



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM ADULTOS MAIS VELHOS

INTRODUÇÃO

No sentido de complementar o edifício organizador da profissão já existente, nomeadamente através da Lei 57/2008 de 4 de Setembro (com a redacção dada pela Lei nº 138/2015, de 7 de Setembro) e do Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses (Regulamento nº 246/2 de 26 de Dezembro de 2016), a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) considera importante analisar algumas dimensões mais específicas da actuação de profissionais da Psicologia no âmbito da Intervenção Psicológica com adultos mais velhos, com o objectivo de promover a adopção de boas práticas, consensualizadas pela comunidade psicológica, e de auxiliar as/os Psicólogas/os na sua intervenção. As/os Psicólogas/os podem desempenhar um papel fundamental na intervenção com adultos mais velhos nos diversos contextos de prática profissional, utilizando o seu conhecimento científico para a promoção do envelhecimento bem sucedido. É neste contexto que surgem as Linhas de Orientação para a Prática Profissional no Âmbito da Intervenção Psicológica com adultos mais velhos resultantes da atualização e adaptação para o contexto nacional das “Guidelines for Psychological Practice With Older Adults”, da APA e a dimensão aspiracional do Código Deontológico, bem como os preceitos da nossa Lei fundadora servindo, constituindo-se não como um documento regulador, mas sim como uma base de orientação da/o Psicóloga/o na resolução de dilemas éticos e profissionais.

Estas Linhas de Orientação para a Prática Profissional serão revistas tendo em conta as necessidades de intervenção das/os Psicólogas/os, bem como os progressos científicos neste âmbito. Após o processo de tradução das “Guidelines for Psychological Practice With Older Adults”, da APA foram consultados um conjunto de especialistas relevantes para as temáticas em questão. Este Grupo de Trabalho elaborou um documento submetido à discussão pública entre a comunidade de profissionais e aprovado pela Direcção da OPP, foi. Os contributos recebidos foram integrados na medida da sua relevância e consenso. Espera-se que este documento possa constituir um recurso informativo e de apoio à prática psicológica, colmatando o vazio de informação sobre estas temáticas no currículo da formação inicial das/dos Psicólogas/os e como um facilitador do desenvolvimento contínuo e sistemático dos profissionais da Psicologia servindo, por outro lado, como um referencial promotor de uma intervenção de qualidade, culturalmente competente e afirmativa, em contextos de prática clínica, investigação científica, educação e formação e todas as circunstâncias que envolvam um contacto directo ou indirecto com adultos mais velhos.

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION / OPP

As “Linhas de orientação para a prática profissional Intervenção psicológica com adultos mais velhos” têm como objectivo ajudar as/os psicólogas/os a avaliar se estão preparados para trabalhar com adultos mais velhos, bem como a procurar formação apropriada para aumentar conhecimentos, competências e experiências relevantes neste domínio. A expressão idoso refere-se, regra geral, a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e é muito utilizada pelos decisores políticos e pelos investigadores da área de gerontologia. Neste documento, utilizamos a expressão adultos mais velhos (older adults), porque é habitualmente utilizada pelos psicogerontólogos e por ser o termo recomendado nas publicações da American Psychological Association (APA) (APA, 2010b). Estas Linhas de orientação têm como objectivo específico fornecer aos profissionais: a) um quadro de referência para o exercício da prática clínica com adultos mais velhos e, b) informações básicas e referências complementares nos domínios relacionados com atitudes, aspectos gerais do envelhecimento, questões clínicas, avaliação, intervenção, consultoria, questões do foro profissional, e educação e formação contínuas, que dizem respeito ao trabalho com este grupo etário.

As Linhas de orientação para a prática profissional reconhecem e valorizam o facto de existirem muitos métodos através dos quais as/os psicólogas/os podem adquirir experiência e/ou obter formação para trabalhar com adultos mais velhos. Este documento foi concebido para reforçar a necessidade de aprofundamento dos conhecimentos e das competências clínicas, mais do que para prescrever métodos de formação específicos. As Linhas de orientação para a prática profissional reconhecem também que algumas(ns) psicólogas/os irão especializar-se na prestação de serviços a pessoas mais velhas podendo, por isso, procurar formação mais especializada que seja relevante para a prática no âmbito da espe-

cialidade formalmente reconhecida como Psicogerontologia Profissional (APA, 2010c) ou como especialidade avançada em Psicogerontologia pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, regulada desde 2016 (Regulamento n.º 107-A/2016, DR IIª Série de 29 de Janeiro).

Estas Linhas de orientação para a prática profissional resultam da atualização e adaptação para o contexto nacional das “Guidelines for Psychological Practice With Older Adults”, da APA. O termo Linhas de orientação para a prática profissional remete para pareceres, afirmações ou declarações que sugerem ou recomendam comportamentos, iniciativas ou condutas profissionais e têm como destinatários as/os psicólogas/os. Diferem das normas, na medida em que estas são obrigatórias e podem ser acompanhadas por um mecanismo que garanta a respectiva aplicação. Assim, as Linhas de orientação para a prática têm como intenção recomendar comportamentos. Destinam-se a facilitar o desenvolvimento contínuo e sistemático da profissão, bem como ajudar a garantir que as/os psicólogas/os atingem um elevado nível na sua prática profissional. Não se pretende que estas Linhas de orientação para a prática profissional sejam obrigatórias ou exaustivas, podendo até não ser aplicáveis a todas as situações clínicas.

As Linhas de orientação para a prática profissional não devem ser interpretadas como definitivas e não pretendem prevalecer sobre o discernimento das/os psicólogas/os. Envolve, essencialmente, recomendações para os profissionais relativamente à sua conduta e às questões que devem ser consideradas em determinadas áreas da prática psicológica e estão de acordo com a política actual da APA. É também importante salientar que são suplantadas pela legislação, e estão de acordo com o actual código de conduta e com os princípios éticos dos psicólogos (“Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct”) da APA (APA, 2002a, 2010a). Estão, também, de acordo com o código deontológico da OPP (2016) que integra os princípios éticos da atividade profissional em Psicologia em Portugal.

A presente versão Portuguesa foi revista e adaptada pelo Grupo da Psicogerontologia da OPP, seguindo o

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

pressuposto assumido pela APA de que foram desenvolvidas para utilização nos Estados Unidos da América, mas com a salvaguarda de poderem ser adaptadas a outros países. Assim, nesta versão do documento foram realizadas várias alterações no sentido de integrar as especificidades do exercício profissional da Psicologia em Portugal, ora substituindo informações relativas ao programa de cuidados de saúde americano e ao perfil das/os psicólogas/os a trabalhar em Psicogerontologia naquele país por dados relativos à realidade Portuguesa, ora ilustrando com dados nacionais actualizados o panorama social e de saúde da população adulta mais velha. Em tudo o mais, o documento reproduz integralmente a versão original. Importa ainda referir que a designação de “Psicogerontologia” (ao invés de Geropsicologia) é utilizada neste documento uma vez que é esta a terminologia adoptada enquanto especialidade avançada reconhecida pela OPP no âmbito das actividades desenvolvidas com a população adulta mais velha.

Necessidade das Linhas de orientação para a prática

O documento resulta da revisão das “Guidelines for Psychological Practice With Older Adults”, de 2003. A bibliografia citada não reflete uma meta-análise sistemática ou uma revisão da literatura, tendo sido seleccionada pelo grupo de trabalho para enfatizar as melhores práticas clínicas. Foi evitada a utilização de produtos, ferramentas ou abordagens com direitos de autor.

Estas Linhas de orientação para a prática deverão expirar, enquanto política da APA, em fevereiro de 2023. Conforme referido nas Linhas de orientação para a prática profissional com adultos mais velhos produzidas anteriormente (APA, 2004), o exercício profissional da psicologia com indivíduos deste grupo etário tem vindo a aumentar devido às alterações demográficas da população e às mudanças no quadro da prestação dos serviços e das forças de mercado.

Inquestionavelmente, a procura de psicólogas/os com

uma compreensão substancial das questões de bem-estar, culturais e clínicas do processo de envelhecimento irá aumentar nos próximos anos, à medida que a população mais velha aumenta e se torna mais diversificada, e que as coortes de indivíduos de meia idade e mais jovens se tornam tendencialmente mais receptivos a beneficiar de intervenção psicológica (Karel, Gatz & Smyer, 2012). Contudo, o tempo que um psicólogo dedica à prestação de cuidados a adultos mais velhos não responde, e provavelmente não virá a responder, às necessidades previstas (Karel, Gatz & Smyer, 2012; Qualls et al., 2002). De facto, os profissionais que trabalham em saúde mental geriátrica necessitam de formação adequada para responder às necessidades quer da saúde, quer da saúde mental de uma população envelhecida. (Institute of Medicine, 2012). Os adultos mais velhos são acompanhados por psicólogas/os de diferentes subáreas, nomeadamente as áreas clínicas, de aconselhamento e familiar, psicogerontologia, saúde, industrial/organizacional, neuropsicologia, reabilitação e outros.

Uma das problemáticas associadas ao envelhecimento é a demência. De acordo com o relatório da OCDE estima-se que em Portugal existam mais de 205 mil pessoas com demência, um valor que atinge 19,9/1 000 habitantes, surgindo assim no quarto lugar com mais casos, atrás de Alemanha, Itália e Japão, (SNS, 2017; OCDE - Health at a Glance, 2017). Para uma realidade que retrate melhor a situação da prevalência da demência em Portugal, vários estudos estão disponíveis para consulta (Gonçalves-Pereira, 2017; Santana, 2015; Nunes, 2010; Garcia, 1994).

No que concerne às taxas de prevalência de depressão, segundo a OMS, variam de acordo com a idade, atingindo o pico na idade adulta mais avançada (acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens, (DGS, 2017). Em Portugal alguns estudos sobre a prevalência da depressão em população mais velha, apontam para taxas de 4,4% e 18,0%, utilizando, respectivamente, a CID-10 e o EU-RO-D (Gonçalves-Pereira et al., 2019). Em 2014 a taxa padronizada por suicídio, por 100.000 habitantes, foi de

21,6%, nas pessoas com idade igual a 65 anos e mais e de 25,6% na população com mais 70 anos (DGS, 2015).

Compatibilidade

Estas Linhas de orientação para a prática profissional baseiam-se no Código de Ética da APA (APA, 2002a, 2010a) e estão em conformidade com os “Criteria for Practice Guideline Development and Evaluation” (APA, 2002b) com as políticas pré-existentes da APA relativas a questões do envelhecimento. Estas políticas incluem, sem carácter exclusivo, a “Resolution on Ageism” (APA, 2002d), a *Blueprint for Change: Achieving Integrated Health Care for an Aging Population* (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008), a “Resolution on Family Caregivers” (APA, 2011) e as “Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change” (APA, 2012b). A adaptação portuguesa tem em conta o código deontológico da OPP (2016) e está em consonância com as *Guidelines para a Comunicação Interprofissional e Partilha de Informação* da OPP. As Linhas de orientação para a prática profissional são, também, consistentes com os esforços que a psicologia tem feito ao longo da última década para concentrar maior atenção nos pontos fortes e nas necessidades das pessoas mais velhas e para o desenvolvimento de competências dos profissionais que trabalham com esta população e estão alinhadas com o modelo de competências e Perfil EuroPsy.

Estas Linhas orientadoras estão organizadas em 6 secções: a) competência e atitudes, b) conhecimento geral acerca do desenvolvimento do adulto, envelhecimento e adultos mais velhos, c) questões clínicas, d) avaliação, e) intervenção, consultoria e prestação de outros serviços e, f) questões do foro profissional e educação.

COMPETÊNCIA E ATITUDES PARA TRABALHAR COM ADULTOS MAIS VELHOS

1. As/Os psicólogas/os são encorajadas/os a trabalhar com adultos mais velhos dentro da sua esfera de competência.

A formação para o exercício profissional da psicologia possibilita o desenvolvimento de competências gerais que podem ser aplicadas com vista a beneficiar os adultos mais velhos. Muitas destas pessoas apresentam problemas semelhantes aos observados noutras idades e geralmente respondem ao repertório de competências e técnicas adquiridas por todas/os as/os psicólogas/os. Por exemplo, as/os psicólogas/os são frequentemente chamados a avaliar e/ou ajudar adultos mais velhos em situações de stress ou de crise (Brown, Gibson & Elmore, 2012) ou em processo de adaptação à fase final da vida (e.g., problemas de saúde médicos crónicos que afetam o funcionamento quotidiano) (Qualls & Benight, 2007). As/os psicólogas/os desempenham um papel igualmente importante na facilitação da manutenção de um funcionamento saudável, na concretização de novas tarefas de desenvolvimento neste ciclo de vida e/ou na obtenção de um desenvolvimento psicológico positivo nos últimos anos de vida (King & Wynne, 2004).

Considerando as semelhanças existentes entre grupos etários, o número de psicólogas/os que pode querer trabalhar com adultos mais velhos é consideravelmente maior, uma vez que muitas das competências de que já dispõem podem ser eficazes com estes clientes (Molinari et al., 2003). No entanto, há problemas que podem ter maior prevalência entre os adultos mais velhos do que em pessoas mais jovens (e.g. quadros demenciais, delírio), podem manifestar-se de forma diferente ao longo da vida (e.g. ansiedade, depressão) ou podem exigir modificações nas abordagens de tratamento ou

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

no ritmo da terapia Knight, 2009; Pachana, Laidlaw, & Knight, 2010). Em algumas circunstâncias, podem ser essenciais competências e conhecimentos especiais para avaliar e tratar certos problemas no contexto do envelhecimento (Pachana et al., 2010; Segal, Qualls & Smyer, 2011; Zarit & Zarit, 2011).

O trabalho clínico com adultos mais velhos pode envolver uma interação complexa de factores, incluindo questões de desenvolvimento específicas da idade avançada, perspectivas e crenças de coorte (geracionais) (e.g. obrigações familiares, percepção das perturbações mentais), doenças físicas, comorbilidade, polime-dicação e seus efeitos, défices cognitivos ou sensoriais e história de problemas clínicos ou perturbações mentais (Arnold, 2008; Knight & Sayegh, 2010; Robb et al., 2003; Segal et al., 2005). A potencial interação entre estes factores constitui um enorme desafio e exige que as/os psicólogas/os utilizem habilmente conhecimentos e métodos psicológicos. A educação e a formação nos processos biopsicossociais do envelhecimento, associada à valorização e entendimento dos factores de coorte, podem ajudar os psicólogos a determinar a natureza dos problemas do foro clínico em adultos mais velhos. Além disso, as intervenções deverão ser adaptadas tendo em consideração a idade, o sexo, os antecedentes culturais, o grau de literacia em saúde, a experiência anterior com prestadores de cuidados de saúde mental, a resiliência e as estratégias habituais para lidar com problemas (Wolf, Gazmararian & Baker, 2005). Assim, as/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos podem beneficiar de uma preparação específica para o trabalho clínico junto desta população.

Embora o ideal fosse que todas/os as/os psicólogas/os orientados para a prática tivessem obtido conhecimentos relacionados com o processo de envelhecimento e a idade adulta mais avançada como parte da sua formação clínica (Knight et al., 2009), na maior parte dos casos isso não acontece (Qualls et al., 2002). Depois de reverem estas Linhas de orientação para a prática profissional, as/os psicólogas/os podem comparar a amplitude e os tipos de trabalho realizado com a sua

esfera de competência (APA Ethics Code; APA, 2000a, 2010a) e procurar aconselhamento ou referenciar adequadamente para outros colegas, quando os problemas com que se deparam não se enquadram nessa esfera de competência. As Linhas de orientação para a prática profissional também podem ajudar as/os psicólogas/os que desejam ampliar a sua base de conhecimento através da educação contínua e de processos de autoaprendizagem.

Um processo semelhante de autorreflexão e empenho na aprendizagem estende-se também às/aos psicólogas/os que desempenham funções de ensino e/ou supervisão ao longo de um continuum mais amplo de formação. Quando supervisionam alunos de doutoramento e pós-doutoramento em psicologia, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a considerar o seu próprio nível de consciencialização, conhecimento, formação e experiência de trabalho com adultos mais velhos, especialmente tendo em conta um modelo de supervisão baseado em competências (Falender & Shafranske, 2007). Além da autorreflexão, ferramentas de autoavaliação padronizadas como, por exemplo, o instrumento de avaliação de conhecimentos e competências em psicogerontologia de Pikes Peak podem ser úteis neste processo tanto para o supervisor como para o supervisionado (Karel et al, 2010; Karel, Holley et al., 2012). As Linhas de orientação para a prática profissional que se seguem (particularmente a nº 21) direcionam o leitor para recursos destinados às/aos psicólogas/os que estão interessados em aprofundar os seus conhecimentos sobre o envelhecimento e sobre os adultos mais velhos.

2. As/Os psicólogas/os são encorajadas/os a reconhecer como as suas atitudes e crenças acerca do envelhecimento e acerca dos adultos mais velhos podem ser relevantes na avaliação e tratamento de adultos mais velhos e a procurar aconselhamento ou formação adicional sobre estes assuntos.

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

O Ethics Code da APA (APA, 2002a, 2010a) e o código deontológico da OPP insta as/os psicólogas/os a respeitar os direitos, a dignidade e o bem-estar de todas as pessoas e a eliminar o efeito de estereótipos e preconceitos culturais e sociodemográficos (incluindo o idadismo) no seu trabalho. Além disso, o conselho de representantes da APA aprovou uma resolução que se opõe ao idadismo e na qual a Associação se compromete a que a sua eliminação seja uma das políticas da APA (APA, 2002c).

O idadismo, um termo cunhado por Butler (1969), refere-se ao preconceito, estereótipo e/ou discriminação das pessoas simplesmente porque são percebidas ou definidas como “velhas” (International Longevity Center, Anti-Ageism Task Force, 2006; Nelson, 2002, 2005; Robb, Chen & Haley, 2002). O idadismo tem sido evidente entre a maioria dos grupos de prestadores de cuidados de saúde, incluindo terapeutas de casal e terapeutas familiares (Ivey, Wieling e Harris, 2000), assistentes sociais (Curl, Simons & Larkin, 2005; Kane, 2004), alunos de pós-graduação em psicologia clínica (Lee, Volans & Gregory, 2003; Rosowsky, 2005) e prestadores de cuidados de saúde a pessoas com doença de Alzheimer (Kane, 2002). As atitudes em relação aos homens e às mulheres mais velhos diferem, reflectindo a convergência do sexismo e do idadismo (Kite & Wagner, 2002) e têm um impacto diferencial nas pessoas idosas (Calasanti & Slevin, 2001; Chrisler, 2007). Por exemplo, os padrões culturais de beleza podem ter mais peso no caso das mulheres mais velhas (Clarke, 2011) o que leva ao aumento de pressão para que mantenham um determinado corpo e aspecto que corresponda a uma imagem jovem (Calasanti & Slevin, 2001). Os preconceitos idadistas podem fomentar uma maior evocação de traços negativos do que traços positivos em relação aos adultos mais velhos, e encorajar práticas discriminatórias (Perdue & Gurtman, 1990; Emlet, 2006). Além do mais, as atitudes idadistas podem assumir múltiplas formas, são frequentemente discretas e muitas vezes não intencionalmente maliciosas (Nelson, 2005). Mesmo pessoas com demência grave respondem com resistência comportamental quando falam com elas de modo infantilizado (Williamset et al., 2009; Williams et al.,

2009; Williams, Kemper & Hummert, 2004).

Existem muitos estereótipos acerca dos adultos mais velhos que podem contribuir para preconceitos negativos (Cuddy, Norton & Fiske, 2005) e afectar a forma como são prestados os serviços na área da psicologia (Knight, 2004, 2009). Os estereótipos incluem, por exemplo, a ideia de que a) a idade implica inevitavelmente demência, b) os adultos mais velhos apresentam taxas elevadas de doença mental, particularmente depressão c) os adultos mais velhos são ineficientes em contexto de trabalho, d) a maioria dos adultos mais velhos é frágil e doente, e) os adultos mais velhos estão isolados socialmente, f) os adultos mais velhos não estão interessados em sexo ou em intimidade e, g) os adultos mais velhos são inflexíveis e teimosos (Edelstein & Kalish, 1999). Estes estereótipos não são exactos, uma vez que a investigação demonstra que a grande maioria dos adultos mais velhos está bem do ponto de vista cognitivo, tem taxas mais baixas de depressão do que adultos mais jovens (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009), tem capacidade de adaptação e uma boa saúde funcional (Depp & Jeste, 2006; Rowe & Kahn, 1997) e mantém relacionamentos interpessoais e sexuais com significado (Carstensen et al., 2011; Hillman, 2012). De facto, muitos adultos mais velhos adaptam-se de forma bem sucedida às transições e continuam a evidenciar desenvolvimento pessoal e interpessoal (Hill, 2005). Os adultos mais velhos também podem ter estereótipos negativos em relação à idade (Levy, 2009) e a investigação evidencia que esses estereótipos permitem prever toda uma série de consequências adversas, nomeadamente um pior desempenho físico (Levy, Slade & Kasl, 2002), de memória (Levy et al., 2012) e uma redução da sobrevivência (Levy et al., 2002). Subgrupos de adultos mais velhos podem ter crenças culturalmente consistentes sobre processos de envelhecimento que são diferentes das concepções biomédicas e ocidentais dominantes de envelhecimento (Dilworth-Anderson & Gibson, 2002). É útil que as/os psicólogas/os tenham em conta essas diferenças quando abordam as necessidades específicas dos indivíduos (Gallagher-Thompson et al., 2003). Os estereótipos negativos podem tornar-se profecias auto-cumpridas e afectar negativamen-

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

te as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde em relação aos clientes adultos mais velhos. Por exemplo, os estereótipos podem levar os profissionais de saúde a diagnosticar erroneamente perturbações (Mohlman et al., 2011), diminuindo inapropriadamente as expectativas de melhoria nos clientes adultos mais velhos (o chamado “niilismo terapêutico”; Lamberty & Bares, 2013) e adiar a adopção de medidas preventivas e o tratamento (Levy & Myers, 2004). Os profissionais de saúde também podem atribuir erradamente sintomas depressivos tratáveis, que lhes são comunicados pelos adultos mais velhos (e.g. letargia, diminuição do apetite, anedonia), a aspectos normativos do envelhecimento. Algumas(ns) psicólogas/os que não estão familiarizados com o processo de envelhecimento podem presumir que os adultos mais velhos são demasiado velhos para mudar (Ivey et al., 2000; Kane, 2004) ou que é menos provável que venham a beneficiar das terapias psicossociais comparativamente a adultos mais jovens (Gatz & Pearson, 1988). O comportamento discriminatório de alguns prestadores de cuidados de saúde em relação aos adultos mais velhos pode resultar da falta de familiaridade com as questões do envelhecimento mais do que da discriminação baseada apenas na idade (James & Haley, 1995). Por exemplo, muitas/os psicólogas/os continuam a acreditar que, com o envelhecimento, as pessoas que sofrem de esquizofrenia não apresentam uma melhoria dos sintomas. No entanto, a investigação revela que os sintomas positivos da esquizofrenia diminuem, de facto, com a idade (Harvey, Reichenberg & Bowie, 2006).

As/os psicólogas/os também podem beneficiar de uma avaliação das suas próprias respostas ao trabalho com adultos mais velhos. Alguns profissionais de saúde podem evitar trabalhar com esta população, porque esse trabalho lhes traz desconforto relacionado com o seu próprio envelhecimento ou com a relação que têm com os seus pais ou outros familiares mais velhos (Nelson, 2005; Terry, 2008). Além disso, trabalhar com pessoas mais velhas pode aumentar a consciência dos profissionais acerca da sua própria mortalidade, suscitar receios em relação ao seu próprio processo de envelhecimento e/ou aumentar o desconforto que sentem quando de-

batem questões relacionadas com a morte e o morrer (Nelson, 2005; Yalom, 2008). Além disso, não é incomum que os terapeutas assumam um papel paternalista em relação a pacientes mais velhos que manifestam limitações funcionais significativas, mesmo que as limitações não estejam relacionadas com a sua capacidade de beneficiar da intervenção (Sprenkel, 1999). As atitudes e os comportamentos paternalistas podem comprometer a relação terapêutica, (Horvath & Bedi, 2002; Knight, 2004; Nelson, 2005; Newton & Jacobowitz, 1999), afetar o desempenho cognitivo e físico (Levy & Leifheit-Limson, 2009) e reforçar a dependência (Balsis & Carpenter, 2006; Baltes, 1996). Estereótipos aparentemente positivos sobre os adultos mais velhos (e.g., que eles são “queridos”, “como crianças” ou “avozinhos”) são frequentemente negligenciados em discussões sobre os preconceitos relacionados com a idade (Brown & Draper, 2003; Edelstein & Kalish, 1999). No entanto, também podem afectar negativamente a avaliação, os processos terapêuticos e a evolução clínica (Kimerling, Zeiss & Zeiss, 2000; Zarit & Zarit, 2007). As/os psicólogas/os são, por isso, encorajadas/os a desenvolver percepções mais realistas sobre as capacidades e os pontos fortes desta população, bem como sobre as suas vulnerabilidades. Para reduzir os preconceitos que podem comprometer o trabalho que desenvolvem com os adultos mais velhos, é importante que as/os psicólogas/os examinem as suas atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas e que consultem colegas ou outras pessoas, de preferência com experiência de trabalho com adultos mais velhos.

