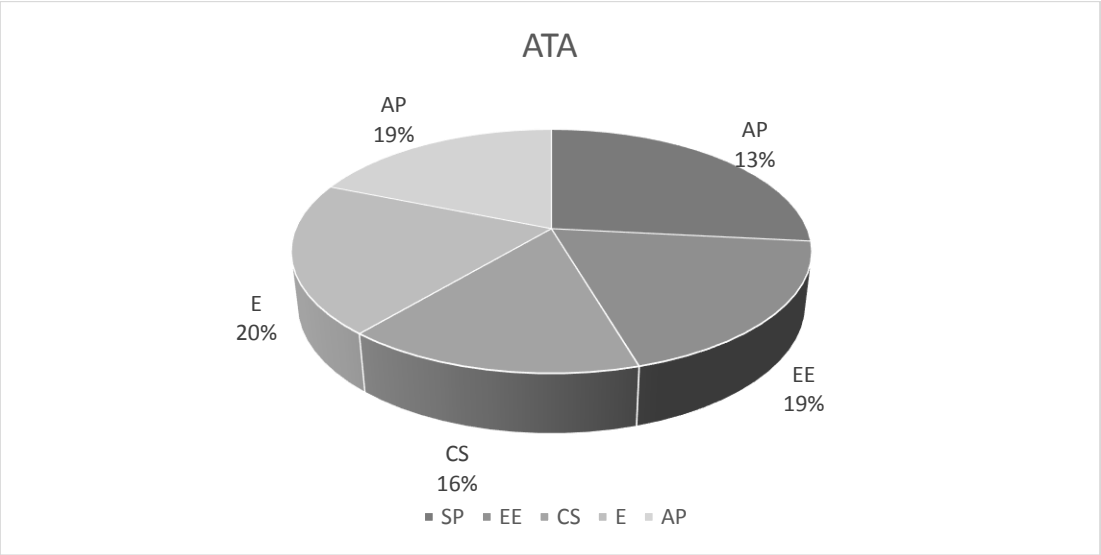
Tabela 2

Resultados da média e do percentil do Inventario de Avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos Whoqol-old

Questões	Itens	Valor		FS	AUT	PPF	PSO	MEM	INT
1	1	3		1	3	12	14	6	21
2	2	4		2	4	13	16	7	22
3	3	3		10	5	15	17	8	23
4	1	2		20	11	19	18	9	24
5	3	3	Total	14	11	13	15	17	13
6	4	5	Media	3,5	2,75	3,25	3,75	4,25	3,25
7	5	5		2,5	1,75	2,25	2,75	3,25	2,25
8	3	5		0,625	0,4375	0,5625	0,6875	0,8125	0,5625
9	5	2	Total percentual	62,5	43,75	56,25	68,75	81,25	56,25
10	3	4		56,25	37,5	25	50	18,75	6,25
11	3	3							
12	1	3							
13	3	3		3,25	2,5	2	3	1,75	1,25
14	2	3							
15	3	4							
16	4	4							
17	4	4		Total	83				Questões Negativas
18	2	4		Media	3,458333				1
19	1	3		Percentual	2,458333				2
20	1	3							6
21	1	3							7
22	2	3		Total percentual	61,45833				8
23	1	4							9
24	1	3							10

Gráfico 2

Resultados da Escala de Ajustamento ao Envelhecimento.



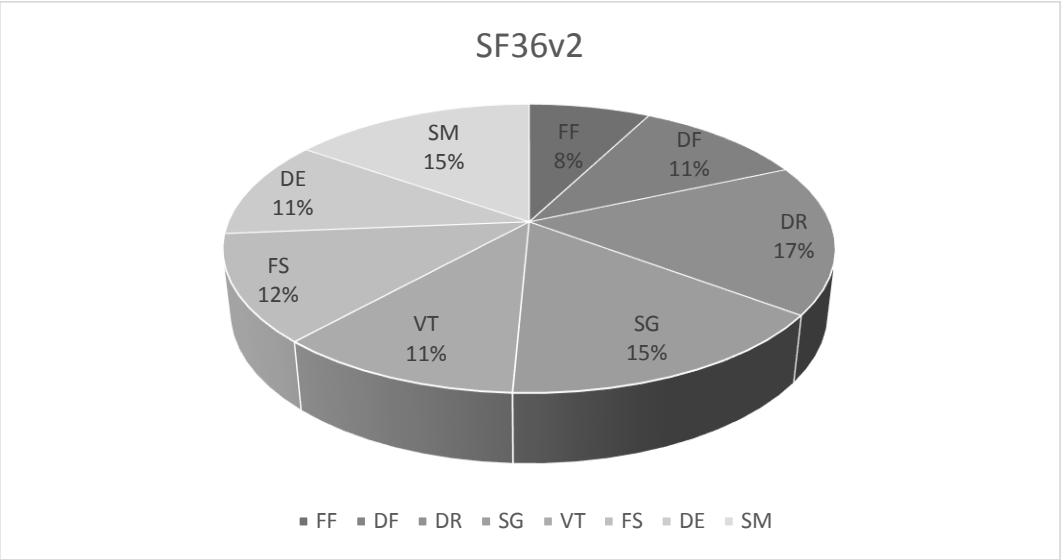
Os resultados obtidos através da escala de ajustamento revelam que nas dimensões de senso de prepósito e ambição (AP), e no entusiasmo e espiritualidade (EE), ambas com 19%, os resultados obtidos não foram muito satisfatórios pois a perca de ambição e entusiasmo para o futuro provoca perda de autoestima e desinteresse onde se encara o facto de a morte ser algo que está próximo, mas as dimensões que se encontram mais débeis são o corpo e saúde (CS) com 16%, e a apoio social de 13%, a sua mobilidade é reduzida, muito poucos praticam desporto e dependem de outros para realizar as suas tarefas diárias, sentindo-se impotentes onde necessitam de depender de associações e muitas vezes recorrer aos seus vizinhos. A maior parte dos idosos da associação no momento presente já não se encontram com o seu companheiro, a dimensão que teve um valor mais alto foi a do envelhecimento e estabilidade (E), com 20%, devido a receberem valores muito baixos das suas reformas e habitarem sozinhos nas suas casas, quando falta algum recurso como por exemplo o apoio alimentar a associação intervém. A média geral da escala consta num valor de 4% onde as

dimensões medidas revelam-se fragilizadas, tendo sido realizado este teste dia 14 de dezembro.

