



# **Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos**

Inês Faria de Sousa Gonçalves

Dissertação Apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Daniel

Coimbra, 25 de setembro de 2014

## Índice

Introdução	-----	1
Metodologia	-----	7
Resultados	-----	7
Dimensões	-----	8
Funcionamento intelectual	-----	8
Personalidade	-----	12
Psicopatologia e funcionamento emocional	-----	15
Autonomia e capacidade funcional	-----	18
Qualidade de vida	-----	19
Conclusão	-----	22
Referências bibliográficas	-----	25
Apêndice	-----	27

*"Se as velhas árvores também curam e as velhas ruas também têm encanto, não podem também os idosos serem como elas, permanecendo belos/as ao envelhecer?"*

(Ernesto Martins)

## **Resumo**

O envelhecimento constitui-se como um fenómeno recente e universal nos países desenvolvidos.

Assistimos simultaneamente ao aumento da prevalência de doenças crónicas, pelo que, é premente realizarem-se avaliações geriátricas eficazes, apostando-se em diagnósticos precoces e completos.

Deste modo, na presente tese iremos debruçar-nos sobre a avaliação psicológica de adultos, com particular incidência na população idosa, apresentando alguns dos instrumentos mais utilizados para proceder a uma plena avaliação funcional, com enfoque nas pessoas com mais de 65 anos.

## **Abstract**

Aging constitutes a recent and universal phenomenon in the developed countries

Simultaneously, we bear witness of the increase in the prevalence of chronic diseases being thus urgent to carry out effective geriatric assessments, focussing on early and comprehensive diagnoses. Thus, in this dissertation we shall address the adults' psychological evaluation with particular emphasis on the elderly population, presenting some of the most used instruments/tools to make a full functional assessment, with special focus on people over 65 years.

### Introdução

Na presente tese iremos centrar-nos na última fase do nosso ciclo de vida, no âmbito da Avaliação Psicológica de adultos e, fundamentalmente, da população idosa.

Assim, daremos destaque ao fenómeno do envelhecimento e aos diversos domínios da avaliação do estado mental, apresentando e descrevendo alguns dos diferentes instrumentos de avaliação psicológica, específicos para este nível etário.

O envelhecimento da população mundial, nos países desenvolvidos, é um fenómeno recente e universal que deriva de múltiplos fatores. Neste grupo social assiste-se a um aumento da prevalência de doenças crónicas, pelo que é premente uma avaliação geriátrica eficaz, apostando-se em diagnósticos precoces e completos, a custos razoáveis (Jr & Reichenheim, 2005).

Nos dicionários o termo velho é definido como pessoa com muita idade. Não obstante, o constructo envelhecimento é apresentado de forma vaga, visto ser um fenómeno fisiológico, psicológico e social complexo, que implica mudanças. Este fenómeno, universal, gradual, irreversível e idiossincrático gera mudanças no envelhecimento normal e/ou patológico (demência) (Lima, 2010).

A forma como são encarados os idosos varia consoante a época e a cultura. Na época da Grécia clássica, que privilegiava a beleza, força e juventude, os idosos eram menosprezados, contrariamente ao que acontecia na época helenística. No Japão, influenciados pelo taoísmo, eram valorizados tal como nas culturas tribais, sendo enaltecidas algumas características, como a sabedoria e a maturidade. No entanto, na nossa sociedade, a velhice, impregnada por crenças e estereótipos sobre o envelhecimento (*ageism*), é associada à perda, por exemplo, de poder, com a chegada da reforma, à perda de papéis identitários e perda de capacidades (Lima, 2010).

Até aos anos setenta os autores defendiam que, na vida adulta, o declínio é inevitável. No entanto, autores como Levinson e Baltes advogam que o envelhecimento é acompanhado de perdas, mas também de ganhos, tais como a maturidade e a sabedoria (Lima, 2010).

O ser humano é uma multiplicidade interdinâmica multifactorial como bem queria Morin e, nesse sentido, ao estudarmos o psíquico, direta ou mais indiretamente, avaliamos também as outras componentes do ser humano (Morin, 1983).

Se é verdade que a saúde mental de uma pessoa é determinante para que ela saiba viver com a idade que tem, reconhecer as suas possibilidades e incapacidades e não ficar molestando com elas, recusando-se a viver num contínuo mecanismo de defesa com recurso à regressão, vivendo de memórias em que era o herói que agora já não pode ser, não é menos verdade que essa saúde psicológica é influenciada por outras vertentes da dinâmica do ser humano.

É facto que o ser humano é biológico (nasce, cresce, reproduz-se e morre), fisiológico (apresenta uma estrutura anatómica singular), psicológico (aquele que neste trabalho mais nos interessa, pois a mente sã é mais que meio caminho para a sanidade de todas as outras variáveis), sociológico, (vivemos em interação com os outros semelhantes), ecológico (pois habita num ecossistema), económico (no sentido de um ser que precisa de trabalhar para ter posses que lhe permitam uma vida condigna), religioso (com a sua necessidade de uma transcendência que complete as suas incompetências), enfim, é um ser que permanecerá sempre ignoto no seu âmago.

Isto não impede, antes estimula, o seu estudo enquanto objeto de uma ciência como a Psicologia.

O conceito de gerontologia - *gerongerontos* - que significa estudo do ancião, emergiu em 1903 por Elie Metchinkoff. Esta ciência multidisciplinar aborda e "analisa os fenómenos caracterizadores do envelhecimento em todos os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais" (Martins, 2013, p. 59).

O médico Ignatz Leo Nascher, em 1914, descreveu o envelhecimento como um processo de degeneração celular no qual existe um declínio interno e físico (Martins, 2013).

Existem mitos e estereótipos, derivados das generalizações excessivas, simplistas e erróneas, relacionados com os idosos que se prendem com a senilidade, conservadorismo, incapacidade de mudar, improdutividade, inatividade, doença, pobreza, marginalização, entre outros (Martins, 2013).

Na verdade para além das dificuldades/incapacidades causadas pelo envelhecimento emerge, nesta faixa etária, um outro grave problema social: a discriminação.