3. As/Os psicólogas/os esforçam-se por adquirir conhecimentos sobre a teoria e a investigação acerca do envelhecimento.

As conferências dedicadas à formação e apoiadas pela APA recomendam que as/os psicólogas/os se familiarizem com os conteúdos e contextos biológicos, psicológicos, culturais e sociais associados ao envelhecimento normal, como parte da sua base de conhecimento para

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

o trabalho clínico com adultos mais velhos (Knight et al., 2009; Knight et al., Santos, 1995; Santos & VandenBos, 1982). A maioria das/os psicólogas/os trabalha com clientes, familiares e cuidadores de diferentes idades. Assim, uma formação inicial completa de todos os profissionais que prestam serviços a adultos mais velhos deve considerar uma perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida, para a qual a aquisição de conhecimento acerca dos diferentes grupos etários, incluindo os adultos mais velhos, é muito útil (Abeles et al., 1998). Os critérios de acreditação da APA exigem que os estudantes sejam expostos a um conjunto de conhecimentos actuais acerca do desenvolvimento humano ao longo da vida (APA, Commission on Accreditation, 2008, Section C).

Nos últimos 40 anos, assistimos ao desenvolvimento de uma base substancial de conhecimento científico a nível da psicologia do envelhecimento, como se constata pelo número de publicações académicas. *The Psychology of Adult Development and Aging* (Eisdorfer & Lawton, 1973), publicado pela APA, foi um marco, e estabeleceu o estado da arte existente à data, sobre teoria e métodos no âmbito da psicologia e do envelhecimento. Seguiram-se diversas publicações académicas, que forneceram perspectivas acerca de avanços no conhecimento sobre o envelhecimento normal, bem como sobre a avaliação psicológica e a intervenção com pessoas idosas (e.g. Bengtson et al., 2008; Lichtenberg, 2010; Schaie & Willis, 2011; Scogin & Shah, 2012). Um grande número de informações sobre recursos materiais está agora disponível para cursos ou autoestudo em psicogerontologia, incluindo manuais, vídeos e referências bibliográficas em vários sites, entre os quais os da Divisão 20 da APA (<http://apadiv20.php.ufl.edu/>), do Council of Professional Geropsychology Training Programs (<http://www.copgtp.org/>), da GeroCentral (www.gerocentral.org) e do Office on Aging da APA (<http://www.apa.org/pi/aging/index.aspx>).¹

A formação dentro de uma perspectiva desenvolvimental de ciclo de vida inclui tópicos como a idade e o en-

velhecimento, mudança longitudinal e diferenças transversais, efeitos de coorte (diferenças entre pessoas nascidas em diferentes períodos históricos) e projectos de investigação dedicados ao desenvolvimento e envelhecimento dos adultos (e.g.: Baltes, Reese & Nesselroade, 1988; Fingerma et al., 2010). Os estudos longitudinais, nos quais os indivíduos são seguidos ao longo do tempo, permitem observar de que forma se desenrolam as trajetórias individuais de mudança. Os estudos transversais, nos quais indivíduos de diferentes idades são comparados, permitem uma análise em termos de grupos etários. No entanto, os indivíduos estão inextricavelmente ligados ao seu próprio tempo histórico. Ou seja, as pessoas nascem, amadurecem e envelhecem dentro de uma determinada coorte geracional. Portanto, é útil combinar métodos longitudinais e transversais para diferenciar quais são as características relacionadas com a idade que reflectem mudanças ao longo da vida e quais são as que reflectem diferenças devido ao tempo histórico (Schaie, 1977, 2011). Por exemplo, em comparação com adultos jovens, alguns adultos mais velhos podem estar menos familiarizados com o uso de tecnologia, o que poderá ter impacto, por exemplo, nos testes feitos em computador. Compreender a coorte da pessoa ajuda a entender melhor o seu contexto cultural (Knight, 2004; ver a Linha de orientação para a prática nº 5 para uma discussão mais aprofundada, bem como Yeo, 2001, "Curriculum in Ethnogeriatrics").

Existe uma grande variedade de concepções sobre aquilo que é o envelhecimento "bem-sucedido" (ver Bundick et al., 2010). Inevitavelmente, o envelhecimento inclui a necessidade de acomodar alterações físicas, limitações funcionais e outras alterações a nível do funcionamento psicológico e social, embora existam diferenças individuais significativas no início, no decurso e na dimensão dessas alterações. A maioria dos adultos mais velhos adapta-se com êxito a essas alterações. Vários modelos que explicam a adaptação numa fase mais tardia da vida têm sido propostos nos últimos anos, com considerável apoio empírico (Geldhof, Little & Colombo, 2010; Staudinger & Bowen, 2010). Uma perspectiva desenvolvimental relacionada com a longevidade propõe que, apesar dos decréscimos biológicos associados ao enve-

1. A OPP disponibiliza aos seus membros formação em demências

lhhecimento, existe potencial para um crescimento psicológico positivo e maturação no final da vida (Gutmann, 1987; Hill, 2005). Uma perspectiva desenvolvimental ao longo da vida enforma o trabalho dos profissionais, uma vez que estes se baseiam na resiliência psicológica e social construída durante a vida para abordar efectivamente os problemas da fase final da vida (Anderson, Goodman & Schlossberg, 2012; Knight, 2004).

4. As/Os psicólogas/os esforçam-se por estar conscientes das dinâmicas psicológicas/sociais do processo de envelhecimento.

Como parte do continuum de desenvolvimento ao longo da vida, o envelhecimento é um processo dinâmico que desafia o indivíduo a efectuar adaptações comportamentais contínuas (Labouvie-Vief et al., 2007). Tal como as trajetórias de desenvolvimento dos indivíduos mais jovens são moldadas pela sua capacidade de adaptação às transições normativas da vida adulta, também as trajetórias de desenvolvimento dos indivíduos mais velhos são moldadas pela sua capacidade de lidar de forma bem sucedida com as transições normativas que ocorrem numa fase mais tardia da vida, como a reforma (Sterns & Dawson, 2012), a mudança de residência, as alterações de relacionamento com parceiros ou ao nível do funcionamento sexual (Hillman, 2012; Levenson, Carstensen & Gottman, 1993; Matthias et al., 1997), do luto e da viuvez (Kastenbaum, 1999), bem como experiências não normativas, como eventos traumáticos (Cook & Elmore, 2009; Cook & O'Donnell, 2005), isolamento social e solidão. Os terapeutas que trabalham com adultos mais velhos esforçam-se por conhecer questões específicas da idade avançada, incluindo ter netos (Hayslip & Kaminski, 2005), a adaptação a mudanças físicas típicas relacionadas com a idade, como problemas de saúde e incapacidade (Aldwin, Park & Spiro, 2007; Schulz & Heckhausen, 1996) e a necessidade de integrar ou aceitar as próprias aspirações, conquistas e fracassos pessoais de uma vida (Butler, 1969).

Entre as situações especiais de stress sentidas numa fase mais tardia da idade adulta estão uma variedade de perdas, que vão desde as perdas de pessoas, objectos, animais, papéis, pertences, independência, saúde, até à perda de conforto financeiro. Estas perdas podem desencadear reacções problemáticas, particularmente em indivíduos com vulnerabilidade à depressão, ansiedade ou outras perturbações mentais. Como estas perdas são geralmente múltiplas, os seus efeitos podem ser cumulativos. Apesar disso, muitos adultos mais velhos que têm de enfrentar essas perdas encontram possibilidades únicas de alcançar a reconciliação, a cura ou uma sabedoria mais profunda (Baltes & Staudinger, 2000; Bonanno, Wortman & Nesse, 2004; Sternberg & Lubart, 2001). Além disso, a grande maioria dos adultos mais velhos mantém emoções positivas, melhora a regulação do afeto (Charles & Carstensen, 2010) e refere sentir prazer e estar bastante satisfeita com a vida (Charles, 2011; Scheibe & Carstensen, 2010). É igualmente digno de nota que, apesar das várias situações de stress mencionadas, os adultos mais velhos têm uma menor prevalência de perturbações psicológicas (com exceção das perturbações cognitivas) do que os adultos mais jovens (Gum, King-Kallimanis & Kohn, 2009). Através do trabalho com adultos mais velhos, as/os psicólogas/os podem considerar útil manter-se cognoscentes dos pontos fortes que muitos adultos mais velhos possuem, das muitas semelhanças que mantêm com os adultos mais jovens, da continuidade na forma como percebem o seu eu ao longo do tempo e das oportunidades para utilizarem competências e adaptações que desenvolveram ao longo da sua vida, favorecedores do desenvolvimento psicológico contínuo no final da vida. O desenvolvimento no fim da vida é caracterizado simultaneamente por estabilidade e mudança (Baltes, 1997). Por exemplo, embora os traços de personalidade demonstrem uma estabilidade substancial ao longo da vida (Lodi-Smith, Turiano & Mroczek, 2011; McCrae et al., 2000), evidências crescentes sugerem que há um maior grau de plasticidade da personalidade ao longo da segunda metade da vida do que se pensava anteriormente (Costa & McCrae, 2011; Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006). De particular interesse são os mecanismos de continuidade e mudança, como por exemplo,

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

a forma como é mantida uma sensação de bem-estar. Embora pessoas de todas as idades lembrem o passado, os adultos mais velhos são mais propensos a utilizar a reminiscência de modo psicologicamente intenso para integrar experiências (O'Rourke, Cappeliez & Claxton, 2011; Webster, 1995). As relações familiares, íntimas, de amizade, outras relações sociais (Blieszner & Roberto, 2012) e outros relacionamentos intergeracionais, numa fase mais tardia da vida (Bengtson, 2001; Fingerman, Brown & Blieszner, 2011) são essenciais para apoiar o bem-estar no processo de envelhecimento.

Existem evidências empíricas consideráveis de que o envelhecimento, normalmente, aumenta a consciência de que o tempo e as oportunidades que restam são limitados (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Perante este horizonte temporal mais curto, os adultos mais velhos sentem-se motivados para dar cada vez mais ênfase a objectivos que tenham significado emocional. Tendem a reduzir a utilização de redes sociais e a investir seletivamente em relações de proximidade que são emocionalmente satisfatórias, como as que desenvolvem com familiares e pessoas próximas, que promovem a regulação emocional e aumentam o bem-estar (Carstensen, 2006; Carstensen et al., 2011). A família e outros sistemas de apoio são, por isso, cruciais na vida da maioria dos adultos mais velhos (Antonucci, Birdett & Ajrouch, 2011). Trabalhar com adultos mais velhos envolve muitas vezes as suas famílias e outros apoios – ou, por vezes, lidar com a sua ausência (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008). Com frequência as/os psicólogas/os avaliam cuidadosamente os apoios sociais dos adultos mais velhos (Edelstein, Martin, & Gerolimatos, 2012; Hinrichsen & Emery, 2005) e estão conscientes de que as dificuldades do cliente podem ter um impacto no bem-estar dos membros da família envolvidos. Com base nessas informações, podem procurar soluções para as preocupações da pessoa que estabeleçam um equilíbrio entre o respeito pela sua dignidade e autonomia e o reconhecimento da opinião dos outros acerca das suas necessidades de cuidados (ver a Linha de orientação para a prática nº 19).

Embora os cuidadores dos adultos mais velhos sejam frequentemente familiares, por laços de sangue ou afinidade, cada vez mais as/os psicólogas/os podem deparar-se com relacionamentos complexos, variados e não tradicionais, incluindo parceiras lésbicas, gays, bissexuais e transgénero, ou outras configurações familiares, de residência e de apoio. Neste documento é utilizado o termo família no seu sentido mais lato, de forma a incluir todos esses relacionamentos, reconhecendo que sejam prováveis mudanças contínuas neste âmbito em gerações futuras. A consciencialização e a formação acerca destas questões podem ser úteis para as/os psicólogas/os que lidam com pessoas mais velhas.

5. As/Os psicólogas/os esforçam-se por compreender a diversidade no processo de envelhecimento, particularmente de que forma os factores socioculturais como sexo, raça, etnia, estatuto socioeconómico, orientação sexual, grau de incapacidade e residência urbana/rural, podem influenciar a experiência e a expressão da saúde e dos problemas psicológicos da população idosa.

A população idosa é altamente diversificada e espera-se que se torne ainda mais nas próximas décadas (Administration on Aging, 2011). A heterogeneidade entre os adultos mais velhos ultrapassa a observada noutros grupos etários (Cosentino, Brickman & Manly, 2011; Crowther & Zeiss, 2003). As questões psicológicas vivenciadas pelos adultos mais velhos podem diferir em função de factores como coorte de pertença, sexo, raça, etnia e raízes culturais, orientação sexual, contexto de vida rural/urbano, educação, estatuto socioeconómico, e religião. Deve ter-se em conta que a idade pode ser um predictor mais fraco de resultados do que factores como características demográficas, saúde física, capacidade funcional ou situação de vida (Lichtenberg, 2010). Por exemplo, as apresentações clínicas de sintomas e sín-

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

dromes podem reflectir interacções entre estes factores e o tipo de quadro clínico ou condições de vida (Gatz, 1998; Knight & Lee, 2008).

Conforme observado na Linhas de orientação para a prática nº 3, um factor importante a ter em conta ao prestar serviços psicológicos a adultos mais velhos é a influência de questões de coorte ou geracionais. Cada geração tem circunstâncias históricas únicas que moldam as perspectivas sociais e psicológicas colectivas dessa geração ao longo da vida. Por exemplo, as gerações que atingiram a maioridade durante a primeira metade do século XX podem vincular-se a valores de autossuficiência (Elder et al., 2009; Elder, Johnson & Crosnoe, 2003) de uma forma mais intensa do que as coortes posteriores. Estes valores formativos podem influenciar atitudes perante problemas de saúde mental ou dificuldades no âmbito profissional. Como resultado, os adultos mais velhos de coortes mais velhas podem ter mais relutância do que os de coortes posteriores em perceber a necessidade de recorrer aos serviços de saúde mental quando surgem sintomas e em aceitar um enquadramento psicológico para os problemas (Karel, Gatz & Smyer, 2012). As coortes emergentes de adultos mais velhos (e.g. os “baby boomers”) terão provavelmente perspectivas geracionais que os diferenciam das coortes anteriores, e estas perspectivas continuarão a influenciar profundamente a experiência e a expressão dos problemas de saúde e psicológicos (Knight & Lee, 2008).

Um facto demográfico marcante na velhice é a preponderância de mulheres que sobrevivem até atingirem idades mais avançadas (Administration on Aging, 2011; Kinsella & Wan, 2009), o que incute um idadismo em questões relacionadas com o sexo (Laidlaw & Pachana, 2009). Devido à maior longevidade das mulheres, é mais provável que os clientes mais velhos sejam mulheres do que homens. Esta maior longevidade tem muitas repercussões. Significa, por exemplo, que, à medida que as mulheres envelhecem, é mais provável que se tornem cuidadoras de outros, que venham a ficar viúvas e que corram um risco acrescido de apresentar problemas de saúde associados à velhice (APA, 2007b). Além disso,

algumas coortes de mulheres mais velhas têm menos probabilidade de ter tido trabalho remunerado do que as gerações mais jovens e, portanto, podem ter menos recursos económicos na velhice do que os indivíduos do sexo masculino (Whitbourne & Whitbourne, 2012). A instabilidade financeira pode ser particularmente relevante para o crescente número de avós que criam netos (Fuller-Thompson & Minkler, 2003).

Os homens mais velhos podem ter uma experiência de envelhecimento diferente da das mulheres (Vacha-Haase, Wester & Christianson, 2010). Devido às normas sociais predominantes durante a sua juventude, alguns homens podem querer parecer fortes e em controlo e, enquanto adultos mais velhos, podem sentir dificuldades quando se deparam com algumas situações (e.g., reforma compulsiva, declínio da saúde, morte de um ente querido) em que sentem que estão a perder o controlo. Além disso, o serviço militar e a experiência de combate de um homem mais velho podem ser relevantes para o seu bem-estar geral, além de terem um impacto negativo nas alterações de saúde específicas do envelhecimento (Wilmoth, London & Parker, 2010). Estas questões têm implicações práticas, porque os homens mais velhos podem estar menos dispostos a procurar ajuda para os desafios da saúde mental (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2006) e sentir-se mais relutantes em participar no tratamento. Portanto, a consciencialização de questões pertinentes tanto para as mulheres mais velhas (Trotman & Brody, 2002) como para os homens mais velhos (Vacha-Haase et al., 2010) confere maior ênfase ao processo de avaliação e tratamento. É fundamental também considerar a influência generalizada de factores culturais na experiência do envelhecimento (Tazeau, 2011; Tsai & Carstensen, 1996; Whitfield, Thorpe & Szanton, 2011; Yeo & Gallagher-Thompson, 2006; Administration on Aging, 2011). Factores históricos e culturais, como a vivência da parcialidade e do preconceito, podem influenciar as identidades dos idosos pertencentes a minorias e, assim, afectar a sua experiência de envelhecimento e os padrões com que a enfrentam. Muitas das pessoas idosas pertencentes a minorias sofreram discriminação e foi-lhes negado acesso a educação, emprego, residência, assistência

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

médica e outros serviços, com qualidade. Em resultado disto, muitas pessoas idosas pertencentes a minorias dispõem de menos recursos económicos do que os idosos pertencentes à maioria, embora situação possa mudar nas gerações futuras. Por vezes diz-se que ser membro de uma minoria e idoso é um “risco duplo” (Ferraro & Farmer, 1996). Como consequência destes e de outros factores (como as disparidades em termos de educação e de rendimento), os idosos pertencentes a minorias têm mais problemas de saúde física, e geralmente adiam ou evitam o acesso aos serviços de saúde geral e mental de que necessitam, o que pode em parte ser atribuído a uma desconfiança histórica em relação ao sistema de saúde, tanto a nível mais lato, como a nível das doenças mentais (APA, Committee on Aging Working Group on *Multicultural Competency in Geropsychology*, 2009; Iwasaki et al., 2009; Kelley Moore & Ferraro, 2004; President’s New Freedom Commission on Mental Health, 2003). Outros factores ligados ao estatuto de pertença a um grupo minoritário enquanto idoso, incluindo o grau de literacia em saúde, satisfação e atitudes em relação aos cuidados de saúde e adesão às prescrições médicas, estão associados a resultados diferenciais de saúde (APA, 2007a).

Além dos adultos mais velhos pertencentes a minorias étnicas e outras minorias, há adultos mais velhos que são membros de minorias sexuais, incluindo pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais e transgénero (LGBTI; David & Cernin, 2008; Fassinger & Arseneau, 2007; Kimmel, Rose & David, 2006). É importante ter em consideração que a identidade como minoria sexual se cruza com outros aspectos da identidade (e.g., sexo, raça, etnia, estatuto de incapacidade). As pessoas LGBT sofreram com frequência a discriminação da sociedade em geral (David & Knight, 2008) incluindo as profissões de saúde mental, que anteriormente rotulavam a variação sexual como psicopatologia e utilizavam tratamentos psicológicos e biológicos para tentar alterar a orientação sexual. Tal como acontece com outros grupos minoritários, as experiências de vida discriminatórias podem resultar negativamente em disparidades de saúde. As Linhas de orientação para a prática nº 13 das “Guidelines for Psychological Practice

With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients” da APA (APA, 2012c) debruçam-se sobre os desafios particulares que os adultos mais velhos pertencentes a estas minorias têm de enfrentar.

O envelhecimento apresenta problemas especiais para indivíduos com deficiências de desenvolvimento ou adquiridas (e.g., incapacidade intelectual, autismo, paralisia cerebral, perturbações convulsivas, lesões neurológicas, lesão cerebral traumática), bem como deficiências físicas, como cegueira, surdez e problemas músculo-esqueléticos (APA, 2012a; Janicki & Dalton, 1999; Rose, 2012). Quando lhes são proporcionados os apoios disponíveis, a expectativa de vida das pessoas com deficiências graves pode aproximar-se ou ser igual à da população em geral (Davidson, Prasher & Janicki, 2008; McCallion & Kolomer, 2008). Muitas deficiências crónicas podem afectar o risco e o aparecimento de problemas psicológicos no final da vida (Tsiouris et al., 2011; Urv, Zigman & Silverman, 2008) e/ou podem ter implicações na avaliação psicológica, diagnóstico e tratamento de pessoas que estão a envelhecer com esses problemas (APA, 2012a).

O envelhecimento também é um reflexo da interacção da pessoa com o meio ambiente (Wahl et al., 2009; Wahl, Iwarsson & Oswald, 2012). Por exemplo, adultos mais velhos que residem em zonas rurais muitas vezes têm dificuldade de acesso a recursos relacionados com o envelhecimento (e.g., transporte, centros comunitários, programas de refeições) e podem experienciar níveis baixos de apoio social e níveis altos de isolamento (Guralnick et al., 2003; Morthland & Scogin, 2011). Os adultos mais velhos que vivem em zonas rurais também têm menor acesso a serviços comunitários de saúde mental, bem como a especialistas em saúde mental que prestam serviço em lares (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, no contexto Português), em comparação com aqueles que não residem em zonas rurais (Averill, 2012; Coburn & Bolda, 1999). Modelos recentes que recorrem a tratamentos padronizados (Gellis & Bruce, 2010) e tecnologias tele-saúde (Richardson et al., 2009) começaram a expandir o acesso aos cuidados de saúde mental às pessoas idosas que não podem sair

de casa ou que se encontram em zonas rurais.

6. As/Os psicólogas/os procuram estar familiarizados com informação actual sobre os aspectos do envelhecimento ligados à biologia e relacionados com a saúde.

Quando trabalham com adultos mais velhos, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a estar informados sobre as mudanças biológicas normais que acompanham o envelhecimento. Embora existam diferenças individuais consideráveis nessas alterações, com o avançar da idade, o idoso experimenta quase inevitavelmente mudanças na acuidade sensorial, na aparência física e na composição corporal, nos níveis hormonais, na capacidade máxima de desempenho da maioria dos órgãos do corpo e nas respostas imunológicas, bem como um aumento da suscetibilidade para contrair doenças (Masoro & Austad, 2010; Saxon, Etten & Perkins, 2010). A doença acelera o declínio relacionado com a idade em termos de funcionamento sensorial, motor e cognitivo, enquanto os factores de estilo de vida podem atenuar ou moderar os efeitos do envelhecimento a nível do funcionamento. Estes processos de envelhecimento biológico podem ter componentes hereditárias ou genéticas significativos (McClearn & Vogler, 2001), relativamente aos quais os adultos mais velhos e respectivas famílias podem sentir preocupação. Ajustar-se às alterações físicas relacionadas com a idade é uma tarefa fulcral do processo normal de envelhecimento psicológico (Saxon et al., 2010). Felizmente, as mudanças no estilo de vida, as intervenções psicológicas e o uso de dispositivos auxiliares podem, muitas vezes, reduzir o impacto de algumas dessas alterações. Quando os clientes mais velhos falam acerca das suas preocupações em relação à sua saúde física, na maioria dos casos estão a falar de problemas de memória, visão, audição, sono, controlo dos esfíncteres e níveis de energia ou fadiga. É útil que A/O psicólogoA/O seja capaz de fazer uma distinção entre padrões normativos de mudança e mudanças não-normativas, e determinar até que ponto os problemas apresentados por um adulto mais velho são sintomas

de doença física ou representam as consequências adversas da medicação. Esta informação ajuda a elaborar intervenções apropriadas.

Quando o adulto mais velho está a lidar com problemas de saúde física, o profissional pode ajudá-lo a adaptar-se às alterações físicas e gerir a doença crónica (Knight, 2004). A maioria dos adultos mais velhos apresenta várias doenças crónicas em simultâneo (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2012), necessitando cada uma delas de medicação e/ou tratamento. As doenças crónicas mais comuns no final da vida são a artrite, a hipertensão, deficiências auditivas, doenças cardíacas e cataratas (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2012). Outras doenças comuns incluem a diabetes, a osteoporose, doenças vasculares, doenças neurológicas (incluindo acidente vascular cerebral) e doenças respiratórias. Muitas dessas condições físicas estão associadas a problemas de saúde mental (Butler & Zeman, 2005; Frazer, Leicht & Baker, 1996; Lyketsos et al., 2008), seja através de contributos fisiológicos (e.g., depressão pós-AVC), seja como reacção a uma incapacidade, dor ou prognóstico (Frazer et al., 1996).

Como é frequente os adultos mais velhos tomarem medicamentos devido a problemas de saúde, é útil ter conhecimento sobre os tratamentos farmacológicos mais comuns para as perturbações mentais e problemas físicos da velhice. Este conhecimento deve incluir, por exemplo, familiaridade com a terminologia de prescrição (e.g., medicamentos sujeitos a receita médica - MSRM), nomes genéricos e de marca dos medicamentos mais utilizados, efeitos secundários habituais desses medicamentos, classes de medicamentos, interações medicamentosas e diferenças relacionadas com a idade a nível da farmacodinâmica e da farmacocinética dessas substâncias (Koch, Gloth & Nay, 2010). São prescritos medicamentos psicotrópicos a muitos adultos mais velhos com perturbações mentais, avaliados ou em tratamento por psicólogas/os (Mojtabai & Olfson, 2008; Olfson & Marcus, 2009). Embora o tratamento farmacológico dos adultos mais velhos com perturbações mentais seja o tratamento habitual, e muitas vezes eficaz, da depressão

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

(Beyer, 2007), ansiedade (Wolitzky-Taylor, Castriotta et al., 2010) e psicose (Chan, Lam & Chen, 2011) é comum esses medicamentos terem efeitos secundários adversos potencialmente prejudiciais. Os efeitos adversos são particularmente comuns nas pessoas com demência. Foram referidas, nos últimos anos, preocupações de segurança acerca da prescrição de medicamentos antipsicóticos a pessoas idosas com demência, porque estas correm um risco mais elevado de acidente vascular cerebral e eventos isquémicos transitórios, com a utilização antipsicóticos de segunda geração, bem como de morte, quer com antipsicóticos convencionais, quer com os de segunda geração (Huybrechts et al., 2011; Jin et al., 2013).

