

UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas

RELATÓRIO DA DISCIPLINA

Margarida Pedroso de Lima
Coimbra, 2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas

Relatório da disciplina *Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas*, apresentado nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Junho, no âmbito das Provas para atribuição do título académico de Agregado em Psicologia.

Margarida Pedroso de Lima
Coimbra, 2012



Where you stumble, there you shall find your treasure.

Bogart & Landau, 2005, p. XI.



O presente Relatório corresponde ao requisito legal previsto no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º239/2007, de 19 de Junho – relativo às Provas para atribuição do título de Agregado em Psicologia – e incide sobre a disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas (IPI), uma unidade curricular semestral, obrigatória para a área de Psicogerontologia Clínica e opcional para as restantes especializações. Esta disciplina, com um total de 45 horas teórico-práticas de contacto (uma carga horária semanal de 4 horas), correspondendo a 6 unidades de créditos (ECTS), pertence à área científica de Psicologia e integra o 1.º ano do 2.º ciclo de estudos da formação em Psicologia pela Universidade de Coimbra, correspondente ao Mestrado Integrado (cf. Despacho n.º 23749/2006, in Diário da República, 2.ª série – N.º 224 – 21 de Novembro de 2006).

Índice

Parte I – Fundamentação teórica

Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas: Uma disciplina para novas necessidades sociais e novas competências do psicólogo

- Capítulo 1** – O envelhecimento populacional em Portugal e no mundo 13
- Capítulo 2** – O desafio da qualidade de vida e do bem-estar na idade avançada 15
- Capítulo 3** – A intervenção na idade avançada 19
- Capítulo 4** – A psicoterapia na idade avançada 25
- Capítulo 5** – O perfil do psicoterapeuta de pessoas idosas 27
- 5.1. As orientações da APA 27
 - 5.2. O modelo Pikes Peak 28
- Capítulo 6** – A disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas como disciplina científica 31
- 6.1. A Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas como disciplina da Psicologia 31
 - 6.2. A Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas no ensino universitário em Psicologia ao nível nacional 33

Parte II – Proposta pessoal e enquadramento

A unidade curricular de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas

- Capítulo 7** – A escolha da Unidade Curricular de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas 39
- Capítulo 8** – Enquadramento institucional e curricular da disciplina na formação em Psicologia e no curso de Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC 43
- 8.1. A disciplina de IPI no curso de Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC 43
 - 8.2. Conhecimentos de base recomendados (áreas e disciplinas) — articulação horizontal e vertical da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas com outras unidades curriculares da Psicologia 44
- Capítulo 9** – Programa e organização curricular da disciplina: objetivos gerais, competências e conteúdos 47
- 9.1. Objetivos gerais da unidade curricular e competências a desenvolver 48

9.2. Descrição sucinta dos conteúdos: Programa geral da Unidade Curricular	49
9.2.1. Apresentação da Unidade Curricular	49
9.2.2. Unidades temáticas de ensino	50
Capítulo 10 – Desenvolvimento teórico-conceitual	55
10.1. Unidade temática I – Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral	55
Aula n.º 1	55
Aula n.º 2	58
Aula n.º 3	61
10.2. Unidade temática II – Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto. Modelos compreensivos e estratégias de intervenção	64
Aula n.º 4	60
Aula n.º 5	67
Aula n.º 6	70
Aula n.º 7	72
Aula n.º 8	75
10.3. Unidade temática III – Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica — Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências	77
Aula n.º 9	77
Aula n.º 10	81
10.4. Unidade temática IV – Intervenção no Abuso e maus tratos	83
Aula n.º 11	83
Aula n.º 12	86
10.5. Unidade temática V – Intervenção em grupo: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada	88
Aula n.º 13	88
Aula n.º 14	90
Aula n.º 15	93
Capítulo 11 – Programa e organização curricular da disciplina: metodologia, avaliação e bibliografia	97
11.1. Metodologias de ensino e aprendizagem	97
11.2. Avaliação	100
11.2.1. Avaliação dos alunos	100
11.2.2. Avaliação das docentes e do processo de ensino/aprendizagem	101
11.3. Língua de ensino	101
Referências bibliográficas gerais do relatório	103
Anexo 1 — Linhas orientadoras da APA para a prática psicológica com adultos idosos	107
Anexo 2 — Disciplinas em Universidades Portuguesas sobre Intervenção Psicoterapêuticas com Pessoas Idosas	111
Anexo 3 — Programa da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Idosos	113
Anexo 4 — 10 princípios da Validação desenvolvidos por Naomi Feil	115
Anexo 5 — Prova tipo A (exemplo)	117

Knowing others is wisdom; Knowing the self is enlightenment.
Mastering others requires force; Mastering the self needs strength.

Lao Tzu (Tao Te Ching. 600 aC – 531aC)



Parte I – Fundamentação teórica
Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas: Uma
disciplina para novas necessidades sociais e novas
competências do psicólogo

Capítulo 1 — O envelhecimento populacional em Portugal e no mundo

Na maioria dos países, o número de pessoas com mais de 60 anos encontra-se a crescer a um ritmo mais acelerado do que qualquer outra faixa etária, representando 14.3% da população nos países desenvolvidos (World Health Organization, 2011). De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a população idosa deverá constituir 30 a 40% dos efetivos, entre 2025 e 2050 (World Health Organization, 1999).

O envelhecimento da população pode ser visto como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento social. Contudo, acarreta a necessidade de lidar com desafios vários, de potenciar a capacidade funcional e de saúde dos mais idosos, bem como a sua participação social e segurança. Estes desafios incluem uma crescente demanda por cuidados na doença; uma maior necessidade de preparação dos profissionais de saúde na área da gerontologia; um aumento da procura de cuidados de saúde de longa duração, particularmente no contacto com a demência; e o combate ao *ageism* que nega às pessoas mais velhas os direitos e oportunidades disponíveis para os outros adultos (World Health Organization, 2011). Implica ainda reinventar a sociedade contemporânea de molde a criar oportunidades e a modificar práticas e discursos sobre os mais velhos.

Podemos, pois, afirmar que a escalada demográfica e a crescente ‘pressão’ que a população idosa está a exercer sobre os serviços e as políticas de saúde levam à necessidade de antecipar, prever e acolher formas de intervenção variadas e multidisciplinares. É fundamental estarmos cientes que temos pouco tempo para preparar os nossos sistemas de saúde e sociais para um mundo que está a envelhecer. Dar conta da complexidade dos problemas da população idosa, população esta que é muito heterogénea e cujos problemas se devem a um leque de influências tecidas ao longo de 65, 80, 100 anos, não é fácil. Se o nosso alvo é a manutenção e a melhoria da qualidade de vida e da saúde desta camada da população, deveria-

mos usar meios que já se mostraram eficazes e profissionais que já se mostraram competentes para o fazer (Ferreira-Alves, 2010), mas temos também que ir mais longe já que, cada vez se compreende mais, que a definição identitária do que é a velhice é algo em aberto.

As dificuldades advêm não só dos inúmeros fatores que interatuam mas também do facto de termos que lidar com muitas variáveis complexas que se desenrolam/estendem no tempo. No início do século XXI, a humanidade confronta-se, assim, com a sua perenidade: afinal somos mortais. Como conciliar então a entropia, aparentemente espetável dos sistemas humanos, com valores como os da integridade, da saúde e do desenvolvimento?

Capítulo 2 – O desafio da qualidade de vida e do bem-estar na idade avançada

Como referimos no capítulo anterior, a par com o envelhecimento populacional, foram surgindo uma panóplia de desafios e questões às quais as sociedades contemporâneas não se têm revelado cabalmente preparadas para responder. A nosso ver a dificuldade em dar resposta reside na rapidez da inversão dos paradigmas — demográficos, familiares, económicos, sociais e psicológicos. Sem os elencar, referimos, a título de exemplo, a passagem de um modelo demográfico de estreitamento no topo e alargamento na base da pirâmide de idades, para um de progressivo alargamento no topo e estreitamento na base; a mudança na estrutura familiar devido às novas formas de família — consequência da entrada das mulheres no mercado de trabalho; e a passagem do paradigma do declínio ao longo do ciclo de vida para um modelo multidimensional e multidirecional.

Uma destas questões centrais — a da qualidade de vida das pessoas mais velhas — tem sido um dos quebra-cabeças das políticas de segurança social. Efetivamente, questionarmo-nos sobre como fazer face a um número crescente de pessoas que, como consequência da política nacional de pensões, ganham pouco; que devido à não obrigatoriedade da educação no início do século XX são pouco escolarizadas; que como resultado de hábitos alimentares menos saudáveis e da falta de cultura desportiva têm múltiplos problemas de saúde; e que, por terem sido de coortes não habituadas a uma cidadania participativa, são pouco comprometidas e interventivas socialmente. Como ajudar este número crescente de pessoas a viver plenamente, como transformar as estruturas sociais de modo a adaptarem-se às suas necessidades e interesses? Quais são os seus interesses? O que é a qualidade de vida? O que é a qualidade de vida e o bem-estar na última fase do nosso ciclo de vida? Quais as leis de proteção das pessoas idosas em Portugal? E no Conselho da Europa?

Cientes da diversidade de conceitos que pretendem definir/explicar/operacionalizar o que é uma vida feliz, não pretendemos, nesta introdução teórica ao Relatório

da disciplina de IPI, fazer um levantamento exaustivo dos mesmos, mas apenas chamar a atenção para a centralidade desta questão para a intervenção. Na sua maioria estes conceitos são multidimensionais, pelo que, no que concerne, por exemplo, ao conceito de qualidade de vida, embora não havendo uma definição universalmente aceite, para a generalidade dos autores (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005), ele engloba critérios objetivos e mensuráveis, como o tipo de habitação ou a manutenção das atividades de vida diária (Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2005); bem como componentes subjetivos que enfatizam “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, 103). Por seu turno, o conceito de bem-estar subjetivo subdivide-se nos componentes afetivo e cognitivo, enquanto o bem-estar psicológico comporta seis dimensões. Para Baltes, Staundinger e Lindenberger (1999) o envelhecimento bem-sucedido implica três mecanismos de adaptação interativos — seleção, otimização e compensação — os quais procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas. Enquanto Palmore (1995), na *Encyclopedia of Aging*, propõe que o envelhecimento bem-sucedido se defina por três dimensões: “sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de incapacidades), e satisfação com a vida (felicidade)” (p. 914).

Sejam quais forem os fatores ou dimensões compreendidos nestes conceitos, quando chegamos ao estudo da idade avançada os conceitos como qualidade de vida, bem-estar e felicidade abarcam sempre aspetos como a independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental e saúde. Subjacente está a ideia de que, com o avançar da idade, há uma maior probabilidade de as pessoas vivenciarem um conjunto de desafios, fruto de vários fatores como o estilo de vida e as exigências da sociedade onde estão inseridas.

Em suma, a aceitação da complexidade e multidimensionalidade deste domínio tem óbvias implicações para a intervenção, tornando-a mais complexa e variegada.

Outro aspeto, também muito importante na compreensão de conceitos, como a qualidade de vida, o sucesso e o bem-estar, é a sua estreita relação com modelos/teorias/paradigmas sobre o envelhecimento. Como veremos no capítulo seguinte, grande parte das propostas de intervenção, surgidas a partir de meados do século XX, são influenciadas pela conhecida teoria da atividade (*activity theory*). Esta propõe que as pessoas envelhecem melhor quando participam em muitas atividades (Lemon, Bengtson, & Peterson, 1972) e explica o aumento do ativismo sénior, iniciado nos anos 60 e 70 do século XX nos Estados Unidos da América, e o aparecimento dos centros de dia. Ekerdt (1986) designou esta perspetiva como ‘*busy ethic*’. A investigação, por seu lado, sublinhando a heterogeneidade vivencial das pessoas idosas — em que algumas pessoas preferem vidas muito menos estruturadas ou não têm nem a saúde nem os meios para seguirem um calendário de atividades, tem vindo a considera-la uma teoria demasiado restritiva.

A teoria da continuidade (*continuity theory*; Atchley, 1972), em contrapartida, propõe que as pessoas que envelhecem com mais sucesso são aquelas que continuam a manter seus hábitos, preferências e estilos de vida da meia-idade. Esta teoria tem bastante apoio por parte de estudos longitudinais que têm mostrado que variáveis medidas na meia-idade são fortes preditores dos resultados na velhice, e fundamenta muitas das políticas de prevenção. Os alicerces da velhice bem-sucedida são fundados em estilos de vida construídos ao longo de uma vida. O desenvolvimento desses hábitos, que mantêm o corpo e a mente saudável através do exercício, bons hábitos de nutrição e envolvimento em atividades interessantes que desafiam a mente, relacionam-se com a educação e o apoio social. A última fase do nosso ciclo de vida não representaria um corte radical com o passado (possivelmente nem um corte representa) já que a entrada na velhice é uma construção social.

Até 1980, muitos investigadores definiram o envelhecimento bem-sucedido em termos de duração da vida, e ainda hoje se estudam os fatores que levam as pessoas a viver vidas extraordinariamente longas. Seguiu-se a investigação sobre as formas de atrasar os declínios a favor de ‘uma esperança de vida ativa’, ou seja, o número de anos passados sem doenças e incapacidades (Fries & Crapo, 1981). Esta tendência indicia que a *qualidade* de vida é tão importante como a *quantidade* de vida ou, pelo menos, uma componente essencial do envelhecimento bem-sucedido.

Na década de 90 do século passado, apareceram dois novos modelos de envelhecimento bem-sucedido. Um dos modelos, enfatizando o potencial de crescimento e os pontos fortes dos indivíduos que estão a envelhecer (Sullivan & Fisher, 1994), surge como alternativa ao modelo do declínio e da perda, e utiliza conceitos como enriquecimento de vida (Manheimer, 1994), *empowerment* (Myers, 1990), consciencialização (Langer, 1989), eus possíveis (Markus & Nurius, 1986) e auto-controlo¹ (Bandura, 1982), para descrever esta fase da vida caracterizada pela auto-atualização. Numerosos livros têm sido publicados com temas afins, com títulos positivos: *The Fountain of Age* (Friedan, 1993), *In Full Flower: Aging Women, Power and Sexuality* (Banner, 1992), *Reclaimed Powers* (Gutmann, 1987), *The Ageless Self* (Kaufman, 1986), *Vital Involvement in Old Age* (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986), *Productive Aging* (Butler & Gleason, 1985). Embora, algo semelhante à teoria da atividade na sua ênfase na ação e, até, à teoria da continuidade na sua orientação desenvolvimental, esta abordagem focando os pontos fortes realça as dimensões internas da experiência e o papel chave da motivação intrínseca como os fundamentos para a ação e fonte de resiliência para os indivíduos que estão numa idade avançada (Bearon, 1996).

O outro modelo de envelhecimento bem-sucedido tem-se debruçado no desen-

¹ O controlo sobre as situações e a autoeficácia estão associados a práticas de saúde positivas, ausência de doenças crónicas, boas aptidões funcionais e a autoperceção positiva de saúde.

volvimento de esquemas de envelhecimento bem-sucedido aplicáveis a pessoas que experienciam dificuldades significativas na última fase da vida. Embora a discussão destes aspetos tenha ocorrido, durante décadas, entre os cuidadores de pessoas incapacitadas e institucionalizadas, a maioria dos gerontologistas têm negligenciado estas populações nas suas teorias e modelos de envelhecimento bem-sucedido. Efetivamente, num artigo importante e provocante sobre o envelhecimento bem-sucedido, Austin (1991) recordou que a comunidade gerontológica não se podia esquecer daqueles que não podem envelhecer bem devido a fatores sociais a que estão sujeitos ao longo do seu curso de vida (*e.g.*, pobreza, má nutrição, mau alojamento, oportunidades educativas limitadas, abuso ou perdas catastróficas) e que reduzem as alternativas de vida e limitam o acesso ao *'aging well lifestyle'* (Bearon, 1996).

Divergindo de trabalhos da década de 80, que colocaram a tónica na 'maximização da independência' ou na 'promoção da autonomia' dos idosos frágeis, Lustbader (1991) descreveu as possibilidades de encontrar satisfação e sentido nos estados de dependência, incluindo momentos de consciencialização plena, intimidade verdadeira com os membros da família e renascimento espiritual².

No seu todo, estes padrões emergentes, de acordo com Bearon (1996), sugerem uma abordagem bipartida para definir *successful aging* (uma, para pessoas idosas saudáveis e, uma outra, para as fragilizadas³) e que se enquadra mais na realidade empírica do envelhecimento podendo, inclusivé, diversificar-se para ir ao encontro da heterogeneidade da população mais idosa. Para ultrapassar este impasse tem-se proposto a investigação que se coloca na perspetiva da pessoa idosa. Neste enquadramento o *successful aging* é medido não apenas pela ausência de problemas mas por indicadores de bem-estar subjetivo como a satisfação com a vida, a felicidade, a moral, o contentamento, a qualidade de vida percebida ou outras medidas relacionadas negativamente como a depressão, a ansiedade, etc. Novos esforços na medição da qualidade de vida (Guyatt & Cook, 1994) e nos objetivos pessoais (Bearon *et al.*, 1994), bem como estudos qualitativos inovadores sobre as percepções da satisfação com a vida e do envelhecimento bem-sucedido (Fisher, 1992) sugerem que existem muitos trilhos novos e frutíferos, para capturar e comparar resultados individuais e desenvolver uma visão sobre o envelhecimento mais respeitadora das diferenças culturais e individuais.

² Por exemplo Gwyther (1995) escreve sobre como otimizar o bem-estar espiritual das pessoas com doença de Alzheimer e com limitações profundas.

³ Esta dupla face do envelhecimento já foi estudada por Erikson, que propôs a generatividade versus estagnação como conflito característico da última fase da vida.

Capítulo 3 – A intervenção na idade avançada

Na lição que acompanha este relatório sublinhámos que a intervenção incluía uma grande amplitude de processos em função dos objetivos, áreas de intervenção, técnicas a usar, enquadramentos e agentes de mudança. Embora nesta disciplina o nosso foco seja a intervenção psicoterapêutica na idade avançada gostaríamos, neste capítulo, seguindo sobretudo a perspectiva de Ribeiro (1995), de abordar as respostas/decisões políticas específicas para a Terceira Idade em Portugal. Estas enquadram-se quer no âmbito da Segurança Social quer nas políticas de outros sectores (Ribeiro, 1995). Nestes, destaca-se a discriminação positiva no acesso a determinados bens e serviços essenciais, como os transportes, telecomunicações e energia e apoios como o Complemento Solidário para Idosos, os descontos especiais no cartão idoso, no Instituto Nacional de Aproveitamento do Tempo Livre dos Trabalhadores (INATEL), na Associação Portuguesa de Desporto Sénior, na Academia da Cultura e Cooperação, no Instituto Português do Património Arquitetónico e no Instituto Português de Museus (Ribeiro, 1995). Esta opção justifica-se pelo impacto destas medidas em todas as práticas direcionadas aos mais velhos, bem como, nas próprias vivências destas pessoas.

A lei da Segurança Social vigente assenta em dois princípios fundamentais: o da Subsidiariedade Social e o da Coesão Geracional. Assim, para além de se reconhecer a importância da família e dos vizinhos, que facilitam a permanência da pessoa de idade no seu domicílio, reconhece-se como pertinente o desenvolvimento de um Plano Gerontológico Nacional. Deste modo, nas situações em que não se consiga a proteção dos grupos mais vulneráveis (onde se enquadram as pessoas de idade avançada) através da solidariedade, a ação social intervém (Ribeiro, 1995).

Em matéria de proteção dos mais velhos, a oferta no âmbito da ação social é bastante ampla uma vez que existem os lares, as residências, o sistema de acolhimento familiar de idosos, o acolhimento temporário de emergência para idosos, os centros de noite, os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia, etc. No

entanto, a necessidade de uma maior diversificação de ofertas, bem como uma integração das mesmas, é urgente.

Em Portugal também existem outros programas de proteção social para os adultos de idade avançada, como o Programa de Apoio integrado aos idosos (PAII⁴). Para as pessoas idosas dependentes existem respostas como Serviços de Apoio Domiciliário Integrado (SADI⁵); Unidades de apoio Integrado (UAI⁶); Plano Avô⁷; Programa de apoio a iniciativa Privada Social. Existem ainda, nas políticas sociais de apoio ao idoso, o Acolhimento familiar de idosos (AFI⁸) e o Centro de Noite (CN⁹).

Ao nível nacional, entre 1976 e 1985, com a declaração de uma política da terceira idade, na Constituição de 1976, verifica-se uma alteração na forma de tratar as pessoas idosas (Ribeiro, 1995). A alteração mais visível concretiza-se na transformação dos asilos em lares e na emergência de serviços e instituições para os mais velhos, partindo do pressuposto das vantagens das atividades culturais, recreativas e desportivas, bem como do convívio e informação sobre cuidados de saúde (Ribeiro, 1995). Subjacente está a defesa de um modo de vida que veicula uma nova representação social do idoso, não o idoso desfavorecido, dependente, cristalizado, mas o idoso ativo, autónomo, integrado — o que constitui a categoria social designada por terceira idade (Santos, 1993).

Esta política de manutenção e participação do idoso no respetivo meio social, embora preconizada pelo Estado, também se caracterizou pelo não envolvimento deste, principalmente ao nível financeiro, fazendo um apelo à contenção de des-

⁴ O PAII é uma proposta inovadora do Ministério da Saúde e da Solidariedade, enquadrado pelo Despacho Conjunto n.º 116/94, de 20 de Julho, e tem como objectivo promover a autonomia das pessoas idosas no domicílio, melhorar a qualidade, a mobilidade e a acessibilidade a serviços.