O processo de envelhecimento inicia-se cedo, no final da segunda década de vida, antes de qualquer sinal externo. E é por volta dos quarenta anos que se começam a notar as primeiras alterações estruturais e funcionais, que se prolongam até ao fim da vida.

Este processo resulta de fatores internos, como o património genético, e de fatores externos como o estilo de vida, a educação e o ambiente (Lima, 2010).

"O envelhecimento diz respeito a um processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida, desde a concepção até à morte, enquanto a velhice é uma fase da vida, a última" (Lima, 2010, p. 15).

É comum associar-se o processo de envelhecimento ao declínio da memória. Estudos revelam que se, com o avançar da idade, se registam grandes diferenças ao nível da memória de trabalho e da memória episódica, por sua vez, em relação à memória procedimental e semântica são poucos os seus efeitos (Lima, 2010).

Schroots e Birren (1980) fazem a distinção entre o envelhecimento biológico e o psicológico. O primeiro refere-se a uma crescente vulnerabilidade, que aumenta a probabilidade de morte - senescência. O segundo depende da autorregulação da pessoa, e das mudanças nas funções psicológicas, designadamente na memória e na tomada de decisão (Lima, 2010).

O processo de envelhecimento desencadeia mutações orgânicas, físicas, psicológicas, sociais, comportamentais e funcionais, nas quais a interação dos fatores genéticos e ambientais desempenha um papel determinante (Costa & Monego, 2003). A avaliação psicológica consiste no recurso a técnicas e testes que avaliam e descrevem o funcionamento psíquico de uma pessoa, num dado momento, podendo prever o seu comportamento.

É através da avaliação psicológica que estudamos e avaliamos várias dimensões da mente humana, designadamente: a personalidade, as competências cognitivas (atenção, percepção, memória, processamento simultâneo e sequencializado, simbolização, compreensão, inferência, planificação e produção de estratégias, conceptualização, resolução de problemas, rechamada e expressão de informação, etc.).

A avaliação geriátrica estruturada realiza-se através da observação direta (testes de desempenho) e questionários. Assim, a avaliação funcional das pessoas com mais de 65 anos centra-se nas seguintes dimensões: física, psicológica (cognição e humor) e social.

Naturalmente, cada instrumento possui um objetivo específico. Uns são utilizados para medir a saúde geral ou específica, para se efetuarem avaliações clínicas, triagens ou pesquisas; outros, medem graus de dependência mais graves como incapacidades físicas e sociais (Jr & Reichenheim, 2005). Os testes neuropsicológicos avaliam as

demências que se caracterizam por défices nas funções cognitivas: memória imediata e de trabalho, linguagem, cálculo, práticos, funções visoconstrutivas, visuoespaciais e visuognósicas, perturbações do pensamento abstrato, do julgamento, do raciocínio e das funções de execução. Também são frequentes distúrbios comportamentais e deterioração pautada pela despreocupação com a higiene e apatia nos relacionamentos (Boaz, 2008). Após este processo podemos inferir quais os pontos fortes e as fragilidades da pessoa ou do seu grau de incapacidade, tais como, défices de memória, défices de concentração e Alzheimer, entre outros.

No entanto, para diagnosticar o Alzheimer e outras demências é necessário utilizar diversos instrumentos de avaliação.

Indubitavelmente, a avaliação psicológica desempenha um papel fulcral na elaboração de um diagnóstico pormenorizado, indispensável à implementação de uma intervenção terapêutica eficaz.

Na verdade, desde os anos setenta do século XX que, em Portugal e nos restantes países do continente Europeu, se assiste à diminuição gradual das taxas de natalidade e ao aumento da esperança média de vida que, conseqüentemente, geram o envelhecimento progressivo da população Europeia. (Arroteia & Cardoso, 2006). Na América Latina e em África o envelhecimento populacional não é tão acentuado (Lemaire & Bherer, 2005).

No caso de Portugal, o envelhecimento da população está bem patente na tabela “População residente segundo os Censos: por grupos etários”. Como se pode observar, o grupo etário dos 0 aos 14 anos diminuiu significativamente desde 1981, o grupo dos 15 aos 64 mostra algum decréscimo desde o início do século XXI e o grupo de mais de 65 anos é o único que tem vindo a aumentar, tendo duplicado nas últimas três décadas do século XX e mantendo o ritmo de crescimento a partir de então, originando um envelhecimento significativo da população portuguesa, cujo índice de envelhecimento passou de 27,3% em 1960 para 127, 8% em 2011.

## Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos

Tabela 1 - População residente em Portugal segundo os Censos, por grupos etários.

Anos	Grandes grupos etários			
	Total	0-14	15-64	65+
1960	8.889.392	2.591.955	5.588.868	708.569
1970	8.611.125	2.451.850	5.326.515	832.760
1981	9.833.014	2.508.673	6.198.883	1.125.458
1991	9.867.147	1.972.403	6.552.000	1.342.744
2001	10.356.117	1.656.602	7.006.022	1.693.493
2011	10.562.178	1.572.329	6.979.785	2.010.064

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

Ao longo da História a esperança média de vida tem vindo a aumentar. Durante a Pré-História situava-se nos 18 anos. Atualmente, nos países desenvolvidos situa-se nos 75 anos e nos países em desenvolvimento nos 64 (Lemaire & Bherer, 2005).

Em Portugal, como facilmente se depreende na tabela abaixo, a esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar nos últimos cinquenta anos, verificando-se uma ligeira aceleração a partir de 1996, um pouco mais significativa no sexo masculino. Com efeito, em 1996 a esperança média de vida do sexo feminino era superior à do masculino em 7,3 anos enquanto em 2011, essa diferença se situa somente em 5,9.

Tabela 2 – Esperança de vida à nascença em Portugal: por sexo.