De acordo com o National Center for Health Statistics (2011), 18% dos adultos mais velhos referiram o uso de analgésicos prescritos e 12% das mulheres do mesmo grupo etário e 7% dos homens adultos mais velhos referiram ter tomado no último mês medicamentos como ansiolíticos, hipnóticos e sedativos sujeitos a receita médica. As mulheres correm maior risco de abusar de ansiolíticos (incluindo benzodiazepinas) bem como de os utilizar durante períodos mais longos do que os homens. O uso prolongado destes medicamentos não é recomendado, particularmente em pessoas mais velhas (Blazer et al., 2000; Gray, Eggen et al., 2003). Os adultos com idade igual ou superior a 60 anos adquirem mais de uma dúzia de prescrições por ano (Wilson et al., 2007) podendo surgir problemas significativos associados à medicação (Arnold, 2008). Especificamente no contexto nacional e de acordo com os dados de 2017, cada português utilizou uma média de 16 embalagens de medicamentos. Quase metade do total de medicamentos consumidos destinou-se a cidadãos com mais de 80 anos e perto de 60% a mulheres (Ministério da Saúde, 2018).

Uma maior consciencialização e intervenções que visam reduzir a exposição e minimizar os riscos associados aos medicamentos e suas interações nos adultos mais velhos são importantes, especialmente no contexto dos cuidados longa duração (Hines & Murphy, 2011).

As/os psicólogas/os podem ajudar os adultos mais velhos com problemas de estilo de vida e comportamentais a conseguir manter ou melhorar o seu estado de saúde, através de nutrição, dieta e exercício (Aldwin, Park & Spiro, 2007) e do tratamento das perturbações do sono (McCurry et al., 2007). Podem ajudar os adultos mais velhos a obter um controlo da dor (Turk & Burwinkle, 2005) e a gerir as suas doenças crónicas e medicamentos associados, através de uma maior adesão aos regimes prescritos (Aldwin et al., 2007). Outras questões relacionadas com a saúde incluem a prevenção de quedas e lesões associadas (OMS, 2007), assim como o controlo da incontinência (Markland et al., 2011). Os adultos mais velhos que lidam com doenças terminais também podem beneficiar de intervenções psicológicas (Doka, 2008; Linhas de Orientação para a Prática Profissional OPP – Cuidados Paliativos, 2019). As abordagens clínicas de psicologia da saúde têm um grande potencial para contribuir para cuidados de saúde geriátricos eficazes, humanos e personalizados e uma melhoria do estado funcional dos adultos mais velhos, bem como da qualidade de vida relacionada com a saúde (Aldwin, Park & Spiro, 2007).

Uma questão relacionada com este aspecto é a de que, embora muitos adultos mais velhos sintam algumas alterações a nível do sono, muitas vezes é difícil determinar se estão relacionadas com a idade ou têm origem em problemas de saúde física, mental ou outras causas (Trevorrow, 2010). A qualidade do sono muitas vezes pode ser melhorada implementando procedimentos simples de higiene do sono e tratamento comportamental, que inclui relaxamento, reestruturação cognitiva e instruções de controlo de estímulos (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006; Dillon, Wetzler & Lichstein, 2012).

QUESTÕES CLÍNICAS

7. As/Os psicólogas/os devem esforçar-se por estar familiarizados com as mudanças cognitivas dos adultos mais velhos.

Numerosas publicações de referência fazem uma cobertura abrangente de estudos de investigação sobre o envelhecimento cognitivo (e.g., Craik & Salthouse, 2007; Park & Schwarz, 2000; Salthouse, 2010; Schaie & Willis, 2011). Do ponto de vista clínico, um dos maiores desafios que os profissionais que trabalham com adultos mais velhos enfrentam é saber quando atribuir alterações cognitivas subtis a uma condição neurodegenerativa subjacente ou a mudanças normais de desenvolvimento. Além disso, vários factores moderadores e mediadores contribuem para alterações cognitivas associadas à idade nos próprios indivíduos e a sua influência diverge de uns indivíduos para os outros.

Para a maioria dos adultos mais velhos, as alterações cognitivas associadas à idade são ligeiras e não interferem significativamente no funcionamento do dia a dia. A grande maioria dos adultos mais velhos continua interessada em actividades a longo prazo, interage intelectualmente com outras pessoas, resolve activamente problemas da vida real e consegue fazer novas aprendizagens. As funções cognitivas melhor preservadas com o avançar da idade incluem aspectos da linguagem e do vocabulário, sabedoria, raciocínio e outras competências que dependem principalmente de informações e conhecimentos armazenados (Baltes, 1993). Os adultos mais velhos continuam a ser capazes de efectuar novas aprendizagens, embora normalmente a um ritmo um pouco mais lento do que os indivíduos mais jovens. No entanto, muitos adultos mais velhos sentem alterações nas suas capacidades cognitivas. Há evidências de que as capacidades executivas (e.g., planeamento e organização de informações) são as que sofrem mais alterações em relação a outros domínios (West, 1996). Psicomotricidade mais lenta, redução da velocidade geral de processamento de informação e redução das

capacidades de controlo motor são outras alterações habitualmente associadas ao envelhecimento normal (Salthouse, 1996; Sliwinski & Buschke, 1999). Provavelmente, estas alterações reflectem uma disfunção cortical e subcortical difusa, inespecífica e subtil. A atenção também é afetada, particularmente a capacidade de dividir a atenção, mudar rapidamente o foco e lidar com situações complexas (Glisky, 2007). O funcionamento da memória refere-se à evocação implícita ou explícita de informações codificadas a curto e a longo prazo. Vários aspectos da memória apresentam declínio com o envelhecimento normal (Brickman & Stern, 2009), nomeadamente a memória de trabalho (retenção de informações que estão a ser utilizadas durante a execução de outra tarefa mental), memória episódica (a recordação explícita de acontecimentos), memória de fonte (o contexto em que as informações foram aprendidas) e a memória de curto prazo (o armazenamento passivo a curto prazo das informações). Estas alterações da memória ocorrem apesar da memória semântica (a evocação de um conhecimento adquirido geral ou factual), a memória procedimental (aprendizagem e evocação de competências) e a pré-ativação ou priming (um efeito da memória implícita no qual a exposição prévia a um determinado estímulo influencia a resposta dada posteriormente quando o mesmo é apresentado) estarem relativamente preservadas. Muitos factores influenciam a cognição e os padrões de manutenção ou declínio do desempenho intelectual na velhice, incluindo variáveis genéticas, de saúde, sensoriais, de personalidade, de pobreza, de discriminação e opressão, afectivas e outras. Défices sensoriais, particularmente problemas de visão e audição, impedem e limitam frequentemente o funcionamento cognitivo dos adultos mais velhos (Glisky, 2007). As doenças cardiovasculares podem prejudicar o funcionamento cognitivo, assim como alguma medicação usada para tratar doenças comuns nos adultos mais velhos (Bäckman et al., 2003; Waldstein, 2000). Cumulativamente, estes factores podem ser responsáveis por grande parte do declínio que os adultos mais velhos registam em termos de funcionamento cognitivo, por oposição, simplesmente, ao processo normal de envelhecimento. Além da integridade sensorial e da saúde física, factores psicológicos podem influenciar a cognição nos adultos

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

mais velhos. Exemplos incluem o estado afectivo, a sensação de controlo e autoeficácia (Fuller-Iglesias, Smith & Antonucci, 2009), a utilização activa de estratégias de processamento de informação e a prática continuada das competências mentais existentes (Schooler, Mulatu & Oates, 1999).

Nos últimos anos tem havido um maior reconhecimento de que os factores de estilo de vida podem afetar a cognição no final da vida. A manutenção da saúde vascular tem um impacto claramente estabelecido no bem-estar físico, tendo ficado demonstrado que também afecta a saúde cognitiva. A hipertensão arterial, a diabetes, os hábitos tabágicos, as doenças cardíacas e a obesidade têm sido associados a um envelhecimento cognitivo sub-ótimo e ao aumento do risco de doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer (Barnes & Yaffe, 2011). Por outro lado, a prática de exercícios aeróbicos, a participação em actividades cognitivamente estimulantes e a adesão a uma dieta de estilo mediterrânico (Scarmeas et al., 2009; Wilson et al., 2002) podem trazer benefícios ao envelhecimento cognitivo.

Uma minoria considerável de pessoas idosas padece de problemas cognitivos significativos, os quais afectam as suas capacidades funcionais. De acordo com a conceptualização clínica actual integrada no DSM-5 a distinção entre perturbação neurocognitiva major e ligeira, tem em conta critérios de diagnóstico que pressupõem evidência de declínio numa ou mais áreas do funcionamento cognitivo em comparação com um nível anterior de desempenho, documentado por avaliação neuropsicológica e com base nas queixas da própria pessoa ou de um informante. A distinção entre perturbação neurocognitiva major e ligeira prende-se com a existência ou não de compromisso funcional nas actividades instrumentais complexas da vida diária como, por exemplo, pagar contas ou gerir a medicação (APA, 2014).

A prevalência de demência aumenta drasticamente com a idade, abrangendo aproximadamente 5% da população entre os 71 e os 79 anos e 37% da população acima dos 90 anos (Plassman et al., 2007). As causas mais comuns de demência são a doença de Alzheimer e a

doença vascular-cerebral. A doença de Alzheimer é uma patologia cerebral com características específicas (isto é, placas e emaranhados) que, em última análise, evolui para demência. Embora o défice de evocação diferida seja a principal característica/marcador dos sintomas cognitivos da doença de Alzheimer, esta pode ter outras apresentações e outras perturbações neurodegenerativas podem apresentar sintomas similares. Em indivíduos com declínio cognitivo ligeiro, a existência de défices desproporcionados nas funções visuoespaciais ou executivas pode indiciar outras etiologias. São também relativamente comuns a demência de corpos de Lewy, a doença de Parkinson e a esclerose múltipla. Causas menos comuns de demência incluem a degeneração do lobo frontotemporal, a paralisia supranuclear progressiva, a degeneração cortico-basal, a doença de Creutzfeldt-Jakob, a encefalopatia traumática crónica, entre outras. Os critérios clínicos actuais para diagnosticar a síndrome da doença de Alzheimer consistem em: défice cognitivo progressivo a nível do funcionamento da memória e em pelo menos mais um domínio cognitivo, associado a incapacidade funcional e, na ausência de outras características patológicas que possam explicar completamente a síndrome, cumprem os critérios de diagnóstico (McKhann et al., 1984). Com base em décadas de investigação acerca da biologia da doença de Alzheimer, foi possível perceber melhor a cascata de mudanças biológicas que podem ser responsáveis pela síndrome demencial associada à doença (Jack et al., 2010). Em 2012, a Food and Drug Administration dos EUA aprovou a utilização de imagens de tomografia por emissão de positrões (PET) de amiloide no diagnóstico da doença de Alzheimer (Garber, 2012). As/os psicólogas/os esforçam-se por entender as alterações biológicas relacionadas com a doença de Alzheimer e outras causas de demência e os sintomas neuropsicológicos e neuropsiquiátricos a elas associados.

Alguns adultos mais velhos registam um declínio cognitivo significativo maior do que o esperado para o envelhecimento normal, mas que não é suficientemente grave para afetar as capacidades funcionais. Normalmente, é utilizada a expressão défice cognitivo ligeiro (DCL) para descrever estes quadros. O DCL pode ser subdividido

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

em vários subtipos (e.g., domínios amnésicos versus não-amnésicos, únicos versus múltiplos), que podem ter alguma utilidade em termos de prognóstico no que diz respeito ao declínio cognitivo futuro e à etiologia subjacente (Winblad et al., 2004). Existem também numerosas causas biológicas e psicológicas de défice cognitivo associadas ao envelhecimento que podem ser reversíveis (e.g., medicação, perturbações da tiroide, deficiência de vitamina B12, depressão, doenças inflamatórias sistémicas; Ladika & Gurevitz, 2011). Da mesma forma, estados confusionais agudos (delirium) são frequentemente sinal de doenças subjacentes, processos infecciosos ou reações tóxicas a medicamentos ou drogas de abuso, que podem ser letais se não tratadas, mas podem também ser melhoradas ou revertidas com cuidados médicos imediatos (Inouye, 2006).

Os adultos mais velhos com défices cognitivos requerem assistência considerável dos familiares. Está bem estabelecido que esses familiares apresentam frequentemente elevados níveis de stress e necessitam de apoio contínuo e de acesso aos recursos da comunidade (APA, 2011; APA, Presidential Task Force on Caregivers, 2011).

8. As/Os psicólogas/os esforçam-se por compreender as capacidades funcionais dos adultos mais velhos inseridos no ambiente social e físico.

A maioria dos adultos mais velhos mantém níveis elevados de funcionalidade, o que sugere que factores relacionados com a saúde, estilo de vida e a correspondência entre as capacidades funcionais e as exigências ambientais têm um peso mais determinante no desempenho do que a idade (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006; Lichtenberg, 2010). A capacidade funcional e os factores relacionados pesam fortemente nas decisões que os adultos mais velhos tomam em relação ao emprego, cuidados de saúde, relacionamentos, actividades de lazer e outros contextos de vida. Por exemplo, muitos adultos mais velhos podem querer ou precisar de continuar a trabalhar (Sterns & Dawson, 2012). No entanto, o acumular de problemas de saúde e os seus

efeitos no funcionamento podem fazer com que isso seja difícil. As alterações das capacidades funcionais podem afetar outros aspectos da vida dos adultos mais velhos. As relações íntimas podem tornar-se tensas devido à presença de problemas de saúde num ou em ambos os parceiros. As desavenças entre os filhos adultos podem ser precipitadas ou exacerbadas por causa das diferentes expectativas sobre os cuidados que cada um deve proporcionar ao pai ou à mãe que deles necessita (Qualls & Noecker, 2009). O aumento das necessidades de cuidados de saúde pode ser frustrante para os adultos mais velhos, devido às exigências em termos de tempo, finanças, transporte e à falta de comunicação entre os cuidadores.

O grau em que o indivíduo mais velho mantém ou não a capacidade para actividades de vida diária (ou seja, a capacidade de funcionar independentemente vs. depender de outros para os cuidados básicos; Knight & Losada, 2011; Smith & Baltes, 2007) determina a necessidade de apoio. Quando se incluem apoios no ambiente de vida de um adulto mais velho, é importante equilibrar a necessidade de autonomia e qualidade de vida com a segurança. Por exemplo, para alguns adultos mais velhos, os problemas de saúde dificultam a participação em actividades da vida quotidiana, o que pode indicar a necessidade de cuidados domiciliários de saúde. Alguns adultos mais velhos consideram que a presença de assistentes domiciliários é uma fonte de stress, devido ao ónus financeiro que acarretam, divergências em termos de expectativas sobre a forma como esses cuidados devem ser prestados, diferenças raciais e culturais entre prestador de cuidados e idoso, ou por considerarem que os familiares são os únicos cuidadores aceitáveis. As perspectivas teóricas acerca do ajustamento do ambiente à pessoa (Wahl et al., 2009) têm considerável aplicabilidade quando um adulto mais velho evidencia declínio funcional. Por exemplo, alguns adultos mais velhos com défice cognitivo ou funcional ligeiro adaptam-se com êxito a ambientes pouco exigentes. À medida que a capacidade funcional diminui, o ambiente torna-se cada vez mais importante para maximizar o funcionamento e manter a qualidade de vida (Lawton, 1989; Wahl et al., 2012).

As alterações da capacidade funcional podem provocar mudanças nos papéis sociais e causar tensão emocional tanto ao indivíduo quanto aos familiares envolvidos nos cuidados (Qualls & Zarit, 2009; Schulz & Martire, 2004). Os adultos mais velhos e os respectivos familiares enfrentam frequentemente decisões difíceis sobre se as capacidades cognitivas em declínio permitem a gestão das finanças, conduzir um veículo, viver de forma independente, tratar da medicação e muitas outras questões (Marson, Hebert, & Solomon, 2011). É frequente os cuidadores sentirem altos níveis de stress e apresentarem maior risco de depressão, ansiedade, raiva e frustração (APA, 2011; Gallagher-Thompson et al., 2003), observando-se também problemas a nível do sistema imunitário (Fagundes et al., 2012), embora a investigação sugira que certos valores e crenças culturais podem diminuir a sobrecarga percebida pelo cuidador (Aranda & Knight, 1997). Do mesmo modo, os adultos mais velhos que são responsáveis por outros (por exemplo, pais de filhos adultos com deficiências de longa data ou perturbações mentais graves) podem precisar de planear os cuidados que terão de ser prestados no futuro aos seus dependentes (Davidson et al., 2008). Os avós que assumem a responsabilidade primária de criar os netos, enfrentam as tensões (bem como as potenciais recompensas) da parentalidade em final de vida (Fuller-Thomson, Minkler & Driver, 1997; Hayslip & Goodman, 2008).

Mesmo os adultos mais velhos que mantêm uma relativa boa saúde física e cognitiva são testemunhas de um mundo social em mudança, à medida que a saúde dos amigos e dos membros mais velhos da família vai declinando (Fingerman & Birditt, 2011). Os relacionamentos modificam-se, o acesso a amigos e familiares torna-se mais difícil e as exigências de ter de cuidar dos outros aumentam. Muitos dos indivíduos sujeitos às responsabilidades e stress resultantes de serem cuidadores são, eles próprios, adultos mais velhos, que podem estar a enfrentar problemas de saúde física e de adaptação psicológica ao envelhecimento. A morte de amigos e de familiares é algo que muitos adultos mais velhos vivem (Ramsey, 2012). As pessoas mais velhas (com 85 anos ou mais) por vezes descobrem que são os únicos sobreviventes entre as pessoas da sua idade. Essas pessoas

mais velhas têm de lidar não só com as consequências emocionais dessas perdas, mas também com os desafios práticos de como reconstituir um mundo social significativo. Para algumas pessoas, a espiritualidade e outros sistemas de crenças podem ser especialmente importantes para lidar com essas perdas (McFadden, 2010; Ramsey, 2012).

9. As/Os psicólogas/os esforçam-se por ser conhecedoras/es dos quadros psicopatológicos em adultos mais velhos, bem como da prevalência e da natureza dessas patologias, quando prestam serviços a adultos mais velhos

A maioria dos adultos mais velhos tem uma boa saúde mental. No entanto, estimativas de prevalência sugerem que cerca de 20% a 22% dos adultos mais velhos podem reunir os critérios que permitem dizer que sofrem de algum tipo de perturbação mental, incluindo demência (Jeste et al., 1999; Karel, Gatz & Smyer, 2012). As mulheres mais velhas apresentam taxas mais altas de algumas perturbações mentais (por exemplo, depressão) do que os homens (Norton et al., 2006), e a investigação continua a confirmar que o bem-estar subjetivo das mulheres mais velhas é ligeiramente inferior ao dos homens do mesmo grupo etário, muito provavelmente devido às desvantagens que as mulheres enfrentam em termos de saúde, estatuto socioeconómico e viuvez (Pinquart & Sörensen, 2001). No caso de quem vive numa unidade de cuidados de longa duração ou numa estrutura residencial para adultos mais velhos, durante os últimos anos de vida, as estimativas de prevalência são muito mais elevadas, sendo que quase 80% sofre de alguma forma de perturbação mental (Conn et al., 2007). Os adultos mais velhos podem apresentar um vasto leque de problemas psicológicos que requerem atenção clínica. Esses problemas incluem quase todos os problemas que afectam os adultos mais jovens. Além disso, os adultos mais velhos podem procurar ou beneficiar de serviços psicológicos quando enfrentam os desafios específicos do fim da vida, incluindo questões desenvolvimentais e mudanças

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

sociais. Alguns problemas que raramente afectam adultos mais jovens, nomeadamente demências decorrentes de doenças cerebrais degenerativas e acidentes vasculares cerebrais (AVC), são muito mais comuns na velhice (ver Linhas de orientação para a prática nº 7).

Os adultos mais velhos podem sofrer recorrências de perturbações psicológicas que tiveram quando eram mais jovens (Hyer & Sohnle, 2001; Whitbourne & Meeks, 2011) ou desenvolver novos problemas devido ao stress associado ao envelhecimento ou a uma neuropatologia. Outros adultos mais velhos têm histórias de doença mental ou perturbações de personalidade crónicas, cuja apresentação se pode alterar ou tornar mais complicada devido a défices cognitivos, a comorbidades, à polimedicação e a problemas de final de vida (Feldman & Periyakoil, 2006; King, Heisel & Lyness, 2005; Zweig & Agronin, 2011). De facto, os adultos mais velhos com doença mental grave constituem desafios especiais de avaliação e intervenção, em parte devido ao apoio social reduzido que enfrentam, que pode resultar em não ter onde viver (“sem abrigo”) e no internamento inadequado em instituições de cuidados continuados (Depp, Loughran, Vahia & Molinari, 2010; Harvey, 2005). Entre os adultos mais velhos que procuram serviços de saúde, são comuns as perturbações depressivas e de ansiedade, assim como as perturbações de adaptação e problemas decorrentes da utilização incorrecta de medicamentos prescritos (Gum et al., 2009; Reynolds & Charney, 2002; Wetherell, Lenze & Stanley, 2005). No fim da vida, o suicídio é uma preocupação especial, juntamente com a depressão, uma vez que as taxas de suicídio de adultos mais velhos estão entre as mais altas observadas em qualquer grupo etário (Heisel & Duberstein, 2005; Kochanek et al., 2012; ver a Linha de orientação para a prática nº 16). Conforme referido anteriormente, as perturbações cognitivas, incluindo a doença de Alzheimer, também são vulgarmente observadas entre os adultos mais velhos que são alvo de atenção clínica. A grande maioria dos adultos mais velhos com problemas de saúde mental procura ajuda em contextos de cuidados de saúde primários, e não em instituições de saúde mental especializadas (Areán et al., 2005; Gum et al., 2006).

Os adultos mais velhos geralmente apresentam problemas de saúde mental e física concomitantes. Nesta população, as perturbações mentais podem coexistir (e.g., pessoas que sofrem de perturbações do humor e que manifestam abuso concomitante de substâncias ou patologia de personalidade (Segal, Zweig & Molinari, 2012). Da mesma forma, os adultos mais velhos que sofrem de demência tipicamente evidenciam sintomas psicológicos coexistentes, que podem incluir depressão, ansiedade, paranoia e distúrbios comportamentais. Como as doenças crónicas apresentam maior prevalência na velhice do que em fases anteriores, as perturbações mentais são frequentemente comórbidas e interagem com patologias físicas (Aldwin, Park & Spiro, 2007; Karel, Gatz & Smyer, 2012). Estar atento aos problemas de saúde física e mental e a multimorbilidade, é um aspeto chave na avaliação das pessoas mais velhas. Para dificultar ainda mais o quadro clínico, muitos adultos mais velhos tomam vários medicamentos e têm deficiências sensoriais ou motoras. Todos estes factores podem interferir no estabelecimento de um diagnóstico diferenciado. Por exemplo, por vezes os sintomas depressivos nos adultos mais velhos são causados por doenças físicas (Frazer et al., 1996; Weintraub, Furlan & Katz, 2002) mas noutros casos, a depressão é uma resposta à experiência da doença física. A depressão pode aumentar o risco de doença física e reduzir a adesão ao tratamento ou prejudicar, de qualquer outra forma, os resultados dos cuidados médicos. Existem cada vez mais evidências que associam a depressão nos adultos mais velhos a um aumento da mortalidade não atribuível ao suicídio (Schulz et al., 2000).

Algumas perturbações mentais, como a depressão e a ansiedade, podem apresentar-se de forma singular nos adultos mais velhos, sendo frequente a sua coexistência com outras perturbações mentais. Por exemplo, nesta fase da vida, a depressão pode coexistir com o défice cognitivo e outros sintomas de demência, ou manifestar-se de formas que não apresentam claramente manifestações de tristeza (Fiske et al., 2009). Pode, por isso, ser difícil determinar se sintomas como apatia e isolamento se devem a uma perturbação do humor, a uma perturbação neurocognitiva, ou a uma combinação

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

de perturbações. Além disso, os sintomas depressivos podem, por vezes, ser um reflexo do confronto dos adultos mais velhos com as vertentes desenvolvimentais do envelhecimento, como aceitar a realidade existencial do declínio físico e da morte, ou a existência de uma crise espiritual.