⁵ No sentido de melhorar os cuidados prestados e a humanização dos mesmos, evitando que após a alta hospitalar ou em situação de doença prolongada a pessoa idosa se sinta “abandonada”, foi implementado o Serviço de Apoio Domiciliário Integrado através do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho.

⁶ Ao abrigo do Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, a UAI foi criada para prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podem, de acordo com a avaliação médica, manter-se no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

⁷ O plano Avô desenvolve um processo de certificação da qualidade das instituições prestadoras de serviços de apoio a idosos e simultaneamente aposta na formação de recursos humanos.

⁸ Consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas.

⁹ O CN, regulado pelo Decreto-Lei n.º 12/2006, é uma resposta desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, dirigida a idosos com autonomia, que desenvolvem as suas actividades de vida diária no domicílio mas que durante a noite desejam apoio e companhia.

pesas e ao envolvimento de outros parceiros do Estado, nomeadamente de instituições que fossem, de preferência, autónomas financeiramente.

O programa do X Governo Constitucional, em matéria de política para a terceira idade, revela-se bastante incipiente, pois não há uma menção direta e explícita no que diz respeito a uma política específica para esta categoria social (Ribeiro, 1995) mantendo-se, por conseguinte, o anteriormente prescrito.

A influência da Comunidade Europeia fez-se sentir na área específica da política para a terceira idade, no início da década de 90 (entre 1991 e 1993), tendo surgido então o primeiro Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas. No entanto, o empenhamento pela dimensão social, e em particular pelas pessoas idosas, por parte da Comunidade Europeia, deve-se a este grupo etário passar a ser representativo, em termos políticos.

Com o XIII Governo Constitucional do Partido Socialista, prossegue a política de manutenção dos idosos na sua residência, e apoiam-se projetos que visam criar respostas às diferentes necessidades vividas pelos mais dependentes: os passes para a terceira idade, serviço de telealarme, serviço de apoio domiciliário, centro de apoio a dependentes, formação de recursos humanos, saúde e termalismo e o turismo sénior (Ribeiro, 1995).

A partir da década de 90, através dos *media* e da comemoração de determinados anos dedicados às pessoas idosas foi dada uma maior visibilidade ao problema social da terceira idade. Efetivamente, a cronologia dos Anos Internacionais dá-nos o fio-de-prumo das preocupações sociais mais marcantes nas sociedades ocidentais, salientando-se que apenas em 1999 tivemos o Ano Internacional das Pessoas Idosas, intitulado *Uma sociedade para todas as Idades* e promovido pelas Nações Unidas. Em 2012, o Ano do Envelhecimento Ativo marca a tomada de consciência mundial para a necessidade de mudar as práticas sociais no que respeita aos mais velhos.

Assim, a Organização Mundial de Saúde, para além das ações de consciencialização, tem defendido o investimento nas ações preventivas. As políticas de envelhecimento ativo vão nesse sentido, com vista a melhorias no estado de saúde das pessoas idosas e à redução de doenças crónicas, sob a forma das medidas que passamos a elencar: decretar políticas e programas que abordem os fatores económicos que contribuem para o aparecimento de doenças e incapacidades na vida adulta (ou seja, a pobreza, as desigualdades de reforma e exclusão, baixos níveis de literacia); tornar mais eficazes e mais acessíveis os serviços de triagem e os tratamentos que reduzam deficiências (tais como a remoção de cataratas, as próteses ortopédicas e os cuidados estomatológicos) aos idosos com reformas baixas; criar centros de saúde adaptados à idade avançada que ajudem a prevenir o aparecimento ou agravamento de lesões, deficiência ou doença; proteger os pedestres idosos no trânsito, tornando os caminhos seguros; prevenir as quedas, eliminando os riscos em casa e oferecendo conselhos de segurança; modificar os

ambientes de trabalho para que as pessoas possam continuar a trabalhar, produtivamente e com segurança, à medida que envelhecem; reduzir deficiências oftalmológicas e auditivas evitáveis através de medidas adequadas de prevenção e acesso a dispositivos como óculos; tornar os edifícios públicos, casas-de-banho e transportes acessíveis para as pessoas idosas com deficiência; apoiar a independência e interdependência das pessoas idosas com doenças ou incapacidades, proporcionando serviços de reabilitação e apoio comunitário para as famílias, e providenciando preços acessíveis ao nível de dispositivos de assistência eficazes, tais como andarilhos; reduzir os riscos de solidão e isolamento social, promovendo grupos comunitários geridos por pessoas mais velhas, grupos de auto e interajuda, visitas entre vizinhos, programas de apoio telefónicos, contactos intergeracionais; informar sobre os benefícios da atividade física; criar oportunidades agradáveis e acessíveis para se ser ativo (*e.g.*, áreas seguras de passeio e parques); Informar sobre a importância de se permanecer ativo à medida que se envelhece; e reconhecer a experiência dos mais velhos, reforçando a sua autoestima (World Health Organization, 2002).

Por conseguinte, a ausência de uma política de terceira idade, global e integral, limitou as áreas de incidência, as pessoas abrangidas e alguns direitos fundamentais, como o acesso à educação, à formação e ao desenvolvimento. E, não menos relevante, também limitou a participação das pessoas idosas nas decisões que a elas dizem respeito.

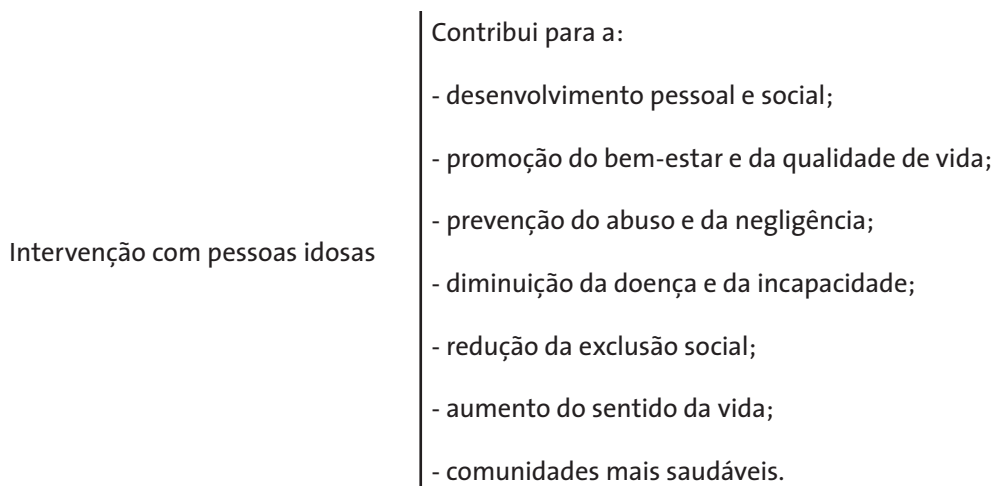


Figura 1. Vantagens da intervenção com pessoas idosas

A literatura tem vindo a reforçar a necessidade de um movimento que se desloque de um papel de proteção para um papel preventivo e mais proactivo na promoção do bem-estar das pessoas mais velhas. Por outras palavras, é um benefício social e pessoal a aposta em respostas educacionais e sociais a juzante, a par das soluções clínicas de tipo paliativo, psicológico ou psiquiátrico. Neste sentido, as soluções têm de ser mais latas, com uma articulação interdisciplinar cuidadosa entre os

serviços e as políticas sociais, educacionais e de saúde. Acrescente-se ainda a importância da formação das pessoas a trabalhar em contextos com utentes idosos.

Se a intervenção é eficaz (ver Figura 1) precisamos então de modelos multimodais (como aqueles que apresentamos mais adiante) implementados por equipas interdisciplinares, em que a educação dos intervenientes é um dos pontos nodais. A premissa é a de que os governos/sociedades têm de, mais do que controlar, auxiliar as comunidades, para que estas possam auxiliar as instituições e as famílias no apoio à pessoa idosa. O inverso também é verdadeiro — as pessoas mais velhas têm, igualmente, de ser vistas como um recurso e um valor.

Capítulo 4 – A psicoterapia na idade avançada

Como vimos, existem inúmeros estudos que procuram aferir os fatores que se encontram associados ao êxito na idade avançada. Uma das conclusões principais é a de que os preditores do sucesso, nesta fase da vida (*e.g.*, dieta saudável, o exercício físico regular e o envolvimento social), estão ligados ao controlo individual e podem, conseqüentemente, ser alvo de prevenção, promoção e de intervenção.

Apesar de algum investimento ao nível da prevenção, a intervenção em geral e a prática da psicoterapia com adultos idosos é algo sem grande tradição em Portugal, devido, em grande parte, a toda uma herança cultural e científica que tende a veicular mensagens muito pessimistas acerca do envelhecimento em geral, e das pessoas idosas em particular, nomeadamente a impossibilidade ou dificuldade destas mudarem. Cremos ser do conhecimento comum que o crescente otimismo em relação à intervenção psicológica com pessoas idosas nem sempre existiu. Freud (1905) manifestou expressamente a sua descrença nas possibilidades de tratamento e de mudança das pessoas adultas a partir sensivelmente dos 50 anos de idade. Esta sua descrença aparentemente contraditória — já que o próprio Freud na altura desta afirmação já tinha mais do que 50 anos — é compreensível à luz do seu modelo interpretativo da vida psíquica, que repousava na ideia de que as experiências da infância eram o determinante principal do desenvolvimento ao longo da vida. Por outro lado, defendeu que a quantidade e a complexidade do material acumulado ao longo do tempo tornariam a tarefa terapêutica interminável. Felizmente, muitos psicoterapeutas de outras escolas de pensamento e mesmo dentro da escola psicanalítica (como Erikson e Jung) desvincularam-se destas conceções de Freud defendendo o desenvolvimento e o potencial de mudança ao longo de toda a vida.

Apesar das inúmeras reticências, as investigações indicam que as taxas de sucesso em psicoterapia com pessoas idosas são idênticas às de qualquer outro grupo etário (Yalom, 2005). Revelando-se eficazes na generalidade de problemas e per-

turbações da idade avançada. A intervenção neste período, embora ainda condicionada pela presença de mitos, é perspetivada com otimismo por autores como Knight (2004). Este considera que a psicoterapia, nesta faixa etária, não deve ser apenas concebida como suporte a idosos simpáticos e dependentes, mas ser também tida como um desafio de confrontar problemas sérios com um cliente que pode ser muito mais maduro do que o seu terapeuta. Assim, a psicoterapia na idade avançada, por comparação com a intervenção noutras idades, embora podendo ser diferente nos conteúdos abordados e na natureza da relação terapêutica, é semelhante no que concerne aos objetivos, técnicas e processos implicados.

Como já foi referido na lição, com a finalidade de responder às questões que se tem levantado sobre a intervenção psicoterapêutica nesta fase do ciclo de vida Knight (1996) e Knight e McCallum (1998), com base nas orientações da APA, propuseram o modelo contextual, baseado na coorte, na maturidade e nos desafios específicos (*Contextual, cohort-based, maturity, specific challenge model* - CCMSC). Este modelo foi posteriormente aperfeiçoado por Knight e Poon (2008), dando origem à teoria contextual do ciclo de vida para adaptar a psicoterapia (*Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy* – CALTAP) a que faremos referência no próximo capítulo.

Capítulo 5 – O perfil do psicoterapeuta de pessoas idosas

No decurso das últimas décadas, registaram-se progressos muito vastos e mudanças correspondentes em múltiplos domínios da psicologia, quer em termos de conhecimentos científicos e de metodologias de investigação, quer em termos de estratégias de intervenção em diversos setores da prática profissional, ou ainda em termos de modalidades de formação em Psicologia.

Para começar, torna-se importante salientar que o envelhecimento da população e o correspondente envelhecimento dos clientes a receber e a necessitar de serviços psicológicos é uma constatação crescente e contemporânea (Knight *et al.*, 2009; Fernandez-Ballesteros, 2007). Por outro lado, o reconhecimento da escassez de técnicos na área da gerontologia e da psicogerontologia torna urgente a formação específica para trabalhar de forma competente com os adultos mais velhos (Laidlaw & Pachana, 2009; Pachana *et al.*, 2006). Acrescente-se ainda o reconhecimento da especialização e da formação pessoal necessária para fazer psicoterapia e intervenção a este nível. Neste sentido, surgiu, nos Estados Unidos da América, o *Pikes Peak model* (Knight *et al.*, 2009), inspirado pelas diretrizes da Associação Americana de Psicologia (APA) para a prática na idade avançada (APA, 2008; 2004), com o objetivo de guiar a criação e a avaliação de programas neste âmbito e que tivemos em consideração ao edificar os conteúdos programáticos patentes na segunda parte do presente Relatório. De seguida apresentamos, de forma sumária, as propostas da Associação Americana de Psicologia e o modelo *Pikes Peak*.

5.1. As orientações da APA

A Associação Americana de Psicologia, edificada no ano de 1892, por G. Stanley Hall na Universidade de Clark, tem como missão “*advance the creation, communication and application of psychological knowledge to benefit society and improve people’s lives*” (<http://www.apa.org/about/index.aspx>). Fazendo jus à sua fama

na defesa do profissionalismo e do pioneirismo na psicologia, propõe, na Divisão 20 (*Adult Development and Aging*), 20 orientações para a prática psicológica com adultos idosos (ver Anexo 1). Estas orientações (*Psychological practice with older adults: APA guidelines*) foram o resultado acumulado de evidências sobre o que é necessário para uma prática profissional regulada pelos mais elevados padrões de exigência pessoal e profissional (Ferreira-Alves, 2010) e versam os domínios das atitudes; conhecimento geral acerca do desenvolvimento do adulto, envelhecimento e adultos idosos; assuntos clínicos; avaliação; intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços; e educação.

Importa que, mais do que serem orientações externas, elas se tornem em processos de autorregulação dos próprios profissionais da prática psicológica e sejam, conseqüentemente, integradas na formação dos profissionais desta área.

Ferreira-Alves (2010) discute essas orientações, reforçando a importância dos mais elevados padrões de conhecimento e de profissionalismo neste domínio. Por outras palavras, apesar de se mostrarem eficazes, as intervenções com idosos devem atender a especificidades que otimizam os resultados e permitem o ajustamento às necessidades mais comuns desta população. Para além deste 'à la carte' para a população idosa, existem ainda recomendações transversais a todas as intervenções que, de acordo com a APA (2006), se baseiam em três elementos essenciais: (1) o uso da melhor informação científica disponível, (2) a existência de profissionais especializados, e (3) a preocupação com os valores e preferências dos clientes.

5.2. O modelo Pikes Peak

No modelo *Pikes Peak* são incluídos a definição de atitude, conhecimento, e competências para a prática na área da psicogerontologia e os aspetos centrais recomendados na formação, de molde a desenvolver essas competências. As diretrizes da APA, como já foi referido, estão organizadas em torno de seis categorias: atitudes, conhecimento genérico sobre desenvolvimento do adulto, envelhecimento e velhice, avaliação, intervenção, consulta e outros serviços de apoio e educação contínua, referente à prática com adultos mais velhos. Estas diretrizes dão aos profissionais um enquadramento para pensar sobre as atitudes, conhecimentos e aptidões relevantes mas não fazem referência aos caminhos e processos para os atingir. O modelo *Pikes Peak* tenta dar informação adicional, sobretudo no que se refere às aptidões necessárias e como obtê-las.

Quais são os aspetos que definem a gerontopsicologia como área de intervenção e que necessitam de treino especializado? A avaliação psicológica e a intervenção com adultos mais velhos, bem como a consultoria nos sistemas de cuidado que os servem, requerem algum treino distintivo, para além daquele que pode ser oferecido no treino geral, para o aconselhamento e a consulta na idade adulta? Quatro aspetos gerais da psicogerontologia profissional definem a área como contendo uma prática distinta.

De acordo com (Knight *et al.*, 2009) o primeiro aspeto que define a área da psicogerontologia profissional como contendo uma prática distinta refere-se ao facto da psicogerontologia profissional ter as suas raízes na psicologia do ciclo de vida. Esta tradição enfatiza a importância dos estudos baseados em planos de investigação que se interessam pelas mudanças desenvolvimentais na idade adulta (*e.g.*, estudos incluídos no *Seattle Longitudinal Study* e no *Duke Longitudinal Study*) e que separam nas mudanças desenvolvimentais as influências relativas à idade, ao momento histórico e à coorte. A aplicação clínica da psicologia do ciclo de vida enfatiza ainda a importância de compreender o envelhecimento normal antes de intervir com adultos mais velhos com perturbações mentais (Knight *et al.*, 2009; Knight, 2004).

Em segundo lugar, a intervenção no domínio da psicogerontologia requer conhecimentos e aptidões relevantes para as patologias mais frequentes na velhice, incluindo aquelas de maior prevalência na idade avançada, sobretudo as demências. Efetivamente, a psicopatologia pode apresentar-se de forma diferencial na idade avançada (Sorocco & Ferrell, 2006) e os fatores de risco podem diferir para as condições de início precoce ou tardio. Consequentemente, a depressão, a ansiedade, o abuso de substâncias, os sintomas psicóticos e as desordens de personalidade podem ter aspetos distintos na idade avançada.

Um terceiro aspeto central na prática profissional na gerontopsicologia tem a ver com a presença frequente de doenças crónicas nos adultos mais velhos. Este facto faz com que compreender as interações dos sintomas físicos e psicológicos, bem como conhecer os efeitos psicológicos da medicação, seja de importância crítica.

Uma quarta fonte de especialização no trabalho com adultos mais velhos surge da diversidade de contextos específicos em que estes se movem, a saber: família, residências, lares, centros de dia, universidades sénior, cuidados de saúde, e sistemas comunitários. Um gerontopsicólogo deve ter conhecimento profissional destes vários sistemas e relacionar-se com eles de forma eficiente. Como e quando incluir a família na intervenção é outra questão crítica com óbvias implicações clínicas e éticas (Qualls, 2000).

As competências multiculturais sublinhadas neste modelo tornam-no um guia precioso para a elaboração de programas de formação nesta área, ao nível mundial e, neste sentido, a adequação deste à realidade nacional, é algo que valorizámos na edificação dos conteúdos da disciplina de IPI e que tentamos transmitir aos nossos alunos.

Capítulo 6 – A disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas como disciplina científica

6.1. A Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas como disciplina da Psicologia

A Psicogerontologia Clínica, em que a disciplina de IPI se insere, constitui, por definição, uma área interdisciplinar recente e de grande importância no enquadramento da realidade sociodemográfica mundial, que reúne contributos de um conjunto de especialidades oriundas das mais diversas áreas do saber, não forçosamente vinculados à Psicologia. Neste sentido compreende-se a relevância de uma disciplina como IPI no currículo do curso de Psicologia. A saber, para além de procurar refletir sobre a presença das questões em torno da construção social da realidade da velhice e do envelhecimento e as exigências de mudança e de inovação das políticas educacionais, sociais e de saúde, bem como, compreender as reações à mudança e as causas de resistência e de recetividade à mesma, se pretende também, e sobretudo, neste enquadramento, descrever as intervenções específicas para esta população. Para que envelhecer seja efetivamente um privilégio e uma enorme aquisição social do mundo contemporâneo, é necessário explorar os impactos que este desafio acarreta na prática clínica com pessoas idosas e compreender como intervir na promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Parece-nos pois pertinente questionarmo-nos sobre algumas especificidades deste domínio emergente. Em que se distingue das disciplinas já existentes? O que acrescenta às perspetivas anteriores? Qual a sua contribuição para a formação do psicólogo? Quais as temáticas mais frequentes que surgem? Em que contextos? Em que pessoas idosas? Quais as abordagens psicoterapêuticas mais indicadas para cada situação e para a nossa realidade nacional? Que formação é necessária para as poder implementar? Quais as abordagens com mais implicações na qualidade de vida da população?

Embora já tenha sido feita uma pequena reflexão sobre a fundamentação teó-

rica desta área do saber, e conseqüente interesse na formação dos estudantes, passam-se a aprofundar um pouco mais as ideias referidas.

O facto desta área de convergência e integração de várias disciplinas ser recente deve-se aos estereótipos em relação à velhice e à predominância, durante muitos anos, de modelos de psicologia do desenvolvimento que enfatizam a importância do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Apesar desta realidade, muitos têm vindo a aplicar a sua prática e aptidões à investigação e ao trabalho com pessoas de idade avançada, contrariando o paradigma do declínio com a idade e a importância exclusiva e determinística dos primeiros anos de vida. No presente, existe evidência que sugere que múltiplas abordagens desenvolvimentais e terapêuticas ajudam numa panóplia vasta de problemas com que se podem deparar as pessoas mais velhas, incluindo o desafio existencial, as transições normativas e idiossincráticas, as desordens emocionais, as desordens de personalidade e as demências.

A afirmação de Simpson (1972, 9), de que “enquanto os médicos se tornam cada vez mais especializados, os seus doentes, perversamente, estão-se tornando cada vez menos”, alerta-nos para a importância de prestar atenção à complexidade e à integração holística na intervenção. Neste sentido, as propostas desta disciplina tentam espelhar a investigação e a revisão apresentada nos manuais da área, bem como a tendência contemporânea para a interdisciplinaridade e para o ecletismo na metodologia e na intervenção.

A partir dos anos oitenta do século XX, vários estudos, incluindo meta-análises, concluíram que, no que respeita à eficácia clínica, os vários modelos terapêuticos equivaliam-se, não existindo, assim, uma psicoterapia preferível às outras. O veredicto do pássaro Dodô na obra Alice no País das Maravilhas “Todos venceram e todos recebem o prémio” levou à polémica e, ao mesmo tempo, ao movimento para a integração das psicoterapias (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975).

Por outro lado, leva a colocar a questão sobre quais os fatores que tornam as psicoterapias eficazes. Para além dos fatores comuns (a relação terapêutica; a proatividade e a motivação do cliente) a investigação tem vindo a sublinhar a relevância da interação entre as características do paciente e o tratamento (Branco Vasco & Conceição, 2005).