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
1960	X	60,7	66,4
1970	67,1	64,0	70,3
1981	71,7	68,2	75,2
1990	74,1	70,6	77,5
1991	74,1	70,6	77,6
2001	76,7	73,3	80,1
2010	79,6	76,5	82,4
2011	79,8	76,7	82,6

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

Estima-se que os Europeus com mais de 65 anos em 2050 rondarão os 29,2% e que a esperança média de vida em países desenvolvidos será de 82 anos, ao passo que nos países em desenvolvimento se quedará pelos 75 anos (Lemaire & Bherer, 2005).

Entre as causas do aumento da esperança de vida podemos evocar a redução da mortalidade infantil e os progressos ao nível da higiene e cuidados de saúde (Lemaire & Bherer, 2005).

A diminuição da taxa de fertilidade é, também, uma das causas do envelhecimento mundial (Lemaire & Bherer, 2005).

Assim, compete à Psicologia estudar as mudanças desencadeadas pela idade ao nível das capacidades intelectuais (Lemaire & Bherer, 2005).

Na realidade, os psicólogos recorrem a diferentes instrumentos com o intuito de perceberem como evolui a cognição com a idade e identificarem as aptidões que permanecem intactas ou até se aprimoram, e as que se deterioram (Lemaire & Bherer, 2005). De facto, “a idade afeta o cérebro, os mecanismos mentais e os comportamentos” (Lemaire & Bherer, 2005, p. 45).

Não obstante, o processo de envelhecimento pode ser visto de um prisma positivo. Segundo a Teoria do Envelhecimento Bem-Sucedido a pessoa é vista como pró-ativa, pugnando pelo alcance dos seus objetivos, utilizando os recursos de que dispõe, a fim de se adaptar às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento. Desta forma promove-se o bem-estar e a qualidade de vida: satisfação com a vida, bem-estar social, etc. (Liliana, Helena & Daniela, 2003).

Efetivamente é através da análise psicológica que compreendemos melhor a população idosa, e assim, podemos melhorar a sua Qualidade de Vida.

Os instrumentos de avaliação psicológica procuram assegurar uma descrição do funcionamento atual da pessoa, isto é, proceder a uma estimativa do funcionamento pré-mórbido e uma objetivação quantificada do padrão e severidade dos défices em diferentes domínios (Simões, 2012).

Os testes de avaliação psicológica são fundamentais para o diagnóstico de doenças neuro-degenerativas, mas, também, na monitorização da sua evolução e identificação de necessidades de reabilitação (Simões, 2012).

O presente estudo pretende elencar testes de avaliação psicológica, mais utilizados, na população idosa.

Neste trabalho de investigação são, portanto, explanados alguns dos testes mais utilizados na avaliação neuropsicológica de idosos.

Na senda deste objetivo foi efetuada uma revisão bibliográfica.

Assim, apresentamos uma fonte de conhecimento sobre alguns instrumentos de avaliação cognitiva disponíveis, para levar a cabo uma intervenção psicológica adequada, que estabeleça, a partir de referenciais amostrais, balizas entre o normal e o patológico.

### **Metodologia**

Iniciámos este trabalho de investigação pesquisando, na literatura e na Internet, sobre os testes de avaliação neuropsicológica que podem ser aplicados à população idosa.

Após esta pesquisa identificámos os autores dos instrumentos, o seu ano de publicação, qual ou quais as aptidões avaliadas. Na fase subsequente, mapeamos a/s versão/ões portuguesa/s.

Seguidamente, os testes seleccionados, tendo em conta as aptidões avaliadas, foram agrupados em cinco dimensões: Funcionamento intelectual; Personalidade; Psicopatologia e funcionamento emocional; Autonomia e capacidade funcional; Qualidade de vida. Admitimos, contudo, que a organização que apresentamos pode não ser consensual, na medida em que alguns dos testes, pelas suas características, poderão ser integrados em mais do que uma das dimensões apresentadas.

Finalmente procedemos à caracterização de cada uma destas dimensões.

### **Resultados**

Após a pesquisa, identificação e organização dos testes de avaliação psicológica aplicáveis à população idosa, elencámos 44 na dimensão Funcionamento intelectual, 43 na Personalidade, 48 na Psicopatologia e funcionamento emocional, 8 na Autonomia e capacidade funcional e 29 na Qualidade de vida, perfazendo um total de 172 testes passíveis de aplicação a idosos.

### Dimensões

Passamos a apresentar e caracterizar algumas dimensões e respectivos instrumentos utilizados para realizar uma avaliação psicológica da população idosa.

Optámos por organizar os testes em cinco dimensões, a saber: Funcionamento intelectual; Personalidade; Psicopatologia e funcionamento emocional; Autonomia e capacidade funcional; Qualidade de vida.

#### Funcionamento intelectual

Entende-se por funcionamento intelectual o produto de uma série de operações internas que possibilita o desempenho de tarefas. Na velhice assiste-se ao declínio e ao deterioramento do funcionamento intelectual. Assim, a inteligência vai-se deteriorando em paralelo com o organismo. Esta visão negativa do envelhecimento foi partilhada por diferentes autores como Galton (1832-1911) e Stanley Hall (1844-1924) (Fernández-Ballesteros, 1999). O declínio da capacidade cognitiva resulta do processo fisiológico do envelhecimento normal. Ressalvando as enormes diferenças interindividuais a literatura dá conta de que s/as idosos/as embora apresentem declínio intelectual também conservam algumas habilidades intelectuais, como as verbais.

A idade e a educação são fatores que explicam as variações no declínio do funcionamento cognitivo.

As investigações na área da gerontologia mostram que o deterioramento intelectual patológico parece irreversível. Contudo, o funcionamento intelectual, na velhice, é plástico e modificável.

Deste modo, os programas de desenvolvimento cognitivo e, conseqüente estimulação cognitiva, são fundamentais para fazer face ao declive intelectual inerente ao envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 1992).