O último teste aplicado foi o questinário de saúde (SF-36v2), no dia 5 de janeiro, os resultados serão apresentados no gráfico nº 3.

Gráfico 3

Resultados do questionário de saúde SF-36v2.



O questonário de saúde SF36 v2 não revelou grandes descrepâncias nos resultados das dimensões, a sua pontuação está contida numa escala de 0 a 100 valores, onde a sua média foi de 63 valores, as dimensões que obtiveram um score mais baixo foi a função fisica (FF), o desempenho fisico (DE), o desempenho emcocional (DE) e a vitalidade (VT), as dimensões com valores um pouco mais altos foram a saúde geral (SG), a saúde mental (SM), a função social (FS) e a dor (DR), a sua média apresenta-se positiva embora com alguma discordias de valores mais debilitados.

Os três testes aplicados ajudaram a clarificar que a população que frequenta diariamente a Associação Pro Alcântara necessita de apoios nos mais váriados niveís, como sociais, económicos e físicos, embora a sua média conste de valores positivos, mas a sua faixa etária e os poucos recursos existentes para cada idoso em particular

leva-o à procura de associações como esta para que se seja possível aumentar as suas realções sociais e para que se sintam parte integrante da comunidade, pretendendo evitar depressões, ansiedades e isolamentos sociais.

Tabela 3

Acompanhamentos individuais realizados no decorrer do estágio.

Nome	Idade	Motivo da consulta	Historia clinica	Intervenção	Contexto	Sessões
Iris	67	Pedido de acompanhamento através de familiares.	Teve vários acompanhamentos psicológicos e psiquiátricos devido a várias tentativas de suicídio.	Avaliação psicológica, psicoterapia de apoio.	Institucional	22
Gerbera	65	Encaminhamento feito através da instituição.	Paciente desde os 23 anos que sofre de depressão, venceu o cancro da mama aos 45 anos e neste momento apresenta inícios de demência.	Avaliação psicológica, psicoterapia de apoio, encaminhado para profissionais de saúde.	Domicilio	4
Camélia	92	Encaminhamento feito através da instituição.	Paciente mora sozinha, com poucos apoios familiares, com a agravante de dificuldades motoras.	Avaliação psicológica, Aconselhamento, Encaminhamento para profissionais de saúde, realizada a institucionalização num lar de idosos no montijo.	Domicilio	5
Adónis	67	Encaminhamento feito através da instituição.	Paciente mora sozinho em condições precárias, sofre de ansiedade e de stresse pós-traumático, realizou várias tentativas de suicídio.	Aconselhamento	Institucional	3
Rosa	91	Solidão, ansiedade.	Paciente é viúva mora sozinha tem inúmeros problemas de saúde, já venceu o cancro da mama por duas vezes	Avaliação psicológica, Aconselhamento	Domicilio	3

Tabela 3

Continuação dos acompanhamentos individuais realizados no decorrer do estágio.

Nome	Idade	Motivo da consulta	Historia clinica	Intervenção	Contexto	Sessões
Girassol	69	Tristeza, sente-se abandonada pela família, que não tem qualquer voz ativa.	Paciente aos 25 anos teve tuberculose, nunca teve nenhum tipo de acompanhamento psicológico.	Aconselhamento.	Institucional	5
Estrelícia	70	Sentimento de desespero, tristeza e uma grande revolta	Paciente já foi acompanhada por psicólogos devido aos seus ataques de ansiedade.	Aconselhamento, psicoterapia de apoio.	Institucional	6
Túlipa	93	Solidão, o ser único filho encontra-se fora do país é a sua única família, sente-se abandonada e com um vazio inexplicável.	Nunca teve problemas de saúde, apenas toma um comprimido para dormir.	Aconselhamento.	Institucional	2
Anémona	73	Sentimento de solidão, ansiedade, sente-se posta de parte pela sua família.	Nunca teve qualquer tipo de acompanhamento a não ser o médico de família	Aconselhamento, psicoterapia de apoio	Domicilio	4
Boca de leão	81	Incapacidade de ultrapassar a morte da mulher, e grandes dificuldades em ajudar o filho que tem problemas motores.	Paciente tem problemas cardíacos já colocou 1 bypass.	Aconselhamento	Institucional	5

Tabela 4

Acompanhamentos em grupo de estimulação cognitiva realizados no decorrer do estágio

Nome	Idade	Objetivo	Intervenção	Contexto	Nº de sessões
Magnólia	72	Elevar as capacidades cognitivas, emocionais, comportamentais.	Estimulação cognitiva usando estratégias para aumentar a atenção, perceção, memória, linguagem, e orientação espacial\temporal	Institucional	15
Lírio	70	Elevar as capacidades cognitivas, emocionais, comportamentais.	Estimulação cognitiva usando estratégias para aumentar a atenção, perceção, memória, linguagem, e orientação espacial\temporal	Institucional	15
Jacinto	79	Elevar as capacidades cognitivas, emocionais, comportamentais.	Estimulação cognitiva usando estratégias para aumentar a atenção, perceção, memória, linguagem, e orientação espacial\temporal	Institucional	15
Gerbera	81	Elevar as capacidades cognitivas, emocionais, comportamentais.	Estimulação cognitiva usando estratégias para aumentar a atenção, perceção, memória, linguagem, e orientação espacial\temporal	Institucional	15
Narciso	83	Elevar as capacidades cognitivas, emocionais, comportamentais.	Estimulação cognitiva usando estratégias para aumentar a atenção, perceção, memória, linguagem, e orientação espacial\temporal	Institucional	15

Procedimentos

O estágio decorrido na Associação Pro Alcântara (IPSS), teve o seu início em outubro com uma pequena reunião na Junta de Freguesia de Alcântara com o presidente da associação para me dar a conhecer o funcionamento da mesma, qual a equipa multidisciplinar que dispõe, quais os seus objetivos e qual a sua população alvo, foram determinadas quais seriam as minhas funções enquanto estagiária, e que poderia realizar os projetos que melhor se destinassem aos utentes da instituição.