Assim, se é genericamente verdade que os psicoterapeutas devem constantemente fazer formação pessoal e profissional e estar abertos a investigar e a aprender novas técnicas é, também, essencial ser criativo ao nível das abordagens e dos procedimentos, sobretudo numa área em que os contornos e a estrutura de intervenção só agora começam a ser edificados. Contudo, estamos cientes dos riscos que uma opção como esta acarreta, nomeadamente a possibilidade de alguma superficialidade na referência a algumas temáticas e a confusão passível de ser experimentada por alguns alunos devido à multiplicidade de temas e leituras interpretativas da realidade da intervenção que são facultadas. Mas acreditamos

que as vantagens, e o estudo aprofundado desta área do saber, superam os riscos. Todavia, a emergência de um novo campo disciplinar conduz a interrogações sobre a sua inscrição disciplinar no quadro da investigação e do ensino universitário.

Efetivamente, esta disciplina pretende contribuir para a formação do psicólogo clínico com especialização em gerontologia, capaz de compreender a complexidade e a inter-relação dos fenómenos psicológicos, físicos e sociais na intervenção, dotado de uma atitude crítica, ciente das dificuldades e também das oportunidades de inovação. Mas, sobretudo, consciente que mais importante que as nossas construções teóricas e que o nosso arsenal de técnicas e metodologias é o olhar para a pessoa que se entrega ao ato terapêutico. O encontro com este outro, que na última fase do seu ciclo de vida tem a humildade de se desnudar para poder continuar o seu caminho, é algo de indescritivelmente belo e, para o terapeuta, mais uma oportunidade de reiterar como a nossa vida mental é em grande medida um produto da relação.

A elaboração deste programa foi, conseqüentemente, para mim, um desafio guiado por algumas questões centrais: Como dotar os nossos alunos de uma formação que faça jus à responsabilidade de responder às necessidades dos nossos mais velhos? Como adaptar as diferentes abordagens a esta população tão heterogênea com necessidades e realidades pessoais e sociais tão diversas? Como intervir respeitando?

Efetivamente, sendo a formação universitária a que mais contribui para o reconhecimento social dos profissionais, passamos a analisar a existência/lugar da disciplina de IPI no ensino Universitário, ao nível nacional e internacional.

6.2. A Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas no ensino universitário em Psicologia ao nível nacional

A universidade deve ocupar um lugar central no sistema educativo, preparando para a investigação e para o ensino, dando formação especializada, estando aberta ao diálogo internacional e tendo responsabilidade social e ética.

A psicologia clínica e da saúde, onde se insere a psicogerontologia e, conseqüentemente, a área disciplinar de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas, tem amplas possibilidades de expansão em Portugal ao nível da investigação e da prática profissional, em vários contextos e com vários fins: universidades, hospitais, unidades de cuidados continuados integrados, centros de saúde, escolas, equipamentos sociais para seniores, etc. com fins terapêuticos, preventivos, de proteção e de promoção da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento.

Nas últimas décadas a investigação e as formulações teóricas sustentadas foram dando-nos a benesse de, desconfirmando estereótipos, sustentarem a importância de todas as fases do nosso ciclo de vida na edificação da pessoa e do que é uma vida completa e feliz, porém, os curricula das graduações em psicologia e de forma geral em ciências sociais, humanas e da saúde ao nível do ensino superior, na

sua esmagadora maioria, só recentemente começaram a possuir unidades curriculares sobre a velhice e o processo de envelhecimento e poucas são as que têm unidades curriculares especificamente de intervenção psicoterapêutica na idade avançada. Da pesquisa realizada encontrei apenas, para além, da disciplina de IPI na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC) mais duas disciplinas semelhantes: Intervenção Psicológica em Idosos no Curso de Psicologia da Universidade de Évora e Intervenção Psicoterapêutica com Idosos no curso de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona do Porto (ver Anexo 2). No entanto, é de sublinhar que a escassez da realidade nacional não espelha, ainda, alguns currícula exemplares de programas de disciplina afins de faculdades de psicologia de algumas universidades estrangeiras.

Love is of all passions the strongest, for it attacks simultaneously the head, the heart and the senses.

Lao Tzu (Tao Te Ching. 600 aC – 531aC).



**Parte II – Proposta pessoal e enquadramento
A unidade curricular de Intervenção Psicoterapêutica
com Pessoas Idosas**

Capítulo 7 – A escolha da Unidade Curricular de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas

A escolha desta unidade curricular reflete razões de ordem científico-pedagógica, baseadas na evolução dos paradigmas epistemológicos e do conhecimento psicológico na área da psicologia do desenvolvimento, e razões de natureza prática advindas da necessidade de formar psicólogos com especialização em psicogerontologia clínica, consequência do crescente envelhecimento da população e da coadjuvante necessidade de intervenção. Reflete também, em larga medida, o percurso científico, clínico e pedagógico que fomos realizando.

A vertente clínica, ligada à última fase do ciclo de vida, marcou desde o início as nossas atividades de serviço à comunidade, de docência e de investigação.

A prática clínica que fomos desenvolvendo, primeiro no serviço de Consulta da Universidade da Beira Interior, depois no Núcleo de Assistência Psicológica e de Formação de Adultos da FPCE-UC, posteriormente no Instituto de Prevenção do Stress Ocupacional (IPSSO) sediado no Caramulo, depois como responsável pela Consulta de Gerontopsicologia, Psicoterapia individual e Psicoterapia de grupo (de orientação gestáltica e psicodramática) do Centro de Prestação de Serviços à Comunidade (CPSC) da FPCE-UC, levou-nos ao confronto com as necessidades de intervenção na idade avançada e a todas as problemáticas e desafios associados. O contacto estabelecido ao longo do tempo com pessoas desta faixa etária, a necessitarem de apoio ou assistência, foi atenuando os nossos preconceitos em relação à idade e gerando motivação e interesse por trabalhar nesta área.

As disciplinas que fomos lecionando no domínio da psicologia do desenvolvimento e, mais especificamente, na psicologia do adulto e do idoso, bem como, os trabalhos conducentes à realização da nossa tese de mestrado (na área da Psicologia e da Educação de Adultos; Lima, 1992) e da tese de doutoramento (na área da Psicologia do desenvolvimento e sobre a Personalidade na idade adulta; Lima,

1997) marcaram um investimento numa abordagem marcadamente desenvolvimentista e psicoeducacional, na qual o contexto relacional se encontra valorizado. E deram, conseqüentemente, resposta à minha necessidade de encontrar um ‘macro paradigma’ de referência, que permitisse a leitura coerente de uma realidade interventiva e clínica que se me afigurava como holística, dinâmica, influenciada por aspetos contextuais da nossa realidade nacional e marcada por enormes diferenças individuais. Esse paradigma foi claramente o da *life span* (ciclo de vida ou modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida), organizador teórico e metodológico e o meta modelo orientador das minhas práticas clínicas (Knight *et al.*, 2009; Baltes, 1997; 1987). Após o doutoramento, fomos investindo cada vez mais na intervenção na idade avançada, cruzando a perspetiva psicoeducativa presente no modelo do ciclo de vida com os meus conhecimentos e experiência na área clínica (Psicodinâmica, Psicodramática, terapia Gestalt e intervenção com psicoterapias Cognitivo-Comportamentais de *Terceira Geração* — *Mindfulness* e outras abordagens) e com a intervenção em grupo em contexto educacional (Psicologia da Educação) e institucional (Psicologia das Organizações), o que nos permitiu ir realizando progressivamente consultas para a idade avançada, local preferencial para o aprofundamento desta área do saber e para a formação de psicogerontólogos e palco para a investigação.

Todo este investimento em temáticas diversas e ligação entre prática clínica, docência e investigação só foi possível através do diálogo com grupos de várias áreas, de várias Universidades nacionais e estrangeiras e da possibilidade que tivemos em ministrar disciplinas diversas e participar em Mestrados e projetos de investigação de vários ramos do saber. Por um lado, o estabelecimento de contactos e a colaboração interpares, com colegas de outras Universidades em encontros internacionais e em redes de investigação e, por outro lado, o intercâmbio com investigadores de formação diversa, das áreas médicas e sociais. Estes contactos têm sido fundamentais para estruturar e consolidar as intervenções, bem como a área da Psicogerontologia clínica na FPCE-UC. Neste sentido, é que a disciplina conta com a colaboração das colegas Doutora Cristina Canavarró e Doutora Carla Crespo na unidade temática II. Uma última forma de colaboração a mencionar, e uma das mais importantes, prende-se com o investimento na formação de estagiários, mestrados e doutorandos interessados nesta domínio do conhecimento.

Assim, a minha proposta de programa para a unidade curricular intitulada *Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas* é resultado da valorização progressiva, na formação em Psicologia, de uma área do conhecimento — a psicogerontologia — e de um percurso pessoal.

Assim, como fomos esboçando, optámos por esta disciplina como objeto de análise do presente Relatório, por várias razões, de entre as quais sobressaem as seguintes:

- é uma disciplina nova, com um carácter interdisciplinar e surge, pela primeira

vez, num curso da FPCE-UC, já adaptado às diretivas de Bolonha, cabendo-nos a concepção do seu programa e a responsabilidade da sua lecionação;

- trata-se de uma disciplina que concilia a nossa formação científica em psicologia do desenvolvimento, adquirida ao longo da progressão académica (mestrado e doutoramento), e a nossa prática clínica e de intervenção ao longo dos últimos 28 anos;
- constitui uma área formativa a que temos dedicado grande parte da nossa atenção, seja ao nível da investigação, da lecionação, e da orientação e arguição de trabalhos científicos;
- os conteúdos programáticos aí desenvolvidos enquadram-se num domínio de formação superior, cuja atualidade e pertinência é reconhecida, quer a nível nacional quer internacional, tendo em conta o incremento das preocupações com o envelhecimento e com a qualidade de vida e bem-estar das pessoas com idade avançada;
- finalmente, é uma disciplina que vai ao encontro das exigências recentes de formação na área psicogerontologia, de molde a preparar mestres em psicologia com habilitações específicas para fazer intervenção e investigação nesta área.

No capítulo seguinte descrevemos o enquadramento institucional e curricular da disciplina em apreço neste relatório: Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas.

Capítulo 8 – Enquadramento institucional e curricular da disciplina na formação em Psicologia e no curso de Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC

8.1. A disciplina de IPI no curso de Mestrado Integrado em Psicologia da FPCE-UC

A disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas (IPI) está adstrita à área científica de Psicologia, e é uma unidade curricular obrigatória para a Subárea de Especialização da Psicogerontologia Clínica, conjuntamente com outras que têm um suporte teórico-conceitual diverso, tendo em conta a especificidade da psicogerontologia, enquanto cruzamento de áreas científico-disciplinares distintas. Trata-se de uma disciplina da área de Psicogerontologia Clínica, opcional para as restantes especializações, de acordo com o atual plano de estudos de formação em Psicologia da FPCE-UC. Com um total de 45 horas teórico-práticas de contacto (uma carga horária semanal de 4 horas de ensino presencial), na qual foi calculado um total de 6 unidades de créditos (ECTS. i.e., 162 horas de trabalho do aluno), esta disciplina integra o 1.º ano do 2.º ciclo de estudos da formação em Psicologia pela Universidade de Coimbra, correspondente ao Mestrado Integrado.

A Subárea de Especialização de Psicogerontologia Clínica pertence à Área de Especialização em Psicologia Clínica e Saúde. O primeiro ano desta Área de Especialização é constituído por três séries de Unidades Curriculares, perfazendo 60 ECTS. A 1.ª Série, designada por Tronco Comum (TC), é constituída por 10 ECTS, equivalentes a 2 Unidades Curriculares (Instrumentos de Avaliação e Relatórios Psicológicos — 6 ECTS; Avaliação e Programas de Reabilitação em Neuropsicologia — 4 ECTS), de frequência obrigatória para todos os estudantes desta especialidade (Clínica e Saúde). A 2.ª Série, designada por Subárea de Especialização (SAE), é constituída por unidades curriculares específicas da área. No caso específico da Subárea de Especialização em Psicogerontologia Clínica, estão incluídas as Unidades Curriculares constantes no Quadro 1. A 3.ª Série é designada por Optativa (O).

Quadro 1: Subárea de Especialização em Psicogerontologia Clínica

Unidades Curriculares — Obrigatórias	ECTS
Biologia e Fisiologia do Envelhecimento	4
Questões Psicossociais do Envelhecimento	4
Avaliação Neuropsicológica e Envelhecimento Cognitivo	6
Questões Especiais de Intervenção na Idade Adulta Avançada	4
Intervenção Psicoterapêutica na Doença Crónica	6
Intervenção Psicoterapêutica com Idosos	6

A disciplina de IPI é uma unidade curricular obrigatória do 2.º ano do curso de Psicologia, subespecialização em Psicogerontologia Clínica (cf. <http://www.uc.pt/fp-ce/ensino>), e foi lecionada, pela primeira vez, no 2.º semestre do ano letivo 2007/2008. Por conseguinte, a organização curricular e pedagógica, que é objeto deste Relatório, será apresentada na perspetiva de possibilitar uma reflexão sobre a mesma com vista a um ulterior aperfeiçoamento.

8.2. Conhecimentos de base recomendados (áreas e disciplinas) — articulação horizontal e vertical da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas com outras unidades curriculares da Psicologia

Na primeira parte deste Relatório, procurámos fundamentar a pertinência científica e socio-histórico-cultural da unidade curricular de IPI, no currículo de formação do mestre em Psicologia. Sublinhámos, então, a relevância da psicologia, como disciplina, nas respostas aos desafios do envelhecimento populacional.

Esta unidade curricular, como já foi referido, assenta numa abordagem eminentemente integrativa de diversas áreas do saber e daí a sua adequação ao Processo de Bolonha. Ao propô-la e ao concebê-la, pareceu-nos que a sua inscrição no 2.º ciclo de estudos, correspondente ao Mestrado Integrado, seria o momento curricular mais adequado.

Por outro lado, a frequência da unidade curricular IPI poderá constituir uma oportunidade de aprofundamento, reflexão e integração de conhecimentos construídos no âmbito de outras unidades curriculares, que decorrem no ciclo básico de estudos ou no mesmo ano. Também pela articulação que estabelece entre ensino-prática-clínica e ensino-investigação, poderá representar uma preparação para o 2.º ano do 2.º ciclo, durante o qual os alunos terão de realizar um estágio (que constitui a primeira aproximação ao terreno da avaliação e da intervenção psicológica) e elaborar uma tese, também ela, na generalidade dos casos, uma experiência inicial em investigação.

Relativamente às unidades curriculares precedentes do 1.º ciclo, estas poderão constituir uma oportunidade para os estudantes aprofundarem conhecimentos e refletirem sobre abordagens efetuadas no 1.º ciclo de estudos, nomeadamente nas disciplinas de Psicologia do Desenvolvimento (I e II, 1.º ano) e de Psicopatologia (I e II, 2.º ano) que podem ser encaradas como importantes contribuições para esta nova área do conhecimento.

Outras unidades curriculares do 1.º ciclo também estabelecem, naturalmente, fronteiras com a unidade curricular em apreço. Seja pelas contribuições ao nível da metodologia de investigação em Psicologia e da promoção de procedimentos de avaliação importantes para a investigação e a prática clínicas (dimensões valorizadas na orientação programática estabelecida), seja pelas articulações estabelecidas com as disciplinas sobre as bases biológicas e as bases culturais do comportamento humano. No que concerne às restantes disciplinas da subespecialização em Psicogerontologia Clínica, pertencentes às disciplinas do ciclo complementar, é óbvia a sua relação com a disciplina sobre a qual nos estamos a debruçar. Disciplinas pensadas para abarcar as questões psicossociais do envelhecimento, as questões biológicas, fisiológicas e neurológicas, bem como os procedimentos genéricos e específicos de investigação, avaliação e de intervenção.

Em suma, atendendo ao enquadramento histórico e conceptual da área disciplinar, bem como às exigências de cariz metodológicos e de intervenção, é recomendado que o aluno/a possua conhecimentos de base sólidos no domínio da Consulta Psicológica, Avaliação Psicológica, Psicologia do Desenvolvimento e de Psicopatologia. Como referimos anteriormente, todo o conhecimento que precede estas áreas disciplinares é, igualmente, importante.

A presente unidade curricular que descrevemos no próximo capítulo articula-se, assim, com um conjunto de outras que a antecedem, no 1.º ciclo, com outras que ocorrem no mesmo ciclo e com o estágio e a tese, a efetuar posteriormente. Em termos de enquadramento sequencial, a disciplina de IPI surge após a leção de uma grande parte das unidades curriculares estruturantes do curso de Psicologia e, conseqüentemente delas beneficia.

Capítulo 9 – Programa e organização curricular da disciplina: objetivos gerais, competências e conteúdos

9.1. Objetivos gerais da unidade curricular e competências a desenvolver

Como referimos, este Relatório foi elaborado com o objetivo de ser sujeito a uma apreciação para efeitos de provas de agregação no Grupo de Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, com vista à atribuição do título de Agregado em Psicologia, atualmente regulado pelo Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Junho, onde (Artigo 5.º, alínea d) se estabelece como requisito a “apresentação, apreciação e discussão de um relatório sobre uma unidade curricular, grupos de unidades curriculares, ou ciclo de estudos, no âmbito do ramo do conhecimento ou especialidade em que são prestadas as provas”. Embora com o objetivo específico mencionado, a elaboração do presente Relatório acabou por constituir sobretudo um importante momento de aprendizagem. Por um lado, pelo aprofundamento dos aspetos didáticos e pedagógicos inerentes ao processo de ensino-aprendizagem no Ensino Superior, decorrentes do Processo de Bolonha; por outro lado, porque a necessidade de apresentar a informação da disciplina, de forma detalhada e organizada, levou-nos a aprofundar os conhecimentos sobre a mesma.

A Unidade Curricular de IPI consta da apresentação e reflexão sobre o conhecimento conceptual e prático de uma área vocacionada para o desenvolvimento e otimização na idade avançada. Nesta disciplina, são abordados os temas relacionados com a facilitação do funcionamento pessoal e interpessoal das pessoas idosas, enfatizando as múltiplas possibilidades de intervenção e os aspetos a considerar *a priori*. A saber, os aspetos emocionais, sociais, educacionais, da saúde, desenvolvimentais e organizacionais. Consequentemente, nesta disciplina cruzam-se as influências dos paradigmas da psicoterapia e do aconselhamento psicológico, da psicologia do desenvolvimento, da educação de adultos e da psicologia humanista, e de todas as áreas fundamentais que os precedem. Tendo em conta que o objetivo principal desta unidade curricular é oferecer uma perspetiva global sobre os mo-

delos de intervenção psicoterapêuticos a utilizar na idade avançada, em função de problemáticas específicas, os conteúdos programáticos surgem encadeados numa sequência coerente com os objetivos traçados. É ainda, neste sentido, que a edificação do programa da unidade temática II e a leccionação de duas aulas (a 4ª e a 5ª) estão a cargo de uma outra colega — a Doutora Carla Crespo¹⁰. Estamos cientes que muitas outras temáticas estruturantes poderiam ser aprofundadas, como as dificuldades sexuais ou familiares, as abordagens de intervenção como a Terapia Familiar, a Terapia Focada nas emoções ou a Terapia existencialista, porém a nossa opção foi apresentar as temáticas com que os técnicos mais frequentemente se confrontam no seu dia-a-dia e as intervenções psicoterapêuticas que são mais recorrentemente apresentadas nos manuais de psicoterapia na idade avançada.

Resultados de aprendizagem

Os objetivos gerais da disciplina são os seguintes:

- Refletir sobre os atuais desafios do envelhecimento populacional e a necessidade de respostas inovadoras ao nível psicoterapêutico por parte dos psicólogos e das instituições sociais e de saúde;
- Conhecer as diretrizes internacionais de intervenção na idade avançada;
- Relacionar as principais problemáticas e necessidades das pessoas de idade avançada com as diferentes possibilidades de intervenção;
- Compreender as diferentes abordagens psicoterapêuticas e suas possibilidades de implementação na idade avançada;
- Desenvolver competências básicas para estabelecer uma relação de ajuda;
- Desenvolver uma atitude favorável e realista face à inovação nesta área.

No que concerne às competências, convém sublinhar (Almeida, 2007, pp. 247-248 referido Cardoso, 2010) que este conceito integra três componentes fundamentais: um saber mais teórico (“saber-saber”), um “saber-fazer” e um “saber-ser”, partes estas indissociáveis da vontade e motivação pessoal do indivíduo (“querer agir”) e do “poder agir e/ou reagir” a um determinado contexto e/ou solicitação. De um modo específico, tendo em vista a integração das três vertentes na disciplina de IPI, são indicadas as seguintes competências a desenvolver, por parte do aluno:

- discute, criticamente, os desafios do envelhecimento populacional e a necessidade de respostas inovadoras ao nível psicoterapêutico por parte dos psicólogos e das instituições sociais;
- seleciona informações atualizadas sobre as diretrizes internacionais de intervenção na idade avançada, elaborando sínteses críticas a respeito das opi-

¹⁰ A Doutora Cristina Canavarro foi a primeira docente a colaborar com a disciplina.

niões, atitudes e práticas veiculadas;

- analisa, discute e relaciona, criticamente, as principais temáticas da idade avançada com as diferentes possibilidades de intervenção;
- planifica recolha de informação sobre as diferentes abordagens psicoterapêuticas e suas possibilidades de implementação na idade avançada;
- aplica as aptidões base da relação de ajuda de forma adequada;
- elabora propostas de intervenção, conducentes a mudanças de atitudes e comportamentos, tendo em vista a qualidade de vida dos mais velhos;
- demonstra capacidade de participar nas atividades da sala de aula (e.g., como o *role-play*), de trabalhar em equipa e de refletir criticamente sobre os conteúdos ministrados;
- respeita as pessoas mais velhas, independentemente das suas condições;
- está disponível para tomar consciência dos seus estereótipos em relação às pessoas mais velhas.