O paradigma *lifespan* apresenta um conjunto de princípios derivados de pesquisas descritivas sobre os padrões de desenvolvimento intelectual na velhice e sobre a modificabilidade dos desempenhos cognitivos por meio de treino. Os princípios do desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice foram descritos por Baltes (1987):

1) O envelhecimento é um processo que acarreta mudanças de natureza ontogenética, traduzidas no declínio das capacidades intelectuais dependentes do funcionamento neurológico, sensorial e psicomotor. Essas mudanças refletem-se na diminuição da plasticidade comportamental.

2) As mudanças intelectuais de base ontogenética não significam descontinuidade da capacidade adaptativa e incompetência cognitiva generalizada: as reservas de experiência podem ser ativas e otimizadas pelos mais velhos, de modo a compensar o declínio nas capacidades de processamento da informação resultantes do processo de envelhecimento.

3) O envelhecimento intelectual é uma experiência heterogênea, isto é, pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos históricos e sociais distintos. Essa diferenciação depende da influência de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais e de personalidade e da incidência de patologias durante o envelhecimento normal.

4) Há diferentes padrões de envelhecimento intelectual, do patológico ao ótimo, passando pelo normativo, compartilhado pela maioria das pessoas. É relativo às mudanças biológicas que ocorrem depois que os indivíduos atingem a capacidade de reproduzir a espécie e, entre a quarta e a quinta década de vida, converge para o aparecimento de alterações anatômicas e funcionais que definem o envelhecimento. Não se trata de doença, mas de processo natural, dependente da programação genética da espécie.

5) O envelhecimento intelectual é um processo multidimensional e multidirecional: diferentes capacidades começam a mudar em diferentes momentos, com diferentes resultados sobre diferentes indivíduos submetidos a diferentes experiências biológicas, educacionais, históricas e de personalidade.

6) Respeitados os limites impostos pela biologia e as possibilidades abertas pela educação formal e não-formal a que foram expostos ao longo da vida, é possível alterar o desempenho intelectual de idosos por meio de intervenções clínicas, educacionais e experimentais. O Adult Development and Enrichment Project (ADEPT, de Baltes e Willis, 1982) envolveu delineamentos pré-teste/tratamento/pós-teste, com cinco horas de instrução em capacidades básicas, oferecidas a idosos residentes na comunidade. O treino cognitivo não alterou as características estruturais das capacidades intelectuais primárias, isto é, não converteu capacidades básicas que são componentes da inteligência fluida, em componentes da inteligência cristalizada. Porém, em pessoas de 60

anos e mais foram observados ganhos estatisticamente significativos nas relações entre figuras e na indução. Os maiores progressos experimentados pelas mulheres foram em orientação espacial. Homens e mulheres melhoraram em velocidade e precisão, mas os homens foram melhores em precisão. Não foram observados efeitos de generalização de uma capacidade treinada para outra não-treinada. Estudos de seguimento realizados sete anos depois do treinamento mostraram que os indivíduos treinados declinaram menos do que os não-treinados. Além disso, os idosos que haviam declinado mais se beneficiaram mais do treinamento do que os que haviam permanecido estáveis. Os sujeitos foram submetidos a treino de reforço sete anos depois da primeira bateria de instrução, do qual decorreram melhoras significativas para todos os grupos de idade. Porém, os mais velhos não obtiveram melhor desempenho do que os mais jovens.

7) A inteligência muda qualitativamente ao longo da vida adulta e da velhice. As mudanças qualitativas dependem muito mais das oportunidades oferecidas pela cultura do que dos mecanismos de base genético-biológica que estão na base da inteligência humana.

8) O funcionamento intelectual dos adultos e dos idosos é largamente influenciado pelo conhecimento de si, pelas crenças sobre a origem do próprio comportamento, pelas metas pessoais e pelas emoções, elementos esses que devem ser levados em conta na pesquisa básica sobre diferenças evolutivas e na intervenção cognitiva.

9) As principais diferenças no funcionamento cognitivo dos jovens e dos idosos não são de natureza ontogenética, mas por fatores culturais que se expressam na educação oferecida nas fases iniciais do desenvolvimento, quando as competências básicas são desenvolvidas. Mesmo assim, as diferenças em inteligência dependentes da experiência cultural não afetam a inteligência fluida.

10) Graças à ação de mecanismos de seleção, otimização e compensação, no âmbito individual ou cultural, os mais velhos não mostram necessariamente declínio no desempenho de certas tarefas normalmente desempenhadas pelos jovens. Não só isso é verdadeiro, como também os idosos podem exibir níveis elevados de desempenho altamente especializado no âmbito profissional e na solução de problemas existenciais, ou sabedoria. (Neri, 2007, p. 24).

## Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos

Quadro I – Instrumentos que avaliam o funcionamento intelectual

Nome do Instrumento	Apêndice
ABG — Aptidões Básicas Gerais – Formas 1 e 2	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
BETA-III — Avaliação da Inteligência Não-Verbal	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
BMM — Bateria Multifatorial da Memória	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
BPRD — Bateria de Provas de Raciocínio Diferencial	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
BS — Bateria de Subalternos	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
COORDENAÇÃO — Teste de Coordenação de Ambos os Braços	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
CREA — Teste para a Avaliação da Inteligência Criativa	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
CTONI-2 — Teste Compreensivo de Inteligência Não-Verbal	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
d2 — Teste de Atenção	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
D-70 — Teste de Dominós	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
EQuIP - Empowerment in Older Psychiatric Inpatients: Development of the Empowerment Questionnaire for Inpatients	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
FATOR G2 — Teste de Fator “g” – Escala 2	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
FATOR G3 — Teste de Fator “g” – Escala 3	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
IGF — Inteligência Geral Fatorial	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
IPP – Inventário de Interesses e Preferências Profissionais	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Kaplan Baycrest Neurocognitive Avaliação (KBNA)	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
KLT — Escala para Deficientes Mentais Adultos	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Matrizes Progressivas de Raven (APM - Escala Superior)	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Mill Hill vocabulary scale	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Mill Hill Vocabulary Test	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
MSCEIT — Teste de Inteligência Emocional de Mayer-Salovey-Caruso	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
MUDANÇAS — Teste de Flexibilidade Cognitiva	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
PMA — Aptidões Mentais Primárias	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
PMI 4 — Provas de Memória Imediata	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
PURDUE PEGBOARD — Teste de Destreza Manual	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
QL — Quadrados de Letras	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
RIAS — Escala de Inteligência de Reynolds	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
RIST — Teste Breve de Inteligência de Reynolds	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Rorschach – Pranchas	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Shipley institute of living scale (SILS)	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Test of visual-motor skills (TVMs-3)	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Teste de Atenção	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Teste de Inteligência Kaufman Adolescentes e Adultos	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
Teste de inteligência não-verbal (TONI-4)	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
TIG-NV – Teste de Inteligência Geral - não verbal	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
TISD — Teste de Interpretação Seletiva de Dados	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28
TP — Toulouse-Piéron	<i>cf.</i> Quadro 1 – p. 28