Numa primeira fase foi feito o reconhecimento da instituição, o seu modo de operacionalização e o conhecimento dos utentes que a integram, foi possível recolher dados sobre quais as necessidades desta população através de um questionário sociodemográfico e de uma pequena reunião com os utentes sobre qual seria o melhor modo de agir com a prática da psicologia clínica, numa segunda fase a observação direta foi de extrema importância nos meses que se seguiram bem como a minha integração, devido aos utentes já terem estado em contacto com vários estagiários foi necessário criar fortes laços de ligação com base no respeito e confiança, no final do mês de outubro foram atribuídos dois acompanhamentos um individual e um grupal.

Foi criado um gabinete de atendimento de psicologia clínica do qual os próprios utentes e a população da Junta de Freguesia de Alcântara poderiam frequentar, foram realizadas algumas visitas domiciliárias a utentes da associação bem como a indivíduos que não pertenciam à associação, houve uma intervenção devido a queixas existentes na Junta de Freguesia e da própria população, onde o idoso estaria em situação de isolamento social e a viver em condições precárias tanto a nível monetário, como higiénico. Os casos de negligência existentes na associação passam pelos familiares não prestarem apoio a estes idosos que vivem em situações precárias e com indícios de demência estando impossibilitados de viver sozinhos. Foi realizado um trabalho em

parceria com as assistentes sociais da Junta de Freguesia de Alcântara para que pudessem dar início a uma nova etapa da sua vida com o devido acompanhamento e apoio através de uma casa de repouso.

A associação todos os meses realiza várias recolhas e eventos, faz recolha alimentar nos supermercados da Alcântara, também recebe alimentos através do banco alimentar e das escolas do concelho, é realizada a recolha dos alimentos, a sua arrumação devida, onde semanalmente são feitos cabazes e a distribuição dos mesmos pelas várias famílias carenciadas indicas através da Junta de Ffreguesia. A associação também dispõe de outro tipo de ajudas, como computadores, cadeiras, mesas dos quais foram montados na associação com a finalidade de dar um maior conforto aos utentes, a associação também realiza o *open-day* sendo um pequeno evento aberto a toda a população com a finalidade de ajudar e de angariar fundos com valores irrisórios, do qual se pode adquirir roupa, bijuteria, loiça e brinquedos. A associação também faz variadas feiras onde numa delas é residente no mercado de Alcântara onde é vendido porta-chaves, bonecos, imãs, todos eles produzidos manualmente pelos utentes e funcionários com o principal objetivo de dar a conhecer a associação e quais os serviços que dispõe.

Foram desenvolvidas várias atividades com os utentes com a finalidade de procurar e reavivar as suas criatividades através de jogos lúdicos, passeios, teatros, pinturas e esculturas das quais iram ser detalhadamente descritas na tabela nº6.

Tabela 5

Horário realizado no estágio académico

Horas	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
10h	Pro Alcântara		Pro Alcântara	Pro Alcântara
11h	Pro Alcântara		Pro Alcântara	Pro Alcântara
12h	Pro Alcântara	Pro Alcântara	Pro Alcântara	Pro Alcântara
13h	Pro Alcântara	Pro Alcântara	Pro Alcântara	Pro Alcântara
14h	Pro Alcântara	Pro Alcântara	Pro Alcântara	Pro Alcântara
15h		Pro Alcântara		
16h		Pro Alcântara		
17h		Pro Alcântara		
18h		Pro Alcântara		

O horário de estágio no seu início sofreu algumas alterações para poder ir ao encontro de um maior número de horas onde os utentes estariam mais presentes na instituição, as horas apresentadas na tabela nº5 foram as que se sucederam desde o início do mês de novembro até ao final do mês de maio.

No horário do período da manhã às terças-feiras, quintas-feiras e sextas-feiras, eram realizados acompanhamentos e consultas na instituição e ao domicílio, foram executadas atividades lúdicas, recolhas de alimentos bem como a sua distribuição e almoços de solidariedade. Às quartas-feiras de 15 em 15 dias foi implementado a intervenção de estimulação cognitiva em grupo onde foram desempenhadas várias sessões que serão apresentadas detalhadamente.

Tabela 6

Atividades complementares realizadas no estágio académico.

Atividades	Pretendido	Objetivo proposto	Participantes	População alvo
Visitas domiciliárias	Acompanhamento de pessoas com fraca condição socioeconómica.	Amenizar os sentimentos de solidão, prevenção de isolamento e consequente degradação da qualidade de vida, tanto ao nível social como psicológico.	Estagiária de psicologia.	População da freguesia de alcântara, com idade igual ou superior a 65 anos, identificada pela instituição na qual é realizado este estágio.
Atividades lúdicas	Trabalhos manuais, atividades lúdicas em épocas festivas, organização e realização de eventos sociais, como visitas a monumentos, jardins, entre outros.	Estimular união, entreajuda, cognição e o relacionamento social.	Estagiárias de psicologia, auxiliares e a responsável pela instituição.	População da freguesia de alcântara, com idade igual ou superior a 65 anos.
Feira solidária	Dar a conhecer à população a existência desta instituição enquanto apoio social e local de compra solidaria.	Dar suporte e evitar isolamento social. Bem como obtenção de fundos para responder, cada vez mais e com maior qualidade, às necessidades apresentadas.	Estagiárias de psicologia e auxiliares.	População da freguesia de alcântara, com idade igual ou superior a 65 anos.

Tabela 6

Continuação das atividades complementares realizadas no estágio académico.