As perturbações de ansiedade, embora relativamente comuns nas pessoas idosas, são menos prevalentes do que em populações mais jovens e não fazem parte do envelhecimento normal (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Embora os adultos mais velhos tendam a apresentar sintomas de ansiedade semelhantes aos dos adultos mais jovens, o conteúdo dos seus medos e preocupações tende a estar relacionado com a idade (e.g., problemas de saúde; Stanley & Beck, 2000). Há quem considere que os adultos mais velhos que apresentam perturbação de pânico ou perturbações de stress pós-traumático tendem a apresentar padrões de sintomas (e.g., menos sintomas de excitação ou mais recordações intrusivas, respectivamente) que diferem dos apresentados pelos adultos mais jovens (Lauderdale et al., 2011). Além disso, embora o aparecimento de uma perturbação de ansiedade, pela primeira vez, na idade adulta mais avançada seja pouco comum, isto poderá verificar-se mais em algumas perturbações de ansiedade (e.g., perturbações de pânico, fobia social) do que noutras (e.g., perturbação de ansiedade generalizada, perturbações de stress pós-traumático; Stanley e Beck, 2000; Wolitzky-Taylor et al., 2010). À semelhança do que acontece com a depressão, os sintomas de ansiedade em pessoas idosas muitas vezes coexistem e podem ser difíceis de distinguir de sintomas atribuíveis à depressão, problemas médicos, efeitos secundários de medicamentos e declínio cognitivo coexistentes. Também são observadas relações de reciprocidade: por exemplo, quando um problema de ansiedade (e.g., evitar andar devido ao medo de cair) se desenvolve após uma fonte de stress médica, este pode complicar significativamente a recuperação física do idoso. Acresce a isto que estudos recentes sugerem que a habitual coocorrência de ansiedade com depressão pode retardar a resposta ao tratamento em adultos mais velhos deprimidos (Andreescu et al., 2009), e que mesmo níveis subliminares de sintomas de ansiedade

podem beneficiar de cuidados clínicos (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

O abuso de substâncias é um problema que surge na actividade clínica com adultos mais velhos (Blow, Oslin & Barry, 2002; Institute of Medicine, 2012). Quase metade dos adultos mais velhos bebe álcool e 3,8% dos que vivem na comunidade relatam consumo episódico excessivo de álcool (binge drinking) (Institute of Medicine, 2012). Todos os adultos mais velhos correm maior risco de apresentar problemas relacionados com o álcool, devido a alterações fisiológicas relacionadas com a idade. No entanto, as mulheres, seja qual for a idade, tendem a ser mais susceptíveis do que os homens aos efeitos físicos do álcool (Blow & Barry, 2002; Epstein, Fischer-Elber & Al-Otaiba, 2007). Aproximadamente 2,2% dos homens mais velhos e 1,4% das mulheres mais velhas relatam ter consumido drogas ilícitas, como cocaína, heroína e marijuana, no ano transacto e esta taxa deverá aumentar à medida que os baby boomers forem envelhecendo (Institute of Medicine, 2012).

Outros problemas observados em pacientes adultos mais velhos incluem lutos complicados (Frank, Prigerson, Shear & Reynolds, 1997; Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004), insónia (McCurry et al., 2007), disfunção sexual, perturbações psicóticas, incluindo esquizofrenia e perturbações delirantes (Palmer et al., 2002), alterações da personalidade (Segal, Coolidge & Rosowsky, 2006), e comportamentos disruptivos (e.g., deambulação, comportamento agressivo), que podem estar presentes em indivíduos que sofrem de demência ou outro défice cognitivo (Cohen-Mansfield & Martin, 2010). A familiaridade com perturbações mentais no final da vida comumente observada em contextos clínicos, as respectivas apresentações em adultos mais velhos e a sua relação com problemas de saúde física, facilitarão o reconhecimento exacto e a resposta terapêutica apropriada a essas síndromes. Está disponível muita bibliografia de referência abrangente, como recurso para a prática clínica, no que diz respeito a perturbações mentais da velhice (e.g., Laidlaw & Knight, 2008; Pachana & Laidlaw, no prelo; Pachana et al., 2010; Segal et al., 2011; Whitbourne, 2000; Zarit & Zarit, 2007), e a literatura nesse domínio está a

expandir-se rapidamente também no nosso país.

10. As/Os psicólogas/os esforçam-se por estar familiarizados com a teoria, a investigação e a prática de vários métodos de avaliação de adultos mais velhos e conhecer instrumentos de avaliação que estejam cultural e psicometricamente adaptados a este grupo etário.

Os métodos relevantes para avaliação de adultos mais velhos podem incluir entrevistas clínicas, uso de medidas de autoavaliação, testes de desempenho cognitivo, observação comportamental direta, role play, técnicas psicofisiológicas, neuroimagiologia e uso de dados fornecidos por terceiros. As/os psicólogas/os devem aspirar a estar familiarizados com as abordagens biológicas contemporâneas para o diagnóstico diferencial ou a caracterização da doença, e com a forma como essa informação pode contribuir para o processo de avaliação e o seu resultado, mesmo que não apliquem essas técnicas.

Uma avaliação geriátrica minuciosa é preferencialmente interdisciplinar, centrada em pontos fortes e em pontos fracos, determinando a forma como os problemas se interrelacionam e tendo em consideração factores contributivos. Na avaliação de adultos mais velhos, é útil averiguar a possível influência dos medicamentos e dos problemas do foro médico, uma vez que, por exemplo, estes por vezes mimetizam as perturbações psicológicas. Outras possíveis influências que deverão ser analisadas incluem factores ambientais imediatos relacionados com o(s) problema(s) presente(s) e com a natureza e extensão do apoio familiar ou outro apoio social do indivíduo. Em muitos contextos, particularmente nos contextos hospitalar e ambulatorio, pede-se com frequência às/aos psicólogas/os para avaliarem os adultos mais velhos no que diz respeito à depressão, ansiedade, défice cognitivo, perturbações do sono, factores de risco de suicídio, sintomas psicóticos, capacidade de tomada de decisões e gestão de problemas comportamentais associados a

essas e outras perturbações.

O desenvolvimento de conhecimentos e competências em relação a medidas padronizadas envolve a compreensão da teoria psicométrica, a padronização de testes e a importância de utilizar instrumentos de avaliação que demonstraram ser fiáveis e válidos em pessoas idosas (American Educational Research Association, American Psychological Association e National Council on Measurement in Education [AERA, APA e NCME], 1999). Esse esforço inclui uma compreensão da importância de normas e conteúdo adequados à idade. Nos casos em que não foram desenvolvidos instrumentos de avaliação específicos para adultos mais velhos num determinado domínio (e.g., personalidade, psicopatologia), as/os terapeutas são encorajadas/os utilizar instrumentos de avaliação desenvolvidos com adultos jovens relativamente aos quais estão disponíveis dados normativos e relativamente aos quais existem evidências de validade e fiabilidade que suportam a sua aplicação a adultos mais velhos.

O terapeuta esforça-se por compreender as limitações da utilização de tais instrumentos, por considerar que esta abordagem deixa em aberto a questão da validade de conteúdo (isto é, a cobertura do conteúdo do item relevante para a idade em relação ao constructo que está a ser medido), e por interpretar os resultados da avaliação em conformidade. Estão disponíveis vários recursos (e.g., Edelstein et al., 2008; Lichtenberg, 2010) que contribuem para o debate acerca da avaliação de várias perturbações e problemas dos adultos mais velhos. A compreensão do problema clínico em causa também pode ser auxiliada por avaliações de outros padrões persistentes de comportamento desadaptativo (e.g., excesso de dependência) e/ou factores contextuais (como padrões de interacção familiar, grau de apoio social e interacções com outros residentes e funcionários, se A/O psicólogoA/O estiver a trabalhar num contexto de cuidados continuados ou estruturas residenciais de apoio). A idade não é a única limitação potencial da utilização de alguns instrumentos padronizados de avaliação e diagnóstico. Os factores multiculturais também podem

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

desempenhar um papel significativo no processo e no resultado da avaliação (ver a Linha de orientação para a prática nº 5). É importante que as/os psicólogas/os avaliem potenciais influências culturais nas características psicométricas dos instrumentos de avaliação. Nem sempre estão disponíveis normas culturalmente apropriadas para os instrumentos de avaliação, de modo que cabe à/ao psicóloga/O compreender as potenciais limitações dos dados normativos existentes, bem como questões éticas relacionadas, ao avaliar adultos mais velhos de diferentes raças e culturas (e.g., Brickman, Cabo & Manly, 2006). A validade de conteúdos dos instrumentos de avaliação pode ser posta em causa por diferenças transculturais a nível da experiência e da apresentação das perturbações psicológicas (e.g., depressão; Futterman et al., 1997). É possível encontrar diferenças consideráveis intra-grupo e entre grupos, no seio das diversas culturas, e as apresentações clínicas podem variar através de diferenças no grau de assimilação, experiência educacional e aculturação (Edelstein, Drozdick & Ciliberti, 2010). Os estilos de respostas a itens de teste podem variar entre grupos culturais e afectar o resultado da avaliação. Por exemplo, os americanos de origem asiática têm tendência para evitar o uso dos extremos em escalas de avaliação (Sue et al., 2012). Por último, é importante que A/O psicóloga/O sintetize os resultados da avaliação tendo em consideração as características culturais e linguísticas da pessoa que está a ser avaliada (AERA, APA & NCME, 1999; APA, 2002c).

Além da avaliação de diagnóstico e de outras avaliações padronizadas, a avaliação comportamental tem muitas aplicações no trabalho com adultos mais velhos, particularmente para as/os psicólogas/os que trabalham em hospitais, serviços de reabilitação ou noutros contextos institucionais (Dwyer-Moore & Dixon, 2007; Molinari & Edelstein, 2010; Zarit & Zarit, 2011). A avaliação e a análise funcional são frequentemente úteis em indivíduos que apresentam problemas como deambulação (Dwyer-Moore & Dixon, 2007; Hussian, 1981), agressão e agitação (Cohen-Mansfield & Martin, 2010; Curyto et al., 2012), porque permitem que o terapeuta identifique as variáveis subjacentes aos comportamentos problemáti-

cos. A combinação de testes padronizados baseados em normas com técnicas de avaliação comportamental também pode ser valiosa. Ao avaliar pessoas idosas, particularmente pessoas com défice cognitivo significativo, as/os psicólogas/os podem confiar consideravelmente nos dados fornecidos por terceiros. É útil conhecer meios eficazes de reunir essas informações e ter acesso a considerações gerais sobre como interpretá-las em relação a outros dados. Da mesma forma, as avaliações de adultos mais velhos podem, muitas vezes, ser clarificadas pela repetição das avaliações ao longo do tempo. Essa repetição das avaliações ao longo do tempo é particularmente útil para questões como o estado afetivo do idoso, capacidades funcionais, ou capacidades cognitivas, e pode ajudar a examinar até que ponto estes permanecem estáveis ou variam de acordo com factores contextuais (e.g., hora do dia, atividades, presença ou ausência de outros indivíduos; Kazdin, 2003). Além disso, a repetição da avaliação ao longo do tempo é útil para avaliar os efeitos de uma intervenção (Haynes, O'Brien & Kaholokula, 2011).

As/os psicólogas/os também podem efectuar avaliações de programas de intervenção. Por exemplo, podem ser utilizadas avaliações de satisfação do paciente com intervenções psicológicas em estruturas residenciais para adultos mais velhos, determinar os principais componentes de eficácia dos programas dos centros de dia ou avaliar a análise de custo-benefício de programas de cuidados temporários projectados para ajudar cuidadores familiares a manter os seus familiares com défice cognitivo em casa. As avaliações podem, assim, desempenhar um papel importante na determinação da eficácia e eficiência terapêuticas e programáticas das intervenções, sejam elas feitas a nível individual, de grupo, de programas ou de sistemas.

Finalmente, avaliações equilibradas de adultos mais velhos incluem não apenas os défices, mas também a identificação de pontos fortes (e.g., cognitivos, funcionais, sociais) a qual pode ser feita para ajudar no tratamento ou para o desenvolvimento de estratégias compensatórias no tratamento dos défices. O apoio de comunida-

des culturais, étnicas e religiosas pode também ajudar o cliente a tratar mais profundamente questões importantes (APA, 2012b).

11. As/Os psicólogas/os esforçam-se por desenvolver competências que permitam enquadrar as características específicas e os contextos de avaliação dos adultos mais velhos.

Por vezes, o profissional pode ter de enfrentar o desafio de adaptar os procedimentos de avaliação de forma a enquadrar as incapacidades ou os contextos de vida dos adultos mais velhos (Edelstein et al., 2012). Por exemplo, no caso dos adultos mais velhos que apresentam problemas sensoriais ou de comunicação, os elementos do processo de avaliação podem incluir a avaliação da extensão dessas dificuldades, a modificação de outras avaliações para contornar esses problemas e considerar essas modificações na interpretação dos resultados dos testes. Especificamente, os terapeutas devem saber discriminar entre défices cognitivos e défices sensoriais.

Os efeitos dos défices visuais podem ser atenuados através da apresentação oral de perguntas de avaliação e do incentivo à utilização de lentes correctivas, papel sem brilho e luz forte, no ambiente de teste. Para serem úteis, os formulários de avaliação autoadministrados podem ter de ser reimpressos com um tamanho de letra maior (e.g., tamanho 16) ou ampliados, se feitos num computador. Os efeitos dos défices auditivos podem ser atenuados através do uso de aparelhos e outros dispositivos auxiliares de audição (e.g., auriculares com amplificador). As dificuldades auditivas dos adultos mais velhos tendem a ser maiores nas frequências mais agudas e, portanto, pode ser útil que as psicólogas, em particular, alterem a voz de modo a ficar mais grave. Ao fazer adaptações no processo de avaliação, as/os psicólogas/os esforçam-se por saber de que forma essas adaptações podem influenciar/alterar as exigências cognitivas específicas da tarefa. Para reduzir a influência de problemas sensoriais, também pode ser útil modificar o ambiente de avaliação de várias maneiras (e.g., evitar

luzes muito fortes e diminuir o ruído de fundo, que pode ser especialmente perturbador; National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2010).

Os adultos mais velhos com deficiências de desenvolvimento ou défices físicos ou cognitivos pré-existentes podem apresentar desafios únicos na avaliação psicológica. É necessário ter em consideração vários factores relevantes. A sensibilidade a esses factores pode exigir cuidados especiais na seleção de métodos e instrumentos de avaliação apropriados ao indivíduo e/ou ajustes nos métodos e na tomada de decisões de diagnóstico (APA, 2012b; Burt & Aylward, 1999, 2000).

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos são encorajadas/os a considerar as suas competências multiculturais (APA, Committee on Aging Working Group on Multicultural Competence in Geropsychology, 2009) na avaliação de pessoas deste grupo etário. A competência multicultural inclui a consideração explícita do passado étnico, racial e cultural do idoso, mas também outros factores, como o grau de literacia em saúde e a experiência prévia com prestadores de cuidados de saúde mental. As questões multiculturais e o envelhecimento estão interligados (Hinrichsen, 2006) e podem influenciar e dificultar o processo de avaliação e os resultados. A intersecção entre envelhecimento e incapacidade coloca problemas semelhantes, que exigem uma avaliação culturalmente competente (Iwasaki et al., 2009). Ao seleccionar instrumentos de avaliação, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a estar cientes dos potenciais problemas metodológicos que podem afectar o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação (e.g., seleção de participantes, amostra, estabelecimento de equivalência de medidas) e das consequências do desenvolvimento inadequado de instrumentos, quando não são considerados os factores culturais (Okazaki e Sue, 1995). Uma vez seleccionados os testes, a experiência cultural pode afectar diferencialmente o desempenho do teste e o desempenho do desvio, mesmo quando os grupos étnicos estão equiparados em vários factores demográficos (Brickman et al., 2006). Todo o esforço de avaliação funcionará melhor se for enquadrado por um conhecimento especializado e orientado por competên-

cia cultural.

A crescente disponibilidade de tecnologia de tele-saúde para adultos com acesso limitado aos cuidados demonstrou eficácia em adultos de ambientes rurais e urbanos (Buckwalter et al., 2002; Grubaugh et al., 2008). No entanto, será de considerar a experiência anterior, as expectativas e as hesitações dos adultos mais velhos perante esta nova modalidade de avaliação.

12. As/Os psicólogas/os esforçam-se por desenvolver competências na condução e interpretação de avaliações das capacidades funcionais e cognitivas.

Quando avaliam adultos mais velhos, é frequente as/os psicólogas/os utilizarem procedimentos especializados para ajudar a determinar a natureza e as causas das dificuldades cognitivas, da incapacidade funcional ou das perturbações comportamentais (Attix & Welsh-Bohmer, 2006; Cosentino et al., 2011; Lichtenberg, 2010). Pede-se frequentemente às/aos psicólogas/os que caracterizem o perfil cognitivo actual de um idoso e determinem se ele representa uma mudança significativa em relação a um período anterior e, se sim, se os problemas observados se devem a um processo neurodegenerativo específico, a um problema psiquiátrico e/ou a outras causas (Morris & Brookes, 2013). As avaliações podem ir de um breve rastreio cognitivo até a uma avaliação de diagnóstico detalhada. O rastreio cognitivo geralmente envolve a utilização de instrumentos breves para identificar o grau de défice global com elevada sensibilidade, mas com uma especificidade de diagnóstico relativamente baixa. As avaliações de diagnóstico incluem uma avaliação mais abrangente do que os instrumentos de rastreio, e podem ser utilizadas para caracterizar a natureza e a extensão dos défices cognitivos. A avaliação da cognição pode ser apropriada para adultos mais velhos que estão em risco de demência ou relativamente aos quais existem suspeitas de declínio cognitivo devido a um distúrbio neurodegenerativo subjacente, perturbação mental ou condição

médica.

Diferenciar os factores que contribuem para o défice cognitivo entre os adultos mais velhos pode ser um desafio e, muitas vezes, requer uma avaliação neuropsicológica (APA, 2012b). Esta inclui a integração de medidas objetivas de desempenho cognitivo com informações biográficas, neurológicas, psiquiátricas, médicas, e outras informações de diagnóstico, realizada por um profissional com competência em avaliação neuropsicológica. Comparando o desempenho dos testes padronizados com dados normativos cultural e demograficamente apropriados (e.g., idade e escolaridade), as/os psicólogas/os determinam primeiro se o perfil cognitivo é consistente com o envelhecimento normal ou se representa um declínio significativo. Utilizando uma análise do perfil, as/os psicólogas/os examinam o padrão de desempenho do teste para diferenciar as origens do défice cognitivo (Lezak et al., 2012). A avaliação imediata das queixas cognitivas pode ser útil na identificação de causas potencialmente reversíveis de défice cognitivo (APA, 2012b). A repetição da avaliação neuropsicológica pode ajudar a aprofundar a caracterização da natureza e da evolução do défice. Ter em conta os efeitos da prática e da aprendizagem é um factor importante nas avaliações de repetição.

A capacidade de levar a cabo avaliações rigorosas e fazer encaminhamentos apropriados nesta área depende do conhecimento sobre o envelhecimento normal e patológico, incluindo alterações que estão relacionadas com a idade em termos de capacidades cognitivas. Quando realizam estas avaliações, as/os psicólogas/os baseiam-se na sua familiaridade com as alterações cerebrais relacionadas com a idade, doenças que afectam o cérebro, testes cognitivos, dados normativos para a idade e culturalmente apropriados, capacidades cognitivas pré-mórbidas do cliente, bem como na qualidade e número absoluto de anos de educação (Brickman et al., 2006; Manly & Echemendia, 2007; Manly et al., 2002; Morris & Becker, 2004; Salthouse, 2010; Schaie & Willis, 2011). Os testes de rastreio cognitivo breves não substituem uma avaliação exaustiva, embora alguns adultos mais velhos possam não ser capazes de tolerar longas

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

baterias de testes, devido à sua condição de fragilidade, défice cognitivo grave ou outros motivos. As/os psicólogas/os deverão fazer a referenciação para neuropsicólogas/os clínicos (para que sejam feitas avaliações mais aprofundadas), neurologistas ou outros especialistas, conforme apropriado. Ver “Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change” (APA, 2012b), para mais informações.

Continuam a registar-se avanços no desenvolvimento de marcadores biológicos derivados do sangue ou do líquido cefalorraquidiano (Trojanowski et al., 2010) e na identificação de genes relevantes (Bertram & Tanzi, 2012). Podem ser utilizadas técnicas de neuroimagem PET recém-desenvolvidas para detectar uma das principais alterações patológicas da doença de Alzheimer aprovadas pela Food and Drug Administration dos EUA para diagnóstico clínico (Yang, Rieves & Ganley, 2012). No entanto, actualmente estas técnicas são utilizadas principalmente na investigação. Recomenda-se que as/os psicólogas/os que realizam avaliações diagnósticas cognitivas de pessoas mais velhas sejam encorajadas/os a manter-se informados acerca dos desenvolvimentos relacionados com a patogénese e o diagnóstico através de literatura na área da biologia. Como continuam a ser desenvolvidos para uso clínico marcadores biológicos fiáveis, a avaliação cognitiva e neuropsicológica continuará a ser essencial para a caracterização do curso da doença, a determinação do início dos sintomas e a monitorização da resposta ao tratamento.

Em algumas regiões geográficas, a avaliação cognitiva presencial dos adultos mais velhos é muitas vezes difícil, devido a problemas de mobilidade e acesso a profissionais de saúde. A ampla disponibilidade de computadores de baixo custo, câmaras digitais de alta definição e software de videoconferência veio facilitar a opção de realizar essas avaliações remotamente (Charness, Demiris, & Krupinski, 2011; Charness, Demiris & Krupinski, 2011; Fortney et al., 2011). Continua a ser necessário muito trabalho para desenvolver protocolos de avaliação remota válidos e fiáveis, nomeadamente para garantir que os procedimentos de avaliação administrados são comparáveis a uma avaliação presencial. Não obstante, há

evidências emergentes de comparabilidade entre avaliação remota e presencial (Hyler, Gangure & Batchelder, 2005).

Além da avaliação do funcionamento cognitivo, as/os psicólogas/os são frequentemente solicitados a avaliar as capacidades funcionais dos adultos mais velhos, que incluem tipicamente a capacidade de executar as atividades da vida diária (AVDs; e.g., tomar banho, comer, vestir-se) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs; e.g., gerir as finanças, preparar refeições, cuidar da própria saúde). Todas estas capacidades requerem uma combinação de competências cognitivas e comportamentais. Em 2008, 14,5 milhões de adultos mais velhos referiram ter algum nível de incapacidade, o que corresponde a 37,8% da população de adultos mais velhos dos EUA (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Além disso, cada vez mais as/os psicólogas/os serão solicitadas/os a avaliar a capacidade de tomada de decisão das pessoas idosas, o que é relevante para, por exemplo, tratar das próprias finanças, conduzir, fazer o testamento / testamento vital, procurações a longo prazo, procurações de assistência médica e vida independente.

Entre os adultos mais velhos, as incapacidades desenvolvem-se, frequentemente, a alterações cognitivas e físicas relacionadas com a idade (e.g., sistema sensorial, sistema cardiovascular, sistema músculo-esquelético; Saxon et al., 2010) e aos efeitos diretos e indiretos das doenças crónicas. As/os psicólogas/os são encorajadas/os a ser proficientes na avaliação funcional das capacidades e limitações nas AVDs e AIVDs no contexto das exigências e apoios ambientais. Nestas situações, A/O psicólogoA/O integra muitas vezes os resultados da avaliação clínica e informações reunidas tanto junto de adultos, como junto de fontes colaterais, observações directas do desempenho funcional do idoso, e outras questões pertinentes (e.g., o ambiente físico imediato, apoios sociais disponíveis; ver a Linha de orientação para a prática nº 19). Podem ser seguidas várias abordagens para avaliar as capacidades funcionais, abordagens essas que vão desde os questionários às avaliações baseadas no desempenho.

INTERVENÇÃO, CONSULTORIA E PRESTAÇÃO DE OUTROS SERVIÇOS

13. As/Os psicólogas/os esforçam-se por conhecer a teoria, a investigação e a prática de vários modelos de intervenção em adultos mais velhos, e particularmente os resultados da investigação da sua eficácia neste grupo etário.

As/os psicólogas/os têm vindo a adaptar os tratamentos e a realizar intervenções psicológicas com adultos mais velhos ao longo de toda a história da psicoterapia (Knight, Kelly & Gatz, 1992; Molinari, 2011). À medida que foram surgindo diferentes abordagens teóricas, cada uma delas foi aplicada a adultos mais velhos, incluindo psicoterapia psicodinâmica, modificação comportamental, terapia cognitiva, psicoterapia interpessoal e terapia de resolução de problemas. Além disso, foram feitos esforços para utilizar a base de conhecimento proveniente da investigação acerca do desenvolvimento adulto e envelhecimento para enquadrar os esforços de intervenção com adultos mais velhos de uma forma que se baseie nas capacidades psicológicas e sociais construídas durante toda a vida do indivíduo (Anderson et al., 2012; Knight, 2004).

As evidências documentam que os adultos mais velhos respondem bem a uma grande variedade de formas de psicoterapia e podem beneficiar de intervenções psicológicas num grau comparável ao dos adultos mais jovens (APA, 2012d; Pincus & Sörensen, 2001; Scogin, 2007; Zarit & Knight, 1996). Psicoterapias individuais e de grupo demonstraram ser eficazes nos adultos mais velhos (Burlingame, Fuhrman & Mosier, 2003; Payne & Marcus, 2008). As abordagens cognitivo-comportamen-

tal, psicodinâmica, de resolução de problemas e outras têm demonstrado utilidade no tratamento de problemas específicos nos adultos mais velhos (Floyd et al., 2004; Gatz, 1998; Scogin & Shah, 2012; Teri & McCurry, 1994). Nesta população, os problemas para os quais as intervenções psicológicas têm demonstrado ser eficazes incluem depressão, (Pincus, Duberstein & Lyness, 2007; Scogin et al., 2005), ansiedade (Ayers et al., 2007), distúrbios do sono (McCurry et al., 2007) e abuso de álcool (Blow & Barry, 2012). A terapia comportamental e estratégias de modificação, terapia de resolução de problemas, modificações socio-ambientais e outras relacionadas têm sido úteis no tratamento da depressão, na redução de distúrbios comportamentais e na melhoria das capacidades funcionais em adultos mais velhos com défice cognitivo (Areán et al., 2008; Curyto et al., 2012; Logsdon, McCurry & Teri, 2007).