Como o ensino é um instrumento de aprendizagem, este Relatório foi uma oportunidade para reequacionarmos o nosso percurso, enquanto docente de forma geral e desta unidade curricular em particular mas, também, um momento para repensar a relação e os entrecruzamentos existentes entre os seus conteúdos, a investigação que desenvolvemos e a nossa prática clínica.

9.2. Descrição sucinta dos conteúdos: Programa geral da Unidade Curricular

9.2.1. Apresentação da Unidade Curricular

A estrutura dos capítulos deste Relatório organiza-se abarcando os aspetos didáticos que consideramos necessários para a apreciação desta unidade curricular no seu conjunto, de acordo com o processo de Bolonha.

Por outro lado, em termos de organização e desenvolvimento do Relatório, procurámos não perder de vista o que em regra é preceituado (enquadramento curricular, objetivos, conteúdos, métodos de ensino-aprendizagem, avaliação e bibliografia), tendo optado por apresentá-los segundo os normativos institucionais da FPCE-UC (www.fpce.uc.pt), constantes no sistema Nónio. Nesta plataforma a descrição das unidades curriculares consta de diversos itens que seguiremos como estrutura base deste Relatório:

- apresentação dos objetivos e competências gerais a desenvolver com a unidade curricular;
- descrição dos conteúdos programáticos a abordar;
- pré-requisitos e co requisitos (conhecimentos de base recomendados por áreas ou disciplinas);

- metodologias de ensino-aprendizagem;
- língua de Ensino.

Estas rubricas são complementadas com:

- a descrição das atividades letivas/esforço individual do/a aluno/a;
- o método de avaliação/material;
- sumários;
- material de apoio (textos e documentos — alguns elaborados pelo professor);
- trabalhos a realizar pelos alunos.

O Relatório termina com a identificação das Referências Bibliográficas que fomos utilizando, ao longo das páginas que se seguem, bem como com a apresentação de um conjunto de anexos tidos como pertinentes para uma melhor explicitação das nossas propostas pedagógico-curriculares.

9.2.2. Unidades temáticas de ensino

A nossa proposta organiza-se em torno de cinco grandes unidades temáticas de conteúdos:

Unidade temática I — Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral.

Unidade temática II — Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.

Unidade temática III — Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica. Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências.

Unidade temática IV — Intervenção no Abuso e maus tratos.

Unidade temática V — Intervenção em grupo: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada.

Optámos por esta sequência de ensino-aprendizagem porque entendemos que uma hierarquia de aprendizagem que se inicia pela realidade em que queremos investir e as condições, *a priori*, dos profissionais, para garantir a eficácia da intervenção, justifica e dá sentido, depois, ao tipo de intervenções concebidas para a modificar.

No ensino-aprendizagem destas unidades temáticas será sempre prosseguida e clarificada a articulação vertical e horizontal com outras disciplinas do plano de estudos do mestrado e, também, do 1.º ciclo em Psicologia. Sendo este 1.º ano do mestrado aquele que permite ao aluno a escolha final da área de estágio. No 2.º semestre, é responsabilidade dos docentes das diferentes disciplinas co construir com os alunos as bases para essa escolha, para que ela seja fundamentada.

O texto completo e oficial do programa da disciplina de IPI, relativo ao 2.º semestre do ano letivo de 2007-2008 (aquele que sustenta o presente Relatório), encontra-se no Anexo 3.

O programa é disponibilizado aos alunos, através da plataforma Nónio da UC, com o seguinte endereço eletrónico: <http://www.uc.pt/fpce>. Assim, para além da fotocópia do programa da disciplina distribuído a todos os alunos presentes na primeira aula do semestre, estes podem aceder-lhe facilmente via Internet, o que lhes permite, antecipadamente, ter conhecimento do teor da proposta de formação. Ainda como auxiliar do processo de ensino-aprendizagem, indicam-se na secção Material de Apoio os materiais de apoio à lecionação (documentos escritos e/ou digitais, textos, *sites* de consulta, vídeos, etc.); neste Relatório, alguns deles, são devidamente referenciados.

Conforme se pode constatar na referida plataforma, a estrutura do programa de IPI desdobra-se em várias rubricas, a saber: introdução; competências, conteúdos programáticos, metodologias, avaliação e bibliografia. Estas são estruturantes do ‘programa oficial’ da disciplina e constituem também as principais subdivisões a utilizar, nesta segunda e terceira partes do Relatório, para descrever e fundamentar o programa da disciplina de IPI.

Assumimos, com frontalidade, o carácter “aberto” do programa desta disciplina, por isso, passível de admitir alterações, aperfeiçoamentos e atualizações, tendo em conta que é uma área de conhecimento ainda recente e que a ‘capacidade de se questionar e de se colocar em causa’ é o que distingue o conhecimento científico.

Procurou-se estruturar este programa em função dos tempos curriculares disponíveis, isto é, tendo como horizonte temporal 15 semanas letivas, apontam-se 15 tópicos programáticos a serem desenvolvidos no tempo de um semestre, dentro e fora da sala de aula (Quadro 2) e que apresentamos mais detalhadamente no próximo capítulo deste Relatório.

Quadro 2 – Planificação da disciplina de IPI, por unidades letivas

Unidade letiva	Unidade temática	Conteúdos programáticos/ atividades
N.º 1	I. Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral.	Apresentação.
N.º 2	I. Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral.	1. Âmbitos e contextos de intervenção com pessoas idosas. 2. Prática psicológica com pessoas idosas: 2.1. CALTAP: <i>Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy</i> : 2.1.1. Influências da coorte. 2.1.2. Influências da cultura. 2.1.3. Influências do contexto. 2.1.4. Influências da maturação. 2.1.5. Desafios específicos relacionados com a idade.
N.º 3	I. Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral.	2.2. As orientações da APA 3. Programas e planos de intervenção com pessoas idosas/projetos de psicogerontologia – desenvolvimento e avaliação. 4. Principais perturbações mentais na idade adulta avançada.
N.º 4	II. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.	5. A perda e o luto como processos normativos do ciclo de vida. 6. Luto: questões diagnósticas e modelos compreensivos.
N.º 5	II. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.	7. Aspectos específicos da perda e do luto na 3.ª idade: Perdas de identidade e interpessoais 8. Estratégias de avaliação e intervenção terapêuticas no luto: o caso específico da viuvez.
N.º 6	II. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.	8.1 Terapia para a Depressão baseada no <i>Mindfulness</i> .
N.º 7	II. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.	8.2 Aconselhamento na reforma.
N.º 8	II. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.	8.3 Terapia da Reminiscência. 8.3.1 A memória autobiográfica na velhice. 8.3.2 A reminiscência como processo e estratégia de adaptação à velhice. 8.3.3 A reminiscência como estratégia de intervenção para o tratamento de sintomatologia depressiva.

N.º 9	III. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica — Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências.	9. Orientação para a realidade. 10. Terapia pela Validação e pela Resolução.
N.º 10	III. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica — Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências.	11. Terapias com animais. 12. Estimulação sensorial (<i>e.g.</i> , SNOZELEN).
N.º 11	IV. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Intervenção no Abuso e maus tratos.	13. Prevenção. 14. Avaliação.
N.º 12	IV. Temas de intervenção terapêutica com idosos: Intervenção no Abuso e maus tratos.	15. Terapias breves e terapias de apoio.
N.º 13	V. Temas de intervenção terapêutica com idosos: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada.	16. Vantagens e fatores terapêuticos da intervenção em grupo.
N.º 14	V. Temas de intervenção terapêutica com idosos: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada.	17. Tipos de intervenção em grupo. 17.1 A Terapia Gestalt.
N.º 15	V. Temas de intervenção terapêutica com idosos: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada.	17.2 As terapias expressivas e pela arte.

Capítulo 10 — Desenvolvimento teórico-conceitual:

Sumários — Descrição dos Objetivos/Atividades letivas/esforço individual do/a aluno/a – Síntese — Leituras requeridas/Bibliografia recomendada e material de apoio

10.1. Unidade temática I: Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral

Aula n.º 1

Conteúdos/Sumário:

Apresentação da Unidade Curricular, do programa, dos métodos de ensino-aprendizagem e da avaliação.

Introdução à disciplina: descrição sumária das principais temáticas a abordar.

Os processos e condições de promoção da qualidade de vida na idade avançada: implicações para a intervenção e a investigação.

Questões frequentes sobre este domínio das ciências psicológicas e seu esclarecimento.

Objetivos/competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Se situar no campo inovador da IPI, adentro dos seus principais vetores, enquadrados na sua agenda epistemológica, conceptual, de investigação e aplicada.

Atividades:

Depois da exposição sobre os temas sumariados promove-se uma discussão sobre as questões a seguir inventariadas, na perspectiva do confronto com conhecimentos aprendidos no contexto de outras unidades curriculares:

a) Qual a relação desta área disciplinar com os seus antecedentes históricos/disciplinares?

b) Qual a sua relevância?

Material de apoio:

São indicados para consulta os seguintes *sites*:

Revistas internacionais de referência no domínio da Gerontologia:

- *Journals on Aging* [referência online: <http://crab.rutgers.edu/~deppen/journals.htm>]

Sites online de referência para o estudo da Gerontologia e do Bem-estar e da qualidade de vida na idade avançada:

- Positive Psychology Center [University of Pennsylvania; referência online: www.ppc.sas.upenn.edu/]
- Quality of Life Research Center [qlrc.cgu.edu/]
- Diener Well-Being website [www.psych.uiuc.edu/~ediener/]
- International Society for Quality-of-Life Studies [www.isqols.org/]
- International Positive Psychology Association [www.ippanetwork.org/]
- HealthandAge – Ageing & its implications – An On-line Primer for Healthcare Professionals and carers [<http://www.healthandage.com/html/res/primer/index.htm>]
- Healthfinder Aging web resources [<http://www.healthfinder.gov/scripts/SearchContext.asp?topic=22>]
- Healthfinder Just for you, seniors [<http://www.healthfinder.gov/justforyou/seniors.htm>]; [<http://www.opas.org.br>]
- National Institute on Aging / National Institutes of Health [<http://www.nih.gov/niag/>]
- United Nations – International Year of Older Persons 1999 – Theme: *Towards a Society for All Ages* [<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppre3.htm>]
- United Nations – International Year of Older Persons 1999 – Proclamation on Ageing – A/RES/47/5 [<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/index.html>]
- WebMD – Living Better : Healthy Aging [http://my.webmd.com/living_better/age]
- WHO/OMS Ageing: Exploding the myths [http://www.who.int/archives/wh-day/en/documents1999/-WHD99_E_all.pdf]
- WHO/OMS — The Kobe Declaration: ageing a global challenge for the

twenty-first century [http://www.who.or.jp/ageing/meetings/1998_11_1age&health/index.html] — American Geriatrics Society — Education [<http://www.americangeriatrics.org/education/index.shtml>]

- World Health Organization – Centre for Health Development In Kobe – Ageing and Health [<http://www.who.or.jp/ageing/index.html>] — World Health Organization (WHO/OMS) – Ageing & Health (AHE) [<http://www.who.int/hpr/ageing/index.htm>]
- World Health Organization (WHO/OMS) — World Day 1999: Active Ageing makes the difference [<http://www.who.int/archives/whday/en/whday1999.html>]
- Institute of Gerontology [<http://geroserver.iog.wayne.edu/GeroWebd/GeroWeb.html>]
- The Gerontological Society of America [www.geron.org]
- European Society for Research in Adult Development (ESRAD) [<http://www.europeadultdevelopment.org/>]
- National Institute on Aging [<http://www.grc.nia.nih.gov/blsahistory/founders/founders.htm>]

Síntese:

As investigações (Knight, 2004) indicam que as taxas de sucesso em psicoterapia com idosos são idênticas às de qualquer outro grupo etário, tendo-se revelado eficazes, nomeadamente, no tratamento da depressão relacionada com o luto e na redução das queixas físicas e da dor e, mesmo, da psicopatologia em geral. Knight (2004) refere com otimismo a intervenção nesta faixa etária, defendendo que a terapia com idosos é diferente nos conteúdos abordados e na natureza da relação terapêutica, mas semelhante, no que concerne aos objetivos, técnicas e processos implicados.

A intervenção na idade avançada encontra-se, assim, condicionada pela presença de mitos em relação aos problemas de saúde e desordens psiquiátricas que surgem nesta fase da vida¹¹, o que conduz frequentemente à negligência dos sintomas, levando a consequências nefastas, que se relacionam, inclusive, com o aumento da mortalidade nestas idades.

Consequentemente, através desta primeira rubrica, pretende-se proporcionar aos estudantes uma perspetiva geral sobre a disciplina de IPI. Em seguida, examina-se a Intervenção Psicoterapêutica com Pessoas Idosas como disciplina científica: o

¹¹ Um exemplo de um ‘mito’ é o de que as perturbações, como a ‘mania’, diminuem com a idade, o que condiciona a prevenção e tratamento desta psicopatologia que, efectivamente, conduz a maior número de hospitalizações do que, por exemplo, a depressão (Kennedy, 2008).

que é? A que problemas pretende responder? Que linhas orientadoras a caracterizam? Quais os modelos considerados como importantes marcos do percurso da intervenção na idade avançada? Realçam-se também as vantagens dos denominadores comuns com outras áreas de intervenção, assim como as inovações que ela representa. Faculta-se ainda informação sobre associações e *sites* de gerontologia e de qualidade de vida na idade avançada.

Leituras requeridas:

APA (2002). *Ethical Principles of Psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.

Fredrickson, B. L., & Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678–686.

Knigh, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.

Knight, B., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.

Leituras recomendadas:

Bush, S. S. (2008). *Geriatric mental health ethics: A casebook*. New York: Springer.

Gallagher-Thompson, D., McKibbin, C., Koonce-Volwiler, D., Menendez, A., Stewart, D., & Thompson, L.W. (2000). Psychotherapy with older adults. In C.R. Snyder & R.E. Ingram, (Eds), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp.614-637). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Gatz, M., Fiske, A., Fox, L., Kaskie, B., Kasl-Godley, J., & McCallum, T. (1999). Empirically Validated Psychological Treatments for Older Adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(1), 9-46.

Gazda, G., & Pistole, C. (1985). Life skills training: A model. *Counselling and Human Development*, 19, 1-7.

Scogin, F. (2000). *The first session with seniors: A step-by-step guide*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Aula n.º 2

Conteúdos/Sumário:

Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral.

Âmbitos e contextos de intervenção com pessoas idosas.

Prática psicológica com pessoas idosas: O modelo CALTAP (Contextual Adult

Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy):

- Influências da coorte.
- Influências da cultura.
- Influências do contexto.
- Influências da maturação.
- Desafios específicos relacionados com a idade.

Objetivos/competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Adquirir conhecimentos básicos sobre a intervenção na velhice.
- Conhecer os diferentes contextos de intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas.
- Conhecer as diretivas internacionais sobre a intervenção na idade avançada.
- Compreender o modelo CALTAP: *Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy*.
- Compreender as influências de coorte, cultura, contexto, maturação e relacionadas com a idade que influenciam a forma de fazer psicoterapia na idade avançada.

Atividades:

1. Em grupo os alunos devem elencar, analisar e discutir os diferentes âmbitos e contextos de intervenção na idade avançada.
2. Em grupo os alunos discutem as influências de coorte, cultura, contexto, maturação e relacionadas com a idade que influenciam a forma de fazer psicoterapia na idade avançada. As conclusões são depois confrontadas com o modelo CALTAP.

Material de apoio:

Knight, B., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.

Síntese:

Nesta rubrica dão-se a conhecer aos alunos os diferentes contextos de intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas. De seguida são introduzidos no modelo CALTAP onde aprendem a identificar os factores contextuais e maturacionais que

devem ser tidos em consideração na adaptação da psicoterapia à idade avançada. Este conhecimento é fundamental para informar e guiar qualquer intervenção clínica com pessoas na idade avançada. O modelo em apreço baseia-se nas recomendações do modelo do ciclo de vida e nos conhecimentos da gerontologia científica tentando abrir caminhos para a intervenção eficaz e promotora de qualidade de vida. Em geral, as respostas à questão de como fazer intervenção e que modificações fazer estão relacionadas sobretudo com diferenças entre as coortes nascidas em diferentes momentos temporais, diferenças entre os contextos sociais dos mais velhos e dos mais novos na nossa sociedade e nos desafios específicos desta fase da vida por contraponto às influências do envelhecimento e dos processos desenvolvimentais.

Leituras requeridas:

Knight, B. G. (1996/2004). *Psychotherapy with older adults*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Knight, B., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.

Leituras recomendadas:

Batistoni, S. (2009). Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. *Psicologia em Pesquisa*, 3, 13-22.

Bortz, J.J., & O'Brien, K.P. (1997). Psychotherapy with older adults: Theoretical issues, empirical findings, and clinical applications In P.D. Nussbaum, (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging. Critical issues in neuropsychology*, (pp.431-451). New York: Plenum Press.

Bush, S. S. (2008). *Geriatric mental health ethics: A casebook*. New York: Springer.

Knight, B. (1992). *Older Adults in Psychotherapy: Case Histories*. Newbury Park: SAGE Publications

Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.

Knight, B.G. & McCallum, T.J. (1998). Adapting psychotherapeutic practice for older clients: Implications of the contextual, cohort-based, maturity specific challenge model. *Professional Psychology*, 29, 15-22.

Scogin, F. (2000). *The first session with seniors: A step-by-step guide*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Aula n.º 3

Conteúdos/Sumário:

Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral

As orientações da APA.

Programas e planos de intervenção com pessoas idosas/ projetos de psicogerontologia – desenvolvimento e avaliação.

Principais perturbações mentais na idade adulta avançada.

Objetivos/competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer as diretivas internacionais (da APA) sobre a intervenção na idade avançada.
- Desenvolver as competências básicas para estabelecer uma relação de ajuda.
- Ser capaz de integrar o conhecimento adquirido de forma a desenhar, desenvolver e avaliar planos de intervenção na velhice e projetos de psicogerontologia.
- Desenvolver competências de seleção, conceção, divulgação, implementação, gestão e avaliação de projetos de intervenção em psicogerontologia.
- Conhecer as orientações sobre como trabalhar de forma eficaz em equipas interdisciplinares.
- Adquirir conhecimentos básicos sobre as temáticas que surgem mais frequentemente na intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas.
- Avaliar criticamente, interpretar e integrar a informação obtida a partir das várias fontes e instrumentos utilizados.
- Adquirir conhecimentos básicos sobre as perturbações mentais predominantes na idade adulta avançada e perspetivas de intervenção.

Atividades:

1. Ler e analisar em grupo as diretivas da APA. Usar como texto base: Ferreira-Alves, J. (2010). *Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA*. Revista de Psiquiatria. CHPL — Hospital Júlio de Matos, Vol. XXII, n.º 3.
2. Em grupo propor um esboço de um projeto de psicogerontologia.
3. Analisar projetos nacionais e internacionais de valor na área. Como exemplo: Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas / *Global age-friendly cities: a guide* (Organização Mundial de Saúde, 2007)
4. Identificar em casos clínicos as perturbações mentais de acordo com IC10 (OMS) e a DSM IV (APA).

Material de apoio:

- APA – Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

- Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007): http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=oCEwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2007%2F9789899556867_por.pdf&ei=59YoUPvwB4K6hAfv_YCIBQ&usg=AFQjCNEgaQ99QcoHrun4uAfeCggWneeebQ

Síntese:

Nesta rubrica são apresentadas as diretrizes da APA sobre a intervenção na idade avançada. Estas são discutidas à luz de exemplos concretos de programas nacionais e internacionais de intervenção com esta faixa etária. São ainda referidos a importância, bem como, os recursos comunicacionais necessários para trabalhar em equipas interdisciplinares. Recordam-se ainda as competências básicas para estabelecer uma relação de ajuda e os conhecimentos sobre as perturbações mentais predominantes na idade adulta avançada (conhecimentos estes que os alunos devem já trazer de outras unidades de ensino/aprendizagem) — sublinhando a importância destas aquisições para uma intervenção eficaz.

Leituras requeridas:

APA – Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Ferreira-Alves, J. (2010). Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria. CHPL — Hospital Júlio de Matos*, Vol. XXII, n.º 3.

Knight, B. (1992). *Older Adults in Psychotherapy: Case Histories*. Newbury Park: SAGE Publications

Laidlaw, K. & Knight, B. (Eds.) (2008). *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment*. New York: Oxford University Press.

Woods, R. (1999). *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester: John Wiley & Sons.

Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (2011). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.). New York: Sage.

Leituras recomendadas:

Batistoni, S. (2009). Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. *Psicologia em Pesquisa*, 3, 13-22.