Cabazes alimentares	Recolha, organização e distribuição de cabazes quinzenalmente.	Atender o quanto possível às fragilidades socias e proporcionar uma melhor qualidade de vida com bens de primeira necessidade.	Toda a equipa multidisciplinar tinha uma participação fulcral nesta tarefa.	Famílias carenciadas, encaminhadas, após análise pela junta de freguesia de alcântara.
Estimulação cognitiva	Evitar um aumento do declínio cognitivo devido as idades avançadas.	Aumentar a perceção, a memória, e o raciocínio, ajudando na resolução de problemáticas bem como as tomadas de decisões.	Estagiária de psicologia.	População da freguesia de alcântara, com idade igual ou superior a 65 anos que fossem utentes da associação.
Acompanhamento psicológico	Prestar apoio, ajudar a resolver problemáticas do presente momento.	Proporcionar o bem-estar psicológico, promover as relações afetivas, e realizar o devido encaminhamento para os profissionais competentes.	Estagiária de psicologia.	População da freguesia de alcântara, com idade igual ou superior a 65 anos.
Vendas solidarias no Mercado da Rosa e no *Lx Factory*.	Vender peças produzidas na associação.	Através dos trabalhos manuais realizados pelos utentes e pelos estagiários, angariar fundos para a associação bem como a sua divulgação.	Utentes, funcionários e os estagiários de psicologia clínica e forense.	População da freguesia de alcântara
Recordar é viver	Evocar acontecimentos passados na infância e adolescência	Foi pedido que os utentes desenhassem animais, flores, brinquedos que lhes recordassem a sua infância e adolescência com a finalidade de estimular a sua memória.	Utentes da associação.	População da freguesia de alcântara

A associação Pro Alcântara nos primeiros dias de estágio foi pedido que acompanha-se idosos com mais de 65 anos de idade nas suas residências, para realizar um rastreio sobre as suas condições psicológicas bem como sanitárias, sendo utentes ou não da associação, pois o pretendido é intervir para proporcionar um bem-estar psicológico e identificar situações precárias e quais as suas necessidades, trabalhando em parceria com a Junta de freguesia de Alcântara e com a assistente social da associação, trabalhando em conjunto para obter as melhores respostas aos casos existentes no período de 28 de outubro até 20 de abril. As patologias mais frequentes direcionam-se para as depressões, demências e ansiedades.

Durante o decorrer do estágio académico foram realizadas inúmeras atividades lúdicas com os utentes da associação Pro Alcântara, uma vez por semana decorria uma atividade diferente, promovendo e incentivando os idosos para uma inclusão social. No dia 22 de Outubro foi realizada uma pequena reunião com os utentes explicando os objetivos propostos e que iria decorrer todas as semanas atividades diferentes, e que em épocas festivas iram ser trabalhados os temas como o Halloween, natal, dia dos reis, dia dos namorados, carnaval, dia da mulher, páscoa, 25 de abril, etc. Foram realizados desenhos, imãs, roupas com materiais doados à instituição, também foram realizadas aulas de pintura, de trabalhos manuais, de informática, de leitura, de teatro e passeios na localidade de Alcântara, pretendendo aumentar a autoestima e o bem estar-psicológico através da estimulação psicológica e motora.

Todos os meses na associação era realizado uma feira solidária com o nome de *open-day*, onde todos os funcionários e auxiliares da associação estão presentes com a finalidade de dar a conhecer à população de Alcântara a sua existência, quais os seus recursos que dispõe ao domicílio, quais as atividades que se realizam, bem como a ajuda a famílias carenciadas. Nesta feira eram vendidos os mais variados itens, como roupa,

brinquedos, e peças de loiça com um custo minino para ajudar a população a ter algumas necessidades básicas.

Os cabazes solidários eram executados de 15 em 15 dias, onde foram realizadas inúmeras recolhas de alimentos nos supermercados da Freguesia, com a participação dos estagiários, funcionários e auxiliares, onde as escolas secundárias também realizavam recolha de alimentos dos quais também doavam uma parte à associação, a ajuda do banco alimentar era crucial para a obtenção de legumes, frutas e produtos frescos que eram recolhidos todos os meses. A Junta de Freguesia de Alcântara indicava quais as famílias que necessitavam de apoio, as famílias carenciadas iam recolher os seus cabazes mensalmente na associação, os utentes da associação com necessidades mais elevadas também eram ajudados através da recolha de alimentos e de ajudas de patrocinadores, que todas as semanas entregavam bolos e pão.

As sessões de estimulação cognitiva tiveram o seu início dia 4 de novembro, sendo realizadas duas sessões na primeira e na terceira semana às quartas-feiras de cada mês, perfazendo um total de 15 sessões. O seu objetivo incidiu em reduzir ou minimizar as perdas cognitivas, trabalhando a memória, perceção, raciocínio, atenção, orientação, comunicação e expressão, aumentando os níveis socias e de autoestima para proporcionar uma melhor qualidade de vida. As sessões de estimulação cognitiva ocorreram na sala de convívio da Associação Pro Alcântara, a duração das sessões realizava-se no período da tarde com início às 15 horas e com o seu término às 17 horas. As sessões e os seus objetivos irão ser descritos detalhadamente no segundo caso clínico apresentado.

Outras atividades realizadas no estágio foram os acompanhamentos psicológicos que decorreram na associação e ao domicílio, os utentes que se deslocavam à associação pretendiam falar dos seus problemas atuais e como os poderiam resolver, problemas de

solidão, de isolamento social, de falta de apoio das suas famílias, onde as perturbações que se destacaram foram as depressivas e ansiosas, das quais alguns utentes foram encaminhados para os respetivos profissionais de saúde. Os acompanhamentos realizados ao domicílio, eram idosos com problemáticas psicológicas e motoras, resultantes em isolamentos sociais, as suas idades eram bastante elevadas não tendo apoio familiar, as principais patologias destacadas estão relacionadas com a demência, depressão e ansiedade. O papel do psicólogo clínico foi de manter uma postura empática, perceber quais as necessidades que estão inerentes a esta faixa etária e quais os meios que dispõe para poder ajudar a restabelecer a qualidade de vida ao idoso.