A terapia de reminiscências ou de revisão da vida demonstrou utilidade como técnica em várias aplicações no tratamento da depressão (Scogin et al., 2005). A utilidade clínica de terapias baseadas em exposição (exposição prolongada; terapia de processamento cognitivo) para sobreviventes adultos mais velhos de traumas demonstra resultados mistos, existindo mais investigação sobre o efeito cumulativo do trauma nos adultos mais velhos (Hiskey et al., 2008) do que acerca da avaliação da eficácia do tratamento (Clapp & Beck, 2012; Owens et al., 2005). A investigação acerca da eficácia das intervenções psicológicas com adultos mais velhos de minorias étnicas é mais limitada, em comparação com a realizada com os pertencentes a grupos majoritários (APA, Committee on Aging Working Group on Multicultural Competence in Geropsychology, 2009; Areán, 2003; Hinrichsen, 2006; Tazeau, 2011; Yeo & Gallagher-Thompson, 2006).

As psicoterapias integradas que fazem parte de modelos de cuidados integrados também foram consideradas eficazes no tratamento da depressão em contexto de cuidados de saúde primários (Skultety & Zeiss, 2006). As intervenções psicológicas também são eficazes no campo da medicina comportamental, enquanto abordagens adjuvantes para a gestão de toda uma variedade

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

de questões relacionadas com os cuidados de pessoas com condições médicas primárias, como o controlo da dor (Hadjistavropoulos & Fine, 2007; Morone & Greco, 2007) e aspectos comportamentais da incontinência urinária (Burgio, 1998). Também podem constituir uma ajuda valiosa para os adultos mais velhos que se estão a adaptar a mudanças nas circunstâncias de vida, a melhorar as relações interpessoais e/ou a enfrentar preocupações sexuais, ou outras questões (APA, 2007a; Hinrichsen, 2008; Hillman, 2012). Tal como acontece com outros grupos etários, as/os profissionais são encorajadas/os a utilizar com adultos mais velhos práticas baseadas na evidência (APA, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

14. Os profissionais devem familiarizar-se com, e desenvolver competências na aplicação de intervenções psicoterapêuticas específicas e culturalmente sensíveis, bem como de modificações ambientais, em adultos mais velhos e suas famílias, adaptando o uso das intervenções a este grupo etário.

Essas intervenções podem incluir terapias individuais, de grupo, de casal e familiares. Exemplos de intervenções que podem ser exclusivas para adultos mais velhos, ou que são habitualmente utilizadas nesta população, incluem terapia de reminiscências e revisão da vida, terapia de luto, psicoterapia focada em questões do desenvolvimento e adaptações comportamentais no final da vida, terapias expressivas para os que apresentam dificuldades de comunicação, métodos para melhorar a função cognitiva na fase final da vida e programas psicoeducacionais para adultos mais velhos, familiares e outros cuidadores (APA, Presidential Task Force on Caregivers, 2011; Gallagher-Thompson & Coon, 2007; Qualls, 2008). Não existe uma modalidade de intervenção psicológica que seja preferível para todos os adultos mais velhos. A selecção dos tratamentos e a sua administração adequada depende da natureza do(s) problema(s) envolvido(s), dos objectivos clínicos, da situação actual e das caracte-

terísticas, preferências, sexo e antecedentes culturais do paciente (Gum et al., 2006; Landreville et al., 2001), bem como do local que ocupam no continuum dos cuidados (para exemplos de casos, ver Karel, Ogland-Hand & Gatz, 2002; Knight, 2004; Pachana et al., 2010) e, conforme referimos anteriormente, da disponibilidade de uma prática baseada na evidência. Por exemplo, os adultos mais velhos que vivem na comunidade e que são bastante funcionais física e mentalmente podem responder muito bem a formas de psicoterapia que, frequentemente, são administradas no contexto de ambulatório (e.g., terapias individuais, de grupo e familiares). Dado que muitas perturbações que se manifestam no final da vida são crónicas ou recorrentes, e não agudas, os objectivos clínicos geralmente estão centrados na gestão dos sintomas e na maximização reabilitativa da função, mais do que na cura (Knight & Satre, 1999).

A literatura fornece evidências da importância de capacidades especializadas para trabalhar com a população idosa (Pinquart & Sörensen, 2001). Uma grande variedade de questões especiais que caracterizam o trabalho com adultos mais velhos pode exigir que as/os psicólogos/os demonstrem sensibilidade em relação a questões relacionadas com a idade e, por vezes, utilizem técnicas de intervenção especializadas (ver *Psychotherapy and Older Adults Resource Guide*, APA, 2009b). Por exemplo, alguns adultos mais velhos (incluindo os que pertencem a determinados grupos culturais) podem ver o recurso aos serviços de saúde mental como um estigma e, nesse caso, os profissionais têm frequentemente de fazer esforços activos para os envolver na intervenção e discutir as suas preocupações. A psicoterapia culturalmente sensível pode incorporar aspectos das crenças espirituais indígenas ou práticas e costumes culturais dos adultos mais velhos (em algumas culturas, “ancião” é o termo preferido). Em algumas situações clínicas, podem ser apropriadas técnicas de intervenção desenvolvidas especialmente para utilização em adultos mais velhos, como terapia de reminiscências. A terapia de reminiscências é frequentemente utilizada como intervenção terapêutica de apoio para ajudar os adultos mais velhos a integrar as suas experiências (Scogin et al. 2005; Shah, Scogin & Floyd, 2012).

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

Como é muito comum a presença de problemas de saúde física, é frequente as intervenções psicológicas com adultos mais velhos abordarem a adaptação do idoso aos problemas médicos (e.g., o controlo da dor ou a melhoria da adesão ao tratamento médico; Hadjistavropoulos & Fine, 2007). Ao enfrentar o fim da vida e problemas de saúde que constituem limitações, os adultos mais velhos podem necessitar de assistência para gerir esse processo, pelo que existem modelos terapêuticos apropriados a esse fim (Breitbart & Applebaum, 2011; Haley et al., 2003; Qualls & Kasl-Godley, 2010).

No caso de alguns adultos mais velhos, as abordagens terapêuticas padrão podem ser modificadas em termos de processo ou conteúdo (Frazer, Hinrichsen & Jongasma, 2011). Exemplos de mudanças no processo podem incluir a modificação do ritmo da terapia (Gallagher-Thompson & Thompson, 1996) ou a acomodação a limitações sensoriais (e.g. reduzindo o ruído ambiente e a iluminação excessiva, e falar mais devagar). A modificação do conteúdo da terapia pode incluir dar mais atenção a doenças físicas, à tristeza, ao declínio cognitivo e a problemas práticos stressantes que são mais vulgares em alguns adultos mais velhos do que nos adultos mais jovens (Knight & Satre, 1999). Também é importante adaptar as intervenções ao quadro clínico (e.g., consultório particular, domicílio, hospital ou instituição de cuidados continuados; ver a Linha de orientação para a prática nº 15).

Frequentemente, as/os psicólogas/os prestam serviços a adultos mais velhos como participantes activos nos sistemas familiar, social ou institucional. Portanto, quando trabalham com adultos mais velhos, os profissionais podem precisar de intervir em vários níveis desses sistemas. Por exemplo, as/os psicólogas/os podem ajudar os membros da família fornecendo educação e/ou apoio emocional, facilitando a conceptualização de problemas, soluções potenciais e melhorando a comunicação e a coordenação dos cuidados (Qualls & Zarit, 2009). Ou então, A/O psicólogoA/O pode dar formação comportamental à equipa responsável pelos cuidados continuados, e consultoria sobre as modificações ambientais necessárias no contexto de comportamentos

problemáticos relacionados com a demência (Qualls & Zarit, 2009).

15. As/Os psicólogas/os procuram compreender e resolver questões relacionadas com a prestação de serviços nos contextos específicos em que os adultos mais velhos tipicamente se encontram ou localizam.

As/os psicólogas/os geralmente trabalham com adultos mais velhos numa grande diversidade de contextos, refletindo o continuum de cuidados ao longo do qual a maioria dos serviços é prestada (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008). Esses locais de prestação de serviços englobam vários contextos comunitários onde se encontram adultos mais velhos, incluindo contextos de cuidados comunitários e domiciliários (e.g., centros de dia, as suas casas ou apartamentos; ver Yang et al., 2009, para questões relacionadas com a prestação de serviços domiciliários), contextos ambulatoriais (e.g., clínicas de saúde mental ou de cuidados de saúde primários, consultórios de profissionais independentes ou programas de grupos em regime de ambulatório), programas durante o dia (como centros de dia, programas psiquiátricos de hospitalização parcial) que recebem adultos mais velhos com problemas múltiplos ou complexos, contextos de internamento hospitalar médico ou psiquiátrico, e contextos de cuidados continuados (como casas de repouso, residências assistidas, unidades de cuidados paliativos e outros locais de prestação de cuidados na comunidade). Algumas(ns) psicólogas/os fornecem serviços no contexto do sistema de justiça criminal para o crescente número de adultos mais velhos que estão ou estiveram presos (Rikard & Rosenberg, 2007). Algumas instituições incluem uma grande variedade de contextos de cuidados. Por exemplo, as consultas em comunidades de reformados com cuidados continuados podem envolver o tratamento de adultos mais velhos em ambientes que variam de apartamentos independentes a ambientes de residência assistida, passando por instalações com

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

serviços de enfermagem especializada. Como os padrões de residência estão frequentemente concentrados em função das necessidades do serviço, os adultos mais velhos que se encontram nestes diversos contextos geralmente diferem em termos de grau de dependência e capacidade funcional. No contexto de ambulatório, por exemplo, uma/um psicólogoA/O provavelmente deparar-se-á com adultos mais velhos com capacidade funcional, enquanto em instituições de cuidados continuados, o profissional normalmente prestará serviços a pessoas idosas com limitações funcionais ou cognitivas.

Estão disponíveis um conjunto de Linhas orientadoras para a prática de psicólogas/os que prestam serviços em contextos de cuidados continuados (Lichtenberg et al., 1998), bem como bibliografia útil que aborda diferentes facetas desse tipo de prática profissional (Hyer & Intrieri, 2006; Molinari, 2000; Norris, Molinari & Ogland-Hand, 2002; Ogland-Hand, 2002; Rosowsky, Casciani & Arnold, 2009; ver também *Psychological Services in Long-Term Care Resource Guide*, APA, 2013).

16. As/Os psicólogas/os procuram compreender e resolver as questões relacionadas com a prestação de serviços de prevenção e promoção da saúde em adultos mais velhos.

As/os psicólogas/os podem contribuir para a saúde e o bem-estar dos adultos mais velhos, ajudando a fornecer programas psicoeducacionais (e.g., Alvidrez, Areán & Stewart, 2005) e envolvendo-se em esforços mais amplos de prevenção e outras intervenções orientadas para a comunidade. Os esforços relacionados incluem a influência a nível dos sistemas de saúde e do sistema político e legal (Hartman-Stein, 1998; Hinrichsen, Kietzman et al., 2010; Karel, Gatz & Smyer, 2012; Norris, 2000). Nessas actividades, as/os psicólogas/os integram o seu conhecimento clínico de problemas e técnicas, capacidades de consultoria, intervenções estratégicas e programação comunitária ou organizacional preventiva, para beneficiar um número substancial de pessoas idosas

(Cohen et al., 2006). Este tipo de trabalho pode implicar a familiarização com a divulgação, identificação de casos, referência e intervenção precoce, na medida em que estas questões estão relacionadas com grupos específicos de adultos mais velhos em risco (Berman & Furst, 2011). Um aspecto importante destes esforços é o facto das/os psicólogas/os compreenderem os pontos fortes e as limitações dos recursos da comunidade local relativamente aos seus domínios de prática, ou os factores de risco que afectam o grupo de adultos mais velhos em questão. Por exemplo, se tentarmos reduzir o isolamento enquanto factor de risco de depressão, pode ser pertinente considerar a disponibilidade de oportunidades organizadas para a socialização dos adultos mais velhos e se será necessário aumentá-las (Casado et al., 2012). Da mesma forma, no que diz respeito à promoção do bem-estar geral dos adultos mais velhos, pode ser útil defender a existência de mais actividades de promoção da saúde orientadas para facilitar a participação dos adultos mais velhos a nível do exercício físico, boa nutrição e estilos de vida saudáveis (www.cdc.gov/aging).

Uma área que suscita especial preocupação em termos de esforços preventivos na população mais velha é a da prevenção do suicídio (ver *Depression and Suicide in Older Adults Resource Guide*, APA, 2009a; Late Life Suicide Prevention Toolkit, Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2008; e Promoting Emotional Health and Preventing Suicide: A Toolkit for Senior Living Communities, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011). Os adultos mais velhos, especialmente os homens caucasianos, são o grupo etário que apresenta um risco particularmente elevado de suicídio (Conwell, VanOrden & Caine, 2011). Os profissionais são encorajadas/os a manter-se vigilantes no que diz respeito à avaliação do risco de suicídio entre os adultos mais velhos em vários cenários (e.g., saúde física, saúde mental e cuidados continuados; Reiss & Tishler, 2008). Por exemplo, a maioria dos adultos mais velhos que morreram devido a suicídio consultaram um médico um mês antes da morte (Conwell, 2001). Assim, é importante sensibilizar os médicos de cuidados de saúde primários para o esforço de prevenção do suicídio entre os adultos mais velhos (Schulberg et al., 2004), através de um

melhor reconhecimento dos sintomas depressivos e de outros factores de risco (Huh et al., 2012; Scogin & Avani, 2006) e da referenciação para tratamento adequado (Pearson & Brown, 2000). De facto, ficou demonstrado que o tratamento dos sintomas depressivos entre os pacientes de cuidados primários mais velhos permite reduzir a ideação suicida (Bruce et al., 2004).

17. As/Os psicólogas/os esforçam-se por compreender as questões que dizem respeito à prestação de serviços de consultoria no âmbito da assistência a adultos mais velhos.

Pede-se muitas vezes às/aos psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos para prestar aconselhamento acerca de questões relacionadas com o envelhecimento a uma grande variedade de grupos e indivíduos. Muitas/os psicólogas/os dispõem de conhecimentos e competências complementares que são especialmente valiosos para aconselhamento, nomeadamente nas áreas da psicologia social, psicologia do desenvolvimento, diversidade, dinâmicas de grupo, comunicação, concepção e avaliação de programas, entre outros. As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos possuem esses conhecimentos e competências de especial relevância para este grupo etário (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008). É frequente os psicólogos aconselharem familiares de adultos mais velhos com problemas de saúde mental, especialmente demência. Dada a escassez prevista de especialistas em envelhecimento, devido ao rápido aumento da população idosa, as/os psicólogas/os com experiência em envelhecimento virão, provavelmente, a desempenhar papéis importantes na formação de outros profissionais no que toca ao envelhecimento (Institute of Medicine, 2012).

Através da prestação de serviços de consultoria a outros profissionais, instituições, agências e organizações comunitárias, as/os psicólogas/os podem desempenhar

papéis-chave na formação e educação de funcionários que trabalham directamente com adultos mais velhos em muitos contextos diferentes (Haley et al., 2003; Kramer & Smith, 2000; Zarit & Zarit, 2007). No papel de formadores, as/os psicólogas/os ensinam conceitos básicos acerca do envelhecimento e do desenvolvimento normativo, de como pode ser melhorada a comunicação com adultos mais velhos (Gerontological Society of America, 2012), da gestão apropriada dos comportamentos problemáticos (Logsdon & Teri, 2010), e da facilitação do envolvimento social (Meeks, Young & Looney, 2007). Por exemplo, muitos membros das equipas de cuidados continuados reconhecem que não possuem conhecimentos adequados sobre como implementar protocolos não psicofarmacológicos baseados em evidências para dar resposta às necessidades de saúde mental dos residentes, particularmente daqueles que sofrem de doença mental grave ou demência (Molinari et al., 2008). Se estes profissionais receberem formação e aconselhamento a nível da terapia comportamental, o resultado poderá ser uma redução do uso excessivo de medicamentos psicoativos e uma melhoria da qualidade de vida desta população vulnerável (Camp et al., 2002). As/os psicólogas/os podem contribuir para o desenvolvimento, avaliação e garantia de qualidade dos programas relacionados com os serviços ligados ao envelhecimento (Hartman-Stein, 1998; Hyer et al., 2005). Ao aconselhar equipas/organizações de prestação de cuidados de saúde, as/os psicólogas/os podem facilitar uma maior colaboração entre os membros das equipas de cuidados interdisciplinares, especialmente das que têm clientes com necessidades médicas e psicossociais complexas (Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, 2006).

18. Quando trabalham com pessoas idosas, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a compreender a importância da interface com outras disciplinas e a fazer referenciações para outras disciplinas e/ou a trabalhar com elas em equipas colaborativas e em diversos locais.

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

No seu trabalho com adultos mais velhos, as/os psicólogas/os são encorajadas/os a estar cientes da importância de uma abordagem de cuidados coordenada, e da importância da colaboração com outros profissionais de saúde, saúde mental ou serviços sociais que sejam responsáveis por, e/ou prestem cuidados especiais a adultos mais velhos. Como a maioria destas pessoas tem problemas de saúde crónicos para os quais foram prescritos medicamentos, a coordenação com os profissionais que os prescrevem é geralmente muito útil. Outras áreas profissionais habitualmente envolvidas nos cuidados coordenados, seja como parte de uma equipa ou para as quais possa ser apropriada referência, incluem médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e outros elementos associados, como trabalhadores que prestam cuidados directamente, membros do clero e advogados. As/os psicólogas/os podem ajudar um grupo de profissionais a tornar-se uma equipa interdisciplinar, em vez de actuar como equipa multidisciplinar, gerando estratégias efectivas de integração e coordenação dos serviços prestados (Zeiss, 2003; Zeiss & Karlin, 2008; ver *Blueprint for Change: Achieving Integrated Healthcare for an Aging Population*, APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008).

Para uma colaboração eficaz com outros profissionais, seja por meio de trabalho numa equipa propriamente dita ou através de referência, é útil que as/os psicólogas/os estejam bem informadas/os sobre os serviços disponíveis noutras áreas e as respectivas contribuições potenciais para um esforço coordenado. Para darem a sua contribuição particular para esse esforço, as/os psicólogas/os podem considerar importante informar os outros quanto às competências e papel dA/O psicólogoA/O, e apresentar material clínico e didáctico numa linguagem compreensível para as outras disciplinas específicas. A capacidade de comunicar com, educar e coordenar os outros indivíduos envolvidos (e.g., cuidadores, familiares) pode muitas vezes ser um elemento-chave no fornecimento de serviços psicológicos eficazes a adultos mais velhos (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008). Para fornecer serviços psicológicos num determinado contexto ambiental é importante estar familiarizado com a cultura,

a dinâmica institucional e os desafios de fornecer serviços de saúde mental a adultos mais velhos.

Por vezes, as/os psicólogas/os na prática independente, ou em contextos que não possuem vínculos estreitos com outras disciplinas, têm um contacto limitado com as pessoas que prestam cuidados ao idoso. Nesses casos, as/os profissionais são encorajadas/os a envolver-se proactivamente na divulgação e coordenação junto dos profissionais relevantes. Para prestar os cuidados mais completos aos adultos mais velhos, as/os profissionais são encorajadas/os a familiarizar-se com os recursos sobre o envelhecimento existentes nas suas comunidades (e.g., National Association of Area Agencies on Aging, <http://www.n4a.org>) e a efectuar as referências apropriadas.

19. As/Os psicólogas/os esforçam-se por compreender as questões éticas e jurídicas especiais que a prestação de serviços a adultos mais velhos acarreta.

É importante que as/os psicólogas/os se esforcem para garantir aos adultos mais velhos com quem trabalham o direito de controlar a sua própria vida. Por vezes surgem conflitos entre familiares, cuidadores formais e adultos mais velhos fisicamente frágeis ou com défices cognitivos, porque alguns desses indivíduos podem acreditar que os adultos mais velhos não têm a capacidade de tomar decisões sobre as suas próprias vidas que possam afectar a sua segurança e bem-estar. As/os psicólogas/os são por vezes solicitadas/os a avaliar um ou mais domínios de capacidade dos adultos mais velhos (e.g., tomadas de decisão médicas, financeiras, contratuais, testamentárias ou de vida independente; Moye, Marson & Edelstein, 2013). A publicação *Assessment of Older Adults With Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists* (American Bar Association e American Psychological Association [ABA e APA], 2008) pertence a uma série de três manuais publicados pela American Bar Association Commission on Law and Aging e pela American Psychological Association. Contém Linhas

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

orientadoras para as/os psicólogas/os no que diz respeito a esta questão importante. As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos são encorajadas/os a estar preparados para lidar com dilemas éticos difíceis, de modo a equilibrar as considerações relacionadas com os princípios éticos de beneficência e autonomia – isto é, protegendo a segurança e o bem-estar do idoso, ao mesmo tempo que reconhecem o direito que o indivíduo tem de tomar as suas próprias decisões tanto quanto possível (Karel, 2011; Marson et al., 2011; Moye & Marson, 2007). Este dilema é especialmente relevante no caso dos adultos mais velhos com doença mental grave que vivem em contextos de cuidados continuados. O desejo de viverem em ambientes menos restritivos tem de ser equilibrado com as necessidades dos membros da família e os pareceres dos profissionais de saúde mental, a fim de assegurar que são prestados os devidos cuidados àqueles que se mostrem incapazes de tomar as suas próprias decisões.

Considerações semelhantes às que dizem respeito ao consentimento informado necessário a um tratamento aplicam-se ao trabalho com adultos mais velhos e ao trabalho com pessoas mais jovens. Questões éticas e legais podem emergir quando está presente um certo grau de défice cognitivo ou quando o indivíduo idoso não está familiarizado com as opções de tratamento. Por exemplo, alguns adultos mais velhos podem inicialmente demonstrar relutância em prestar o consentimento para participar na psicoterapia. No entanto, uma vez informados sobre o que o tratamento acarreta, geralmente dão consentimento. Quando os adultos mais velhos são levados a fazer terapia por familiares, as/os profissionais são encorajadas/os a tomar medidas para garantir que seja o idoso a decidir se quer fazer ou não o tratamento, independentemente dos desejos da família. De facto, obter o consentimento do indivíduo e recordar ao indivíduo e à família a confidencialidade do processo de tratamento pode ser uma parte importante da construção do relacionamento inicial com o idoso (Knight, 2004).

Um diagnóstico de demência não é equivalente a falta de capacidade numa ou mais áreas. Mesmo os adultos mais velhos com demência mantêm muitas vezes a capacidade

de de dar ou retirar o consentimento, até uma fase muito avançada da doença (ABA e APA, 2008; Moye & Marson, 2007; Qualls & Smyer, 2007). O ponto específico em que se faz a transição entre ter capacidade e deixar de a ter, em relação a uma ou mais áreas, requer uma avaliação cuidadosa. Mesmo depois de o idoso ter sido avaliado e de ter sido decidido que não tem uma capacidade específica, ele continua, muitas vezes, a ser capaz de dar a sua concordância na tomada de decisões. A avaliação de uma capacidade requer uma compreensão dos modelos clínicos e legais daquilo que são capacidades diminuídas, capacidades funcionais ligadas a normas jurídicas e da utilização apropriada de instrumentos para avaliar as capacidades funcionais e neurocognitivas e os sintomas psiquiátricos. Muitas vezes, a/o psicóloga/o pode precisar de determinar se uma avaliação de capacidade é indicada ou se a situação pode ser resolvida de outra forma. É fundamental o conhecimento dos serviços de apoio geriátrico e dos mecanismos de tomada de decisão partilhada ou substituta. Alguns indivíduos podem ter uma capacidade diminuída num domínio, mas não noutros. Como alguns domínios em que a capacidade está diminuída podem melhorar com o tempo, pode ser necessária uma reavaliação dessa capacidade (Qualls & Smyer, 2007). Os adultos mais velhos com uma diminuição de capacidade aparente e com poucas ou nenhuma ligações sociais são especialmente vulneráveis e exigem uma avaliação cuidadosa e, quando necessário, a identificação de alguém que o represente (Karp & Wood, 2003).

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos podem muitas vezes deparar-se com questões de confidencialidade em situações que envolvam famílias, equipas interdisciplinares, contextos de cuidados continuados ou outros sistemas de apoio. Um conflito de valores habitual em relação à confidencialidade envolve adultos mais velhos com deficiência cognitiva moderada a grave, e que podem constituir perigo para si próprios ou para os outros. É útil considerar cuidadosamente a situação, tendo em conta estas questões, e pode ser especialmente útil consultar outros profissionais. Para alguns adultos mais velhos poderem preservar a sua autonomia pode justificar-se tolerar algum risco de poderem causar

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

danos a si próprios (ABA e APA, 2008).

Em alguns contextos (e.g., instituições de cuidados continuados), os serviços de saúde mental podem ser fornecidos na residência onde o idoso vive. Nesses contextos, pode ser um grande desafio para a/o psicóloga/o manter a confidencialidade do cliente. Por exemplo, pode ser difícil encontrar um lugar privado para se reunirem com o idoso. Além disso, nesses contextos, é importante estabelecer limites claros sobre o que será ou não partilhado com os funcionários da residência, tanto verbalmente como através de registos escritos (Karel, 2009; Knapp & Slattery, 2004; Lichtenberg et al., 1998).