- Bortz, J.J., & O'Brien, K.P. (1997). Psychotherapy with older adults: Theoretical issues, empirical findings, and clinical applications. In P.D. Nussbaum, (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging. Critical issues in neuropsychology*, (pp.431-451). New York: Plenum Press.
- Braconnier, A. (2007). *Manual de Psicopatologia* (F. Fonseca, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2006).
- Culverwell, A., & Martin, Carol. (2000). Psychotherapy with older people. In G. Corley, (Ed.), *Older people and their needs: A multi-disciplinary perspective* (pp.92-106). London, England: Whurr Publishers, Ltd.
- Daatland, S. O. (2005). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds. Assoc.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp.371-377). New York: Cambridge University Press.
- Duffy, M. (Ed.), (1999). *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Egan, G. (1986). *The Skilled Helper: A Systematic Approach to Effective Helping* (3rd Ed.). Monterey: Brooks/Cole Publishing Company.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Gallagher-Thompson, D., McKibbin, C., Koonce-Volwiler, D., Menendez, A., Stewart, D., & Thompson, L.W. (2000). Psychotherapy with older adults. In C.R. Snyder & R.E. Ingram, (Eds), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp.614-637). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp.101-120). New York: Plenum.
- Gazda, G., & Pistole, C. (1985). Life skills training: A model. *Counselling and Human Development*, 19, 1-7.
- Genevay, B., Katz, R.S. (Eds.), (1990). *Countertransference and older clients*. CA: Sage Publications, Inc.
- Golden, L. (2008). *Case studies in counselling older adults*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.
- Hersen, M., Turner, S., & Beidel, D. (2007). *Adult Psychopathology and Diagnosis* (5th Ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Kennedy, G., & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with Older Adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 386-407.
- Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.

Laidlaw, K. & Knight, B. (Eds.) (2008). *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment*. New York: Oxford University Press.

Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 165-183.

Lyubomirsky, S. King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131, 803 – 855.

Nelson-Jones, R. (2008). *Basic Counseling Skills: A Helper's Manual* (2nd Ed.). London: SAGE Publications.

Rainsford, C. (2002), Counseling older adults. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12. 159-164 Cambridge University Press.

Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.

Rogers, Carl. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*.

Van Etten, D. (2006). Psychotherapy with older adults- Benefits and barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol.44, 11, 28-33.

Wilcox, J. (1994). Handbook of Clinical Behaviour Therapy with the Elderly Client. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 942-943.

Wong, N. (2000). Handbook of Counseling and Psychotherapy with Older Adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1716-1717.

Yang, Janet A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.

Zarit, S.H. & Knight, B.G. (Eds.), (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington: American Psychological.

10.2. Unidade temática II — Temas de intervenção terapêutica com idosos: Perda e Luto. Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.

Aula n.º 4

Conteúdos/Sumário:

Perda e Luto: Contextualização e principais conceitos.

Luto: Modelos compreensivos.

Modelos baseados em estádios e tarefas:

- Elizabeth Kubler-Ross (1969);
- John Bowlby (1980);
- Tarefas do Processo de Luto (Worden, 1981).

Modelo baseado nas teorias de *stress* e *coping*: Stroebe & Shut (1999).

Questões diagnósticas: Luto e luto patológico.

Luto e construção de significados.

Dados da investigação sobre a viuvez: '*Changing Lives of Older Couples*'.

Objetivos/competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Perspetivar a situação de perda e o luto no âmbito do ciclo de vida e compreender as suas especificidades na 3.^a idade.
- Conhecer os modelos compreensivos (da etiologia, manifestações e fatores de manutenção) da perda, luto e sintomatologia associada.
- Permitir a aproximação à realidade da intervenção clínica através do conhecimento e da aplicação de algumas técnicas cognitivo-comportamentais de avaliação e intervenção para a perda e luto durante a 3.^a idade.
- Conhecer os diferentes contextos de intervenção a este nível.

Atividades:

Reflexão e discussão com base na leitura de alguns casos clínicos.

Material de apoio:

Slides das aulas.

Casos Clínicos para discussão.

Síntese:

Apesar da perda e do luto serem processos normativos do ciclo de vida, o processo de luto na velhice, principalmente no caso de morte do cônjuge ou filho, pode provocar um grande impacto na pessoa idosa, com repercussões físicas e emocionais que, muitas vezes, acrescem a vários outros sofrimentos desta faixa etária, renegada em muitos aspetos pela sociedade atual.

Neste sentido torna-se muito importante entender as especificidades do luto nesta camada populacional e acompanhar estas pessoas de modo a prevenir ulteriores dificuldades e complicações. Nesta unidade temática pretende-se fazer uma revisão sobre os modelos compreensivos e estratégias de intervenção na perda e no luto.

Leituras requeridas:

Atcheley, R. C. (2000). Dying, Death and Bereavement and Widowhood. In *Social forces and aging: An introduction to social gerontology* (pp. 309-326). Belmont: Wadsworth Thomson Learning.

Baldwin, R.; Chiu, E.; Katona, C. & Graham, N. (2002). *Guidelines on Depression in Older People: Practising the evidence*. Londres: Cromwell Press.

Bowlby, J. (1980) *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.

Canavarro, M. C. (2004). Vinculação, perda e luto: Implicações clínicas. *Psychologica*. 35, 45-47.

Kalish, R.A. (1985). The Social Context of death and dying. *In Handbook of aging and the social sciences* (pp. 149-170). New York: Van Nostrand Zeinhold Company.

Kastenbaum, R. (1999). Dying and Bereavement. In J. C. Cavanaugh & S. K. Witbourne (Ed.) *Gerontology :An interdisciplinary perspective* (pp. 155-185). Oxford: Oxford University Press

Kubler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*. Macmillan, New York.

Lund, D. (1996). Bearevment and Loss. In J. E. Birren (Ed.). *Encyclopedia of Gerontology: Age, aging and the aged* (pp. 173, 183). San Diego: Academic Press.

Mc Kiern, F. (1996). Beareavemt and Attitudes to Death. In R. T. Woods (Ed.). *Handboock of clinical psychology of aging* (pp. 159-182). London: John Wiley & Sons.

Neimeyer, R. A., Holland, J. M., Currier, J. M. & Mehta, T. (2008). Meaning reconstruction in later life: Toward a cognitive-constructivist approach to grief therapy. In D. Gallagher-Thompson, A. Steffan & L. Thompson (Eds.), *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults* (pp. 264-277). New York: Springer Verlag.

Rijo, D. (2004) Temas críticos do Luto Patológico: Diagnóstico, modelos e intervenção terapêutica. *Psychologica*. 35, 49-67

Vaz-Serra, A. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino (Ed.) *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Leituras recomendadas:

Cappeliez, P. (2001). Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 165-174.

Dick-Siskin, L.P. (2002). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *Behavior Therapist*, 25(1), 3-6.

Floyd, M., & Scogin, F. (1998). Cognitive-behavior therapy for older adults: How does it work?. *Psychotherapy*, 35(4), 459-463.

Frazer, D. W., Hinrichsen, G. A., & Jongasma, A. E. (Eds.) (2011). *The older adult psychotherapy treatment planner*. New York: Wiley.

Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M., & Thompson, L. W. (Eds.) (2010). *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer.

Gatz, M. & Knight, B.G. (1998). Psychotherapy with older adults. In G.P. Koocher, J.C. Norcross, & S.S. Hill (Eds.), *Psychologist's Desk Reference* (pp. 370-373). Oxford University Press.

Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. East Sussex: Routledge.

Knight, B. & Satre, D.D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 62(2), 188-203.

Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.

Laidlaw, K., Thompson, L., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chichester: John Wiley & Sons.

Sorocco, K. H. & Lauderdale, S. (Eds.) (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. New York: Springer.

Thompson, L., Gallagher, D., & Breckenridge, J. (1987). Comparative Effectiveness of Psychotherapies for Depressed Elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.

Aula n.º 5

Conteúdos/Sumário:

Dados da investigação sobre a viuvez:

Intervenção no luto: Objetivos e tópicos gerais.

Programa comunitário *Widow-to-Widow*.

Estratégias de intervenção individual: O papel da construção de significados.

O contributo da perspetiva narrativa.

Rituais terapêuticos.

A escrita terapêutica.

Objetivos/competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer os dados da investigação sobre a viuvez.
- Conhecer os modelos compreensivos de intervenção.
- Conhecer os programas de intervenção no luto.
- Permitir a aproximação à realidade da intervenção clínica através do conhecimento de estratégias de intervenção.

Atividades:

Reflexão e discussão com base na leitura de alguns casos clínicos.

Material de apoio:

Slides das aulas.

Casos clínicos para discussão.

Síntese:

Nesta unidade curricular discutem-se aspetos específicos da perda e do luto na 3.^a idade, nomeadamente as perdas de identidade e interpessoais.

Comentam-se as estratégias de avaliação e de intervenção terapêuticas no luto, dando particular ênfase ao caso específico da viuvez.

Leituras requeridas:

Dick-Siskin, L.P. (2002). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *Behavior Therapist*, 25(1), 3-6.

Floyd, M., & Scogin, F. (1998). Cognitive-behavior therapy for older adults: How does it work?. *Psychotherapy*, 35(4), 459-463.

Gallagher-Thompson, D., Steffen, A. M., & Thompson, L. W. (Eds.) (2010). *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer.

Knight, B. & Satre, D.D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 62(2), 188-203.

Laidlaw, K., Thompson, L., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chichester: John Wiley & Sons.

Sorocco, K. H. & Lauderdale, S. (Eds.) (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. New York: Springer.

Leituras recomendadas:

Areán, P., & Cook, B. (2002). Psychotherapy and Combined Psychotherapy/Pharmacotherapy for Late Life Depression. *Biological Psychiatry*, 52, 293-303.

Bortz, J.J., & O'Brien, K.P. (1997). Psychotherapy with older adults: Theoretical issues, empirical findings, and clinical applications In P.D. Nussbaum, (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging. Critical issues in neuropsychology*, (pp.431-451). New York: Plenum Press.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (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.

- Cappeliez, P. (2001). Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 165-174.
- Culverwell, A., & Martin, Carol. (2000). Psychotherapy with older people. In G. Corley, (Ed.), *Older people and their needs: A multi-disciplinary perspective* (pp.92-106). London, England: Whurr Publishers, Ltd.
- Daatland, S. O. (2005). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), V. L. Bengtson, P. G. Coleman, & T. B. L. Kirkwood (Eds. Assoc.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp.371-377). New York: Cambridge University Press.
- Frazer, D. W., Hinrichsen, G. A., & Jongsma, A. E. (Eds.) (2011). *The older adult psychotherapy treatment planner*. New York: Wiley.
- Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative Effects of Cognitive-Behavioral and Brief Psychodynamic Psychotherapies for Depressed Family Caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 543-549.
- Gallagher-Thompson, D., McKibbin, C., Koonce-Volwiler, D., Menendez, A., Stewart, D., & Thompson, L.W. (2000). Psychotherapy with older adults. In C.R. Snyder & R.E. Ingram, (Eds), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp.614-637). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gatz, M. & Knight, B.G. (1998). Psychotherapy with older adults. In G.P. Koocher, J.C. Norcross, & S.S. Hill (Eds.), *Psychologist's Desk Reference* (pp. 370-373). Oxford University Press.
- Gatz, M., Fiske, A., Fox, L., Kaskie, B., Kasl-Godley, J., & McCallum, T. (1999). Empirically Validated Psychological Treatments for Older Adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(1), 9-46.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.
- Scogin, F. & McElreath L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1) 69-74.
- Thompson, L., Gallagher, D., & Breckenridge, J. (1987). Comparative Effectiveness of Psychotherapies for Depressed Elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Van Etten, D. (2006). Psychotherapy with older adults — Benefits and barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*, vol.44, 11, 28-33.

Aula n.º 6

Conteúdos/Sumário:

Terapia para a depressão baseada no *mindfulness*.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Adquirir conhecimentos sobre os fundamentos, as características e os princípios do *mindfulness*.
- Aprender a distinguir e a caracterizar o *Mindfulness* no Treino de Redução de Stress (*Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR*) e o *Mindfulness* na Prevenção da Recaída de Depressão (*Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT*).
- Tomar consciência dos benefícios da aplicação da Terapia para a depressão baseada no *mindfulness* (*Mindfulness-based Therapy for depression*) ao nível da promoção do bem-estar e da redução da depressão nas pessoas idosas.
- Aprender os procedimentos de algumas técnicas.

Atividades:

1. Visionar e comentar em vídeo extratos de conferências de Jon Kabatz Zinn: http://www.youtube.com/watch?v=3nwwKbM_vJc; <http://programareducaostress.wordpress.com/>
2. Experienciar técnicas de *mindfulness através do* Exercício da sultana e do Exercício “*Breathing space*”.

Material de apoio:

Texto com o Exercício da sultana.

Texto com o exercício “*Breathing space*” (in Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press).

Síntese:

A intervenção com base no treino em *mindfulness* pode juntar-se ao rol das técnicas que visam aumentar a qualidade de vida e o bem-estar e reduzir os níveis de depressão das pessoas idosas. Este tipo de intervenção coloca o seu foco nas expressões fenomenológicas do momento, desenvolvendo em nós a atitude de aceitação e neutralidade, ao contrário das abordagens cujo enfoque se direcionam para a consciencialização do problema e, conseqüentemente, para o que há de negativo na pessoa. A perspetiva *mindfulness*, enquanto uma forma específica de atenção plena – concentração no ‘aqui e agora’, intencional e sem julgamento,

convida-nos a estar no momento presente, a senti-lo, a respirar com ele sem que tentemos explicá-lo, mudá-lo ou vermo-nos livres dele.

A investigação aponta para o treino em *mindfulness* como uma estratégia eficaz no desenvolvimento de valiosas aprendizagens acerca da natureza do sofrimento, da impermanência das sensações e da experiência, bem como das funções da mente na construção dos pensamentos negativos e, neste sentido, é eficaz no tratamento da depressão.

O MBSR baseia-se em várias técnicas de *mindfulness* e possui um formato curricular específico, desenvolvido por Kabat-Zinn (Divisão de Medicina Preventiva e Comportamental da Universidade de Massachusetts). O MBSR inclui, para além da apresentação de várias técnicas de atenção plena (*e.g.*, meditação sentada e deitada), um variado leque de abordagens temáticas e exercícios práticos para a compreensão do *mindfulness* na redução de *stress* e no desenvolvimento emocional, assim como a sua aplicação no dia-a-dia.

Leituras requeridas:

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of Mindfulness Meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York. Bantam Books.

McBee, L. (2008). *Mindfulness-Based Elder Care – A CAM Model for frail elders and their caregivers*. New York. Springer publishing company.

Oliveira, A. L. Lima, M. P., Godinho, P. & (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: um estudo exploratório com treino em Mindfulness, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 121-139.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Leituras recomendadas:

Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T. & Schure, M. (2006). Teaching Self-Care Through Mindfulness Practices: The Application of Yoga, Meditation, and Qigong to Counsellor Training. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 494.

Kabat-Zinn, J. (2000). *Aonde quer que eu vá. Sinais de fogo*. Gradiva. Cascais.

Williams, M. & Mark G. (2007). *The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. Guilford Press.

Aula n.º 7

Conteúdos/Sumário:

Aconselhamento na reforma.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Refletir sobre a realidade complexa da reforma e os desafios sociais, psicológicos e económicos que acarreta para a sociedade contemporânea.
- Conhecer as implicações da adaptação à reforma e ao lazer. Muito especificamente a promoção da autonomia e da independência, as respostas ao nível ético, existencial e religioso, as modificações ambientais e a gerontotecnologia, a importância das redes, apoio e recursos sociais e a promoção dos hábitos saudáveis na velhice.
- Apresentar o aconselhamento como uma abordagem eficaz para apoiar as pessoas idosas nas transições de vida.
- Sublinhar a importância dos Programas de Intervenção ao nível da preparação da reforma na promoção do bem-estar e da qualidade de vida na idade avançada.
- Conhecer programas nacionais e internacionais nesta área de intervenção.

Atividades:

Os alunos, em grupo, depois de verem o vídeo abaixo referenciado, discutem as principais conclusões a apresentar posteriormente em plenário.

Material de apoio:

Entrevista de Lúcia França na TV Globo: <http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=trabalho-e-renda-na-3-idade>

Síntese:

Todas as mudanças relevantes experienciadas por uma pessoa idosa podem suscitar ocasiões e experiências de transição e adaptação, muitas vezes revestidas de um carácter desenvolvimental, isto é, suscetíveis de resultar numa modificação da conceção de si e do mundo, podendo provocar uma maior abertura, quer ao seu próprio potencial de desenvolvimento quer ao dos outros. Estas experiências criam muitas vezes necessidades específicas de intervenção. Estas transições podem incluir a perda do cônjuge ou amigos, diminuição da saúde, ou a adaptação à reforma, com a conseqüente redução de rendimentos económicos, e a necessidade de envolvimento em atividades de tempo livre que permitam manter um estilo de vida preenchido e agradável. Embora a investigação (Moore & Keyes, 2003)

tenha vindo a sublinhar o aumento, com a idade, de competências para lidar com as situações adversas, a intervenção na idade avançada, facilitando o acesso aos recursos do contexto social, como as redes de suporte social, é de particular importância. No entanto, o apoio à pessoa que está a experienciar estas transições encontra-se condicionado pela presença de mitos, em relação aos problemas de saúde e às perturbações psiquiátricas que surgem nesta fase da vida, o que conduz, frequentemente, à negligência dos sintomas.

Na perspetiva do Ciclo de Vida, a transição para a reforma é perspetivada no âmbito geral da nossa vida e os atributos individuais, bem como os contextos (sociais, familiares, culturais, políticos, etc...), influenciam a forma como as pessoas a vivenciam. A experiência da transição para a reforma e do desenvolvimento pós-reforma é contingente ao contexto específico em que ocorre, ao contexto social e ao contexto laboral. Neste sentido, é importante dar relevo aos processos dinâmicos que englobam quer a dinâmica de passar à reforma, quer os possíveis mecanismos pelos quais o estatuto de reformado pode afetar o bem-estar da pessoa idosa.

Alguns autores têm proposto diferentes fases da adaptação à reforma, bem como, fatores facilitadores e fatores bloqueadores deste processo, concluindo pela importância de em vez de ‘empurrar’ para ultrapassar as resistências tentar discernir qual a sua fonte. Por outras palavras, não forçar o crescimento, mas sim remover os fatores que, eventualmente, o travam e condicionam.

Leituras requeridas:

Fonseca, A. M. (2006). *“Transição-adaptação” à reforma em Portugal*. *Psychologica*, 42, 45-70.

França, L. H. de F. P. (2002). *Repensando a aposentadoria com qualidade: um manual para facilitadores de programas de educação ao longo da vida*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.

Zanelli, J. C.; Silva, N. & Soares, D. H. P. (2010). *Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho – construção de projetos para o pós-carreira*. Artmed. Porto Alegre.

Leituras recomendadas:

Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica da “Passagem à reforma” – Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina.

Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2002). Adaptação e validação do “Inventário de Satisfação com a Reforma” para a população portuguesa. *Psychologica*, 29, 169-180.

- França, L. (2008). *O desafio da aposentadoria*. Ed. Rocco. Rio de Janeiro.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). *Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 642-662.
- Harley, B. (1999). The myth of empowerment: Work organization, hierarchy and employee outcomes in contemporary Australian workplaces. *Work, Employment and Society*, Vol. 13, No.1, 41-66.
- Hespanhol, Alberto. *Burnout e Stress Ocupacional*. *Rev. Port. Psicossomática*, jan. 2005, vol.7, no.1-2, p.153-162. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/287/28770212.pdf>.
- Kim, J., Moen, Phyllis (2002) *Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being: A Life-Course, Ecological Model* «*Journal of Gerontology: Psychological Sciences*» The Gerontological Society of America. Vol 57B, N.3, p. 212-222;
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press;
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7 (4), 295-321;
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E. & Logan. R. L. (1993). Generativity among young, mid-life, and older adults. *Psychology and Aging*, 8 (2), 221-230.
- Paúl, C. (1992). *Satisfação de vida em idosos*. *Psychologica*, 8, 61-80;
- Paúl, C.; & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: Editora RH;
- Ramos, M. (2005). *Crescer em Stresse – Usar o Stresse para Envelhecer com Sucesso*. Porto: Ambar;
- Ribeiro, O. Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel;
- Rossi, A. M. (2005). *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho – perspectivas actuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Editora Atlas;
- Silva, P. N. (2009). *Adaptação à Reforma e Satisfação com a Vida: A importância da Actividade e dos Papéis Sociais na realidade europeia*. Tese de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa;
- Teixeira, D. C. (2009). *“Antecipando os anos dourados”, Programa Educacional Breve de Promoção da adaptação à Reforma e ao Envelhecimento: Estudo piloto numa amostra de seniores portugueses*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação;
- Vaz-Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. 3ª Ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Wang, M, Shultz, & Kenneth S. (2009). Employee Retirement: *A review and Recommendation for Future Investigation*. *Journal of Management*. Southern Management Association Sage. XX(X). Disponível em: <http://jom.sagepub.com/content/early/2009/10/06/0149206309347957>;

Wong, J., Earl, J. (2009). Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of Vocational Behavior*, 75, 1-13.

Aula n.º 8

Conteúdos/Sumário:

Terapia da Reminiscência.

A memória autobiográfica na velhice.

A reminiscência como processo e estratégia de adaptação à velhice.

A reminiscência como estratégia de intervenção para o tratamento da sintomatologia depressiva.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Apresentar uma revisão sobre os constructos-chave que permitem enquadrar a reminiscência como estratégia de intervenção na sintomatologia depressiva e na promoção do bem-estar na idade avançada.
- Conhecer as técnicas e as estratégias de intervenção utilizadas na terapia da reminiscência.
- Conhecer e refletir sobre as potencialidades e limitações desta abordagem.

Atividades:

1. Cada aluno apresenta e fala sobre a banda desenhada preferida da sua infância (ou livro ou série infantil da tv). Com base no material partilhado explicam-se algumas técnicas (*e.g.*, escritos autobiográficos, álbum de recortes, músicas de fases importantes do nosso passado) e estratégias utilizadas na intervenção da reminiscência.

2. Análise, em grupo, de protocolos estruturados de Terapia da Reminiscência.

Material de apoio:

Livros e extratos televisivos de séries infantis.

International Institute for Reminiscence and Life Review: <http://www.uwsuper.edu/cee/hhr/reminiscence/overview.cfm>

Protocolos estruturados de Terapia da Reminiscência (Stinson, 2009).