A associação está inscrita em dois mercados o mercado da rosa e do *Lx-factory* com a finalidade de alargar a sua divulgação na freguesia de alcântara, todos os objetos vendidos eram feitos pelos funcionários, estagiários e utentes, desde a porta-chaves, imãs, pinturas, aventais, brincos com a finalidade de obter lucros para poder reverter para a associação poder comprar materiais, para os utentes terem um maior conforto e sentido de pertença à sua comunidade.

Instrumentos

No presente estágio para a realização da avaliação psicológica, foi feito uma recolha de dados através da aplicação de provas psicológicas e técnicas de entrevista, foi executada a linha de vida para organizar de forma metódica todos os acontecimentos da vida do sujeito ajudando na localização dos eventos em termos temporais e espaciais, por último a observação direta, revelando-se a ferramenta principal para que possa ser possível de forma clarificadora adequar qual a melhor intervenção, devido a cada paciente ser um individuo único.

Questionário de estado de saúde SF-36v2

A versão original deste questionário pertence ao autor Jonh Jr, a versão portuguesa pertence a Pedro Lopes Ferreira, este questionário pode ser facilmente executado através de um telefonema ou presencialmente, é administrada a toda a população, desde adolescentes, adultos e também aos idosos (Pais-Ribeiro, 2005).

Este questionário pode ser feito a indivíduos que apresentem algum tipo de doença ou nenhuma, pretende medir a qualidade de vida e a saúde geral, contem 36 itens onde a sua média total para a sua realização consta de 10 min, as classificações estão entre a numeração de zero a cem, a pontuação de valor zero é avaliada como sendo o pior estado de saúde possível e a pontuação de valor cem é considerada a melhor saúde que o individuo pode conter em termos numéricos.

Este questionário pretende avaliar:

- Capacidade funcional, permite avaliar quais os *deficits* físicos na realização de tarefas diárias.
- Desempenho físico, avalia os *deficits* de desempenho, e as dificuldades\reduções de tarefas usuais e qual o desconforto causado.
- Saúde geral, permite verificar qual a perceção e resistência que o indivíduo tem no seu estado de saúde.
- Vitalidade, onde são obtidos os resultados sobre as variáveis de exaustão e de energia.
- Perspetivas sociais verificadas com aspetos qualitativos e quantitativos.
- Forma como a saúde física interfere nos funcionamentos sociais.
- Avalia os aspetos emocionais e as consequências dos mesmos para realizar atividades.
- Saúde mental.

Este questionário pretende alcançar resultados sobre as características do bem-estar no indivíduo psicologicamente em termos gerais, apresentando a validade de conteúdo para a dimensão de patologias como a depressão e ansiedade (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993).

Mini Mental State-Examination

Este teste é um instrumento que pretende avaliar as funções cognitivas, foi executado por Marshall Foltein no ano de 1975, com a finalidade de obter avaliações sobre o estado mental do individuo, sendo utilizado com mais frequência na terceira idade, a sua aplicação e cotação é bastante inteligível devido a medir estados demências (Spar & La Rue, 2005).

O MMSE avalia as orientações espácio-temporais, atenção\ cálculo, habilidades construtivas, evocação, linguagem e a capacidade de retenção de memória a curto e longo prazo, tem um total de 11 itens sendo uma compacta bateria de teste.

A cotação será feita através da nota obtida pelo indivíduo, a nota mínima é de zero e a nota máxima de 30 valores, com a obtenção dos valores é permitido observar o grau alcançado de escolaridade, os sujeitos que tem valores mais baixos tem um menor grau de escolaridade e com o avanço da idade os resultados destinam-se para um pioramento, os indivíduos que possuem um melhor grau de escolaridade os seus resultados são mais ressaltados do que aqueles tem um baixo ou nenhum grau de escolaridade, as cotações avaliam-se por analfabetos igual ou inferir a 15 pontos, de 1 a 11 anos de escolaridade com inferior ou igual a 22 pontos, e com escolaridade superior a 11 anos com a pontuação igual ou superior a 27 (Freitas, Simões, Alves & Santana, 2014).

Lista de Sintomas de Hopkins (SCL-90)

Esta prova pretende avaliar nove sintomas relacionados com o desajustamento emocional foi criado por Leonard R. Derogatis, o nome do teste é proveniente da Johns Hopkins University School of Medicine, a população alvo a que se destina pertence a uma faixa etária superior aos 13 anos de idade (Baptista, 1993).

A intenção deste instrumento é analisar as psicopatologias em 9 dimensões de sintomatologia através de 3 indicies gerais, o índice de stresse de sintomas positivos, o índice geral sintomático e por ultimo a totalização dos sintomas positivos, composto através de 90 itens para a autoavaliação das mesmas, sendo uma prova autoadministrada.

As nove dimensões baseiam-se na ideação paranoide, ansiedade, depressão, psicoticismo, ansiedade fóbica, obsessões\compulsões, sensibilização interpessoal e por último a somatização, as suas avaliações fazem-se através de uma escala numérica com a máxima pontuação de 4 valores, a sua atribuição varia como por exemplo zero=nunca, um=pouco, dois=moderadamente, três=bastante, e quatro=extremamente, (Coelho, Martins & Barros, 2002).

Para se obter a pontuação precisa, é necessário recolher a pontuação de cada item, somar-se os valores de cada conjunto a ser medido e depois faz-se uma divisão pelo número de itens desse conjunto obtendo os resultados, pois estes podem revelar-se inferiores a dois valores esta numeração encontra-se dentro dos parâmetros normalizados, os resultados que obtiverem valores entre o dois e dois e meio os parâmetros já se encontram no patamar *borderline*, e os resultados que se encontrem iguais ou superiores à pontuação de dois e meio, consideram-se dentro de patologias, este inventário tem a fidelidade e credibilidade psicométrica (Baptista, 1993).

Inventário de avaliação da Qualidade de Vida em adultos/idosos da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-OLD).

Este inventário foi criado através de uma cooperação internacional onde participaram vinte e dois centros de pesquisa a nível internacional, com a supervisão da OMS, este instrumento permite avaliar a qualidade de vida da terceira idade (Chachamovich, Trentini, Fleck, Schmidt & Power, 2008).