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos podem, por vezes, ser pressionados pelos familiares ou por outros profissionais auxiliares envolvidos a partilhar informações acerca do idoso. Essa partilha de informações é frequentemente justificada pela necessidade de ajudar o idoso, e a colaboração com outros pode ser muito vantajosa. No entanto, os adultos mais velhos com os quais existe um relacionamento de tratamento têm tanto direito à total confidencialidade como os adultos mais jovens, e devem conceder o seu consentimento documentado para permitir a partilha de informações com outras pessoas (Knight, 2004).

Outro conjunto de questões éticas envolve a resolução de potenciais conflitos de interesse entre os adultos mais velhos e os membros da família, particularmente em situações de tomada de decisão pelo seu representante legal. Mesmo quando a incapacidade cognitiva interfere na capacidade de uma pessoa exercer a autonomia no presente, pode continuar a ser possível determinar quais são ou foram os valores do indivíduo no passado e agir de acordo com esses valores. Quando as decisões são tomadas por um representante legal, pode haver algum risco de que esse aja em seu próprio interesse, e não no melhor interesse do idoso com demência (ABA e APA, 2008). Esse potencial de conflito de interesses surge tanto com tutores formais e legalmente designados, como quando as decisões são tomadas por familiares. Esse conflito também pode surgir quando se tomam decisões sobre cuidados de fim de vida para os membros

mais velhos da família (Haley et al., 2002).

As/os psicólogas/os podem sentir que existe um conflito de papéis quando trabalham em instituições de cuidados continuados. Por exemplo, podem surgir situações em que os melhores interesses do idoso podem opor-se aos da equipa ou da direcção da instituição. Para resolver esses dilemas éticos da melhor forma, a prioridade máxima deve ser a de defender os melhores interesses do idoso, mesmo quando a/o psicóloga/o tenha sido contratada/O pela instituição (Rosowsky et al., 2009).

Por vezes, as/os psicólogas/os podem deparar-se com situações em que se suspeita de que os adultos mais velhos são vítimas de abuso ou negligência. Há mais probabilidades de que as pessoas com mais de 80 anos sejam vítimas de abuso do que adultos mais velhos de outros grupos etários mais novos, o mesmo acontecendo àqueles que precisam de mais assistência física ou que apresentam défice de funcionamento cognitivo. As mulheres idosas têm mais probabilidade de ser vítimas de abuso. Em parte, isto pode estar relacionado com o facto de as mulheres terem uma esperança de vida superior, o que aumenta o número de anos em que elas podem ter maior contacto com potenciais abusadores (Krienert, Walsh & Turner, 2009; National Committee for the Prevention of Elder Abuse e MetLife Mature Market Institute, 2012). Além disso, as mulheres estão sujeitas a taxas mais altas de violência familiar ao longo da vida, e a investigação tem demonstrado que a exposição anterior a um evento traumático da vida (e.g., violência interpessoal e doméstica) eleva o risco de maus-tratos a adultos mais velhos (Acierno et al., 2010).

Na maioria dos países, os profissionais são legalmente obrigados a relatar suspeitas de abuso e negligência às autoridades competentes. Servir bem as pessoas mais velhas nestas circunstâncias implica estar bem informado sobre os requisitos legais aplicáveis e os recursos da comunidade local, bem como colaborar na organização do envolvimento dos serviços de protecção de adultos (ver Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions, APA, Committee on Aging, 2012, e National Center on Elder Abuse, <http://www.ncea.aoa.gov>). Da mesma for-

ma, como a morte e o morrer estão relacionados com a idade, as/os psicólogas/os que trabalham com a população de adultos mais velhos podem considerar útil estar bem informados sobre as questões legais e a ética profissional em torno destes assuntos (APA, Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions, 2000; Haley et al., 2002).

QUESTÕES PROFISSIONAIS E FORMAÇÃO

20. As/Os psicólogas/os são encorajadas/os a estar informadas/os acerca das políticas públicas relacionados com a prestação e reembolso de serviços de acompanhamento psicológico a adultos mais velhos e ao exercício da profissão.

As/os psicólogas/os que trabalham com adultos mais velhos são encorajadas/os a estar atentas/os a mudanças nas políticas e práticas de saúde que afectarão o exercício da sua profissão, incluindo o estabelecimento de consultórios, as leis que regulam o exercício da profissão, o potencial de litígios e o reembolso de serviços. O exercício profissional da psicologia com pessoas idosas requer um conhecimento prático não apenas dos requisitos de reembolso nos casos das seguradoras, mas também da gestão do consultório, colaboração com outros profissionais, protecção contra possíveis litígios e desenvolvimento da prática (Hartman-Stein, 2006; Vacha-Haase, 2011). Para aqueles que prestam serviços em hospitais e instituições de cuidados continuados, o conhecimento substancial das políticas institucionais (e.g., reembolso, documentação, protecção da privacidade do paciente) é altamente recomendado.

21. As/Os psicólogas/os são encorajadas/os a aumentar o seu conhecimento, compreensão e competências no que diz respeito ao trabalho com adultos mais velhos através de formação, supervisão, aconselhamento e formação contínua.

À medida que a necessidade de serviços de acompanhamento psicológico cresce na população idosa, serão necessários cada vez mais profissionais de cuidados de saúde com conhecimento e competências para trabalhar com adultos mais velhos (Institute of Medicine, 2012). Os profissionais trabalham frequentemente de forma competente com adultos mais velhos que têm problemas semelhantes aos dos clientes mais jovens; no entanto, com o aumento da complexidade do problema, o trabalho de acompanhamento psicológico de adultos mais velhos beneficia da aquisição e aplicação de conhecimentos e competências especializados (Knight et al., 2009). Por exemplo, os adultos mais velhos podem apresentar um conjunto de desafios únicos nesta fase da vida, incluindo adaptação à reforma, envelhecimento com défices adquiridos e congénitos, doenças crónicas, défice cognitivo progressivo e problemas de fim de vida com que a maioria dos adultos jovens e de meia idade se depara com menor frequência.

Tem sido feito um apelo persistente para que exista mais formação acerca do envelhecimento em todos os níveis de desenvolvimento profissional (Holtzer, Zweig & Siegel, 2012; Zimmerman, Fiske & Scogin, 2011). Têm surgido Linhas orientadoras de formação para preparar as/os psicólogas/os para trabalharem com adultos mais velhos em vários níveis de ensino superior (Qualls et al., 2010; Hinrichsen et al., 2010). O desenvolvimento do Modelo de Pikes Peak para formação em psicogerontologia profissional (Knight et al., 2009) veio reconhecer que a entrada na prática de acompanhamento psicológico de adultos mais velhos pode ocorrer em diferentes estádios da carreira de uma/um psicóloga/o e que existem muitas vias para alcançar a competência. Estas vias incluem programas doutorais e de especialização, estágios, bol-

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP

sas de pós-doutoramento, actividades de formação contínua (workshops, formação/seminários em serviço, ensino à distância), autoestudo e/ou autoestudo supervisionado, ou combinações de todas estas alternativas. As/os psicólogas/os que acompanham alguns adultos mais velhos na prática clínica são encorajadas/os a procurar formação contínua para desenvolver e aperfeiçoar as suas competências na prestação de serviços de psicologia a adultos mais velhos (Karel et al., 2010). As/os psicólogas/os também podem obter mais formação e acesso a materiais úteis através de interações com organizações profissionais, incluindo a Division 20 da APA (<http://apadiv20.php.ufl.edu/>), a Division 12 da APA, a Section II (<http://www.geropsychology.org/>), e os Offices on Aging da APA (<http://www.apa.org/pi/aging/index.aspx>) e Continuing Education (<http://www.apa.org/ed/ce/index.aspx>), assim como o Council of Professional Geropsychology Training Programs (<http://www.copgtp.org/>), Psychologists in Long-Term Care (<http://www.pltcweb.org/index.php>) e a Gerontological Society of America (<http://www.geron.org/>).

A ferramenta de avaliação de conhecimentos e competências em psicogerontologia de Pikes Peak (Pikes Peak Geropsychology Knowledge and Skill Assessment Tool) (Karel, Emery et al., 2010) é uma autoavaliação estruturada das necessidades de aprendizagem que visa ajudar as/os psicólogas/os a avaliar o seu próprio âmbito de competências para trabalhar com adultos mais velhos. A ferramenta destina-se a ser utilizada por psicólogas/os profissionais que estão a trabalhar actualmente com pessoas idosas, bem como por formandos e seus supervisores para avaliar os progressos feitos ao longo de uma experiência de formação (Karel et al., 2012). As/os psicólogas/os podem confrontar a extensão e os tipos de trabalho que executam com a sua competência e, quando for necessário, procurar conhecimentos e competências adicionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abeles, N., Cooley, S., Deitch, I. M., Harper, M. S., Hinrichsen, G., Lopez, M. A., & Molinari, V. A. (1998). *What practitioners should know about working with older adults*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/practitioners-should-know.aspx>
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100*, 292–297. doi:10.2105/AJPH.2009.163089
- Administration on Aging. (2011). *Minority aging*. Retirado de http://www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/minority_aging/Index.aspx
- Aldwin, C. M., Park, C. L., & Spiro, A. (Eds.). (2007). *Handbook of health psychology and aging*. New York, NY: Guilford Press.
- Aldwin, C. M., Yancura, L. A., & Boeninger, D. K. (2007). Coping, health, and aging. In C. M. Aldwin, C. Park & A. Spiro (Eds.), (2007). *Handbook of health psychology and aging* (pp. 210–226). New York, NY: Guilford Press.
- Alvidrez, J., Areán, P. A., & Stewart, A. L. (2005). Psychoeducation to increase psychotherapy entry for older African Americans. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(7), 554–561. doi:10.1097/00019442-200507000-00003
- What practitioners should know about working with older adults
American Bar Association & American Psychological Association. (2008). *Assessment of older adults with diminished capacity: A handbook for psychologists*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/programs/assessment/capacity-psychologist-handbook.pdf>
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª ed., text rev.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychological Association. (2002a). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*(12), 1060–1073. doi:10.1037/0003-066X.57.12.1060
- American Psychological Association. (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist, 57*, 1048–1051. doi:10.1037/0003-066X.57.12.1048
- American Psychological Association. (2002c). *Guidelines on multicultural education, training research, practice, and organizational change for psychologists*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx>
- American Psychological Association. (2002d). Resolution on ageism. Retirado de <http://www.apa.org/about/policy/ageism.aspx>
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 59*(4), 236–260. doi:10.1037/0003-066X.59.4.236
- American Psychological Association. (2007a). *Aging and human sexuality resource guide*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/sexuality.aspx>
- American Psychological Association. (2007b). Guidelines for psychological practice with girls and women. *American Psychologist, 62*, 949–979. doi:10.1037/0003-066X.62.9.949
- American Psychological Association. (2009a). *Depression and suicide in older adults resource guide*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/depression.aspx>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2009b). *Psychotherapy and older adults resource guide*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychotherapy.aspx>

American Psychological Association. (2010a). *Ethical principles of psychologists and code of conduct including 2010 amendments*. Retirado de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>

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

American Psychological Association. (2010c). *Public description of professional geropsychology*. Retirado de <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/gero.aspx>

American Psychological Association. (2011). *Resolution on family caregivers*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/index.aspx>

American Psychological Association. (2012a). Guidelines for assessment of and intervention with persons with disabilities. *American Psychologist*, 67, 43–62. doi:10.1037/a0025892

American Psychological Association. (2012b). Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive change. *American Psychologist*, 67, 1–9. doi:10.1037/a0024643

American Psychological Association. (2012c). Guidelines for psychological practice with lesbian, gay and bisexual clients. *American Psychologist*, 67, 10–42. doi:10.1037/a0024659

American Psychological Association. (2012d). *Resolution on the recognition of psychotherapy effectiveness*. Retirado de <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>

American Psychological Association. (2013). *Psychological services in long-term care resource guide*. Retirado

de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/long-term-care.pdf>

American Psychological Association, Center for Workforce Studies. (2008). *2008 APA Survey of Psychology Health Service Providers*. Retirado de <http://www.apa.org/workforce/publications/08-hsp/index.aspx>

American Psychological Association, Commission on Accreditation. (2008). *Policy statements and implementing regulations*. Retirado de <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/implementing-regs.pdf> American Psychological Association, Committee on Aging. (2012). *Elder abuse and neglect: In search of solutions*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf>

American Psychological Association, Committee on Aging Working Group on *Multicultural Competency in Geropsychology*. (2009). *Multicultural competency in geropsychology*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/programs/pipeline/multicultural-competency.pdf>

American Psychological Association, Presidential Task Force on Caregivers (2011). *APA Family Caregiver Briefcase*. Retirado de <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/index.aspx>

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271

American Psychological Association, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population. (2008). *Blueprint for change: Achieving integrated health care for an aging population*.

Retirado de <http://www.apa.org/pi/aging/programs/integrated/integrated-healthcare-report.pdf>

American Psychological Association, Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions. (2000). *Report to the Board of Directors*. Retirado de <http://www.apa.org/pubs/info/reports/aseol-full.pdf>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ancoli-Israel, S., & Ayalon, L. (2006). Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 95–103. doi:10.1097/01.JGP.0000196627.12010.d1
- Anderson, M. L., Goodman, J., & Schlossberg, N. K. (2012). *Counseling adults in transition: Linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world*. New York, NY: Springer.
- Andresescu, C., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Wetherell, J. L., Begley, E., Mazumdar, S., & Reynolds, C. F. (2009). High worry severity is associated with poorer acute and maintenance efficacy of antidepressants in late life depression. *Depression and Anxiety*, 26(3), 266–272. doi:10.1002/da.20544
- Antonucci, T. C., Birdett, K. S., & Ajrouch, K. (2011). Convoys of social relations: Past, present and future. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith., & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of life-span development* (pp. 161–182). New York, NY: Springer.
- Aranda, M. P., & Knight, B. G. (1997). The influence of ethnicity and culture on caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37, 342–354. doi:10.1093/geront/37.3.342
- Areán, P. A. (2003). Advances in psychotherapy for mental illness in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 4–6. doi:10.1176/appi.ajgp.11.1.4
- Areán, P. A., Ayalon, L., Hunkeler, E., Lin, E. H., Tang, L., Harpole, L., & Unützer, J. (2005). Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Medical Care*, 43(4), 381–390.
- Areán, P., Hegel, M., Vannoy, S., Fan, M. Y., & Unützer, J. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older primary care patients with depression: Results from the IMPACT project. *The Gerontologist*, 48(3), 311–323. doi:10.1093/geront/48.3.311
- Arnold, M. (2008). Polypharmacy and older adults: A role for psychology and psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 283–289. doi:10.1037/0735-7028.39.3.283
- Attix, D. K., & Welsh-Bohmer, K. A. (Eds.). (2006). *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention*. New York, NY: Guilford Press.
- Averill, J. B. (2012). Priorities for action in a rural older adults study. *Family & Community Health*, 35(4), 358–372. doi:10.1097/FCH.0b013e3182666559
- Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22(1), 8–17. doi:10.1037/0882-7974.22.1.8
- Bäckman, L., Jones, S., Small, B. J., Agüero-Torres, H., & Fratiglioni, L. (2003). Rate of cognitive decline in pre-clinical Alzheimer's disease: The role of comorbidity. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58B, P228–P236. doi:10.1093/geronb/58.4.P228
- Balsis, S., & Carpenter, B. D. (2006). Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clinical Gerontologist*, 29, 79–96. doi:10.1300/J018v29n01_07
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580–594. doi:10.1093/geront/33.5.580
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366–380. doi:10.1037//0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Theoretical models of human development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Life span theory in de-*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- velopmental psychology. *Handbook of child psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 569-664). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Life-span developmental psychology: Introduction to research methods*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue towards excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. doi:10.1037/0003-066X.55.1.122
- Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828. doi:10.1016/S1474-4422(11)70072-2
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds (the Burgess Award Lecture). *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1-16. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (Eds.). (2008). *Handbook of theories of aging (2nd ed.)*. New York, NY: Springer.
- Berman, J., & Furst, L. M. (2011). *Depressed older adults: Education and screening*. New York, NY: Springer.
- Bertram, L., & Tanzi, R. E. (2012). The genetics of Alzheimer's disease. *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 107, 79-100. doi:10.1016/B978-0-12-385883-2.00008-4
- Beyer, J. L. (2007). Managing depression in geriatric populations. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 221-238. doi:10.1080/10401230701653245
- Blazer, D., Hybels, C., Simonsick, E., & Hanlon, J. T. (2000). Sedative, hypnotic, and anti-anxiety medication use in an aging cohort over ten years: A racial comparison. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(9), 1073-1079.
- Blieszner, R., & Roberto, K. A. (2012). Partners and friends in adulthood. In S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adult development and aging* (pp. 381-398). West Sussex, England: Blackwell. doi:10.1002/9781118392966.ch19
- Blow, F. C., & Barry, K. L. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 308-315.
- Blow, F. C., & Barry, K. L. (2012). Identification and treatment of alcohol or drug dependence in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 14, 310-319. doi:10.1007/978-1-4419-0338-9_70
- Blow, F. C., Oslin, D. W., & Barry, K. L. (2002). Use and abuse of alcohol, illicit drugs and psychoactive medication among older people. *Generations*, 25(1), 50-54.
- Bogner, H. R., de Vries, H. F., Maulik, P. K., & Unützer, J. (2009). Mental health services use: Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 706-715. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181aad5c5
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260-271. doi:10.1037/0882-7974.19.2.260
- Breitbart, W., & Applebaum, A. (2011). Meaning-centered group psychotherapy. In M. Watson & D. W. Kissane (Eds.), *Handbook of psychotherapy in cancer care* (pp. 137-148). New York, NY: Wiley. doi: 10.1002/9780470975176.ch12
- Brickman, A. M., Cabo, R., & Manly, J. J. (2006). Ethical issues in cross-cultural neuropsychology. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 91-100. doi:10.1207/s15324826an1302_4
- Brickman, A. M., & Stern, Y. (2009). Aging and memory in humans. In

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- L. R. Squire (Ed.), *Encyclopedia of neuroscience* (Vol. 1, pp. 175–180). Oxford, England: Academic Press.
- Brown, A., & Draper, P. (2003). Accommodative speech and terms of endearment: Elements of a language mode often experienced by older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 15–21. doi:10.1046/ 2648.2003.02500.x
- Brown, L. M., Gibson, M., & Elmore, D. (2012). Disaster behavioral health and older adults: American and Canadian readiness and response. In J. L. Framingham & M. L. Teasley (Eds.), *Behavioral health response to disasters* (pp. 159–174). Boca Raton, FL: CRC. doi: 10.1201/ b11954-14
- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds, C. F., III, Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 291, 1081–1091. doi:10.1001/ jama.291.9.1081
- Buckwalter, K. C., Davis, L. L., Wakefield, B. J., Kienzle, M. G., & Murray, M. A. (2002). Telehealth for elders and their caregivers in rural communities. *Family & Community Health*, 25(3), 31–40.
- Bundick, M. J., Yeager, D. S., King, P. E., & Damon, W. (2010). Thriving across the life span. In W. F. Overton (Ed.), *The handbook of life-span development: Vol. 1. Cognition, biology, and methods* (pp. 882–923). New York, NY: Wiley. doi:10.1002/9780470880166.hlsd001024
- Burgio, K. L. (1998). Behavioral vs. drug treatment for urge urinary incontinence in older women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1995–2000. doi:10.1016/ S0022-5347(05)68903-3
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3–12. doi: 10.1037/1089-2699.7.1.3
- Burt, D. B., & Aylward, E. H. (1999). Assessment methods for diagnosis of dementia. In M. P. Janicki & A. J. Dalton (Eds.), *Dementia, aging, and intellectual disabilities: A handbook* (pp. 141–156). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Burt, D. B., & Aylward, E. H. (2000). Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 175–180. doi:10.1046/j.1365-2788.2000.00264.x
- Butler, C., & Zeman, A. Z. (2005). Neurological syndromes which can be mistaken for psychiatric conditions. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76, 31–38. doi:10.1136/jnnp.2004.060459
- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243–246.
- Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, social inequalities, and aging* (Gender Lens Series). Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
- Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J., & Capezuti, E. A. (2002). Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. *Psychiatric Services*, 53(11), 1397–1401. doi:10.1176/appi.ps.53.11.1397
- Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2008). Late life suicide prevention toolkit: Suicide assessment and prevention for older adults: Life saving tools for health care providers. Retirado de [http:// www.ccsmh.ca/en/projects/suicide.cfm](http://www.ccsmh.ca/en/projects/suicide.cfm)
- Carstensen, L. L. (2006, June 30). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. doi:10.1126/ science.1127488
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. doi:10.1037//0003-066X.54.3.165

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., . . . Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology of Aging, 26*(1), 21–33. doi:10.1037/a0021285
- Casado, B. L., Quijano, L. M., Stanley, M. A., Cully, J. A., Steinberg, E. H., & Wilson, N. L. (2012). Healthy IDEAS: Implementation of a depression program through community-based case management. *The Gerontologist, 48*(6), 828–838. doi:10.1093/geront/48.6.828
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Disability and health: Data and statistics. Retirado de <http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/data.htm>
- Chan, W. C., Lam, L. C. W., & Chen, E. Y. H. (2011). Recent advances in pharmacological treatment of psychosis in late life. *Current Opinion in Psychiatry, 24*, 455–460. doi:10.1097/YCO.0b013e32834a3f47
- Charles, S. T. (2011). Emotional experience and regulation in later life. In
- K. W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 295–310). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00019-X
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology, 61*, 383–409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Charness, N., Demiris, G., & Krupinski, E. A. (2011). *Designing telehealth for an aging population: A human factors perspective*. Boca Raton, FL: CRC Press. doi:10.1201/b11229
- Chrisler, J. C. (2007). Body image issues of women over 50. In V. Muhlbauser & J. C. Chrisler (Eds.), *Women over 50: Psychological perspectives* (pp. 6–25). New York, NY: Springer.
- Clapp, J. D., & Beck, J. G. (2012). Treatment of PTSD in older adults: Do cognitive-behavioral interventions remain viable? *Cognitive Behavioral Practice, 19*(1), 126–135. doi:10.1016/j.cbpra.2010.10.002
- Clarke, L. H. (2011). *Facing age: Women growing older in anti-aging culture*. Toronto, Canada: Rowman & Littlefield.
- Coburn, A., & Bolda, E. (1999). The rural elderly and long-term care. In T. C. Ricketts (Ed.), *Rural health in the United States* (pp. 179–189). New York, NY: Oxford University Press.
- Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Regulamento n.º 258/2011, Diário da República, II série de 20 de abril.
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist, 46*(6), 726–734. doi:10.1093/geront/46.6.726
- Cohen-Mansfield, J., & Martin, L. S. (2010). Assessment of agitation in older adults. In P. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed., pp. 381–404). New York, NY: Wiley. doi:10.1016/B978-0-12-374961-1.10015-6
- Conn, D., Herrmann, N., Kaye, A., Rewilak, D., & Schogt, B. (Eds.). (2007). *Practical psychiatry in the long-term care home* (3rd ed.). Boston, MA: Hogrefe & Huber.
- Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: A review and recommendations for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31*(Suppl.), 32–47. doi:10.1521/suli.31.1.5.32.24221
- Conwell, Y., VanOrden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America, 34*(2), 451–468. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.002
- Cook, J. M., & Elmore, D. L. (2009). Disaster mental health in older adults: Symptoms, policy and planning. In Y. Ne-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ria, S. Galea & F. Norris (Eds.), *Mental health consequences of disasters* (pp. 233–263). New York, NY: Cambridge University Press. doi:10.1017/ CBO9780511730030.014
- Cook, J. M., & O'Donnell, C. (2005). Assessment and psychological treatment of posttraumatic stress disorder in older adults. *Journal of Psychiatry and Neurology*, 18(2), 61–71. doi:10.1177/0891988705276052
- Cosentino, S. A., Brickman, A. M., & Manly, J. J. (2011). Neuropsychological assessment of the dementias of late life. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 339–352). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/ B978-0-12-380882-0.00022-X
- Costa, P., & McCrae, R. R. (2011). Contemporary personality psychology. In C. Coffey, J. L. Cummings, M. S. George & D. Weintraub (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of geriatric neuropsychiatry* (3rd ed., pp. 537–548). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Craik, F. I., & Salthouse, T. A. (2007). *The handbook of aging and cognition* (3rd ed.). New York, NY: Psychological Press.
- Crowther, M. R., & Zeiss, A. M. (2003). *Aging and mental health*. In J. S. Mio & G. Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally diverse mental health: The challenge of research and resistance* (pp. 309–322). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Cuddy, A. J., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267–285. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x
- Curl, A. L., Simons, K., & Larkin, H. (2005). Factors affecting willingness of social work students to accept jobs in aging. *Journal of Social Work Education*, 41(3), 393–406. doi:10.5175/JSWE.2005.200303100
- Curyto, K. J., Trevino, K. M., Ogland-Hand, S., & Lichtenberg, P. (2012). Evidence-based treatments for behavioral disturbances in long-term care. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidenced-based psychological treatments work with older adults* (pp. 167–223). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/13753-006
- David, S., & Cernin, P. A. (2008). Psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1–2), 31–49. doi:10.1080/10538720802178908
- David, S., & Knight, B. G. (2008). Stress and coping among gay men: Age and ethnic differences. *Psychology and Aging*, 23(1), 62–69. doi: 10.1037/0882-7974.23.1.62
- Davidson, P. W., Prasher, V. P., & Janicki, M. P. (2008). *Psychosocial concerns among aging family carers*. In *Mental health, intellectual disabilities, and the aging process* (pp. 179–195). Oxford, England: Blackwell. doi:10.1002/9780470776179.ch13
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6–20. doi:10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc
- Depp, C., Loughran, C., Vahia, I., & Molinari, V. (2010). Assessing psychosis in acute and chronically mentally ill older adults. In P. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed., pp. 123–154). New York, NY: Wiley. doi:10.1016/B978-0-12-374961-1.10005-3
- Dillon, H. R., Wetzler, R. G., & Lichstein, K. L. (2012). Evidence-based treatments for insomnia in older adults. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidence-based psychological treatments work with older adults* (pp. 47–86). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/13753-003
- Dilworth-Anderson, P., & Gibson, B. E. (2002). The cultural influence of values, norms, meanings, and perceptions in understanding dementia in ethnic minorities. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 16, S56–S63. doi:10.1097/00002093-200200002-00005