Síntese:

A reminiscência é uma estratégia com elevado potencial terapêutico dada a sua versatilidade, a sua fácil aceitação por parte do público mais velho e a sua capacidade de promover o bem-estar. Muito em particular é uma estratégia de intervenção na depressão — uma das patologias mais frequentes e que mais compromete o bem-estar das pessoas idosas (Afonso, 2011).

O processo de recuperação de informação pessoal, autobiográfica (conhecido como reminiscência), é um objeto reconhecido de investigação na área da memória (memória autobiográfica, Brewer, 1996), mas também, como Erikson (1959) defendeu, a revisão dos episódios vividos no último período do desenvolvimento humano é promotor da integridade pessoal.

Os estudos sobre a reminiscência como um fenómeno natural, voluntário e parcialmente reconstrutivo abriram o caminho à sua utilização como ferramenta para a intervenção psicoterapêutica. Butler (1974) foi um dos primeiros a promover a revisão de vida como uma intervenção com este propósito — estimulando as funções positivas da reminiscência de forma a melhorar a saúde mental nas últimas fases da vida. Desde então e até aos princípios dos anos 90 do século XX, as intervenções têm-se desenvolvido em muitos cenários e com diferentes grupos sociais, incluindo pessoas mais velhas que habitam em lares (Fry, 1983; Fallot, 1980), sanatórios (Haight 1988), e doentes com demência (Goldwasser, Auerbach & Harkins, 1987).

As revisões sobre a eficácia desta terapia mostram que se trata de uma abordagem promissora em várias situações (Kovach 1990).

Leituras requeridas:

Afonso, R. M. (2011). *Reminiscência como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110.

Leituras recomendadas:

Faust, Drew Gilpin (2003). Personality, Psychobiography, and Psychology of the Life Story. *Harvard Magazine, electronic version*. Consultado a 01/07/2005 em <http://web.lemoyne.edu/~hevern/nr-pbiog.html>

Gonçalves, O. (2000). *Viver narrativamente*. Climepsi. Porto.

Knight, B.G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd Ed). Thousand Oaks (CA): Sage. Publications.

Lima, M. (2004). *Posso Participar?: Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.

Lima, M. (2008). Counselling older adults with family issues: forgiving and empowering. In L. Sousa (Ed.), *Families in later life: emerging themes and challenges* (pp. 75-96). New York: Nova Science Publishers.

Lima, M. (2011). Intervenção em grupo com pessoas idosas. In P. M. Matos, C. Duarte e M.E. Costa (Coords.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 229-242). Porto: LivPsic.

McAdams, D., & Ochberg, R. L. (1988). *Psychobiography and life narratives*. Durham: Duke University Press.

McAdams, D., Diamond, A., St. Aubin (Ed.), & Mansfield, E. (1997). Stories of commitment: the psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 3, 678-694.

10.3. Unidade temática III: Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica — Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências.

Aula n.º 9

Conteúdos/Sumário:

Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica — Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências.

Orientação para a realidade.

Terapia pela Validação e Terapia pela Resolução.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Reconhecer as limitações e as vantagens das diferentes orientações teóricas e propostas de intervenção junto de pessoas idosas com deterioração cognitiva e demências discutidas.
- Conhecer os pressupostos do modelo biopsicossocial (que inclui a interação de fatores biomédicos, psicológicos, espirituais e sociais da pessoa e sua família), procurando ultrapassar uma perspetiva estritamente biomédica.
- Saber aplicar as orientações teóricas principais, reconhecendo as suas vantagens e limitações, a estudos de caso e experiências clínicas. Desenvolver a capacidade para analisar casos de pessoas com idade avançada com deterioração cognitiva e demência.
- Desenvolver as competências básicas para estabelecer uma relação de ajuda com pessoas nas condições referidas.

- Adquirir capacidade para desenvolver programas de intervenção com pessoas com deterioração e demências.
- Reconhecer a importância das intervenções psicossociais (grupos de suporte, aconselhamento, intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas), dirigidas aos familiares com o objetivo de uma adaptação salutogénica aos desafios que advém da evolução da doença.

Atividades:

1. Ver e comentar os seguintes filmes:

Gladys Wilson and Naomi Feil—<http://www.youtube.com/watch?v=CrZXz1oFcVM>

The Four Phases of Resolution — <http://www.youtube.com/watch?v=pH6pJ-1mEUpA>

2. Em casa explorar o site do *Validation Training Institute*: <http://www.vfvalidation.org/web.php?request=index>

3. Ler os dez princípios da Validação desenvolvidos por Naomi Feil (Bensing, 1993; Anexo 4).

Material de apoio:

Bensing, K. (1993). *Teaching people to talk to elders*. Acedido a 30 de Abril de 2009, a partir de: <http://www.vfvalidation.org/articles.html>

Day, C. (1997). *Validation Therapy : A Review of the Literature*. Originally appeared in *Journal of Gerontological Nursing*. Acedido a 30 de Abril de 2009, a partir de: <http://www.vfvalidation.org/articles.html>

Feil, N. (1993). *Validation therapy*. Adapted from *The Validation Breakthrough: Simple Techniques Communicating with People with Alzheimer's -Type Dementia*, acedido a 30 de Abril a partir de : <http://www.vfvalidation.org/articles.html>

Feil, N. (2001). *In their old world*. Acedido a 30 de Abril de 2009, a partir de: <http://www.vfvalidation.org/articles.html>

Feil, N. (2001). *Validation Therapy*. Acedido a 30 de Abril de 2009, a partir de: <http://www.vfvalidation.org/articles.html>

Feil, N. (2007). *It is Never Good to Lie to a Person Who Has Dementia*. Acedido a 30 de Abril de 2009, a partir de: <http://www.vfvalidation.org/articles.html>

Neal, M., & Wright, P. (2003). *Validation therapy for dementia*. Acedido a 30 de Abril de 2009, a partir de: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001394/frame.html>

Síntese:

O aumento dos quadros demenciais tornam de extrema relevância o conhecimento sobre a avaliação e a intervenção com pessoas nesta condição, bem como com os seus familiares e/ou cuidadores. Várias abordagens psicoterapêuticas têm sido desenvolvidas para responder às necessidades destes pacientes, tendo vindo a mostrar vantagens quando usadas em complementaridade com a intervenção farmacológica. A eficácia destas abordagens é função de variáveis como a formação do terapeuta, os recursos existentes e a fase e características do declínio cognitivo do paciente idoso. Os benefícios apontados na literatura são inúmeros, no entanto, são sempre referidas a redução da agitação, da progressão do declínio físico e psicológico, da ansiedade e da depressão e o aumento da interação social e da autoestima. De entre as intervenções psicoterapêuticas, com pessoas idosas com deterioração cognitiva e demências, a Terapia de Orientação para a Realidade e as Terapias da Validação e da Resolução têm sido amplamente estudadas, apresentando eficácia na redução dos sintomas referidos.

Leituras requeridas:

Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd Ed.). New York: Sage.

Woods, R. (1999). *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester: John Wiley & Sons.

Zarit, S.H. & Knight, B.G. (Eds.), (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington: American Psychological.

Leituras recomendadas:

Crowley-Robinson, P., Fenwick, D., & Blackshaw, J. (1996). A long-term study of elderly people in nursing homes with visiting and resident dogs. *Applied Animal Behaviour Science*, 47, 137-148.

Davis, B. (2005). *Alzheimer Talk, Text and Context: Enhancing Communication*. New York: Palgrave Macmillan.

Dornelles, A. (2010). *Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de São Carlos, Brasil.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Cadernos de saúde. Climepsi. Lisboa.

Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp.101-120). New York: Plenum.

Gatz, M., Fiske, A., Fox, L., Kaskie, B., Kasl-Godley, J., & McCallum, T. (1999). Empirically Validated Psychological Treatments for Older Adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(1), 9-46.

Guerra, S. (2012). *Demência e intervenção familiar*. Tese Doutorado. Seccção Autónoma de Ciências da Saúde.

Harris, C.S. & Ivory, P.B. (1976). An outcome evaluation of RO therapy with geriatric patients. *Gerontologist*, 16, 496-503.

Hill, R., Bäckman, L., & Neely, A. (2000). *Cognitive Rehabilitation in Old Age*. New York: Oxford University Press.

Kasl-Godley, J., & Gatz, M. (2000). Psychosocial intervention for individuals with dementia: An intergration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 755-782.

Knight, B. & Satre, D.D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 62(2), 188-203.

Knight, B.G. (1999b). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.

Laidlaw, K., Thompson, L., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chichester: John Wiley & Sons.

Marshall, M. (2005). *Perspectives on Rehabilitation and Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Marziali, E., & Donahue, P. (2006). Caring for Others: Internet Video-Conferencing Group Intervention for Family Caregivers of Older Adults with Neurodegenerative Disease. *The Gerontologist*. Vol.46(3), 398-403.

Miller, M. D. (2009). *Clinician's guide to interpersonal psychotherapy in late life: Helping cognitively impaired or depressed elders and their caregivers*. New York: Oxford University Press.

Nordhus, I. H., & VandenBos, G. (Eds.) (1998). *Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Pinkston, E., & Linsk, N. (1984). *Care of the Elderly: A Family Approach*. New York: Pergamon Press.

Wilcox, J. (1994). Handbook of Clinical Behaviour Therapy with the Elderly Client. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 942-943.

Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (2011). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.). New York: Sage.

Aula n.º 10

Conteúdos/Sumário:

Terapias Assistidas por animais.

Estimulação sensorial (*e.g.*, SNOZELEN).

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer as vantagens para as pessoas com deterioração cognitiva e demências
- Conhecer as indicações terapêuticas das abordagens não farmacológicas, como a estimulação sensorial (*e.g.*, Snozelen) e as terapias assistidas por animais.
- Conhecer e compreender os procedimentos de aplicação destas abordagens.
- Tomar conhecimento das limitações destas abordagens na intervenção com pessoas com demência.

Atividades:

1. Visita a uma instituição onde se fazem atividades de estimulação com pessoas idosas.

2. Desenvolvimento de projeto de intervenção na demência:

Este projeto visa desenvolver, implementar e avaliar um programa psico-educativo direcionado para os funcionários e técnicos que trabalham em instituições com utentes com demência.

Aproximadamente dois terços dos utentes em instituições para pessoas mais velhas têm demência e cerca de 90% destes apresentam comportamentos desafiantes. Estes comportamentos estão associados a elevados níveis de *stress* e *burnout* do pessoal, com o conseqüente impacto negativo no bem-estar dos utentes.

A Associação Psiquiátrica Americana (2006) recomenda que os cuidados às pessoas com demência sejam especializados. As abordagens para melhorar o bem-estar dos técnicos e auxiliares são fundamentais no cuidado humano aos utentes e podem ter um impacto significativo na qualidade de vida quer dos trabalhadores quer dos residentes.

As abordagens psico-educativas acrescentam aos programas educacionais tradicionais uma componente de suporte que aborda as necessidades psicológicas e emocionais do utente mais velho. Porém, as intervenções psico-educativas direcionadas para cuidadores formais de utentes com demência não são muito implementadas em Portugal.

3. Visionamento de vídeo sobre Terapias Assistidas por animais: <http://www.youtube.com/watch?v=FQrIUquqWNM&feature=related>

Material de apoio:

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer: Alzheimer Portugal: <http://www.alzheimerportugal.org/scid/webAZprt/>

Associação Humanitária de Doentes de Parkinson e Alzheimer — Quarteira – Algarve: Ajude-nos para que possamos ajudar: <http://ahdpa.blogspot.pt/>

Síntese:

Algumas pessoas idosas necessitam, por várias razões (*e.g.*, ambientes empobrecidos, doenças degenerativas), de programas ou intervenções destinadas à estimulação sensorial e cognitiva.

As intervenções terapêuticas em pessoas com demência têm como principais objetivos: manter um bom nível de saúde, conservar ao máximo o nível de independência e preservar a dignidade da pessoa. Neste sentido, dispomos de duas vias complementares – a farmacológica e a não farmacológica. As intervenções não farmacológicas têm um papel cada vez mais relevante no tratamento da demência (Guerra., 2012). O seu principal objetivo está dirigido à melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Entre estas intervenções encontra-se o Snoezelen, que se trata de uma intervenção multissensorial cujo objetivo é proporcionar uma experiência relaxante e segura mas, ao mesmo tempo, estimulante para os diferentes sentidos. A terapia Snoezelen combina assim duas vertentes: uma ativa (estimulação sensorial) e uma passiva (relaxamento) com os seguintes benefícios: relaxar, estimular, promover a comunicação e melhorar a concentração.

A Terapia Assistida por Animais (TAA) consiste numa intervenção em que um animal com características específicas (*e.g.*, cão, cavalo) é um componente essencial do tratamento. Esta terapia apresenta benefícios físicos, emocionais e sociais. Distingue-se das Atividades Assistidas por Animais (AAA) que envolvem apenas a visita de animais com a intenção de promover o bem-estar dos doentes com demência.

Leituras requeridas:

<http://www.snoezelen-idosos.com/artigos.php>

Kasl-Godley, J., & Gatz, M. (2000). Psychosocial intervention for individuals with dementia: An intergration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 755-782.

Leituras recomendadas:

Kessel, S., Merrick, J., Kedem, A., Borovsky, L. & Carmeli, E. (2002). Use of Group Counseling to Support Aging-Related Losses in Older Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Gerontological Social Work*. Vol.38(1-2), 241-251.

Linden, M. E. (1953). Group psychotherapy with institutionalized senile women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, 150-270.

Marshall, M. (2005). *Perspectives on Rehabilitation and Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Staunton, T. (2002). *Body Psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge.

Yang, Janet A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.

Yang, Janet A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.

10.4 Unidade temática IV: Intervenção no Abuso e maus tratos

Aula n.º 11

Conteúdos/Sumário:

Intervenção no Abuso e maus tratos.

Prevenção.

Avaliação.

Objetivos/competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer a realidade do abuso e do mau trato contra as pessoas mais velhas no mundo e em Portugal.
- Conhecer as medidas preventivas recomendadas pelas organizações mundiais (e.g., INPEA; OMS).
- Mobilizar conhecimentos para avaliar casos de vítimas de idade avançada.
- Tomar consciência da importância e desenvolver as competências básicas para estabelecer uma relação de ajuda com pessoas vítimas de mau trato.
- Identificar as orientações teóricas principais a utilizar nos estudos de caso e nas experiências clínicas apresentadas no contexto da aula.
- Reconhecer as limitações e as vantagens das diferentes orientações teóricas discutidas.
- Desenvolver competências de seleção, concepção, divulgação, implementação, gestão e avaliação de projetos de intervenção na área do abuso e do maltrato.
- Conhecer os diferentes contextos de intervenção a este nível.

Atividades:

1. Consultar sites de organizações nacionais e internacionais de sensibilização, pre-

venção e apoio às vítimas.

Em Portugal algumas instituições governamentais, e também não governamentais, têm tentado marcar a diferença através do apoio a pessoas idosas vítimas de maus-tratos, entre as quais o GEAVI (Grupo de Estudos e Avaliação das Pessoas Idosas Vítimas de Maus-Tratos), Provedor de Justiça através da linha do cidadão idoso, Linha de Emergência Social, APAV (Associação de Apoio à Vítima), entre outros.

A APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) (1999 *in* Capela, 2002) delineou um manual denominado de Projeto Titono – Pessoas Idosas Vítimas de Crime, no âmbito do Ano Internacional das Pessoas Idosas. Este manual tinha como principal objetivo ser utilizado como instrumento de apoio e esclarecimento para profissionais que contactam com idosos vítimas de crime, no sentido de poderem proporcionar apoio e/ou encaminhamento adequado da situação.

A nível internacional existe a INPEA (*International Network for the Prevention of Elder Abuse*) (INPEA, 2007), que tem como principais objectivos: aumentar a consciência pública sobre o fenómeno dos maus-tratos; promover a educação e treino de profissionais para a identificação; tratamento e prevenção destas situações; advogar a causa dos idosos abusados e negligenciados, estimular a pesquisa sobre as causas consequências, prevalência, tratamento e prevenção dos maus-tratos aos idosos. Sendo uma agência internacional, o seu âmbito estende-se a uma cooperação com diversos países, comemorando internacionalmente o dia 15 de Junho como o *World Elder Abuse Awareness Day*, como forma de sensibilizar a sociedade para esta problemática.

2. Ver, retirar conclusões e comentar em plenário os seguintes vídeos:

A touching story of an old father, son and a sparrow — <http://www.youtube.com/watch?v=2kpLDkWG5DA>

- Música 'No secrets' — <http://www.youtube.com/watch?v=VorYPbg1bT4&feature=related>

3. Fazer uma proposta para uma campanha de sensibilização e de prevenção do abuso e maltrato contra as pessoas mais velhas.

Material de apoio:

Sítios com informação sobre organizações nacionais e internacionais de prevenção e intervenção na área do abuso e do mau trato:

International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA): <http://www.inpea.net/>

Serviço de Violência Familiar: <http://www.chpc.min-saude.pt/Unidades%20e%20Servi%C3%A7os/SPCS/Pages/Servi%C3%A7odeViol%C3%AanciaFamiliar.aspx>

Projeto Títono – Pessoas Idosas Vítimas de Crime: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=oCCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.apav.pt%2Fpdf%2Fttono_compreender.pdf&ei=6oY-UPLcOMTBhAeB6IHABQ&usg=AFQjCNF86EH4lrBo5UUc8bWReQQ-CDxraQ

Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4423>.

Síntese:

Na perspetiva de Ferreira-Alves (2005) os maus-tratos e a negligência às pessoas idosas, irão constituir-se como uns dos problemas de saúde pública que terão um aumento previsível nas próximas décadas.

Alguns factos convergem para a explicação desta realidade, nomeadamente os preconceitos em relação à idade avançada e um sistema de saúde e de proteção social que não está preparado para combater de forma eficaz os problemas e necessidades emergentes das pessoas idosas e das suas famílias.

Em face da incidência e das características dos casos de abuso das pessoas idosas Anetzberger (2000) aponta para a necessidade de uma intervenção a três níveis. O primeiro nível diz respeito à intervenção primária, englobando atitudes de proteção e *empowerment* da pessoa idosa. A prevenção primária passa ainda por um processo de sensibilização, que se deverá estender a toda a sociedade, com uma concomitante valorização social da pessoa idosa e com a consequente mudança das representações sociais e das atribuições culturais em torno da velhice.

O segundo nível está relacionado com os alvos da intervenção, englobando ações com a diáde vítima-perpetrador e com todo o sistema familiar. O terceiro nível remete para as respostas em caso de emergência, bem como para todo o apoio e acompanhamento posterior a uma situação de abuso. A este nível as terapias breves e de apoio são particularmente úteis como veremos na próxima lição.

Leituras requeridas:

A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. Geneve: OMS. (2008). Consultado em Abril 2011 em <http://www.who.int/en>.

Anetzberger, G. J. (2005) Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations. *Clinical Gerontologist*, 28, 1, 27-41.

Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*, Coimbra Editora n.º espc,133-151.

Nerenberg, L. (2008). *Elder Abuse and prevention: Emerging trends and promising strategies.* Springer: New York.

Leituras recomendadas:

American Medical Association (1992). *Diagnostic and Treatment – Guidelines on Elder Abuse and Neglect*. Washington: American Medical Association.

Bartholomew, M. R., Cheek, J. & Hoyt, J. (2010). Elder Abuse and Neglect. In R. J. Riviello (Ed.), *Manual of Forensic Emergency Medicine – Guide for Clinicians*, (pp. 165-170).

Brandl, B. et al. (2007). *Elder Abuse Detection and Intervention – A Collaborative Approach*. New York: Springer Publishing Company.

Ferreira-Alves, J. (2005) Abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense de maus-tratos. In R. Abrunhosa Gonçalves & Carla Machado (Eds), *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora. 319-342.

Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I. & Fairchild, S (2000). Elder neglect assessment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 26, 5, 436-443.

Galdame, M. & González, Z. (2009). La visita domiciliaria como una herramienta para la Detección de la violencia hacia el adulto mayor. *Enfermería Global*, n.º 17. <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/issue/view/70/showToc>.

Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-745.

National Guideline Clearinghouse (2006). *Elder Abuse Prevention*. Consultado em Abril 2009 em <http://www.guideline.gov>.

National Research Council (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington: The National Academies Press.

Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Disponível em <http://www.who.int/en>.

Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XIX, 207-234.

Aula n.º 12

Conteúdos/Sumário:

Terapias breves e terapias de apoio.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer as características das terapias breves e das terapias de apoio.
- Apresentar as razões da existência de uma abordagem atórica (a terapia de apoio) mas considerada de grande utilidade social e dirigida a objetivos terapêuticos específicos.
- Conhecer as investigações que sustentam este tipo de abordagens.

- Especificar as modalidades e técnicas, atitude do terapeuta e limites destes tipos de intervenção.

Atividades:

Role-play de algumas técnicas. Nomeadamente (Leal, 2005): Sugestão, Controlo ativo, Securitização, Aconselhamento, Catarse, Educação, Clarificação e Confrontação.

Material de apoio:

Texto com técnicas base das terapias de apoio (Leal, 2005, 215-259).

Texto sobre as terapias breves (Leal, 2005, 121-130).

Síntese:

Por psicoterapia de apoio (*supportive psychotherapy*) entende-se uma atividade genérica em contextos institucionais de terapeutas de qualquer formação. Esta abordagem, com diversas origens teóricas (ateórica e pragmática) pretende, sobretudo, ir ao encontro da necessidade (queixa, sintoma ou sofrimento) do cliente e do contexto em que está inserido. É recomendada para todas as situações em que não há indicação específica para uma dada psicoterapia e tem como objetivos genéricos reforçar os aspetos sadios do cliente de modo a este poder usar recursos externos disponíveis, reduzir desconforto subjetivo e comportamento disfuncional e promover a autonomia, tendo em atenção as limitações do paciente.