A versão Portuguesa contém 28 itens, com uma escala de respostas de tipo likert, indo do número um até ao número máximo de cinco pontos. Contém 6 º aspetos originais, a autonomia avaliando a tomada de decisões e qual a sua forma de estar\viver nos itens, 4-5-6-11, funcionamento sensorial, avaliando-o e quais as perdas sensoriais que obtém na realização de tarefas\atividades e as suas interações nos itens, 1-2-3-20; participações sociais, qual a sua participação nas mesmas em situações sociais e quotidianas nos itens, 14-16-17-18; atividades realizadas nas vertentes do passado, presente e que se irão suceder num futuro, assim pode-se avaliar quais foram os objetivos alcançados e quais estão por alcançar, nos itens, 12-13-15-19; intimidade, quais as relações intimas e pessoais que existem, nos itens, 21-22-23-24; e por último a morte, quais os medos e preocupações acerca deste tema, nos itens, 7-8-9-10, contudo foi criada um novo aspeto que foi introduzido e demostrado como sendo uma parte com elevada importância para a população portuguesa, o 7º aspeto pretende avaliar a família e a vida familiar, qual é a satisfação obtida com o tempo de relacionamento e quais as suas relações, nos itens, 25-26-27-28, sendo significativo para os termos psicométricos e culturais (Canavarro et al., 2006).

Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*)

Este inventario (*Beck Depression Inventory*) concretizado por Aaron Beck no ano de 1961, pretende medir gravidade e o grau de sintomatologia depressiva, a sua

realização pode ser executada em casa ou em condições de entrevista, o seu tempo de execução é de 5 a 10 minutos, a sua administração pode ser executada em adolescentes, adultos e idosos com uma faixa etária superior aos 13 anos de idade, os seus itens são de compreensão fácil e a sua pontuação é bastante simples, a sua composição é de 21 itens, com seis conjuntos que avaliam a possível patologia depressiva de tipo cognitivo, delirante, motivacional, funcional e físico, medindo os comportamentos cognitivos e os seus respetivos sintomas, o número máximo de pontuação é de três valores organizados na escala de likert, a soma total dos itens constitui o nível de gravidade e o grau de sintomatologia depressiva (Richter, Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998). A realização periódica do inventário BDI permite a avaliação da depressão existente, pois averigua o seu progresso e qual o sucesso de uma possível intervenção, existem quatro tipos de resultados de pontuação, a primeira de 0-13 apresenta nenhuma depressão, a segunda de 14-19 apresenta uma depressão leve, a terceira de 20-28, apresenta uma depressão moderada, e por último a quarta de 29-63 apresenta uma depressão grave (Figueiredo, Fernandes, Martins & Ramalho, 2007).

Ajustamento ao Envelhecimento

A Escala de Ajustamento ao Envelhecimento (ATAS) contem cinco dimensões, a) o senso de prepósito e as suas ambições, b) o entusiasmo e a espiritualidade, c) corpo e saúde, d) envelhecimento e estabilidade, e) pretende avaliar o apoio social, as respostas são cotadas através da escala tipo de likert com 7 pontos, a sua pontuação varia de 1= a nada importante a 7= a absolutamente importante num total de 22 itens

Esta escala pretende avaliar o bom envelhecimento entre os adultos mais velhos sendo um processo de ajustamento multifatorial (Humboldt, Leal, Pimenta & Moroco, 2013).

Conclusão Final

O estágio académico realizado teve a finalidade de proporcionar o primeiro contato direto com o que é a prática da psicologia clínica, o estágio ocorreu em contexto institucional, permitindo de uma forma mais abrangente ter contacto com idosos, famílias e toda uma comunidade. O trabalho realizado não se limitou apenas ao atendimento individual em consultório, mas também na realização de sessões em grupo, de acompanhamentos e de visitas domiciliárias permitindo explorar diferentes campos de intervenção, não estando obstante das dificuldades muitas vezes encontradas com os diferentes *settings*, causando uma rápida necessidade de adaptação e de mudança de estratégia para a obtenção de uma relação terapêutica. O profissional ao lidar com idades mais avançadas como a terceira idade tem de estar mais alerta para criar uma forte relação terapeuta\paciente, para poder delinear quais as metas terapêuticas que pretendem ser alcançadas, as técnicas mais utilizadas são a entrevista clínica e a observação direta.

Os objetivos propostos no início de estágio foram todos concretizados, passando pelo conhecimento sobre o funcionamento da instituição e todo o acompanhamento psicológico individual e grupal alcançando resultados bastante positivos, foi muito enriquecedor trabalhar com estes jovens adultos, levando a uma busca mais exaustiva sobre todas as problemáticas e necessidades que estão inerentes a esta faixa etária.

O estágio revelou que cada vez mais está presente a realidade que irá ser encontrada na prática profissional do psicólogo clínico permitindo a aplicação de conhecimentos e aquisição de novas competências para uma melhor preparação para um futuro profissional.

Reflexão final

Com a finalização do estágio académico realizado na Associação Pro Alcântara, devo agradecer a todos os funcionários da Associação que foram um apoio incondicional para todas as minhas dúvidas e questões fazendo todos os possíveis para a concretização deste estágio, aceitando todos os desafios propostos e atividades apresentadas. Este primeiro contacto direto com a prática profissional foi bastante positivo e enriquecedor. As intervenções realizadas no contexto domiciliário e comunitário, proporcionando novas capacidades de adaptação e de crescimento pessoal, tendo de lidar com obstáculos diários, estimulando a investigação de várias formas de resolução de problemáticas existentes direcionadas para a terceira idade.

O contacto direto com a população mais envelhecida é surpreendente pois estamos sempre aprender algo de novo. O estabelecimento de uma relação terapêutica com os utentes da associação revelou-se difícil, devido ao fato de todos os anos terem de lidar com novas estagiárias e o sentimento de abandono instala-se. Mas esta pequena batalha foi superada, passado um mês de estágio abriram os seus braços e os seus enormes corações, repletos de sorrisos contagiantes, quero agradecer a todos os meus utentes pela enorme aprendizagem e carinho que me deram.

Referências Bibliográficas

Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2003) *Psicopatologia do idoso adulto* (1ª ed.). Lisboa: Edições Piaget.

Alaphilippe, D. & Bailly, N. (2013). *Psychologie de l'adulte âgé*. de boeck.

Almeida, M. (2012). *As universidades da terceira idade: Novas aprendizagens ou centros de convívio*. Lisboa: Dissertação de Mestrado – Universidade Nova de Lisboa.

Almeida, N. (2004). *A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo*. Revista de Psicologia, vol. 5, n.1, p. 34-39.

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6 ed.). Washington, DC: Autor.

Anzieu, D. (2002), Clinica, Psicologia in Doron, R. e Parot, F. (eds.), *Verbete do Dicionário de Psicologia* (pp.140-141). Lisboa: Climepsi.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of lif-span developmental paycholoy : on the Dynamics between growyh and decline. *Develpmental psychology,* 23, 611-626.

Baltes, P. (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp. 7-26). Washington, DC: American Psychological Association.

Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e adolescência.* Dissertação de doutoramento apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas.

Barbosa, J. I. C., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma

abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12 (1/2), 60-79.

Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Belar, C. D. (2000). Psychological interventions and health: Critical

Benjamin Jr., L. T., DeLeon, P. H., Freedheim, D. K., & VandenBos, G. R. (2003).

Bennet, K. M. (1998). Longitudinal changes in mental and physical health among Elderly, recently widowed Men. *Mortality*, 3(3), 265-274.

Bernaud, J. (2000). *Métodos de avaliação da personalidade*. Lisboa: Climepsi

Bernstein, D. A., Clarke-Stewart, A., Penner, L. A., & Roy, E. J. (2012). *Psychology.*

Beutler, L. Clarkin, J. & Bangar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient.* New York: Oxford University Press.

Brito, I. A. G. S., Oliveira, J. A. & Sousa, L. F. D. (2003). A relação terapêutica evidenciada através do método de observação direta. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 139-149

Brito, S. (2003). *A psicologia clínica - Procura de uma identidade.* Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, 5(1).

Brito, S. (2008). A Psicologia clínica - Procura de uma identidade. *Psilogos*, *5*(1), 63-68.

Brown, S. D. & Lent, R. W. (2000). Handbook of counseling psychology (3ª ed.). John Wiley & Sons, Inc.

Campos, R. (2005). *Psicologia Comunitária da solidariedade social à autonomia* (10ªed). Petrópolis: Editora Vozes.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ..., Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da

Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.

CENSOS (2011). *Resultados Temporários, XV Recenseamento Geral da População. Edição 2011*. Estatísticas Oficiais.

Chachamovich, E., Trentini, C. M., Fleck, M. P. A., Schmidt, S., & Power, M. (2008). Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In M. P. A. Fleck (Org.), *A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde* (pp. 102-111). Porto Alegre: Artmed Editora.

Coelho, C. (20013). *O idoso e a memória: jogos de estimulação cognitiva*. Lisboa: PsicoDigital.

Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptons among adolescentes ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry, 17,* 222-226.

Combinato, D., & Queiroz, M. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia, 11* (2), 209-216.

Conter, G., Hass, M., Pasqualin, V., & Villwock, C. (2012). *A intervenção na crise do luto: intervir para elaborar*. 1-11.

Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: Abordagens atuais.* Porto Alegre: Artmed.

Cortes, L. (2004). *Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists. Family Journal,* 12 (2)184-188.

Cottraux, J. (1991). *Terapias comportamentales y cognitivas*. Barcelona: Masson.

Cowie, N. (2009). *Observation.* In: Heigham, J. & Crocker, R. A. Qualitative research in Applied Linguistics: a pratical introduction. Great Britain: Palgrave Macmilian.

Cunha, J. A. (2000). Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre: Artmed.

Dalton, J., Elias, M. & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking Individuals and communities.* Stamford, CT: Wodsworth.

Dias, N. (2013). *Solidão, Depressão e Qualidade de vida do Idoso em diferente Contextos de Vida: Aperspectiva do Próprio e do seu Cuidador* (Dissertação de

Diniz, A. M., Almeida, L. S., & Pais, L. G. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: Inquérito aos psicólogos portugueses. *Psico-USF*, *12*(1), 1-12.

Direção Geral de Saúde [DGS]. 2004. *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.*

Dryden, W., & Rentoul, R. (1991). *Adult clinical problems: A cognitive behavioural approach*. N.P.: Routledge.

Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes médicas.

Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schetini, R. & Luis del Rey, A. (2012). Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults. *GeroPsych,* 25 (3), 145-154.

Figueiredo, A. C., Fernandes, S., Martins, C. & Ramalho. V. (2007). *Estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de Psicologia.* Revista Semestral da Área de Psicologia da Universidade São Francisco 12, 2: 239 - 248.

Firmino, H. (2006). *Psicogeriatria.* Psiquiatria Clínica.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (pp. 20-77). Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica* (2nd ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Fonseca, A. M. (2012). O Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição-Adaptação no decurso do Envelhecimento. In Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.),

Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociaisdo envelhecimento (p. 95-106). Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica* (2.ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Franchi, K. M. B. & Junior, R. M. M. (2005). Atividade física: Uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18 (3),152-156.

Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2014). *Mini mental state examination (MMSE): Normative study for the portuguese population in a community stratified sample.* Applied Neuropsychology: Adults. doi: 10.1080/23279095.2014.926455.

Freud, S. (1976). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* Vol. 14, 141-152. Brasil: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5th ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Góis, C. W. (2008). Psicologia comunitária. *Universitas Ciências da Saúde*, *1*(2), 277-297.

Gomes, A. (1999). Psicologia comunitária:Uma abordagem conceitual. *Psicologia: Teoria e Prática*, *1*(2), 71-79.

Gonçalves, L. (2007). O Campo da Gerontologia e os seus Desafios. *Revista De Saúde*, *3*(1), 12-19.

Gonçalves, O. (2004). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento.

Gonçalves, O. (2004). *Terapias cognitivas: Teorias e práticas*. Porto: Edições Afrontamento

González, A. M. (1998). *Psicologia Comunitária: Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Sintesis Psicologia.

Grilo, R. (2014). *Integração do psicólogo no serviço de apoio domiciliário* (*Intervenção com o idoso*). Revista Psicologia na Atualidade, 18.

Hendriks, G. J., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & van Balkom, A. J. L. M. (2008). *Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis*. Acta Psychiatrica Sandinavica, 117, 403–411. John Wiley & Sons.

Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2013). Assessing Adjustment to Aging: A validation study for the Adjustment to Aging Scale (Atas). *Springer Science + Business Media Dordrecht*. doi: 10.1007/s11205-013-0482-9.

Kahn, R. (2002). On successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist, 42* (6), 725-726.

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações.

Leal, I. (2000). Entrevista clínica de psicoterapia de apoio. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada-CRL.

Leal, I. (2008). *Entrevista psicológica:Técnica, teoria e clínica.* Lisboa: Fim de século.

Levine, M., Perkins, D. D. & Perkins, D. V. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.

Mackinnon, RA & Yudofsky, SC (1988). *A avaliação psiquiátrica na prática clínica.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Madeira, J. (2013). Pensar no ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre as gerações. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo & A. Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp. 23-28). Ponta Delgada: Letras Lavadas edições

Maton, K., Perkins, D. & Saegert, S. (2006). Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research. *American Journal of Community Psychology, 38*(1/2), 9-21.

Moita, V. (2001). Aconselhamento e clínica em psicologia. *Revista de Humanidades e Técnologias, 4/5*, 148-153.

Monteiro, M & Ribeiro dos Santos, M. (1999). *Psicologia*. Porto: Porto Editora.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicologia comunitaria: dessarollo,conceptos y procesos.* Buenos Aires: Paidós

Moraes, J., & Souza, V. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (4), 302-308.

Namora, F. (1977). *Deuses e Demónios da Medicina.* Circulo de Leitores.

Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clinica, social e mercado*. São Paulo: Escuta.

Novo, R. F. (2000/2003). *Para além da Eudaimonia: O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada.* Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011*). Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses.* Diário da República, 2.ª série, 78, 20 de abril de 2011, 17931- 17936.

Orford, J. (2008). *Community Psychology: Challenges, controversies and emerging consensus.* John Wiley and Sons.

Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária - Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, *3*(XV), 375-388.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século - Edições, Sociedade Unipessoal.

Pais Ribeiro, J. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da perceção do estado de saúde.* Lisboa: Fundação Merck.

Parkes, C. M. (1998). Coping with loss. Bereavement in adult life. *BMJ*, 316, 856-859.

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à Psicologia Cínica.* Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, C. S. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em avançada residentes em lar:Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo* (Dissertação de Mestrado). Universidade dos Açores- Departamento de Ciências de Educação, Ponta Delgada.

Pinto, A. C. (2001). *Psicologia Geral.* Lisboa: Universidade Aberta.

Pinto, A., Rosa, M., Rendas, A., Botelho, M., Santos, A., Grazina, M., Bom, A., Veríssimo, M., Viera, A., & Pinto, M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.

Plante, T. G. (2011). *Contemporary clinical psychology.* New Jersey: Wiley.

Prigatano, G. P. (1997). Learning from our successes and failures: Reflections and comments on cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 497 - 499.

Pró-Alcântara (2011). *Pró-Alcântara, Associação de Solidariedade e Apoio Social*.

Psychology as a profession. Em D. K. Freedheim, & I. B. Weiner, *Handbook of psychology: History of psychology (Vol. 1, Chap. 2, pp. 27-45). New Jersey:*

Ramiro, J. (2012). *Envelhecimento e dinâmicas sociais*. Universidade de Coimbra-Faculdade de Economia, Coimbra.

Rappaport, J. & Seidman, E. (2000). *Handbook of community psychology.* Springer.

Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and Action.* New York: Halt, Rinehart & Winston.

Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, *4*, 543-557.

Ribeiro, J. & Leal, I. (1996). Psicologia Clínica da Saúde, 4 (XIV), 589-592.

Ribeiro, J. (1989). Intervenção Psicológica na Saúde. *Jornal de Psicologia*, 8, 2, 19-22.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.

Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). *On the validity of the beck depression inventory.* A Review. Psychopathology, 31, 160-168. doi: 10.1159/000066239

Rodrigues, C. (2013). *A Solidão e a Depressão nos idosos: Estudo numa amostra da População Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Schmidt, M. L. S. (1987). *Aconselhamento psicológico: questões introdutórias*. In Rosenberg, R. L. Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. São Paulo: EPU.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2007). *História da Psicologia Moderna.* (8ªEd).

Schulz, R. (2006). *The Encyclopedia of Aging* (4th ed., pp. 460-601-2 volume:A-K). Springer Publishing Company.

Souza, A., Moura, D., & Corrêa, V. (2009). Implicações do Pronto-Atendimento Psicológico de Emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia, Ciência e Profissão, 29* (3), 534-543.

Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido:Uma meta no curso da vida. *Psicologia, 19* (1), 81-94.

Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society, 19* (1), 33-51.

Trindade, I. & Teixeira, J. (2000). Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença – Intervenção privilegiada em psicologia da saúde. *Análise Psicológica, 1 (XVIII)*, 3-14.

Vidal, A. S. (1996). *Psicologia Comunitária: Bases conceptuales y Métodos de intervención*. Barcelona: EUB.

Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. (1993). *SF-36 Health survey: Manual & interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Whitbourne, S. & Whitbourne, S. (2011). *Adult development and aging: biopsychosocial perspectives* (4th ed., pp. 3-19). Hoboken: Wiley

Wilmoth, J. & Ferraro, K. (2007). *Gerontology Perspectives and Issues* (3rd ed.). New York: Springer Publisching Company.

Woolfe, R., Strawbridge, L., Douglas, B. & Dryden, W. (2010). *Handbook of counseling psychology* (3ª ed.) SAGE Publications Ltd.

Worden, W. J. (2002). Grief counselling and grief therapy. *A handbook for the mental health practioner*. New York: Springer.