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal Saúde Mental em números. Programa Nacional para a Saúde Mental..* Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. *Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes.* Retirado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Doka, K. J. (2008). *Counseling individuals with life-threatening illness.* New York, NY: Springer.
- Dwyer-Moore, K. J., & Dixon, M. R. (2007). Functional analysis and treatment of problem behavior of elderly adults in long-term care. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*(4), 679–83. doi:10.1901/jaba.2007.679-683
- Edelstein, B. A., Drozdick, L. W., & Ciliberti, C. M. (2010). Assessment of depression and bereavement in older adults. In P. A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology (2nd ed., pp. 3–43).* San Diego, CA: Academic Press.
- Edelstein, B. A., & Kalish, K. (1999). Clinical assessment of older adults. In J. C. Cavanaugh & S. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 269–304). New York, NY: Oxford University Press.
- Edelstein, B. A., Martin, R. R., & Gerolimatos, L. A. (2012). Assessment in geriatric settings. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology: Assessment psychology* (pp. 425–448). Hoboken NJ: Wiley. doi:10.1002/9781118133880.hop210017
- Edelstein, B., Woodhead, E., Segal, D., Heisel, M., Bower, E., Lowery, A., & Stoner, S. (2008). Older adult psychological assessment: Current instrument status and related considerations. *Clinical Gerontologist, 31*(3), 1–35. doi:10.1080/07317110802072108
- Eisdorfer, C., & Lawton, M. P. (Eds.). (1973). *The psychology of adult development and aging.* Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10044-000
- Elder, G. H., Clipp, E. C., Brown, J. S., Martin, L. R., & Friedman, H. S. (2009). The lifelong mortality risks of World War II experiences. *Research on Aging, 31*(4), 391–412. doi:10.1177/0164027509333447
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 3–19). New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Emler, C. (2006). “You’re awfully old to have this disease”: Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/ AIDS. *The Gerontologist, 46*(6), 781–790. doi:10.1093/geront/46.6.781
- Epstein, E. E., Fischer-Elber, K., & Al-Otaiba, Z. (2007). *Women, aging, and alcohol use disorders.* *Journal of Women & Aging, 19*(1/2), 31–48. doi:10.1300/J074v19n01_03
- Fagundes, C. P., Gillie, B. L., Derry, H. M., Bennett, J. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012). Resilience and immune function in older adults. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 32*(1), 29–47. doi: 10.1891/0198-8794.32.29
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(3), 232–240. doi:10.1037/0735-7028.38.3.232
- Fassinger, R. E., & Arseneau, J. R. (2007). “I’d rather get wet than be under that umbrella”: Differentiating the experiences and identities of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. In K. J. Bieschke, R. M. Perez & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients (2nd ed., pp. 19–49).* Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11482-001
- Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. (2012). *Older Americans 2012: Key indicators of well-*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- being. Retirado de http://www.agingstats.gov/Main_Site/Data/2012_Documents/docs/EntireChartbook.pdf
- Feldman, D. B., & Periyakoil, V. S. (2006). Posttraumatic stress disorder at the end of life. *Journal of Palliative Care*, 9(1), 213–218. doi: 10.1089/jpm.2006.9.213
- Ferraro, K. F., & Farmer, M. M. (1996). Double jeopardy, aging as leveler, or persistent health inequality? A longitudinal analysis of White and Black Americans. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B, S319–S328. doi:10.1093/geronb/51B.6.S319
- Fingerman, K. L., Berg, C., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2010). *Handbook of life-span development*. New York, NY: Springer.
- Fingerman, K. L., & Birditt, K. S. (2011). Relationships between adults and their aging parents. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging (7th ed., pp. 219–232)*. Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00014-0
- Fingerman, K. L., Brown, B., & Blieszner, R. (2011). Informal ties across the life span: Peers, consequential strangers, and people we encounter in daily life. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith., & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of life-span development* (pp. 487–511). New York, NY: Springer.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363–389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28(2), 297–318. doi:10.1177/0145445503259284
- Fortney, J. C., Burgess, J. F., Jr., Bosworth, H. B., Booth, B. M., & Kaboli, P. J. (2011). A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26(Suppl. 2), 639–647. doi:10.1007/s11606-011-1806-6
- Frank, E., Prigerson, H. G., Shear, M. K., & Reynolds, C. F. (1997). Phenomenology and treatment of bereavement-related distress in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(7), S25–S30. doi:10.1097/00004850-199712007-00005
- Frazer, D. W., Hinrichsen, G. A., & Jongsma, A. E. (2011). *The older adult psychotherapy treatment planner (2nd ed.)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Frazer, D. W., Leicht, M. L., & Baker, M. D. (1996). Psychological manifestations of physical disease in the elderly. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 217–235). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fuller-Iglesias, H., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2009). Theories of aging from a life-course and life-span perspective: An overview. In T. C. Antonucci & J. S. Jackson (Vol. Eds.) & K. W. Schaie & H. L. Sterns (Series Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics (Vol. 29, pp. 3–26)*. New York, NY: Springer. doi:10.1891/0198-8794.29.3
- Fuller-Thomson, E., & Minkler, M. (2003). Housing issues and realities facing grandparent caregivers who are renters. *The Gerontologist*, 43(1), 92–98. doi:10.1093/geront/43.1.92
- Fuller-Thomson, E., Minkler, M., & Driver, D. (1997). A profile of grandparents raising grandchildren in the United States. *The Gerontologist*, 37(3), 406–411. doi:10.1093/geront/37.3.406
- Futterman, A., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D., & Ferris, R. (1997). Depression in later life: Epidemiology, assessment, etiology and treatment. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression (2nd ed., pp. 494–525)*. New York, NY: Guilford Press.
- Gallagher-Thompson, D., & Coon, D. W. (2007). Evidenced-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22, 37–51. doi:10.1037/0882-7974.22.1.37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L. W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: Site-specific results from the REACH national collaborative study. *The Gerontologist*, 43(4), 580-591. doi:10.1093/geront/43.4.580
- Gallagher-Thompson, D., Haley, W., Guy, D., Rupert, M., Arguelles, T., Zeiss, L., . . . Ory, M. (2003). Tailoring psychological interventions for ethnically diverse dementia caregivers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 423-438. doi:10.1093/clipsy.bpg042
- Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. W. (1996). Applying cognitive-behavioral therapy to the psychological problems of later life. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp. 61-82). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10211-002
- Garber, K. (2012). First FDA-approved beta-amyloid diagnostic hits the market. *National Biotechnology*, 30(7), 575. doi:10.1038/nbt0712-575
- Garcia, C., Costa, C., Guerreiro, M., Leitão, O., Mendonça, A., & Umbelino, J. (1994). Estimativa da prevalência da demência e da doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 487-491.
- 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, NY: Plenum Press.
- Gatz, M., & Pearson, C. G. (1988). Ageism revised and provision of psychological services. *American Psychologist*, 43(3), 184-189. doi: 10.1037//0003-066X.43.3.184
- Geldhof, G. J., Little, T. D., & Colombo, J. (2010). Self-regulation across the life span. In M. Lamb & A. M. Freund (Eds.), *The handbook of life span development: Vol. 2. Social and emotional development* (pp. 116 -157). New York, NY: Wiley. doi:10.1002/9780470880166.hlsd002005
- Gellis, Z. D., & Bruce, M. L. (2010). Problem solving therapy for subthreshold depression in home healthcare patients with cardiovascular disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 464-474.
- Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group. (2006). Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 849-852. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00707.x
- Gerontological Society of America. (2012). Communicating with older adults: An evidence-based review of what really works. Washington, DC: Autor.
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In D. R. Riddle (Ed.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms* (pp. 1-15). Boca Raton, FL: CRC Press. doi:10.1201/9781420005523.sec1
- Gray, S. L., Eggen, A. E., Blough, D., Buchner, D., & La-Croix, A. Z. (2003). Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 568-576. doi:10.1097/00019442-200309000-00012
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, Alves, J. A., Almeida, M., Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, C. Pina, A., Prince, M. & Xavier, M. (2016). Implementação em Portugal de um estudo de prevalência da demência e da depressão geriátrica: a metodologia do 10/66 Dementia Research Group Implementing a prevalence study of dementia and geriatric depression in Portugal: The 10/66 Dementia Research Group methodology. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 134-143. doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.03.002 Get rights and content
- Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A. Silva, A., Almeida, M., Fernandes, A., Raminhos, C., Ferri, C. Pina, A., Prince, M. & Xavier, M. (2017). The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: a 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatrics*, 17(1):261 .doi 10.1186/s12877-017-0647-5
- Grubaugh, A., Cain, G., Elhai, J., Patrick, S., & Frueh,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- C. (2008). Attitudes toward medical and mental health care delivered via tele-health applications among rural and urban primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 167–170. doi:10.1097/NM-D.0b013e318162aa2d
- Gum, A. M., Areán, P. A., Hunkeler, E., Tang, L., Kanton, W., Hitchcock, P., . . . Unützer, J. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *The Gerontologist*, 46(1), 14–22. doi:10.1093/geront/46.1.14
- Gum, A., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769–781. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a
- Guralnick, S., Kemele, K., Stamm, B. H., & Greving, A. M. (2003). Rural geriatrics and gerontology. In B. H. Stamm (Ed.), *Rural behavioral health care: An interdisciplinary guide* (pp. 193–202). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10489-015
- Gutmann, D. (1987). *Reclaimed powers*. New York, NY: Basic Books.
- Hadjistavropoulos, T., & Fine, P. G. (2007). Chronic pain in older persons: Prevalence, assessment, and management. *Reviews in Clinical Geropsychology*, 16(3), 231–241. doi:10.1017/S0959259807002201
- Haley, W. E., Allen, R. S., Reynolds, S., Chen, H., Burton, A., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Family issues in end-of-life decision making and end-of-life care. *American Behavioral Scientist*, 46(2), 284–298. doi:10.1177/000276402236680
- Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R. A., & Kwilosz, D. M. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 626–633. doi:10.1037/0735-7028.34.6.626
- Hartman-Stein, P. E. (1998). Hope amidst the behavioral healthcare crisis. In P. E. Hartman-Stein (Ed.), *Innovative behavioral healthcare for older adults* (pp. 201–214). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hartman-Stein, P. E. (2006). The basics of building and managing a geropsychology practice. In S. H. Qualls & B. G. Knight (Eds.), *Psychotherapy for depression in older adults* (pp. 229–249). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hartman-Stein, P. E., & Georgoulakis, J. M. (2008). How Medicare shapes behavioral health practice in older adults in the U. S.: Issues and recommendations for practitioners. In D. G. Gallagher-Thompson, M. Steffen & L. W. Thompson (Eds.), *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults* (pp. 323–334). New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-0-387-72007-4_21
- Harvey, P. D. (2005). *Schizophrenia in late life. Aging effects on symptoms and course of illness*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10873-000
- Harvey, P. D., Reichenberg, A., & Bowie, C. R. (2006). Cognition and aging in psychopathology: Focus on schizophrenia and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 389–409. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095206
- Haynes, S. N., O'Brien, W. H., & Kaholokula, J. (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. New York, NY: Wiley.
- Hayslip, B., & Goodman, C. C. (2008). Grandparents raising grandchildren: Benefits and drawbacks? *Journal of Intergenerational Relationships*, 5(4), 117–119. doi:10.1300/J194v05n04_12
- Hayslip, B., & Kaminski, P. L. (2005). Grandparents raising their grandchildren: A Review of the literature and suggestions for practice. *The Gerontologist*, 45(2), 262–269. doi:10.1093/geront/45.2.262
- Heisel, M. J., & Duberstein, P. R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 242–259. doi:10.1093/clipsy.bpi030
- Hill, R. (2005). *Positive aging: A guide for mental health*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

professionals and consumers. New York, NY: W. W. Norton.

Hillman, J. (2012). *Sexuality and aging: Clinical perspectives*. New York, NY: Springer.

Hines, L. E., & Murphy, J. E. (2011). Potentially harmful drug–drug interactions in the elderly: A review. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(6), 364–377. doi:10.1016/j.amjopharm.2011.10.004

Hinrichsen, G. A. (2000). Knowledge of and interest in geropsychology among psychology trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(4), 442–445. doi:10.1037/0735-7028.31.4.442

Hinrichsen, G. A. (2006). Why multicultural issues matter for practitioners working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 29–35. doi:10.1037/0735-7028.37.1.29

Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal psychotherapy as a treatment for depression in late life. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 306–312.

Hinrichsen, G. A. (2010). Public policy and the provision of psychological services to older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(2), 97–103. doi:10.1037/a0018643

Hinrichsen, G. A., & Emery, E. E. (2005). Interpersonal factors and late-life depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 264–275. doi:10.1093/clipsy.bpi027

Hinrichsen, G. A., Kietzman, K. G., Alkema, G. E., Bragg, E. J., Hensel,

K., Miles, T. P., . . . Zerzan, J. (2010). Influencing public policy to improve the lives of older Americans. *The Gerontologist*, 50(6), 735–743. doi:10.1093/geront/gnq034

Hinrichsen, G. A., Zeiss, A., Karel, M. J., & Molinari, V. A. (2010). Competency based geropsychology training in doctoral internships and postdoctoral fellowships. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2),

91–98. doi:10.1037/a0018149

Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., & Brewin, C. R. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: A review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21, 232–241. doi:10.1177/0891988708324937

Holtzer, R., Zweig, R. A., & Siegel, L. (2012). Learning from the past and planning for the future: The challenges of and solutions for integrating aging into doctoral psychology training. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(3), 142–150. doi:10.1037/a0029365

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37–70). New York, NY: Oxford University Press.

Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A., & Kramer, B. J. (2012). Effects of a late-life suicide risk-assessment training on multidisciplinary healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 775–780. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x

Hussian, R. A. (1981). *Geriatric psychology: A behavioral perspective*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.

Huybrechts, K. F., Rothman, K. J., Silliman, R. A., Brookhart, M. A., & Schneeweiss, S. (2011). Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), 411–419. doi:10.1503/cmaj.101406

Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D., & Wu, H. (2005). Depression in long-term care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 280–299. doi:10.1093/clipsy.bpi031

Hyer, L., & Intrieri, R. (Eds.). (2006). *Geropsychological interventions in long-term care*. New York, NY: Springer.

Hyer, L. A., & Sohnle, S. J. (2001). *Trauma among older people: Issues and treatment*. Philadelphia, PA: Bruner-Routledge.

Hyer, S. E., Gangure, D. P., & Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and metaanalysis of comparison stu-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

dies. *CNS Spectrums*, 10(5), 403–413.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157–1165. doi:10.1056/NEJMra052321

Institute of Medicine. (2012). The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands? Retirado de <http://www.iom.edu/Reports/2012/The-Mental-Health-and-Substance-Use-Workforce-for-Older-Adults.aspx>

International Longevity Center, Anti-Ageism Taskforce. (2006). Ageism in America. Retirado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ilg-geism-01.pdf>

Ivey, D. C., Wieling, E., & Harris, S. M. (2000). Save the young—the elderly have lived their lives: Ageism in marriage and family therapy. *Family Process*, 39(2), 163–175. doi:10.1111/j.1545-5300.2000.39202.x

Iwasaki, M., Tazeau, Y. N., Kimmel, D. C., Baker, N. L., & McCallum, T. J. (2009). “Gerodiversity” and social justice: Voices of minority elders. In J. L. Chin (Ed.), *Diversity in mind and action: Vol. 4. Social, psychological, and political challenges* (pp. 111–143). Westport, CT: Praeger.

Jack, C. R., Jr., Knopman, D. S., Jagust, W. J., Shaw, L. M., Aisen, P. S., Weiner, M. W., & Trojanowski, J. Q. (2010). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer’s pathological cascade. *The Lancet Neurology*, 9(1), 119–128. doi:10.1016/S1474-4422(09)70299-6

James, J. W., & Haley, W. E. (1995). Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychology and Aging*, 10, 610–616. doi:10.1037//0882-7974.10.4.610

Janicki, M. P., & Dalton, A. J. (1999). (Eds.). *Dementia, aging, and intellectual disabilities: A handbook*. Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Jeste, D. V., Alexopoulos, G. S., Bartels, S. J., Cummings, J. L., Gallo, J. J., Gottlieb, G. L., . . . Lebowitz, B. D. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in

geriatric mental health: Research agenda for the next 2 decades. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 848–853. doi:10.1001/archpsyc.56.9.848

Jin, H., Shih, P. A., Golshan, S., Mudaliar, S., Henry, R., Glorioso, D. K., . . . Jeste, D. V. (2013). Comparison of longer-term safety and effectiveness of 4 atypical antipsychotics in patients over age 40: A trial using equiprobable-stratified randomization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(1), 10–18. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m08001>

Kane, M. N. (2002). Awareness of ageism, motivation, and countertransference in the care of elders with Alzheimer’s disease. *American Journal of Alzheimer’s Disease and Other Dementias*, 17, 101–109. doi:10.1177/153331750201700206

Kane, M. N. (2004). Ageism and intervention: What social work students believe about treating people differently because of age. *Educational Gerontology*, 30(9), 767–784. doi:10.1080/03601270490498098

Karel, M. J. (2009). *Ethical issues in long-term care*. In E. Rosowsky, J. M. Casciani & M. Arnold (Eds.), *Geropsychology and long-term care: A practitioner’s guide*. New York, NY: Springer. doi:10.1007/978-0-387-72648-9

Karel, M. J. (2011). Ethics. In V. Molinari (Ed.), *Specialty competencies in geropsychology* (pp. 115–142). New York, NY: Oxford University Press.

Karel, M. J., Emery, E. E., Molinari, V., & CoPGTP Task Force on the Assessment of Geropsychology Competencies. (2010). Development of a tool to evaluate geropsychology knowledge and skill competencies. *International Psychogeriatrics*, 22, 886–896. doi:10.1017/S1041610209991736

Karel, M. J., Gatz, M., & Smyer, M. A. (2012). *Aging and mental health in the decade ahead: What psychologists need to know*. *American Psychologist*, 67, 184–198. doi:10.1037/a0025393

Karel, M. J., Holley, C. K., Whitbourne, S. K., Segal, D. L., Tazeau, Y. N., Emery, E. E., . . . Zweig, R. A. (2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Preliminary validation of a tool to assess competencies for professional geropsychology practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 110-117. doi:10.1037/a0025788
- Karel, M. J., Knight, B. G., Duffy, M., Hinrichsen, G. A., & Zeiss, A. M. (2010). Attitude, knowledge, and skill competencies for practice in professional geropsychology: Implications for training and building a geropsychology workforce. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 75-84. doi:10.1037/a0018372
- Karel, M. J., Ogland-Hand, S., & Gatz, M. (2002). *Assessing and treating late-life depression: A casebook and resource guide*. New York, NY: Basic Books.
- Karlin, B. E., Duffy, M., & Gleavs, D. H. (2008). Patterns and predictors of mental health service use and mental illness among older and younger adults in the United States. *Psychological Services*, 5(3), 275-294. doi:10.1037/1541-1559.5.3.275
- Karp, N., & Wood, E. (2003). *Incapacitated and alone: Health care decision-making for the unbefriended elderly*. Washington, DC: American Bar Association Commission on Law and Aging.
- Kastenbaum, R. (1999). Dying and bereavement. In J. C. Cavanaugh & K. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 155-185). New York, NY: Oxford University Press.
- Kazdin, A. (2003). *Research designs in clinical psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kelley-Moore, J. A., & Ferraro, K. F. (2004). The Black/White disability gap: Persistent inequality in later life? *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B(4), S34-S43. doi:10.1093/geronb/59.1.S34
- Kimerling, R. E., Zeiss, A. M., & Zeiss, R. A. (2000). Therapist emotional responses to patients: Building learning based language. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 312-321. doi:10.1016/S1077-7229(00)80089-9
- Kimmel, D., Rose, T., & David, S. (Eds.). (2006). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York, NY: Columbia University Press.
- King, D. A., & Wynne, L. C. (2004). The emergence of "family integrity" in later life. *Family Process*, 43(1), 7-21. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.04301003.x
- King, D. A., Heisel, M. J., & Lyness, J. M. (2005). Assessment and psychological treatment of depression in older adults with terminal or life-threatening illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 339-353. doi:10.1093/clipsy.bpi029
- Kinsella, K., & He, W. (2009). An aging world: 2008 (U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1). Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Retirado de <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>
- Kite, M. E., & Wagner, L. S. (2002). Attitudes toward older adults. In D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge, MA: MIT Press.
- Klap, R., Unroe, K. T., & Unützer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: A focus on older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 517-524. doi:10.1176/appi.ajgp.11.5.517
- Knapp, S., & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 553-558. doi:10.1037/0735-7028.35.5.553
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Knight, B. G. (2009). Clinical supervision for psychotherapy with older adults. In N. A. Pachana, K. Laidlaw & B. G. Knight (Eds.), *Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice* (pp. 107-118). New York, NY: Oxford University Press.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205-214. doi:10.1037/a0015059
- Knight, B. G., Kelly, M., & Gatz, M. (1992). Psychotherapy and the older adult: An historical review. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 528-551). Washington, DC: American Psychological Association.
- Knight, B. G., & Lee, L. O. (2008). Contextual adult lifespan theory for adapting psycho-therapy. In K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment* (pp. 59-88). New York, NY: Oxford University Press.
- Knight, B. G., & Losada, A. (2011). Family caregiving for cognitively or physically frail older adults: Theory, research and practice. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 353-365). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00023-1
- Knight, B. G., & Satre, D. D. (1999). Cognitive behavioral psychotherapy with older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 188-203. doi:10.1093/clipsy.6.2.188
- Knight, B. G., & Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: The updated sociocultural stress and coping model. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 5-13. doi:10.1093/geronb/gbp096
- Knight, B. G., Teri, L., Wohlford, P., & Santos, J. (Eds.). (1995). *Mental health services for older adults: Implications for training and practice in geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10184-000
- Koch, S., Gloth, F. M., & Nay, R. (Eds.). (2010). *Medication management in older adults: A concise guide for clinicians*. New York, NY: Springer.
- Kochanek, K. D., Xu, J., Murphy, S. L., Miniño, A. M., & Kung, H. (2012). Deaths: Final data for 2009. *National Vital Statistics Reports*, 60(3), 1-116.
- Kramer, N. A., & Smith, M. C. (2000). Training nursing assistants to care for nursing home residents with dementia. In V. Molinari (Ed.), *Professional psychology in long term care: A comprehensive guide* (pp. 227-256). New York, NY: Hatherleigh Press.
- Krienert, J. L., Walsh, J. A., & Turner, M. (2009). Elderly in America: A descriptive study of elder abuse examining National Incident-Based Reporting System (NIBRS) data, 2000-2005. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(4), 325-345. doi:10.1080/08946560903005042
- Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Jain, E., & Zhang, F. (2007). Six-year change in affect optimization and affect complexity across the adult life span: A further examination. *Psychology and Aging*, 22(4), 738-751. doi:10.1037/0882-7974.22.4.738
- Ladika, D. J., & Gurevitz, S. L. (2011). Identifying the most common causes of reversible dementias: A review. *Journal of the American Academy of Physicians Assistants*, 24, 28-31, 57.
- Laidlaw, K., & Knight B. (Eds.). (2008). *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Laidlaw, K., & Pachana, N. A. (2009). Aging, mental health, and demographic change: Challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 601-608. doi:10.1037/a0017215
- Lamberty, G. L., & Bares, K. K. (2013). Neuropsychological assessment and management of older adults with multiple somatic symptoms. In L. D. Ravdin & H. L. Katzen (Eds.), *Handbook on the neuropsychology of aging and dementia* (pp. 121-134). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-3106-0_9
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56(5), 285–291. doi:10.1093/geronb/56.5.P285

Lauderdale, S. A., Cassidy-Eagle, E. L., Nguyen, C., & Sheikh, J. I. (2011). Late life anxiety disorders. In M. E. Agronin & G. J. Maletta (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2nd ed., pp. 493–514). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

Lawton, M. P. (1989). Environmental proactivity and affect in older people. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of aging* (pp. 135–163). Newbury Park, CA: Sage.

Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health*, 7(2), 133–141. doi:10.1080/1360786031000072303

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301–313. doi:10.1037//0882-7974.8.2.301

Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332–336. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x

Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and Aging*, 24(1), 230–233. doi: 10.1037/a0014563

Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625–629. doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.029

Levy, B. R., Slade, M., & Kasl, S. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functioning health. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), 409–417. doi:10.1093/geronb/57.5.P409

Levy, B. R., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Lon-

gevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261

Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2012). Memory shaped by age stereotypes over time. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 432–436. doi:10.1093/geronb/gbr120

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford, England: Oxford University Press.

Lichtenberg, P. A. (Ed.). (2010). *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.