No que concerne às terapias breves estas são úteis em situações de crise e, também, um excelente modelo de trabalho em contextos institucionais. A investigação (Yalom, 2005) tem revelado que as abordagens focalizadas e breves são populares e de grande eficácia na idade avançada.

Leituras requeridas:

Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa. Fim de Século.

Ribeiro, P. L. (1997). *Psicoterapia breve – um modelo integrado*. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Psicoterapis Breves.

Leituras recomendadas:

Dreyfus, C. (1978). *Psicoterapias de grupo*. Lisboa: Verbo.

Lemgruber, V. B. (1987). *Psicoterapia breve – A técnica focal*. Porto Alegre: Artes médicas.

Lima, M. P. (2011). Intervenção em grupo com pessoas idosas. In P. Mena Matos, C. Duarte & M.E. Costa (Coords.) (2011), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção*. (pp. 229-242). Porto: LivPsic.

Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy*

(5rd Ed.). New York: Basic Books.

10.5. Unidade temática V — Intervenção em grupo: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada

Aula n.º 13

Sumário:

Intervenção em grupo: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada.

Vantagens e factores terapêuticos da intervenção em grupo.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Compreender os processos de grupo e o seu papel na intervenção com pessoas idosas.
- Conhecer os factores terapêuticos que operam na maioria das intervenções em grupo.
- Desenvolver as competências básicas para estabelecer a coesão e a dinâmica grupal suscetível de tornar o grupo terapêutico eficaz.
- Reconhecer as limitações e as vantagens das intervenções em grupo discutidas.
- Saber aplicar as orientações teóricas principais a estudos de caso e experiências clínicas.
- Conhecer os diferentes contextos de intervenção a este nível.

Material de apoio:

- *Group Psychotherapy Resource Guide* (Haim Weinberg): <http://www.group-psychotherapy.com/>

- Cds com músicas variadas e lenços.

Atividades:

1. *Role-play* de uma primeira sessão de um grupo de desenvolvimento pessoal (Lima, 2004).
2. Discussão em pequenos grupos sobre as fases formativas de um grupo.

Síntese:

Nas suas experiências sobre as tomadas de decisão em grupo, Lewin demonstrou que é, muitas vezes, mais fácil modificar um grupo (com as consequentes mudan-

ças individuais) do que um indivíduo. Neste sentido, a terapia de grupo, do repertório do psicólogo clínico, é uma das principais modalidades de intervenção. É, por conseguinte, forçoso conhecer as vantagens, os fatores terapêuticos e as especificidades presentes na intervenção psicoterapêutica em grupo na idade avançada.

A interação interpessoal, o apoio empático, a validação consensual e as possibilidades oferecidas pelo encontro em grupo providenciam um contexto, onde o adulto de idade avançada, sobretudo, o isolado e com poucos recursos, pode reabastecer as suas reservas pessoais (Yalom, 2005). Por outro lado, as intervenções em grupo beneficiam, de forma mais simples, um maior número de pessoas.

Sublinha-se ainda o facto de ser muito importante a formação e o trabalho pessoal do terapeuta, bem como treino e a experiência para a adequada implementação deste tipo de intervenção.

Leituras requeridas:

Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.

Lima, M. P. (2008). Counselling older adults with family issues: forgiving and empowering. In L. Sousa (Ed.). *Families in later life: emerging themes and challenges* (pp. 75-96). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Lima, M. P. (2011). Intervenção em grupo com pessoas idosas. In P. Mena Matos, C. Duarte & M.E. Costa (Coords.) (2011). *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção*. (pp. 229-242). Porto: LivPsic.

Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (5rd Ed.). New York: Basic Books.

Leituras recomendadas:

Birren, J., & Deutchman, D. (Eds.), (1990). *Guiding Autobiography Group for Older Adults: Exploring the Future of Life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Bortz, J.J., & O'Brien, K.P. (1997). Psychotherapy with older adults: Theoretical issues, empirical findings, and clinical applications In P.D. Nussbaum, (Ed.), *Handbook of neuropsychology and aging. Critical issues in neuropsychology*, (pp.431-451). New York: Plenum Press.

Corey, G. (1999). *Theory and practice of counselling and psychotherapy* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Duffy, M. (Ed.), (1999). *Handbook of counselling and psychotherapy with older adults*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Gatz, M. & Knight, B.G. (1998a). Psychotherapy with older adults. In G.P. Koocher, J.C. Norcross, & S.S. Hill (Eds.), *Psychologist's Desk Reference* (pp. 370-373). Oxford University Press.

Glicken, M. (2009). *Evidence-Based Counselling and Psychotherapy for an Aging Population*. San Diego: Elsevier.

Kessel, S., Merrick, J., Kedem, A., Borovsky, L. & Carmeli, E. (2002). Use of Group Counseling to Support Aging-Related Losses in Older Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Gerontological Social Work*. Vol.38(1-2), 241-251.

Leszcz, M. E. (1992). The interpersonal approach to Group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 42(1), 37-62.

Levine B. E. & Poston, M. (1980). A modified group treatment for elderly narcissistic patients. *International Journal of Group Psychotherapy*. 30, 153-167.

Linden, M. E. (1954). The significance of dual leadership in gerontologic Group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 262-73.

Linden, M. E. (1953). Group psychotherapy with institutionalized senile women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, 150-270.

Riley, K., & Carr, M. (1989). Group Psychotherapy With Older Adults: The Value of an Expressive Approach. *Psychotherapy*, 26, 366-371.

Rogers, Carl. (1970). *On Encounter Groups*. New York: Harrow Books, Harper and Row.

Saiger, G. M. (2001). *Group psychotherapy with older adults*. *Psychiatry*, 64(2), 132-145.

Silver, A (1950). Group therapy with senile psychotic patients. *Geriatrics*. 5, 147-50.

Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (3rd Ed.). New York: Basic Books.

Young, C., & Reed, P. (1995). Elders' Perceptions of the Role of Group Psychotherapy in Fostering Self-Transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*, IX, 338-347.

Aula n.º 14

Sumário:

Tipos de intervenção em grupo: a Psicoterapia Gestalt.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer os principais conceitos da Psicoterapia Gestalt e os seus principais métodos e técnicas de intervenção.
- Avaliar as vantagens e limitações deste tipo de abordagem no trabalho com pessoas mais velhas.
- Identificar as principais técnicas para o trabalho com o corpo em Gestalt.
- Conhecer as potencialidades desta abordagem na intervenção junto de pessoas confrontadas com questões em torno da morte e do processo de morrer.

Atividades:

1. Apresentação de algumas experiências de percepção (*e.g.*, figura/fundo; o ‘todo é mais que a soma das partes’) da Psicologia da Forma como motor para discutir alguns dos princípios e das técnicas da terapia gestalt.

Leis da Psicologia da Forma: <http://www.youtube.com/watch?v=oPJLV7dlGxY&feature=related>

2. Visionamento de vídeo com uma consulta dinamizada pelo pai da Terapia Gestalt Fritz Perls: <http://www.youtube.com/watch?v=g9NRW-E6RD8>

3. Visionamento de vídeo com palestra de Terapeuta Gestalt Cláudio Naranjo: <http://www.youtube.com/watch?v=6wJEfPoQuKQ&feature=related>

4. Exercício de fantasia guiada ‘A subida da montanha’.

5. Simulação do exercício da cadeira vazia.

Material de apoio:

- Slides com experiências de percepção da Psicologia da Forma.

- Poema: *“I do my thing and you do your thing. I am not in this world to live up to your expectations, And you are not in this world to live up to mine. You are you, and I am I, and if by chance we find each other, it’s beautiful. If not, it can’t be helped”* (Fritz Perls, 1969).

Síntese:

A Terapia Gestalt desenvolveu-se, nas décadas de 50-60 do séc. XX, a partir das reflexões de Friederich Perls, um psicanalista nascido em Berlim em 1893 e que emigrou durante a década de 40 para a África do Sul e, posteriormente, para os Estados Unidos da América. Neste país, juntamente com um grupo de intelectuais norte-americanos, desenvolveu esta nova abordagem, em simultâneo com a reflexão e a prática em torno do grupo como meio de aprendizagem e de suporte psicossocial.

Para além do existencialismo e do humanismo, um dos principais antecedentes desta abordagem, é a psicologia da forma ou a teoria da Gestalt, que surge no final do século XIX, na Alemanha, a partir de uma revolta em relação à ciência atomística estabelecida da época. Teve a sua origem com Max Wertheimer, Wolfgang Kohler e Kurt Koffka que defenderam, como tese central, que o todo é diferente da soma das partes e introduziram leis e conceitos, como a noção de Figura-Fundo e de totalidade, que influenciaram a terapia Gestalt. Outros conceitos fundamentais da terapia Gestalt são a importância do aqui e do agora, a tomada de consciência ou ‘dar-se conta’, a existência de diferentes níveis do ‘dar-se conta’, a importância da comunicação e do contacto, o ciclo gestáltico da experiência ou de auto-regulação orgânica, a homeostase e a noção de polaridades.

Embora as aplicações e as vantagens desta abordagem sejam inúmeras salientamos as técnicas gestálticas de trabalho com o corpo e com as questões em torno da morte e do processo de morrer, por serem centrais para muitas pessoas de idade avançada em contexto psicoterapêutico.

Leituras requeridas:

Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (5rd Ed.). New York: Basic Books.

Yalom, I. (2008). *De olhos fixos no sol*. Parede: Saída de Emergência.

Leituras recomendadas:

Argyle, M. (1975). *Bodily Communication*. New York: International Universities Press.

Clark, K. M. & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the Gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33 (1), 11-15.

Clarkson, P. (1988). Gestalt Therapy — An Up Date. *Self and Society*, 16 (2), 74-79.

Clarkson, P. (1989). *Gestalt Counseling in Action*. London: Sage Publications.

Enright, J. B. (1975). An introduction to Gestalt therapy. In F.D. Stephenson *Gestalt Therapy Primer: Introductory Readings in Gestalt Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas. 87-108.

Fagan, J. & Shepherd, I. L. (1971). *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques, Applications*. USA.

Greenberg, L. S. & Rice, L. N. (1981). The specific effects of a Gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 18, 31-38.

Helson, H. (1987). The psychology of Gestalt. *The American Journal Psychology*, 100, 538-567.

Nevis, E. C. (1987). *Organizational Consulting: A Gestalt Approach*. New York: Gardner Press, Inc.

Passons, W. R. (1975). *Gestalt Approaches in Counselling*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Perls, F. S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. Moab, UT: Real People Press.

Perls, F. S. (1976). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books.

Petit, M. (1984). *La gestalt: thérapie de l'ici et maintenant* (3^e Éd.). Paris: ESF Éditeur.

Stephenson F.D. (1975). *Gestalt Therapy Primer: Introductory Readings in Gestalt Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.

Wertheimer, M. (1924). Forwarded by K. Rietzler (1984). *Gestalt Theory. Social Research*, 11 (2), 305-327.

Yontef, G. (1933). *Awareness, Dialogue, and Process*. The Gestalt Journal Press. USA.

Aula n.º 15

Sumário:

Tipos de intervenção em grupo: as terapias expressivas e pela arte.

Objetivos/Competências:

No final deste tópico programático o aluno deve ser capaz de:

- Conhecer as terapias expressivas ou pela arte, enquanto abordagens terapêuticas com o objetivo de promover o bem-estar, o desenvolvimento pessoal, a criatividade e a capacidade de comunicar de forma eficaz.
- Identificar os conceitos-chave na base deste género de intervenção: catarse, reparação, jogo e espaço potencial.
- Compreender a importância da comunicação não-verbal na relação interpessoal.
- Aprender as vantagens e as limitações destas abordagens, bem como, as suas aplicações às pessoas de idade avançada.

Atividades:

1. Experienciar técnicas de musicoterapia, dança movimento terapia e arte terapia.
2. Consultar:

Association for Dance Movement Psychotherapy UK — <http://www.admt.org.uk/>;

American Dance Therapy Association — <http://www.adta.org/>

Material de apoio:

Cds com músicas variadas.

Síntese:

O uso terapêutico das artes remonta ao início da civilização. Porém, só em meados do séc. XX é que as Terapias pela Arte (arte-terapia, dramoterapia, a musicoterapia e a dança terapia) se delineiam como um corpo teórico de conhecimento e atuação. Estas terapias, também designadas de terapias individuais/pessoais (Fernandes, 2006) baseiam-se em atividades criativas e expressivas. No seu conjunto, este ramo da terapia é fundamentalmente não-verbal, envolvendo atividades sen-

soriais (música, dança, artes gráficas), contrastantes com as formas de terapia mais tradicionais (Fernandes, 2006).

Como referido por Leal (2005) os três mecanismos chave presentes nestas abordagens são a catarse, a reparação no sentido Kleiniano e o jogo e o espaço potencial, tal como são propostos por Winnicott. Daí a sua pertinência na aplicação a pessoas de idade avançada institucionalizadas e com limitações sociais, sensoriais e funcionais. No exemplo específico da musicoterapia muitas têm sido as investigações (Correia, 2011) que confirmam a sua eficácia com pessoas idosas, institucionalizadas ou não, e sofrendo, ou não, de limitações funcionais e cognitivas. A Federação Mundial de Musicoterapia (*World Federation for Music Therapy, WFMT, 1996*) define a musicoterapia como a utilização da música e dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um paciente ou um grupo, num processo planeado para promover e facilitar a comunicação, a interação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão, a organização e outros objetivos terapêuticos. Os objetivos da musicoterapia passam, assim, por desenvolver e restaurar o potencial das pessoas, de modo a que consigam uma melhor qualidade de vida.

As técnicas da musicoterapia são variadas e incluem o uso de instrumentos, a improvisação e o canto. Os instrumentos são um dos aspetos fundamentais da musicoterapia e nestes inclui-se o nosso próprio corpo com todos os seus elementos expressivos: a voz, as palmas, os dedos, as coxas, os pés e a caixa torácica (Benenson, 2002, 1988).

Leituras requeridas:

Correia, L. (2011). *Musicoterapia na pessoa com demência: potencial impacto nos sintomas neuropsiquiátricos*. Tese de Mestrado em Psicogerontologia Clínica. FPCE UC.

Dreyfus, C. (1978). *Psicoterapias de grupo*. Lisboa. Verbo.

Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa. Fim de Século.

Leituras recomendadas:

Barreira, N. (2009a). Mediador música em terapias expressivas. In M. Ferraz (Ed.), *Terapias expressivas integradas – coleção expressão em terapia* (vol.1) (pp.127-131). Venda do Pinheiro: Tuttirév editorial.

Barreira, N. (2009b). Música e educação terapêutica. In M. Ferraz (Ed.), *Terapias expressivas integradas – coleção expressão em terapia* (vol.1) (pp.133-139). Venda do Pinheiro: Tuttirév editorial.

Barreira, N. (2009c). Música em Psicoterapia. In M. Ferraz (Ed.), *Terapias expressivas integradas – coleção expressão em terapia* (vol. 1) (pp.197-213). Venda do Pinheiro: Tuttirév editorial.

Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal* (3ª Ed.). São Paulo: Summus Editorial.

Benenzon, R. (2002). *Musicoterapia- de la teoria a la práctica*. Barcelona: Editora Paidós.

Capítulo 11 – Programa e organização curricular da disciplina: metodologia e avaliação

11.1. Metodologias de ensino e aprendizagem

Esta unidade curricular assenta numa dinâmica de ensino-aprendizagem teórico-prática, conforme as opções disponibilizadas pelos Conselhos Científico e Pedagógico da FPCE-UC.

Nas atividades de sala de aula serão realizadas exposições teóricas sobre rubricas essenciais da disciplina, bem como se fomentará a participação ativa dos alunos, em consonância com a especificidade e os objetivos da disciplina de IPI, a diversidade de competências a desenvolver e, ainda, as exigências decorrentes da implementação do processo de Bolonha. Este processo preconiza uma maior ênfase no trabalho do aluno e na sua participação responsável no processo de ensino-aprendizagem.

Os/as alunos/as realizarão ainda exercícios práticos prescritos, *role playing* e/ou simulações. Mas, como diz Flexner (s/d), o bom professor é um ‘livro de texto mais uma personalidade’ e pode fornecer ao aluno uma informação viva, atualizada e plena de interesse nas suas aulas. No programa proposto procuramos aprofundar as rubricas, aproveitando a experiência pessoal das docentes no sentido, não só, de transmitir conhecimentos aos alunos mas, sobretudo, uma atitude de facilitar consequentemente a sua aprendizagem.

Em termos concretos, tratando-se de uma disciplina teórico-prática, privilegiamos a transmissão de conhecimentos aprofundados e inter-relacionados, com recurso a meios audio visuais, envolvendo questões que são objeto de reflexão e discussão pelos e com os alunos. Haverá também lugar, como já foi referido, à atividade prática, estreitamente ligada aos saberes teóricos, que contempla uma variedade de estratégias pedagógicas ativas, a começar pela discussão (discussão de grupo, painel de discussão, *brainstorming* ...), *role playing*, visionamento de vídeos,

entre outros. O esforço individual do aluno é também promovido através das leituras presentes em cada sumário, e da interação pedagógica com as docentes, procurando-se sempre combinar a vertente da formação pessoal com a vertente da formação prática do ponto de vista científico (cf. Peterson, 2006: www.ppc.sas.upenn.edu/teachingpp.htm).

Em qualquer dos casos, cabe ao docente desempenhar um papel de facilitador da aprendizagem, isto é, de organizador das condições de aprendizagem, de mediador do saber a adquirir pelos alunos, levando-os a refletir e a desenvolver uma atitude crítica face às questões da intervenção na idade avançada, bem como de orientador e guia dando direção e prestando-lhes apoio.

As metodologias de ensino e aprendizagem a desenvolver pretendem-se ajustadas aos princípios que enquadram a intervenção psicoterapêutica, no âmbito dos quais se definiram os objetivos da disciplina. Estes princípios encontram-se na continuidade das recomendações da APA (2006) no que concerne à intervenção e da OMS (2005), no que diz respeito ao envelhecimento ativo e saudável:

- o carácter interdisciplinar da gerontologia, com o enfoque nas relações entre as pessoas e o seu contexto;
- a compreensão da complexa estrutura dos contextos de intervenção e das interdependências económica, política e social que os caracterizam, resultado da interação dos aspetos físicos, biológicos, sociais e culturais;
- a clarificação dos valores (humanistas, utilitários, éticos, estéticos...) dos indivíduos e das instituições, através da discussão das opções valorativas tomadas em determinadas situações, bem como a interiorização de novos valores mais consentâneos com os requisitos das sociedades pós-modernas e da ética da responsabilidade (liberdade, solidariedade, justiça);
- o desenvolvimento da formação e de atitudes favoráveis à adoção de novas práticas relacionais, dado que não basta possuir informação e conhecimentos sobre estas matérias, mas é fundamental desenvolver a boa vontade para encontrar alternativas viáveis de resolução dos problemas em torno do envelhecimento demográfico;
- a necessidade de respeitar os valores de cada pessoa e a sua história;
- a defesa constante da responsabilidade pessoal e da tomada de consciência das nossas próprias limitações de modo a aceitá-las ou confrontá-las e ultrapassá-las.

Em suma, as metodologias de ensino e de aprendizagem a desenvolver nesta disciplina deverão ter em consideração estratégias pedagógicas que apelam à interdisciplinaridade, à atividade do aluno, à clarificação de valores, atitudes e preconceitos, à pesquisa e resolução de situações problemáticas e à análise de soluções já ensaiadas ou à busca de novas soluções.

As aulas serão organizadas de acordo com a proposta de plano apresentada (cf. Quadro 2), onde consta uma distribuição temporal previsível. Aí podemos verificar a sequência da abordagem das cinco unidades temáticas do programa, complementadas com os correspondentes conteúdos programáticos a lecionar e algumas sugestões de atividades práticas a desenvolver em termos metodológicos.

Como se constata, na primeira aula é apresentado e analisado o programa da disciplina, tecendo-se, desde logo, algumas considerações sobre o trabalho a desenvolver pelos alunos (projeto de grupo com 2 ou 3 elementos), ao longo do semestre.

O tema do trabalho será da iniciativa de cada um dos grupos e o projeto poderá seguir duas vias: *i)* uma via analítica, de pesquisa bibliográfica ou documental, mais teórica, de reflexão e avaliação dos contributos de um tipo de intervenção psicoterapêutica com pessoas mais velhas; *ii)* uma via empírica, de elaboração de um projeto de intervenção na área da psicogerontologia, procurando uma solução alternativa para a minimização de um problema concreto, que o grupo defina como prioritário. O trabalho a realizar deverá utilizar a investigação como referencial metodológico e será apoiado pela docente, ao longo do semestre, em termos da sua conceptualização e indicações bibliográficas ou de outra índole. Constituirá ainda um dos elementos de avaliação dos alunos.

Sensivelmente a meio do semestre, parte de uma das aulas será dedicada ao acompanhamento do trabalho que está a ser realizado. Nesta altura, cada um dos grupos terá de apresentar um anteprojecto no qual conste a problemática, os objetivos, as diversas secções, bem como uma breve sinopse do que se pretende levar a efeito. Contudo, convém realçar que, de acordo com a legislação em vigor, todas as semanas, há um tempo consagrado ao atendimento dos alunos, que será utilizado para esclarecimento de dúvidas relacionadas com o desenvolvimento do trabalho e/ou outros esclarecimentos suscitados pelas aulas, análise de questões não contempladas, indicação de fontes a consultar sobre determinados temas e discussão de dados relativos à avaliação.

Não há um roteiro ou guião de projetos que se aplique, de forma mecânica, ou que se constitua como prescrição ideal para os alunos. Contudo, são dadas algumas orientações gerais, que devem ser tomadas de maneira flexível, adequando-as à especificidade de cada uma das propostas. O documento final escrito, a ser entregue às docentes na data do exame, não deverá ultrapassar as 15 páginas A4 (excluindo anexos) e dentro dos critérios usuais de formatação.

Durante as aulas apresentam-se e estudam-se casos clínicos de pacientes idosos relacionados com cada uma das unidades programáticas. Os casos práticos tratados serão incluídos num *dossier* (e colocados na plataforma do Nónio), no qual também constará todo o material considerado relevante para o acompanhamento da disciplina por parte dos alunos. No entanto, chamamos recorrentemente a atenção dos alunos para a importância da consulta dos livros e artigos mencionados.

Utilizam-se também metodologias ativas e vivenciais, recorrendo a situações miniatura, fantasia guiada, visualização, movimento, expressão artística, trabalho corporal e técnicas psicodramáticas, que permitam a experiência pessoal, por parte do aluno, de algumas das técnicas e dos conceitos teóricos sobre as psicoterapias expostas.

Finalmente, também se realiza uma visita/ trabalho de campo que permita contactar diretamente com pessoas mais velhas em contexto institucional. Até ao presente realizaram-se sessões de estimulação sensorial na Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer e na Unidade de Saúde Fernão Mendes Pinto, dinamizadas pelos alunos e sob orientação de uma das docentes da disciplina.

11.2. Avaliação

11.2.1. Avaliação dos alunos

A avaliação da disciplina de IPI está configurada segundo as Normas de Avaliação instituídas pelo Conselho Pedagógico da FPCE-UC. Estas normas foram reformuladas tendo em atenção a implementação dos cursos já adaptados a Bolonha e está pensada de forma a ser adequada às atividades de ensino-aprendizagem da disciplina de IPI. Como é sabido, as avaliações da aprendizagem devem ter uma função de desenvolvimento (formativa) bem como uma função de classificação (sumativa). No caso desta Unidade Curricular, a avaliação constará de uma prova de tipo A — exame escrito, com ponderação de 50% (conforme prova-tipo: Anexo 5), e de uma prova de tipo B — também a valer 50%, que consiste num trabalho prático escrito. As classificações obtidas nas duas provas farão média aritmética, sendo que em nenhuma poderá registar-se, nota inferior a 8 valores, remetendo neste caso para a realização de prova oral para a obtenção da classificação mínima de 10 valores.

O exame teórico-prático contém uma componente teórica e uma sobre um dos casos clínicos a desenvolver na sala de aula.

Em suma, a classificação final na unidade curricular é obtida através da seguinte fórmula:

Prova de tipo A: Exame final (50 %) + Prova de Tipo B: Trabalho de grupo (50%).

11.2.2. Avaliação das docentes e do processo de ensino/aprendizagem

Na última aula do semestre realiza-se ainda uma avaliação qualitativa da disciplina, do docente e do processo de ensino/aprendizagem. Nesta, os alunos são encorajados a avaliar como decorreu o ano letivo e a dar sugestões para melhorar o funcionamento da unidade curricular. Assim, a avaliação da disciplina, das docentes e do processo de ensino/aprendizagem tem como finalidades dar *feedback* às professoras para que estas possam introduzir alterações no processo de ensino/

aprendizagem, para que este se torne mais estimulante, eficaz e adequado aos objetivos da disciplina. Permite ainda dar informações sobre o funcionamento do curso de mestrado em que se insere a disciplina.

Estes dados serão considerados em conjunto com as informações decorrentes da avaliação das atividades pedagógicas que os alunos são convidados a efectuar de forma anónima através da plataforma Nónio da UC.

11.3. Língua de ensino e orientação bibliográfica da disciplina

Atendendo aos programas de mobilidade em vigor na FPCE-UC, a língua de ensino, para além do Português, será o Inglês para alunos/as estrangeiros/as não lusófonos/as.

No que diz respeito às orientações bibliográficas da disciplina, optámos por propor, para cada uma das 15 aulas leituras requeridas e, por definição, obrigatórias e leituras recomendadas, complementares das primeiras. Tentámos ainda, por um lado, propor referências bibliográficas marcantes e estruturantes em cada um dos domínios científicos e, por outro, referências atuais. Tivemos ainda em atenção, sobretudo nas indicações de leitura requerida, a acessibilidade dos alunos aos livros, documentos e artigos sugeridos.

Referências bibliográficas gerais do Relatório

Apresentam-se, a seguir, as referências bibliográficas gerais deste Relatório. Esta lista não inclui as referências bibliográficas que apenas surgem como leitura requerida e/ou recomendada na nossa proposta da unidade curricular de IPI.

American Psychiatric Association. (2006). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto) Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychological Association (2008). *Blueprint for Change: Achieving Integrated Health Care for an Aging Population*. Washington, DC: American Psychological Association.

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

Arroteia, J. C., & Cardoso, A. P. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24.

Baldwin, R.; Chiu, E.; Katona, C. & Graham, N. (2002). *Guidelines on depression in older People: Practising the evidence*. Londres: Cromwell Press.

Ballesteros, J. C. (2005). Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD). In M. M. Carrasco (Coord.), *Consenso Español sobre Demencias* (pp.149-177). Barcelona: Novartis.

Bearon L. B. (1996). Successful aging: What does the 'good life' look like? *The Forum for Family & Consumer Issues*, 1: 1-6

Bogart, A. & Landau, T. (2005). *The Viewpoints Book: A Practical Guide to Viewpoints and Composition*. New York. Amazon.

Branco Vasco, A. and Conceição, N. (2005). *When in the process, should it happen? Temporal sequencing of strategic objectives*. 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Rome.

Comissão Nacional para o Ano Internacional das Pessoas Idosas (1999), Relatório Ano Internacional das Pessoas Idosas.

Duffy, Michael (Ed.) (1999). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. N. Y., US: John Wiley and Sons Inc.

Fernandez-Ballesteros, R. (2007). *Geropsychology: European Perspectives for an Aging World*. Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Figley, C., Bride, B., Mazza, N. (Eds.) (1997). *Death and trauma: The Traumatology of grieving*.

Frank, R. G. E. et al (2004). *Primary care Psychology*. Washington, DC. US: APA

Harvey, R. J., Fox, N. C., Rossor, M. N. (1999). *Dementia handbook*. Martin Dunitz.

Knight, B. (1992). *Older Adults in Psychotherapy: Case Histories*. Newbury Park: SAGE Publications.

Knight, B. & Satre, D.D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 62(2), 188-203.

Knight, B. G. (1996). *Psychotherapy with older adults* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd Ed.). New York: Sage.

Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). *Pikes Peak model of training in professional geropsychology*. *American Psychologist*, 64(3), 205-214.

Knight, B., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.

Knight, B.G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.

Knight, B.G. & McCallum, T.J. (1998). Adapting psychotherapeutic practice for older clients: Implications of the contextual, cohort-based, maturity specific challenge model. *Professional Psychology*, 29, 15-22.

Knight, Bob G. (1992). *Older adults in psychotherapy: Case histories*. Newbury Park, CA: Sage.

Knight, Bob G. & Poon, C. Y. M. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *J. Rat-Emo Cognitive-Behav Ther.* 26: 232-249.

Laidlaw, K. and Pachana, N. A. (2009). Aging, mental health, and demographic change: challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 601-608.

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83.
- Pachana, N. A. et al. (2010). *Casebook of Clinical Geropsychology*. Oxford University Press
- Pachana, N. A., Helmes, E. & Koder, D. (2006). Guidelines for the provision of psychological services for older adults. *Australian Psychologist*, 41, 15–22.
- Ribeiro, M. R. (1995), “Apoio a Idosos”, intervenção no Seminário “Política de família — Alguns aspectos”, *Conselho Económico e Social/Comissão Especializada de Política Económica e Social*, Centro Cultural de Belém, 9 de Junho de 1995.
- Saiger, G. M. (2001). Group psychotherapy with older adults. *Psychiatry*, 64(2), 132-145.
- Santos, B. S. (1993), O Estado, as Relações Salariais e o Bem-Estar Social na Semi-periferia: O Caso Português, em B. de Sousa Santos (org.) *Portugal: Um Retrato Singular*, Porto: Edições Afrontamento, pp. 15-56.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A. & Park, N. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410 – 421.
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *Journal of positive psychology*, 1, 73-82.
- Simpson, M. (1972). *Medical education: a critical approach*. USA: Butterworths.
- Woods, R. T (1996). *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: Wiley.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

Anexo 1 – Linhas orientadoras da APA para a prática psicológica com adultos idosos¹²

Atitudes

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

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

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

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

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

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

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

¹² *Psychological practice with older adults: a substantiated reading of APA guidelines* (Associação Americana de Psicologia, 2004; Tradução de José Ferreira-Alves, 2010).

Assuntos clínicos

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

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

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

Avaliação

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

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

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

Intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços

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

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

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

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

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

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

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

Educação

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

Anexo 2 – Disciplinas em Universidades Portuguesas sobre Intervenção Psicoterapêuticas com Pessoas Idosas

2.1 Universidade de Évora: Disciplina de Intervenção Psicológica em Idosos

2.5 ECT

Área Científica: Psicologia

Objetivos:

Demonstra competências de utilização de bases de dados documentais e de análise de relatos de intervenção psicológica em idosos.

Demonstra competências para identificar níveis, tipos, alvos e domínios de intervenção psicológica em idosos.

Demonstra competências para realizar uma revisão de literatura com vista à elaboração e avaliação de um programa de intervenção psicológica em idosos.

Demonstra competências de concepção e redacção de um programa de intervenção psicológica em idosos.

Adquire uma atitude reflexiva, crítica e eticamente fundada, face à intervenção psicológica em idosos.

2.1 Universidade Lusófona do Porto: Disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Idosos

No curso de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia

Grau de Mestrado 5 ECTs, 135 horas de Trabalho, 50 horas de Tempo de Contacto

Tipo de disciplina: Semestral, 1.º Ano /2.º Semestre

Objectivos:

Reconhecer as características distintivas da relação terapêutica com idosos.

Conhecimentos, capacidades e competências a adquirir:

No futuro o aluno deverá ter competências ao nível de:

Saber traduzir conceitos e adaptar técnicas psicoterapêuticas à intervenção junto do idoso. Desenvolver competências práticas de aconselhamento psicológico e de psicoterapia adaptadas aos quadros psicopatológicos mais importantes que atingem o idoso.

Conteúdos Programáticos:

1. Relação terapêutica com o idoso: especificidade de uma aliança eficaz
2. Psicoterapia e consulta psicológica com idosos: integração de conceitos, modelos e técnicas (psicanálise, psicologia humanista, terapias cognitivo-comportamentais, abordagem narrativo-hermenêutica da identidade)
3. Terapia da depressão e do comportamento suicida no idoso: intervenções cognitivas, narrativas, familiares e psicodinâmicas
4. Terapia das perturbações da personalidade no idoso
5. Terapia do alcoolismo e do abuso de substâncias (especialmente medicamentos) no idoso: terapia cognitivo comportamental orientada para a auto-regulação
6. Terapia das perturbações da ansiedade no idoso: gestão da ansiedade e mobilização das relações sociais e familiares
 - 6.1 Ansiedade generalizada
 - 6.2 Fobias específicas
 - 6.3 Perturbação obsessivo-compulsiva
 - 6.4 Perturbação de stress pós-traumáticos
7. Terapia de psicoses do espectro da esquizofrenia no idoso
8. Contextos clínicos e de intervenção: estudos de caso.

Anexo 3 – Programa da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica com Idosos (IPI) da FPCE-UC

I. Intervenção terapêutica com pessoas idosas: panorama geral

1. Âmbitos e contextos de intervenção com pessoas idosas
2. Prática psicológica com pessoas idosas:
 - 2.1. CALTAP: Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy
 - 2.1.1. Influências da coorte
 - 2.1.2. Influências da cultura
 - 2.1.3. Influências do contexto
 - 2.1.4. Influências da maturação
 - 2.1.5. Desafios específicos relacionados com a idade
3. As orientações da APA
4. Programas e planos de intervenção com pessoas idosas/ projectos de psicogerontologia – desenvolvimento e avaliação.
5. Principais perturbações mentais na idade adulta avançada.

II. Temas de intervenção terapêutica com idosos:

6. Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção.
7. A perda e o luto como processos normativos do ciclo de vida.
8. Luto: questões diagnósticas e modelos compreensivos.
9. Aspectos específicos da perda e do luto na 3ª idade: Perdas de identidade e interpessoais.

10. Estratégias de avaliação e intervenção terapêuticas no luto: o caso específico da viuvez.
11. Terapia para a depressão baseada no Mindfulness
12. Aconselhamento na reforma
13. Terapia da Reminiscência
2. Deterioração cognitiva e demências: desafios na prevenção e na intervenção psicológica — Intervenção cognitiva, comportamental e funcional nas demências.
 - 2.1. Orientação para a realidade
 - 2.2. Terapia pela Validação e Terapia pela Resolução
 - 2.3. Terapias com animais
 - 2.4. Estimulação sensorial (*e.g.*, Snozelen)
3. Intervenção no Abuso e maus tratos
 - 3.1. Prevenção
 - 3.2. Avaliação e
 - 3.3. Terapias breves e terapias de apoio
4. Intervenção em grupo: dos grupos de apoio à psicoterapia de grupo na idade avançada
 - 4.1. Vantagens e factores terapêuticos da intervenção em grupo
 - 4.2. Tipos de intervenção em grupo
 - 4.3. A terapia Gestalt
 - 4.4. As terapias expressivas e pela arte

Anexo 4 – 10 princípios da Validação desenvolvidos por Naomi Feil (Bensing, 1993)

1. Todas as pessoas são únicas e devem ser tratadas como indivíduos.
2. Todas as pessoas são valiosas, não importando o quanto elas estão desorientadas.
3. Existe uma razão por detrás do comportamento das pessoas idosas desorientadas.
4. O comportamento na velhice não é apenas uma função de alterações na anatomia do cérebro, mas reflecte mudanças físicas, sociais e psicológicas que ocorrem durante a vida.
5. O comportamento das pessoas idosas pode ser alterado somente se a pessoa pretender alterá-lo.
6. As pessoas idosas devem ser aceites, sem recorrer ao julgamento.
7. Cada fase da vida tem tarefas especiais que devem ser cumpridas. A não realização destas tarefas pode levar a problemas psicológicos.
8. Quando a memória recente falha, os idosos restauram o equilíbrio das suas vidas através da recuperação de memórias do passado.
9. Os sentimentos dolorosos que são expressos, reconhecidos e validados por um ouvinte confiável podem diminuir. Sentimentos dolorosos que são ignorados vão ganhar força.
10. A empatia inspira confiança, reduz a ansiedade e restitui dignidade.

Anexo 5 – Prova tipo A (exemplo)

A prova que se segue destina-se a avaliar a aquisição de conhecimentos no âmbito da Unidade Curricular IPI, e o desenvolvimento de uma postura científica e prática neste domínio.

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia Clínica/Saúde

Sub-especialidade: Psicogerontologia Clínica

Unidade Curricular: Intervenção Psicoterapêutica com Idosos

Módulo: Perda e Luto: Modelos compreensivos e estratégias de intervenção

Parte I (2 valores)

1. Assinale a opção correta. O modelo do processo dual de coping com o luto (Stroebe & Schutt):

- a) Baseia-se nos estudos etológicos de Konrad Lorenz
- b) É o exemplo mais recente dos modelos de estádios ou fases do luto
- c) Caracteriza-se por dois componentes: a orientação para o restabelecimento e a orientação para o passado
- d) Prevê que nos primeiros meses após a morte se verifica a orientação para a perda e que nos meses seguintes se verifica a orientação para o restabelecimento
- e) Todas as afirmações estão erradas

2. Assinale a opção correta. Relativamente ao processo de luto e aos modelos teóricos que o conceptualizam:

- a) A descrença e confusão são manifestações que não fazem parte do processo de luto normal
- b) O modelo de John Bowlby é baseado nas teorias de stress e coping
- c) No modelo de Elizabeth Kübler-Ross, o primeiro estádio é a depressão e sensação de perda
- d) Um das vantagens dos modelos de fases ou estádios de luto é a sua adaptação a vários contextos culturais
- e) A fase de reorganização substituiu a fase de desvinculação na formulação mais recente do modelo de John Bowlby

3. Assinale a opção correta. No estudo “Changing lives of older couples”, os resultados da investigação com viúvos indicaram que:

- a) A trajetória mais comum do luto nos viúvos foi a denominada Resiliente
- b) A trajetória mais comum do luto nos viúvos foi a denominado Luto/dor crónica
- c) Verificou-se uma adaptação à viuvez mais fácil para quem tinha uma relação de casal com menos conflitos
- d) Verificou-se uma adaptação à viuvez mais fácil para os indivíduos que tinham maior dependência afetiva e instrumental na relação de casal
- e) Quando os cônjuges tinham sofrido mais antes da morte, os viúvos apresentavam menor frequência de pensamentos intrusivos

4. Assinale a opção errada .O programa norte-americano “Widow to Widow” (De viúva para viúva):

- a) Foi um programa que se baseou na intervenção psicológica individual
- b) Foi um programa pioneiro nos E.U.A
- c) Foi um programa de intervenção em que viúvas há mais de 1 ano foram treinadas para colaborarem com mulheres que tinham ficado viúvas recentemente
- d) Foi um programa que se baseou na intervenção através da relação entre pares que passaram pela experiência de viuvez
- e) Um dos objetivos deste programa era facilitar o processo de transição através da mudança de papéis (esposa, viúva, mulher).

Parte II (2 valores)

Tendo em conta as modalidades de intervenção comunitária e individual: a) discuta as especificidades de cada modalidade no contexto da intervenção junto de idosos viúvos b) faça uma reflexão crítica sobre as potencialidades e limitações de cada modalidade e c) identifique as situações em que poderão estar mais indicadas.

Parte III (2 valores)

Classifique as seguintes Declarações em verdadeiras (V) ou falsas (F):

1.	A psicoterapia na idade avançada não tem eficácia	
2.	As pessoas mais velhas beneficiam sobretudo de intervenções breves	
3.	Não há vantagens de fazer intervenção em grupo na idade avançada	
4.	CALTAP é um modelo proposto por Baltes	
5.	A reminiscência é usada nas situações de abuso	
6.	As terapias expressivas não são aconselhadas na idade avançada	
7.	As desordens depressivas tornam-se mais frequentes com a idade.	
8.	As pessoas que apresentam declínio mental severo beneficiam da terapia da validação	
9.	O mindfulness só deve ser usado em pessoas com depressão	
10.	O estabelecimento de uma relação empática é fundamental para o sucesso da intervenção	
11.	As pessoas mais velhas estão preocupadas com a morte e o processo de morrer.	
12.	A estimulação sensorial é uma intervenção eficaz para pessoas idosas institucionalizadas	
13.	Nos grupos terapêuticos as pessoas relativizam os seus problemas	

14.	Trabalhar as crenças do terapeuta é um passo fundamental na formação do psicogerontólogo clínico	
15.	Dar poder/control às pessoas mais velhas nas instituições não é conveniente	
16.	Todas as pessoas beneficiam da mesma forma das intervenções em grupo	
17.	A estimulação sensorial feita com ratos é melhor do que com cães	
18.	Estar no presente é um aspeto fundamental do Mindfulness	
19.	A coesão está para a terapia de grupo como a confiança está para a terapia individual	
20.	Folsom defendeu a Terapia da Reminiscência	

Parte IV (4 valores)

Manuel S. tem 84 anos e fez a 3ª classe. Sempre viveu na aldeia onde nasceu. Foi ali que casou com Joaquina M., com quem criou quatro filhos. A casa onde Manuel mora está em condições de ser habitada, mas desde que Joaquina morreu (há aproximadamente um ano), a manutenção da casa não é feita e as refeições de Manuel resumem-se a um copo de leite e um pão com qualquer coisa que tiver à mão, ou a um caldo, à noite, quando não adormece antes de comer, em frente da televisão.

Este facto preocupa os filhos de Manuel S. como os preocupa o pai já se ter esquecido uma vez de desligar o fogão, ou ter deixado o aquecedor eléctrico ligado uma noite inteira, em frente a jornais. Como residem todos longe, não podem dar ao pai o apoio de que ele necessita e que gostariam. Além disso, a saúde de Manuel tem tido altos e baixos: a tensão tem estado alta, surgiram algumas dificuldades para andar e vê cada vez pior, mesmo com os óculos que lhe foram receitados na última consulta.

Assim, a família juntou-se e decidiu que o melhor era Manuel ir viver para uma estrutura residencial, na vila mais próxima. E esta decisão foi tomada apesar de ele ter dito, por várias vezes e de forma clara, que não quer sair da aldeia onde sempre viveu, nem da casa onde morou com Joaquina e onde viu crescer os filhos. “Quem dá depois comida ao gato?” – pergunta ele, para mostrar a “impossibilidade” da proposta dos filhos...

Pouco tempo depois Manuel, a pedido da família, dá entrada no num Lar. Ao fim de 4 semanas o Sr. Manuel apresenta mais queixas físicas e muitas vezes não quer sair do quarto.

Qual deveria ser a abordagem inicial para com o Sr. Manuel por parte do técnico da instituição? (forma/área de intervenção).

Qual o diagnóstico provável?

Para fazer intervenção o modelo CALTAP defende a importância de refletir e analisar 5 conjunto de variáveis. Quais são? E como se aplicariam a este caso.

Recentemente o Sr. Manuel contactou uma Associação de apoio a vítimas (que viu num programa de TV). Como deveria reagir o técnico contactado?