TPD — Teste de Percepção de Diferenças	cf. Quadro 1 – p. 28
Trail making test (TMT)	cf. Quadro 1 – p. 28
TSAV — Teste Semântico de Aptidão Verbal	cf. Quadro 1 – p. 28
WAIS – III – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos	cf. Quadro 1 – p. 28
Wide range intelligence test	cf. Quadro 1 – p. 28
WMS-III – Escala Clínica de Memória	cf. Quadro 1 – p. 28
WRAT - Wide range achievement test	cf. Quadro 1 – p. 28

---

### Personalidade

O construto personalidade aparece associado ao termo pessoa que deriva do latim *persona* e que significa máscara. *Persona* refere-se à nossa aparência externa, portanto, a personalidade diz respeito não só às nossas características externas visíveis aos outros, mas também diz respeito a um conjunto de características que ultrapassam as qualidades físicas superficiais. Assim, a personalidade é um conceito que engloba qualidades sociais e emocionais subjetivas, que podem, ou não, ser escondidas dos outros. As características que moldam uma personalidade são permanentes e, por isso, relativamente estáveis e previsíveis. É de ressaltar que a personalidade não é rígida e imutável, na medida em que pode variar consoante as circunstâncias. Existe, portanto, uma interação entre os traços pessoais permanentes e os aspetos mutáveis da situação. Deste modo, “a personalidade é um agrupamento peculiar de características que podem mudar em respostas a situações diferentes” (Schultz & Schultz, 2006, p. 9).

À luz do modelo da personalidade de McGrae e Costa as tendências básicas, hereditárias ou de origem nas primeiras experiências, referem-se às capacidades e disposições mais fundamentais, nos quais se incluem os traços de personalidade. Estes têm a função de, através da interação da pessoa com o meio, orientá-la e manifestam-se nas adaptações características: competências, hábitos, atitudes e autoconceito que são aprendidos ao longo do processo de socialização. Outra categoria chave, deste modelo, é a biografia objetiva que abarca a totalidade dos sentimentos, pensamentos e ações de um indivíduo ao longo do seu ciclo vital e, como se alteram. É fulcral saber como é que, de facto, a pessoa viveu a sua vida, para intuímos sobre a personalidade dos sujeitos. Esta categoria é multideterminada, dado que o comportamento se deve às metas pessoais e adaptações características despoletadas pelas situações.

A terceira categoria apresenta as influências externas ou ambiente psicológico, que abrange as influências desenvolvimentistas (relações entre pais/filhos, socialização pelos pares, educação) e as circunstâncias atuais. Sendo que cada sujeito tem um papel ativo na construção do seu meio sofrendo a influência não só dos seus traços de personalidade, mas, também, dos seus projetos.

Esta teoria advoga a existência de diferentes processos dinâmicos da personalidade, designadamente: processamento da informação, volição (adiar gratificação, planificação), *coping* e defesa, regulação de emoções, processos interpessoais e formação da identidade.

Estes autores consagram cinco traços de personalidade, que, na sua ótica, são estáveis: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade.

De facto, os traços de personalidade, para estes investigadores, desenvolvem-se desde a infância até à idade adulta, influenciando os pensamentos, sentimentos e comportamentos.

"A personalidade é um dos determinantes principais do bem-estar subjectivo. [...] existe uma relação estreita entre a afetividade positiva e a extroversão e o neuroticismo e a afetividade negativa " (Lima, 2010, p.111).

O envelhecimento é "um processo activo e dinâmico, influenciado pela personalidade da pessoa que envelhece e pelas suas aprendizagens " (Lima & Gabil, 2011, p.127).

A personalidade é considerada como um factor determinante para o envelhecimento bem-sucedido. Envelhece melhor quem é mais resiliente e possui plasticidade comportamental - termo introduzido por Baltes em 1990 -, sendo, por isso, capaz de lidar com uma variedade de exigências (Lima & Gail, 2011).

"A nossa personalidade é a nossa prisão? É aquilo que nos limita ou aquilo que nos possibilita aproveitar o mundo e usufruir?" (Lima & Gail, 2011, p.9)

Quadro II – Instrumentos que avaliam o tipo de personalidade

Nome do Instrumento	Apêndice – ref.
16PF-5 — Questionário Fatorial de Personalidade	cf. Quadro 2 – p. 42
AAQ - Questionário para o Envelhecimento, numa amostra de espanhóis idosos.	cf. Quadro 2 – p. 42

ÁRVORE — Teste do Desenho da Árvore	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
BFQ — Questionário de Personalidade Big Five	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
CAQ — Questionário de Análise Clínica	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
CECAD — Questionário Educativo-Clínico: Ansiedade e Depressão	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
CEP — Questionário de Personalidade	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
CESQT — Questionário para a Avaliação do Síndrome de Burnout	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
CET-DE — Questionário Estrutural Tetradimensional para a Depressão	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
CTC — Questionário Clínico TEA	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
DÜSS — Fábulas de Düss	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
EAE — Escalas de Avaliação do Stress	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
EBP — Escala de Bem-Estar Psicológico	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
EHS — Escala de Competências Sociais	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
EPI — Questionário de Personalidade de Eysenck – Formas A e B	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
EPQ-R — Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
ESFA — Escala de Satisfação Familiar por Adjetivos	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
GAI-SF	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
GPP-I — Perfil e Inventário de Personalidade de Gordon	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
H-T-P — Técnica Projetiva de Desenho: Casa-Árvore-Pessoa	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
IAS — Escalas de Adjetivos Interpessoais	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
IMAGEN — Avaliação da Insatisfação com a Imagem Corporal	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
ISRA — Inventário de Situações e Respostas de Ansiedade	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
JAS — Inventário de Atividade de Jenkins – Forma C	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
JSS — Questionário de Stress Laboral	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
Millon clinical multi-axial inventory (MCMI)	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
Millon Índice de Estilos de Personalidade - Revista (MIPS - revista)	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
MMPI- 2 – Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42

MMPI-2-RF — Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 – Reestruturado	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
NEO PI-R — Inventário de Personalidade Neo	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
PAI — Inventário de Avaliação da Personalidade	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
PCL-R - Escala de Avaliação de Psicopatía de Hare	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
PCL-R — Escala de Avaliação de Psicopatía de Hare Revista	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
RORSCHACH — Psicodiagnóstico – Pranchas	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
SIMS — Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
SIV — Inventário de Valores Interpessoais	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
SPV — Inventário de Valores Pessoais	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
STAI — Inventário de Ansiedade Estado-Traço	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
STAXI-2 — Inventário de Expressão de Ira Estado-Traço	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
TAT	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
TECA — Teste de Empatia Cognitiva e Afetiva	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
TOMM — Teste de Simulação de Problemas de Memória	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42
ZSC – Zulliger no Sistema Compreensivo	<i>cf.</i> Quadro 2 – p. 42

---

### Psicopatologia e funcionamento emocional

A Psicopatologia estuda as perturbações do funcionamento psicológico. Não existe, no entanto, consenso quanto à definição de Psicopatologia. Alguns autores defendem que o termo Psicopatologia engloba meramente comportamentos normais que se afastam da norma, em termos de frequência, duração e/ou intensidade.

Outros autores consideram que “os sintomas são mais do que meras versões de maior intensidade ou frequência de padrões que ocorrem naturalmente” (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007, p. 1029), ou seja, os comportamentos são distintos dos normais e são manifestações patológicas. “...: trata-se de doenças mentais, com causas igualmente psicológicas? Ou são essencialmente doenças físicas que se originam na estrutura do cérebro, mas cujas manifestações são mentais ou comportamentais?” (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007, p. 1030).

A Psicopatologia estuda sintomas específicos, nomeadamente psicológicos e fisiológicos que desencadeiam doenças específicas.

## Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos

Alguns aspetos das emoções são públicos como, por exemplo, os gestos e as expressões faciais, sendo por isso facilmente estudadas. Também as nossas respostas fisiológicas o são, recorrendo-se a monitores eletrónicos. Mais difícil é avaliar como as emoções são subjetivamente vivenciadas.

Para William James a experiência subjetiva da emoção é a tomada de consciência das nossas mudanças corporais. Deste modo, ficamos tristes porque choramos, zangados porque atacamos, e com medo porque trememos.

Por seu turno, Walter Canon refere que as reações simpáticas a estímulos são similares, ao passo que as nossas experiências emocionais variam.

Outra perspetiva é a teoria da atribuição da ativação que postula que a emoção depende da interpretação que fazemos da situação (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2007).

Para avaliarmos a experiência emocional podemos socorrer-nos de diversos testes psicológicos.

Quadro III – Instrumentos que avaliam a Psicopatologia e funcionamento emocional

<b>Nome do Instrumento</b>	<b>Apêndice – ref.</b>
ABS – Escala de comportamento agitado de Corrigan	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
ADAS - Escala de avaliação da demência de Alzheimer	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
AFASIA — Teste para o Exame da Afasia	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
ANILLAS — Teste das Argolas para a Avaliação das Funções Executivas	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
BENDER — Teste Gestáltico Visuomotor	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
BNCE - Breve Análise neuropsicológica cognitiva	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Brown attention-deficit disord scales for adolescents and adults (BrownADDScales)	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
BSI - Questionário breve de sintomas	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
California verbal leaning test	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
CAM - Método de avaliação da Confusão	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
CAMDEX - Exame de perturbação mental em idosos de Cambridge	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
CLIFTON — Procedimentos para a Avaliação de Idosos	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56

## Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos

---

DRS – Dementia Rating Scale	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
DRS – Escala de valorização do delirium	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
DRS-2 — Escala de Avaliação da Demência – 2	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
EEAG – Escala de avaliação da atividade global	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Escala de Isquemia de Hachinski	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Eurotest	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
FAST – Prova breve de avaliação do funcionamento	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
FDT — Teste dos Cinco Dígitos	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Informação-Memória-Concentração	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
IQCODE - Questionário do informador sobre a decadência cognitiva em Idosos	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
ISHIHARA — Teste de Percepção de Cores de Ishihara	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Lista de Figuras	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
LURIA-DNA- Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Metamemory and self-efficacy Questionnaire (MSEQ) MIA	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
MMSE – Mini exame do estado mental	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
PALPA-P — Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
PFISTER — Pirâmides Coloridas de Pfister	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
PHQ – Questionário de saúde do paciente	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
PORTEUS — Teste de Labirintos de Porteus	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
REY – Teste de Cópia de Figuras Complexas	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
SCB - Questionário da Carga do Cuidador	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
SCL-90-R – Questionário de 90 sintomas revisito	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
SDI – Inventário de incapacidade de Sheehan	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
SDMT — Teste de Símbolos e Dígitos	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Sistema gráfico de detecção da demência	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
STROOP — Teste de Cores e Palavras	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
TBDA — Teste de Boston para o Diagnóstico da Afasia	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Teste do desenho de um relógio	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
Teste dos 7 minutos	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56

TIDA — Teste de Identificação de Daltonismo	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
TRVB — Teste de Retenção Visual de Benton	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
VSAT — Teste de Procura Visual e de Atenção	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
WCST - Teste Wisconsin de Classificação de Cartas	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
WHO/DAS - Escala de incapacidade da OMS	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56
WHODAS II -	<i>cf.</i> Quadro 3 – p. 56

---

### Autonomia e capacidade funcional

O facto de ser idoso/a não é motivo para a existência de comprometimento da capacidade funcional. Contudo é nas idades mais avançadas que ocorre com maior prevalência o aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas. Associadas a estas doenças, surgem as incapacidades físicas que despoletam o desenvolvimento da dependência e conseqüente perda da autonomia (Diogo, 1997). Segundo Hogstel e Gaul (1991), a autonomia é vista como um princípio ético, ou seja, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, em que há livre arbítrio enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Referem ainda que, para ser autónomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar.

A autonomia inclui também a liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Portanto podemos considerar que a autonomia está diretamente relacionada com a capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária (Diogo, 1997).

### Quadro IV – Instrumentos que avaliam a Autonomia e capacidade funcional

---

<b>Nome do Instrumento</b>	<b>Apêndice – ref.</b>
MOS Short Form Health Survey – 36 Item (version 2)	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72
Rivernead behavioural memory test (RBMT)	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72
RPAB - Rivermead Bateria de Avaliação Preceptiva	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72
SIS — Escala de Intensidade de Apoios	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72
Teste de Desenvolvimento de Perceção Visual -Adolescente e Adulto: DTVP-A	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72
Teste de memória de reconhecimento (RMT)	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72

VINELAND-II — Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72
WRAML2 - Wide range achievement of memory and learning	<i>cf.</i> Quadro 4 – p. 72

---

### Qualidade de vida

O constructo qualidade de vida era inicialmente associado a uma abordagem economicista, baseado, por exemplo, nos rendimentos e bens materiais dos indivíduos. A partir da segunda metade do século XX essa abordagem alterou-se.

Assim, o conceito de qualidade de vida passa a ser contemplado não só como uma representação social com parâmetros objetivos, que se prendem com a satisfação das necessidades básicas, criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social da sociedade, mas também subjetivos; bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal.

Além desses parâmetros, o construto também inclui critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo. Ao analisar a qualidade de vida, devem-se considerar fatores políticos e de desenvolvimento humano. O grau de satisfação humana nas diferentes esferas de vida (familiar, amorosa, ambiental, social, profissional e existencial) relaciona-se com o padrão de conforto e bem-estar estabelecido pela sociedade (Ribeiro, 2008).

Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que cada indivíduo tem de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas ou negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e económicas.

Na área da saúde, assiste-se também a mudança de uma abordagem predominantemente biomédica para enfatizar a abordagem biopsicossocial

Diferentes conceitos têm sido estabelecidos, dos mais gerais aos mais específicos. Distinção tem sido feita entre a qualidade de vida global, as distintas dimensões da qualidade de vida (domínios) e os componentes que compõem cada dimensão.

Como refere Renata Pereira:

De acordo com Arnold et al. e Suurmeijer et al., o modelo de qualidade de vida de Spilker inclui a qualidade de vida global e os diferentes domínios, bem como os diferentes aspetos que compõem cada domínio. A avaliação da qualidade de vida

global, definida como a satisfação geral do indivíduo com a vida e a percepção geral do bem-estar, compõe o primeiro nível do modelo de Spilker. Os domínios da qualidade de vida, separadamente, compõem o segundo nível, e os mais utilizados são o psicológico, o social e o físico, que refletem a qualidade de vida satisfatoriamente, embora alguns estudos incluam também outros domínios, como produtividade, ambiente, cognição, ocupação e situação financeira. E, finalmente, o terceiro nível do modelo de Spilker é composto pelos aspetos específicos de cada domínio. (Pereira, 2006, p. 28).

O bem-estar depende de múltiplos fatores: sociodemográficos, metas pessoais, crenças de controlo do ambiente e da qualidade do tempo de lazer (Lima, 2010).

### Quadro V – Instrumentos que avaliam a Qualidade de vida

<b>Nome do Instrumento</b>	<b>Apêndice – ref.</b>
ADEQL – Qualidade de vida na doença de Alzheimer	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
BELS – Questionário de habilidades básicas da vida diária	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
CAN - Questionário de avaliação de necessidades de Camberwell	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
CSCV – Questionário Sevilha de qualidade de vida	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
CUBRECAVI — Questionário Breve de Qualidade de Vida	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
EEB – Escala de equilíbrio de Berg	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
EQ-5D – Questionário de Saúde EuroQol-5D	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Escala de incapacidade física e mental da Cruz Vermelha	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
GHQ – Questionário geral de saúde de Goldberg	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
IADL - Índice de atividades instrumentais da Vida Diária	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
ICF – Inventário da Classificação Internacional de funcionamento	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Índice de atividades da vida diária de Katz	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Índice de Barthel	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Índice de qualidade de vida de Spitzer	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Índice de qualidade de vida de Wisconsin	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Inventário de qualidade de vida	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
LQoLP – Perfil de qualidade de vida de Lancashire	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75

## Instrumentos de Avaliação Psicológica em Idosos

---

PAIS – Escala de ajuste psicológico à doença	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
PSP – Escala de funcionamento pessoal e social	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
QLDS – Escala de qualidade de vida para a depressão	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Q-LES-Q – Questionário sobre qualidade de vida: satisfação e prazer	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
QLS – Escala de qualidade de vida	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
Questionário Pfeffer	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
SASS – Escala autoaplicada da adaptação social	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
SF-36 – Questionário SF-36 sobre o estado de saúde	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
SIP – Perfil de impacto da doença	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
SLDS - Escala de satisfação com áreas da vida	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75
WHOQOL-100 – Instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS	<i>cf.</i> Quadro 5 – p. 75

---

### Conclusão

Como é evidente existem inúmeros instrumentos de avaliação psicológica da população com mais idade adaptados (ou por adaptar) em diferentes países.

No entanto, procuramos elencar alguns testes, a fim de fornecer uma lista de instrumentos passíveis de serem aplicados a idosos.

As pesquisas científicas acerca da velhice são, em modos e métodos científicos bastante recentes, mesmo que tomemos por base a própria recência da Psicologia científica.

Talvez não seja errado se dissermos que foi Erik Erikson o primeiro psicólogo que se dedicou à plenitude da vida humana, já que até ele os investigadores se limitavam quando muito a avançar até à adolescência/juventude, deixando de lado a idade adulta e, mais ainda, a chamada terceira idade. (Note-se que, hoje por hoje, já se fala em quarta idade a partir dos 80 anos) ...

Na linha da ortodoxia da teoria que lhe servia de base (a Psicanálise) considerava que a personalidade humana é uma estrutura dinâmica em constante desenvolvimento. Seguindo os padrões tradicionais também Erikson distinguia entre a espontaneidade da maturação, o crescimento e os seus limites que se confinariam ao fim da juventude e o desenvolvimento que nos acompanha toda a vida, não só em termos biofisiopsicológicos, como em termos sociológicos, vertente, aliás a que dedica mais atenção.

Não é do âmbito deste trabalho pormenorizar as fases/estádios considerados por Erikson, mas não deixa de ser interessante lembrar que a formação da identidade se inicia nos primeiros quatro estádios, se polemiza no 5.º e depois todos em conjunto se repercutem nos últimos três.

O último deles (Integridade versus Desespero) é marcado por um olhar retrospectivo procurando responder à questão fundamental: *a minha vida valeu ou não a pena?*

É de realçar que atualmente Portugal apresenta 19% da população com idade igual ou superior a 65 anos, mas até 2050 deverá ultrapassar os 40%, razão pela qual aparece em 34.ª posição segundo o relatório “Índice Global de Envelhecimento 2013”.

Deste modo, Portugal passa de oitavo para segundo lugar relativamente à população idosa, idades iguais ou superiores a 60 anos, entre 195 países.

Em 2030, as pessoas com mais de 60 anos irão representar 16% da população mundial, subindo para 22% em 2050.

À luz destas previsões é fundamental que se continue a investigar, neste âmbito da Psicologia, pois a evolução demográfica a nível mundial assim o exige.

A Avaliação Psicológica, nesta área, apresenta-se como uma ferramenta crucial para avaliar e diagnosticar, em vários domínios, a população idosa e, conseqüentemente, auxiliar na promoção da sua qualidade de vida, bem-estar e dignidade até ao término do ciclo vital.

O diagnóstico precoce de demência possibilita uma intervenção terapêutica, reduz o risco de acidente que ajuda a diminuir os níveis de *stress* dos familiares, prolonga a autonomia e em alguns casos pode mesmo retardar o quadro demencial.

Os instrumentos descritos são fulcrais no processo de avaliação, diagnóstico e monitorização da intervenção psicológica nesta população.

Os instrumentos abordados nesta dissertação ilustram o trabalho que se tem feito ao longo dos anos no campo neuropsicológico, mas também o desenvolvimento recente da investigação na área específica da avaliação psicológica de idosos em Portugal.

No entanto ainda há um longo caminho a percorrer, na medida em que instrumentos como WAIS-III, WMS-III carecem ainda de estudos de validação adicionais com grupos clínicos relevantes e normas que considerem não apenas a idade mas também a escolaridade (WMS-III). (Simões, 2012)

Existirão sempre instrumentos por adaptar e validar para a população portuguesa. Este processo deve ter cuidados técnicos de tradução e retroversão rigorosos operados por especialistas. (Simões, 2012)

O constante aumento das doenças neurodegenerativas justifica em Portugal, uma crescente necessidade de instrumentos de avaliação psicológica precisos e válidos.

O envelhecimento deve viver-se ativamente, de forma produtiva e satisfatória.

"A conquista do tempo é, sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade "  
(Lima, 2010, p.17).

“Que o envelhecer seja como um sorriso a espriar-se de forma bela e bonita... no  
tempo ...”

(Ernesto Martins)

### Referências bibliográficas

- Arroteia, J. & Cardoso, A. (2006). Envelhecimentos. *Psychologica*. N.42.
- Boaz, Cristine et al. (2008). Instrumentos de investigação cognitiva em idosos na avaliação das demências. *Psicologia.com.pt*
- CEGOC (2013). *Testes psicológicos*. Consultado através de <http://www.cegoc.pt/area-testes>.
- Costa, E. F. A. & Monego, E. T. (2003). *Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)*. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2.
- Diogo, M. J. D'Elboux (1997), A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. Ribeirão Preto: Rev. Latino-americana de enfermagem.
- Ferreira-Alves, J. & Novo, R. F. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Garcia-Portilla, M. P. et al. (2009). Banco de instrumentos básicos para a prática da psiquiatria clínica. Paço de Arcos: Ars Medica.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hogstel, M. O.; Gaul, A. L.(1991). *Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses*. *J. Gerontol. Nurs.*, v. 17, n. 3, p. 6-11, Estados Unidos.
- Jr, C. M. P. & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro.
- Lemaire, P. & Bherer, L. (2005). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Artes Gráficas.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P., Gail, A. (2011). Posso ser? Dinâmicas grupais em torno da personalidade e do envelhecimento. Coimbra: Edições MinervaCoimbra.
- Martins, E. (2013). *Gerontologia & Gerontagogia e Animação Sociocultural em Idosos*. Lisboa: Editorial Cáritas.
- Lopez, M. M. et al. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Morin, E. (1983). *O Paradigma Perdido: a natureza humana*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Neri, A. L. (2007). *O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento*. Conferência apresentada por ocasião da XXXVII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Florianópolis.
- Netto, M. C. (2008). *Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idoso*. Botucatu.
- Pereira, Renata Junqueira et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*.
- Ribeiro, Adalgisa Peixoto et al. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2006). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Thomson Learning Edições.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*.
- Vaquero, M. V. de L. (2003). *Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez. Un ejemplo de protocolo de evaluación*.
- Simões, Mário R. (2012), Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *RIDEP* N°34, vol. I