Lichtenberg, P. A., Smith, M., Frazer, D., Molinari, V., Rosowsky, E., Crose, R., . . . Gallagher-Thompson, D. (1998). Standards for psychological services in long-term care facilities. *The Gerontologist*, 38, 122–127.

Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637–662. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.002

Lodi-Smith, J., Turiano, N., & Mroczek, D. (2011). Personality trait development across the life span. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of life-span development* (pp. 513–529). New York, NY: Springer.

Logsdon, R. G., McCurry, S. M., & Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and Aging*, 22(1), 28–36. doi:10.1037/0882-7974.22.1.28

Logsdon, R., & Teri, L. (2010). An evidence-based exercise and behavior management program for dementia care. *Generations*, 34(1), 80–83.

Lyketsos, C. G., Rabins, P. V., Lipsey, J. R., & Slavney, P. R. (Eds.). (2008). *Psychiatric aspects of neurologic diseases: Practical approaches to patient care*. New York, NY:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oxford University Press.

Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of helpseeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582. doi:10.1080/13607860600641200

Manly, J. J., & Echemendia, R. J. (2007). Race-specific norms: Using the model of hypertension to understand issues of race, culture, and education in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(3), 319–325. doi:10.1016/j.acn.2007.01.006

Manly, J. J., Jacobs, D. M., Touradji, P., Small, S. A., & Stern, Y. (2002). Reading level attenuates differences in neuropsychological test performance between African American and White elders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 341–348. doi:10.1017/S1355617702813157

Markland, A. D., Vaughan, C. P., Johnson, T. M., Burgio, K. L., & Goode, P. S. (2011). Incontinence. *Medical Clinics of North America*, 95, 539–554.

Marson, D. C., Hebert, K., & Solomon, A. C. (2011). Assessing civil competencies in older adults with dementia: Consent capacity, financial capacity, and testamentary capacity. In G. J. Larrabee (Ed.), *Forensic neuropsychology. A scientific approach* (pp. 334–377). New York, NY: Oxford University Press.

Masoro, E. J., & Austad, S. N. (Eds.). (2010). *Handbook of the biology of aging* (7th ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Matthias, R. E., Lubben, J. E., Atchison, K. A., & Schweitzer, S. O. (1997). Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community dwelling Medicare population survey. *The Gerontologist*, 37(1), 6–14. doi:10.1093/geront/37.1.6

McCallion, P., & Kolomer, S. R. (Eds.). (2008). *Mental health, intellectual disabilities, and the aging process*. Ox-

ford, England: Blackwell. doi:10.1002/9780470776179
McClearn, G. E., & Vogler, G. P. (2001). The genetics of behavioral aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 109–131). San Diego, CA: Academic Press.

McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Høebíková, M., Avia, M. D., . . . Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173–186. doi:10.1037/0022-3514.78.1.173

McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18–27. doi:10.1037/0882-7974.22.1.18

McFadden, S. H. (2010). Religion and well-being in aging persons in an aging society. *Journal of Social Issues*, 51, 161–175. doi:10.1111/j.1540-4560.1995.tb01329.x

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939–944. doi:10.1212/WNL.34.7.939

Meeks, S., Young, C. M., & Looney, S. W. (2007). Activity participation and affect among nursing home residents: Support for a behavioral model of depression. *Aging and Mental Health*, 11, 751–760. doi:10.1080/13607860701546910

Meschede, T., Sullivan, L., & Shapiro, T. (2011). *The crisis of economic insecurity for African-American and Latino seniors*. Retirado de <http://iasp.brandeis.edu/pdfs/InsecuritySeniorsOfColor.pdf>

Mohlman, J., Sirota, K. G., Papp, L. A., Staples, A. M., King, A., & Gorenstein, E. E. (2011). Clinical interviewing with older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 89–100. doi:10.1016/j.cbpra.2010

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

.10,001

- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2008). National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1064–1074. doi:10.4088/JCP.v69n0704
- Molinari, V. (2000). *Professional psychology in long-term care: A comprehensive guide*. New York, NY: Hatherleigh Press.
- Molinari, V. (2011). Professional identification. In V. Molinari (Ed.), *Specialty competencies in geropsychology* (pp. 1–13). New York, NY: Oxford University Press.
- Molinari, V., & Edelstein, B. (2010). Commentary on the current status and the future of *behavior therapy* in long-term care settings. *Behavior Therapy*, 42, 59–65. doi:10.1016/j.beth.2010.08.002
- Molinari, V., Karel, M., Jones, S., Zeiss, A., Cooley, S., Wray, L., . . . Gallagher-Thompson, D. (2003). Recommendations about the knowledge and skills required of psychologists working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 435–443. doi: 10.1037/0735-7028.34.4.435
- Molinari, V., Merritt, S., Mills, W., Chiriboga, D., Conboy, A., Hyer, K., & Becker, M. (2008). Serious mental illness in Florida nursing homes: Need for training. *Gerontology and Geriatrics Education*, 29(1), 66– 83. doi:10.1080/02701960802074321
- Morone, N. E., & Greco, C. M. (2007). Mind–body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain Medicine*, 8, 359–375.
- Morris, R. G., & Becker, J. T. (Eds.). (2004). *Cognitive neuropsychology of Alzheimer's disease (2nd ed.)*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Morris, R. G., & Brookes, R. L. (2013). Neuropsychological assessment of older adults. In L. H. Goldstein & J. E. McNeil (Eds.), *Clinical neuropsychology: A practical guide to assessment and management for clinicians (2nd ed.)*, pp. 347–374): Hoboken, NJ: Wiley.
- Morthland, M., & Scogin, F. (2011). Mental health concerns for caregivers in rural communities. In R. C. Talley, K. Chwalisz & K. C. Buckwalter (Eds.), *Rural caregiving in the United States: Research, practice, policy (pp. 85–102)*. New York, NY: Springer. doi:10.1007/ 978-1-4614-0302-9_6
- Moye, J., & Marson, D. C. (2007). Assessment of decision making capacity in older adults: An emerging area of research and practice. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), P3–P11. doi:10.1093/ geronb/62.1.P3
- Moye, J., Marson, D. C., & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *American Psychologist*, 68(3), 158–171. doi: 10.1037/a0032159
- Myers, J. E. (1999). Adjusting to role loss and leisure in later life. In M. F. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 41–56). New York, NY: Wiley.
- National Center for Health Statistics. (2011). Health, United States, 2010: With special feature on death and dying. Table 65—Heavier drinking and drinking five or more drinks in a day among adults 18 years of age and older by selected characteristics: United States, selected years, 1997–2009. Retirado de [http://www.cdc.gov/nchs/data/10.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/10.pdf)
- National Committee for the Prevention of Elder Abuse & MetLife Mature Market Institute. (2012). *The essentials: Preventing elder abuse*. Retrieved from <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/essentials/mmi-preventing-elder-abuse-essentials.pdf>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2010). Healthy People 2010 hearing health progress review. Retirado de http://www.nidcd.nih.gov/health/healthyhearing/what_hh/pages/progress_re

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

view_04.aspx

Nelson, T. D. (Ed). (2002). *Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.

Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, 207–221. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x

Newton, N. A., & Jacobowitz, J. (1999). Transferential and countertransferential process in therapy with older adults. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 21–39). New York, NY: Wiley.

Norris, M. P. (2000). Public policy and the delivery of mental health care to older adults. In V. Molinari (Ed.), *Professional psychology in long-term care: A comprehensive guide* (pp. 425–443). New York, NY: Hatherleigh Press.

Norris, M. P., Molinari, V., & Ogland-Hand, S. (Eds.). (2002). *Emerging trends in psychological practice in long-term care*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Norton, M. C., Skoog, I., Toone, L., Corcoran, C., Tschanz, J. T., Lisota, R. D., . . . Cache County Investigators. (2006). Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population sample of older adults: The Cache County Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), 237–245. doi:10.1097/01.JGP.0000196626.34881.42

Nunes B., Silva R.D., Cruz V.T., Roriz J.M., Pais J., & Silva M.C. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurol*, 10(42). doi: 10.1186/1471-2377-10-42

Okazaki, S., & Sue, S. (1995). Methodological issues in assessment research with ethnic minorities. *Psychological Assessment*, 7(3), 367–375. doi:10.1037/1040-5907.3.3.367

Olfson, M., & Marcus, S. C. (2009). National patterns in

antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848–856. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.81

O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15(2), 272–281. doi:10.1080/13607861003713281

Ordem dos Psicólogos Portugueses (s.d.). *Guidelines para a comunicação interprofissional e partilha de informação*. Lisboa: OPP. Disponível em: http://recursos.ordem-dospsicologos.pt/files/artigos/comunic_interp.pdf

O'Shaughnessy, C. V. (2011). *The aging services network: Serving a vulnerable and growing elderly population in tough economic times (Background Paper No. 83)*. Washington, DC: National Health Policy Forum, George Washington University. Retirado de http://www.nhpf.org/library/background-papers/BP83_AgingServices_12-13-11.pdf

Owens, G. P., Baker, D. G., Kasckow, J., Ciesla, J. A., & Mohamed, S. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1118–1130. doi:10.1002/gps.1408

Pachana, N. A., & Laidlaw, K. (Eds.). (in press). *Oxford handbook of clinical geropsychology*. Oxford, England: Oxford University Press.

Pachana, N. A., Laidlaw, K., & Knight, B. G. (2010). *Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice*. Oxford, England: Oxford University Press.

Palmer, B. W., Folsom, D., Bartels, S., & Jeste, D. V. (2002). Psychotic disorders in late life: Implications for treatment and future directions for clinical services. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 26, 39–43.

Park, D. C., & Schwarz, N. (Eds.). (2000). *Cognitive aging: A primer*. Philadelphia, PA: Psychology Press.

Patient Protection and Affordable Care Act, 42 C.F.R. § 410.15(a) (2010). Retirado de <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2011-title42-vol2/pdf/CFR-2011-title42->

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

vol2-sec410-15.pdf

Payne, K. T., & Marcus, D. K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12(4), 268–278. doi:10.1037/a0013519

Pearson, J. L., & Brown, G. K. (2000). Suicide prevention in late life: Directions for science and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 685–705.

Perdue, C. W., & Gurtman, M. B. (1990). Journal of Experimental Social Psychology, 26, 199–216. doi:10.1177/153331750201700206

Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645–657. doi:10.1080/13607860701529635

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 207–243.

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., . . . Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 29(1–2), 125–132. doi:10.1159/000109998

President's New Freedom Commission on Mental Health. (2003). Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Retirado de <http://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/downloads/downloads.html>

Qualls, S. H. (2008). Caregiver family therapy. In B. Knight & K. Laidlaw (Eds.), *Handbook of emotional disorders in older adults* (pp. 183–209). Oxford, England: Oxford University Press.

Qualls, S. H., & Benight, C. C. (2007). *The role of clinical*

health geropsychology in the health care of older adults. In C. M. Aldwin, C. L. Park & A. Spiro (Eds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp. 367–389). New York, NY: Guilford Press.

Qualls, S. H., & Kasl-Godley, J. (2010). *End-of-life issues, grief, and bereavement: What clinicians need to know*. Hoboken, NJ: Wiley.

Qualls, S. H., & Noecker, T. L. (2009). Caregiver family therapy for conflicted families. In S. H. Qualls & S. H. Zarit (Eds.), *Aging families and caregiving* (pp. 155–188). Hoboken, NJ: Wiley.

Qualls, S. H., Scogin, F., Zweig, R., & Whitbourne, S. K. (2010). Predoctoral training models in professional geropsychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 85–90. doi:10.1037/a0018504

Qualls, S. H., Segal, D., Norman, S., Niederehe, G., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Psychologists in practice with older adults: Current patterns, sources of training, and need for continuing education. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 435–442. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.5.435>

Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2007). *Changes in decision-making capacity in older adults: Assessment and intervention*. Hoboken, NJ: Wiley.

Qualls, S. H., & Zarit, S. H. (Eds.). (2009). *Aging families and caregiving*. Hoboken, NJ: Wiley.

Ramsey, J. L. (2012). Spirituality and aging: Cognitive, affective, and relational pathways to resiliency. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 131–150. doi:10.1891/0198-8794.32.131

Regulamento Geral de Especialidades Profissionais da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Regulamento n.º 107-A/2016, Diário da República, II Série, de 29 de Janeiro.

Reiss, N. S., & Tishler, C. L. (2008). Suicidality in nursing home residents: Part I. Prevalence, risk factors,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- methods, assessment, and management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 264–270. doi:10.1037/0735-7028.39.3.264
- Reynolds, C. F., III & Charney, D. S. (2002). Unmet needs in the diagnosis and treatment of mood disorders in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 145–303. doi:10.1016/S0006-3223(02)01464-6
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 323–338. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x
- Rikard, R. V., & Rosenberg, E. (2007). Aging inmates: A convergence of trends in the American criminal justice system. *Journal of Correctional Health Care*, 13(3), 150–162. doi:10.1177/1078345807303001
- Robb, C., Chen, H., & Haley, W. E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 1–12. doi:10.1023/A:1013013322947
- Robb, C., Haley, W. E., Becker, M. A., Polivka, L. A., & Chwa, H.-J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: Similarities and differences. *Aging and Mental Health*, 7, 142–152. doi:10.1080/1360786031000072321
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1–25. doi:10.1037/0033-2909.132.1.1
- Rose, J. (2012). Lessons for spinal cord injury rehabilitation taken from adult developmental psychology: 2011 Essie Morgan Lecture. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(2), 133–139. doi:10.1179/2045772312Y.0000000006
- Rosowsky, E. (2005). Ageism and professional training in aging: Who will be there to help? *Generations*, 29, 55–58.
- Rosowsky, E., Casciani, J., & Arnold, M. (2009). *Geropsychology and long-term care: A practitioner's guide*. New York, NY: Springer.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychology Review*, 103(3), 403–428. doi:10.1037//0033-295X.103.3.403
- Salthouse, T. A. (2010). *Major issues in cognitive aging*. Oxford, England: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195372151.001.0001
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, A. (2015). The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs. *Acta Med Port*, 28(2), 182–188.
- Santos, J. F., & VandenBos, G. R. (Eds.). (1982). *Psychology and the older adult: Challenges for training in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Saxon, S. V., Etten, M. J., & Perkins, E. A. (2010). *Physical change and aging: A guide for the helping professions*. New York, NY: Springer.
- Scarmeas, N., Luchsinger, J. A., Schupf, N., Brickman, A. M., Cosentino, S., Tang, M. X., & Stern, Y. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 302(6), 627–637. doi:10.1001/jama.2009.1144
- Schaie, K. W. (1977). Quasi-experimental designs in the psychology of aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 1–19). New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Schaie, K. W. (2011). Historical influences on aging and behavior. In S. K. Warner & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging (7th ed., pp. 41–55)*. San Diego, CA: Elsevier Academic Press.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Schaie, K. W., & Willis, S. (Eds.). (2011). *Handbook of the psychology of aging (7th ed.)*. New York, NY: Academic Press.
- Scheibe, S., & Carstensen, L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(2), 135–144. doi:10.1093/geronb/gbp132
- Schooler, C., Mulatu, M. S., & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers. *Psychology and Aging*, 14(3), 483–506. doi:10.1037/0882-7974.14.3.483
- Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, J. W., & Dietrich, A. J. (2004). Preventing suicide in primary care patients. The primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry*, 26, 337–345. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.06.007
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702–714. doi:10.1037//0003-066X.51.7.702
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240–249.
- Schulz, R., Martire, L. M., Beach, S. R., & Scherer, M. F. (2000). Depression and mortality in the elderly. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 204–208. doi:10.1111/1467-8721.00095
- Scogin, F. (2007). Introduction to the special section on evidence-based psychological treatments for older adults. *Psychology and Aging*, 22, 1–3. doi:10.1037/0882-7974.22.1.1
- Scogin, F., & Avani, S. (2006). Screening older adults for depression in primary care settings. *Health Psychology*, 25, 675–677. doi:10.1037/0278-6133.25.6.675
- Scogin, F., & Shah, A. (2012). *Making evidence-based psychological treatment work with older adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 222–237. doi:10.1093/clipsy.bpi033
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging and Mental Health*, 9, 363–367. doi:10.1080/13607860500131047
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Rosowsky, E. (2006). *Personality disorders and older adults: Diagnosis, assessment, and treatment*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2011). *Aging and mental health (2nd ed.)*. Chichester, West Sussex, England: Wiley-Blackwell.
- Segal, D. L., Zweig, R., & Molinari, V. (2012). Personality disorders in later life. In S. K. Whitbourne & M. Sliwinski (Eds.), *Handbook of developmental psychology: Adult development and aging* (pp. 312–330). New York, NY: Blackwell.
- Shah, A., Scogin, F., & Floyd, M. (2012). Evidence-based psychological treatments for geriatric depression. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidence-based psychological treatments work with older adults* (pp. 87–130). Washington, DC: American Psychological Association.
- Skultety, K. M., & Zeiss, A. (2006). The treatment of depression in older adults in the primary care setting: An evidence-based review. *Health Psychology*, 25(6), 665–674. doi:10.1037/0278-6133.25.6.665
- Sliwinski, M., & Buschke, H. (1999). Cross-sectional and longitudinal relationships among age, cognition, and processing speed. *Psychology and Aging*, 14(1), 18–33. doi:10.1037//0882-7974.14.1.18
- Smith, J., & Baltes, P. B. (2007). Healthy aging from 70 to 100+ in Germany: Lessons learned from the Berlin Aging Study. In M. Robinson, W. Novelli, C. Pearson & L. Norris (Eds.), *Global health and global aging* (pp. 118–127). San Francisco, CA: Jossey-Bass/Wiley.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sprenkel, D. G. (1999). Therapeutic issues and strategies in group therapy with older men. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 214–227). New York, NY: Wiley.
- Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 731–754. doi:10.1016/S0272-7358(99)00064-1
- Staudinger, U. M., & Bowen, C. E. (2010). Life-span perspectives on positive personality development in adulthood and aging. In M. Lamb & A. M. Freund (Eds.), *The handbook of lifespan development: Vol. 2. Social and emotional development* (pp. 254–297). New York, NY: Wiley.
- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (2001). Wisdom and creativity. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 500–522). San Diego, CA: Academic Press.
- Sterns, H. L., & Dawson, N. T. (2012). Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life: Work, retirement, and resilience. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 211–230. doi: 10.1891/0198-8794.32.211
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). *Providing emotional health and preventing suicide: A toolkit for senior living communities*. Retirado de <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA10-4515/SMA10-4515.ToolkitOverview.pdf>
- Sue, S., Cheng, J. K. Y., Saad, C. S., & Chu, J. P. (2012). Asian American mental health: A call to action. *American Psychologist*, 67, 532–544. doi:10.1037/a0028900
- Tazeau, Y. (2011). Individual and cultural diversity considerations in geropsychology. In V. Molinari (Ed.), *Specialty competencies in geropsychology* (pp. 103–114). New York, NY: Oxford University Press.
- Teri, L., & McCurry, S. M. (1994). Psychosocial therapies with older adults. In C. E. Coffey & J. L. Cummings (Eds.), *Textbook of geriatric neuropsychiatry* (pp. 662–682). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Terry, P. (2008). Ageism and projective identification. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups, and Organizations*, 14, 155–168. doi: 10.1080/14753630801961750
- Trevorrow, T. (2010). Assessing sleep problems of older adults. In P. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed., pp. 405–426). New York, NY: Elsevier.
- Trojanowski, J. Q., Vandeerstichele, H., Korecka, M., Clark, C. M., Aisen, P. S., Petersen, R. C., & Shaw, L. M. (2010). Update on the biomarker core of the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative subjects. *Alzheimer's & Dementia*, 6(3), 230–238. doi:10.1016/j.jalz.2010.03.008
- Trotman, F. K., & Brody, C. M. (Eds.). (2002). *Psychotherapy and counseling with older women: Cross-cultural, family, and end-of-life issues*. New York, NY: Springer.
- Tsai, J. L., & Carstensen, L. L. (1996). Clinical intervention with ethnic minority elders. In L. L. Carstensen, B. Edelman & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 76–106). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tsiouris, J. A., Prasher, V. P., Janicki, M. P., Fernando, A., & Service, K. P. (2011). The aging patient with intellectual disabilities. In M. E. Agronin & G. J. Maletta (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2nd ed., pp. 627–648). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Turk, D. C., & Burwinkle, D. C. (2005). Clinical outcomes, cost-effectiveness, and the role of psychology in treatments for chronic pain sufferers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 602–610. doi:10.1037/0735-7028.36.6.602
- Urv, T. K., Zigman, W. B., & Silverman, W. (2008). Maladaptive behaviors related to dementia status in adults with Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 113, 73–86. doi:10.1352/0895-8017(2008)113[73:MBR-TDS]2.0.CO;2
- Vacha-Haase, T. (2011). Teaching, supervision, and the business of geropsychology. In V. Molinari (Ed.), *Specialty competencies in geropsychology* (pp. 143–162). New

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

York, NY: Oxford University Press.

Vacha-Haase, T., Wester, S. R., & Christianson, H. (2010). *Psychotherapy with older men*. New York, NY: Routledge.

Wahl, H. W., Fange, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009). The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: What is the empirical evidence? *The Gerontologist*, 49(3), 355–367. doi:10.1093/geront/gnp056

Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 306–316. doi:10.1093/geront/gnr154

Waldstein, S. R. (2000). Health effects on cognitive aging. In P. C. Stern & L. L. Carstensen (Eds.), *The aging mind: Opportunities in cognitive research* (pp. 189–217). Washington, DC: National Academy Press.

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler,

R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629–640. doi:10.1001/archpsyc.62.6.629
Webster, J. (1995). Adult age differences in reminiscence functions. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research methods, and applications* (pp. 89–102). Bristol, PA: Taylor & Francis.

Weintraub, D., Furlan, P., & Katz, I. R. (2002). Depression and coexisting medical disorders in late life. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 26, 55–58.

West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120(2), 272–292. doi:10.1037/0033-2909.120.2.272

Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 871–896.

doi:10.1016/j.psc.2005.09.006

Whitbourne, S. K. (Ed.). (2000). *Psychopathology in later adulthood*. New York, NY: Wiley.

Whitbourne, S., & Meeks, S. (2011). Psychopathology, bereavement, and aging. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 311–323). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00020-6

Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2012). Demography of aging: Behavioral and social implications. In S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adult development and aging* (pp. 25–48). West Sussex, England: Blackwell. doi:10.1002/9781118392966.ch2

Whitfield, K. E., Thorpe, R., & Szanton, K. S. (2011). Health disparities, social class and aging. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 207–218). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00013-9

Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2009). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24, 11–20. doi:10.1177/1533317508318472

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2004). Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 17–25.

Wilmoth, J., London, L., & Parker, W. (2010). "Military service and men's health trajectories in later life". *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), 744–755. doi: 10.1093/geronb/gbq072

Wilson, I. B., Schoen, C., Neuman, P., Strollo, M. K., Rogers, W. H., Chang, H., & Safran, D. G. (2007). Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: A 50-state study of America's seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 6–12. doi:10.1007/s11606-006-0093-0

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wilson, R. S., Mendes De Leon, C. F., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 287(6), 742–748. doi:10.1001/jama.287.6.742
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, O., . . . Petersen, C. (2004). Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240–246. doi:10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946–1952. doi:10.1001/archinte.165.17.1946
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190–211. doi:10.1002/da.20653
- World Health Organization. (2007). WHO global report on falls intervention in older age. Geneva, Switzerland: Autor. Retirado de [http:// www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)
- Yalom, I. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36, 283–297. doi:10.1080/08873260802350006
- Yang, J. A., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in-home: Benefits, challenges and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333–346. doi:10.1080/07317110902896356
- Yang, L., Rieves, D., & Ganley, C. (2012). Brain amyloid imaging—FDA approval of florbetapir F18 injection. *New England Journal of Medicine*, 367(10), 885–887. doi:10.1056/NEJMp1208061
- Yeo, G. (2001). Curriculum in ethnogeriatrics. Retirado de [http:// www.stanford.edu/group/ethnoger/index.html](http://www.stanford.edu/group/ethnoger/index.html)
- Yeo, G., & Gallagher-Thompson, D. (2006). Ethnicity and the dementias, (2nd ed.) New York, NY: Taylor & Francis.
- Zarit, S. H., & Knight, B. G. (Eds.). (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). Consultation in institutional settings. In S. H. Zarit & J. M. Zarit, *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed., pp. 351–379). New York, NY: Guilford Press.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2011). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Zeiss, A. M. (2003). Providing interdisciplinary geriatric team care: What does it really take? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 115–119. doi:10.1093/clipsy.10.1.115
- Zeiss, A. M., & Karlin, B. E. (2008). Integrating mental health and primary care services in the Department of Veterans Affairs health care system. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(1), 73–78. doi:10.1007/s10880-008-9100-4
- Zimmerman, J. A., Fiske, A., & Scogin, F. (2011). Mentoring in clinical geropsychology: Across the stages of professional development. *Educational Gerontology*, 37, 355–369. doi:10.1080/03601277.2011.553556
- Zweig, R. A., & Agronin, M. E. (2011). Personality disorders in late life. In M. E. Agronin & G. J. Maletta (Eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (2nd ed., pp. 523–543). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Zweig, R. A., Siegel, L., & Snyder, R. (2006). Clinical geropsychology training in primary care: Preliminary findings from a clinical training project. *Journal of Clinical*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Psychology in Medical Settings, 13, 19–28. doi:10.1007/
s10880-005-9010-7

LINHAS DE ORIENTAÇÃO

PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL OPP



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS