

A integração do mindfulness em intervenções na idade avançada

Margarida Pedroso de Lima

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal
mplima@fpce.uc.pt

Albertina L. Oliveira

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal
aolima@fpce.uc.pt



Resumo

A rápida expansão da utilização das técnicas e da atitude de *mindfulness* na intervenção desenvolvimental, educacional e terapêutica atestam da sua eficácia. Investigações recentes têm documentado os benefícios da sua utilização com pessoas de idade avançada, em vários contextos.

Neste artigo articulam-se os conhecimentos da psicogerontologia sobre as variáveis a ter em consideração na intervenção na idade avançada com a recente aplicação das abordagens *mindfulness* a esta faixa etária. Com a finalidade de promover o bem estar ou o reenquadramento existencial, o conjunto de princípios e técnicas que o *mindfulness* mobiliza tem vindo a revelar a sua grande potencialidade. Porém, urge ter em consideração as especificidades desta população de modo a contribuir para intervenções mais bem sucedidas, proíficas e sábias.

Palavras-chave: intervenção, idosos, *mindfulness*

Abstract

The rapid expansion of the use of mindfulness techniques and mindfulness attitude in developmental, educational and therapeutic interventions attest its effectiveness. Recent research has documented it's benefits with elderly people, in various contexts.

In this article we articulate the knowledge of psychogerontology about the variables to consider when doing intervention in old age with the recent application of mindfulness approaches to this age group. In order to promote wellbeing or help in the existential reframing needed to adapt to illness and old age, the set of principles and techniques that mindfulness mobilizes have revealed its great potential. However, it is urgent to take into account the specificities of this population in order to contribute to more successful, profitable and wise interventions.

Key-words: intervention, old age, *mindfulness*

Mindfulness na idade avançada

Não sendo ainda abundantes as investigações que tomam como objeto de estudo o *mindfulness* na idade adulta avançada, os resultados até agora obtidos, à semelhança do que tem ocorrido em etapas anteriores do desenvolvimento, vão revelando o seu elevado potencial para aumentar o bem-estar das pessoas idosas e melhorar a sua capacidade de lidar com o sofrimento, as dificuldades e as doenças (Smith, 2004; Rejeski, 2008; Moynihan et al., 2013). Tal como em relação a qualquer outro construto, não há uma definição totalmente consensual relativamente ao que se entende por *mindfulness*, com a particularidade neste caso de se preferir o termo em inglês, cuja origem corresponde a *sati* (em pali). Todavia, e recorrendo a uma das definições mais citadas na literatura da especialidade, o *mindfulness* diz respeito a um tipo particular de atenção, focada no momento presente, intencionalmente e de modo não ajuizador (Kabat-Zinn, 1990), que se vai cultivando de forma aberta e recetiva, através, habitualmente, da observação dos pensamentos, emoções, sensações, movimentos, os quais se constituem privilegiadamente nos objetos de atenção.

As abordagens *mindfulness* resultaram da confluência de duas epistemologias bastante distintas, a ciência e as tradições meditativas, particularmente as orientais, e têm sido propostas e utilizadas precisamente para ajudar a reduzir o sofrimento humano e a aumentar a sua felicidade.

De acordo com as tradições referidas, as intervenções baseadas no *mindfulness* constituem um ótimo recurso para promover ou otimizar o desenvolvimento humano, potenciando o bem-estar e o equilíbrio das pessoas. Efetivamente, ao mobilizarem especialmente o estado de alerta tranquilo e ao proporcionarem o enraizamento da pessoa e o foco da energia/atenção no momento presente, estão ao serviço do desenvolvimento da sabedoria, da não violência e da potenciação dos recursos pessoais. Desta forma, o *mindfulness* não se circunscreve a uma perspetiva terapêutica, resulta, antes, do cultivar de um modo de ser que tem tudo a ver “com o despertar, a compaixão e a sabedoria”, qualidades que se reconhecem como universais no ser humano (Kabat-Zinn, 2011, p. 283). Também podemos conceber o *mindfulness* como uma forma especial de compreender a relação das coisas (dos fenómenos, do que acontece, do que surge, etc.) com o sofrimento e a natureza da mente – sendo esta a essência do *dharma*¹.

Ainda segundo este último autor, o *mindfulness* tem um enorme potencial para ajudar as pessoas a desenvolver uma compreensão profunda sobre a íntima ligação entre mente e corpo, bem como para enveredarem por um modo de vida equilibrado, baseado em captar o ‘pulsar’ da vida com mais profundidade e autenticidade. É neste sentido que o *dharma* é proposto como “um caminho valioso e significativo para uma vida bem vivida, uma vida de devoção ao potencial do despertar e do aliviar o sofrimento” (Kabat-Zinn, 2011, p. 286).

Em termos mais específicos, e partindo da proposta conceptual de Wallace & Shapiro (2006), as práticas que lhe estão associadas mobilizam o equilíbrio de quatro fatores: conativo, atencional, cognitivo e afetivo. O primeiro relaciona-se diretamente com a aspiração de querer atingir um maior bem para si próprio e para os outros.

1. O *dharma* é um termo sânscrito que, literalmente, se reporta ao que sustenta, que mantém, estando intimamente ligado a uma compreensão profunda dos fenómenos da vida, em termos de direcção universal e de devir pessoal. Assim, aproxima-se, de certa forma, da percepção da essência das coisas, da verdade (Kabat-Zinn, 1990; Williams & Kabat-Zinn, 2013).

O equilíbrio atencional diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de sustentar a atenção num foco intencionalmente definido (um objeto, uma sensação, uma parte do corpo, um movimento, etc.). O equilíbrio cognitivo solicita a mobilização da pura atenção, sem que o conceptual (pensamentos, ideias, crenças, cognições) influencie a perceção ('ver' algo como se fosse a primeira vez). Neste âmbito, os pensamentos são considerados como entidades autoconstruídas de carácter transitório (são aceites, tal como se apresentam, em vez de reestruturados ou modificados). Por sua vez, o equilíbrio afetivo ocorre quando se verifica o afastamento da excessiva instabilidade emocional.

Chegar aos equilíbrios supramencionados não é possível através de uma prática pontual ou errática, pelo contrário, requer treino regular e sustentado. Efetivamente, o *mindfulness* está intrinsecamente ligado ao cultivo sistemático da atenção, o que implica a sua autorregulação e, simultaneamente, uma orientação para a experiência do momento presente, assente em atitudes específicas tais como a curiosidade, a abertura e a aceitação (Bishop et al., 2004). Na verdade, cultiva-se a consciência do que ocorre no momento presente (momento a momento) relativamente à experiência mente-corpo, seja ela de natureza cognitiva, emocional, cinestésica ou sensorial. A observação e aceitação do que ocorre no campo atencional, de uma forma não ajuizadora e não elaborativa ou discursiva, é um dos elementos fundamentais das práticas de *mindfulness* que permite operar a mudança da reatividade automática para a atitude de deliberação e ação consciente (Moynihan et al., 2013; Kabat-Zinn, 1990, 2003). Assim, dadas as suas características, as práticas continuadas de *mindfulness* vão-se traduzindo também, entre outros aspetos benéficos, numa melhor capacidade de descentração cognitiva e de controlo da reatividade emocional.

Considerando especificamente os mecanismos do *mindfulness*, Shapiro, Carlson, Astin e Freedman (2006) propuseram três elementos axiomáticos: a intenção, a atenção e a atitude. A intenção aponta para uma ação deliberada, a atenção abrange o foco escolhido, e a atitude (com que intencionalmente se presta atenção a algo), para além do já referido, inclui o cuidar, o não lutar, a compaixão, o deixar ir, a gentileza, a amabilidade/amorosidade e a confiança.

A treino de atenção *mindfulness*, assente nos pilares atitudinais referidos, promove uma transformação profunda na pessoa, não se circunscrevendo os resultados da prática a uma atitude mais calma e serena nos períodos formais de meditação, mas, com a sua continuidade, dá origem a um modo de ser e de viver marcado por um forte compromisso em estar de forma inteira em cada momento da vida ou em entrar plenamente no fluxo do momento a momento, a momento – na via de simplesmente ser!

As abordagens *mindfulness* parecem ser especialmente relevantes com pessoas de idade avançada, por intensificarem a ligação entre mente e corpo, e por radicarem numa via de consciencialização. Há muitas pessoas idosas que mantêm uma vida muito ocupada e que não apreciam atividades de índole meditativa, mas uma grande parte dispõe de bastante tempo e interesse em se dedicar a práticas de reflexão e consciencialização profunda da experiência, do seu sentido, a perspetivar a vida e o sentido das situações de outra forma e de um modo mais profundo (Simões et al., 2009). Por outro lado, a tomada de consciência da relação íntima entre mente e corpo, ao permitir quebrar a habitual perceção do seu dualismo e ao potenciar um relacionamento aceitante com as sensações (independentemente da sua natureza agradável ou desagradável), é especialmente benéfico no quadro da idade adulta avançada, uma vez que, tendencialmente, as

doenças, os sintomas e dificuldades são mais frequentes à medida que as pessoas avançam em idade.

Assim, as práticas de *mindfulness*, em virtude dos seus princípios operativos, constituem um caminho firme para se alcançar aquilo que, como destaca Rejeski (2008), e em sentido paradoxal, foi uma das principais conclusões dos numerosos estudos internacionais conduzidos por Myers e Diener (1995) a respeito da satisfação com a vida: que esta “não é tanto uma questão de se obter o que se pretende, mas de se desejar o que se tem” (p. 13)².

Para além de acentuar como benéfica a relação mente-corpo, Rejeski (2008) considera especialmente importante para o trabalho com idosos a promoção do equilíbrio conativo, uma vez que permite reestabelecer prioridades e tornar o comportamento diário mais consistente com as aspirações das pessoas relativamente àquilo pelo qual gostariam de ser lembradas.

No tópico seguinte apresentamos uma breve revisão sobre algumas considerações genéricas a ter em consideração quando fazemos intervenção na idade avançada.

Intervenções de *mindfulness* na idade avançada: considerações

No sentido genérico, podemos conceber a intervenção como um processo de mediação na promoção do bem-estar e da qualidade de vida. É um conceito muito lato que, quando temos em foco a idade avançada, abrange uma grande amplitude de processos, em função dos objetivos, áreas de intervenção, técnicas a usar, enquadramentos e agentes de mudança considerados (Quadro 1). As possibilidades de intervenção distribuem-se num contínuo do mais macro (e.g., sociedade) até ao mais micro (e.g., indivíduo). Porém, mesmo numa intervenção individual é importante ter em consideração o ecossistema e as variáveis contextuais.

Neste sentido, toda a intervenção aquando do seu planeamento deve ter em consideração as variáveis do sistema. Também deve ser colocada a questão de onde - no indivíduo ou no sistema - é que se pode antever a maior eficácia, a menor resistência e a maior abertura para uma mudança positiva. No sentido mais genérico, sabemos que quanto mais severa for a patologia (e.g., doença de Alzheimer) e mais pobre for o funcionamento do indivíduo, mais apropriadas serão as intervenções dirigidas ao meio envolvente. Por outro lado, quanto mais funcional o indivíduo for, mais adequadas serão as terapias dirigidas a níveis mais profundos de si próprio.

As possibilidades da intervenção na idade avançada baseiam-se no pressuposto, sustentado pelos gerontólogos, de que os adultos mais velhos têm potencial para crescer e mudar, à semelhança dos adultos mais novos, e que a posição contrária é discriminatória (*ageist*³). Embora a investigação existente aponte neste sentido (Chinen, 1986; Saiger, 2001), muitos estudos são ainda necessários para responder a inúmeras questões sobre a eficácia e as especificidades da intervenção com esta faixa etária.

2. Satisfaction with life "is less a matter of getting what you want than wanting what you have" (p. 13).

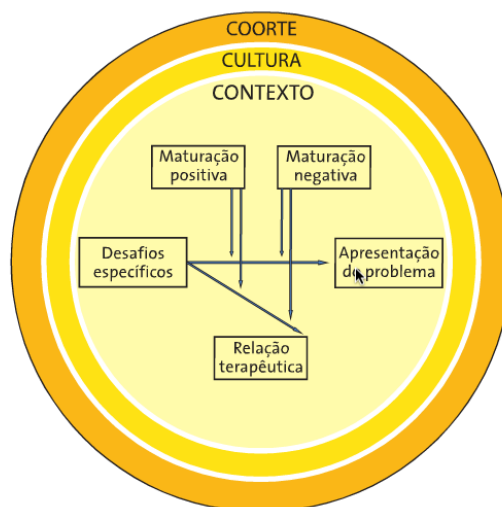
3. O *ancianismo* ou *idadismo* (*ageism*; Butler, 1969) é uma atitude negativa que comporta a desvalorização e o distanciamento em relação aos mais velhos, com todas as implicações éticas e profissionais que tal atitude implica.

Quadro 1. Classificação da intervenção por objetivos, áreas de intervenção, técnicas, enquadramentos e agentes de mudança.

Objetivos	Áreas de intervenção	Técnicas	Enquadramentos	Agentes de mudança
Alívio	Saúde	Farmacoterapias	Casa	Próprio
Compensação	Corpo	Psicoterapias	Trabalho	Família/amigos
Otimização/desenvolvimento	Cognição	Educação e treino	Instituições educativas	Paraprofissionais
Prevenção	Emocionalidade	Prestação de serviços	Hospital/cuidados continuados	Profissionais
	Socialização	Intervenções ecológicas	Lar/residência	Administradores
	Atitudes e valores	Intervenções legais	Centro de dia Comunidade Sociedade	Governo

Classicamente, autores do domínio da educação de adultos (Simões, 1999) sublinharam as especificidades da aprendizagem/educação dos adultos de idade avançada tecendo, a este propósito, recomendações várias. Mais recentemente, no domínio da intervenção psicoterapêutica e clínica, Knight (1996) e Knight e McCallum (1998) propõem o modelo contextual, baseado na coorte, na maturidade e nos desafios específicos (Contextual, cohort-based, maturity, specific challenge model - CCMSC), posteriormente aperfeiçoado pelos autores Knight e Poon (2008), dando origem à teoria contextual do ciclo de vida para adaptar a psicoterapia (Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy – CALTAP), esquematicamente apresentada na Figura 1.

Teoria contextual do ciclo de vida para adaptar a psicoterapia (Contextual Adult Lifespan Theory for Adapting Psychotherapy – CALTAP; Knight e Poon, 2008)



Modelo contextual, baseado na coorte, na maturidade e nos desafios específicos (Contextual, cohort-based, maturity, specific challenge model - CCMSC; Knight, 1996 e Knight e McCallum, 1998).

Figura 1. Componentes do Modelo CALTAP (Knight & Poon, 2008).

Também recentemente, a American Psychological Association (APA, 2004) publicou um conjunto de orientações que constituem a sua posição oficial sobre a disponibilização de serviços psicológicos a pessoas idosas. Por outras palavras, apesar de se mostrarem eficazes, as intervenções com pessoas idosas devem atender a especificidades que otimizam os resultados e permitem o ajustamento às necessidades específicas de cada geração e pessoa. Para além destas especificidades para a população idosa, existem ainda recomendações transversais a todas as intervenções que, de acordo com a APA (2006), se baseiam em três elementos essenciais: (1) o uso da melhor informação científica disponível, (2) a existência de profissionais especializados, e (3) a preocupação com os valores e preferências dos clientes.

Os modelos CCMSC e CALTAP, acima referidos, integram conceitos da abordagem do ciclo de vida (Sanrock, 2002), da psicologia do desenvolvimento, da gerontologia social e da experiência clínica na psicoterapia com adultos de idade avançada. Os modelos sugerem que as pessoas idosas apresentam maior maturidade⁴ do que os adultos mais novos, mas podem também estar a enfrentar alguns dos desafios mais difíceis da idade adulta. Sublinham ainda que a cultura, o contexto social dos adultos mais velhos e o facto de serem membros de coortes que nasceram há mais tempo deve ser reconhecido e integrado na intervenção.

Apesar de existirem algumas diferenças importantes na intervenção com adultos mais velhos, as intervenções devem ser recriados não tanto devido às diferenças etárias ou estágio de desenvolvimento em que as pessoas se encontram mas, sobretudo, aos efeitos do contexto e dos desafios específicos do final da vida (Kessel et al., 2002; Knight & Satre, 1999; Knight, 1999; Knight & McCallum, 1998). Trabalhar com adultos debilitados de idade avançada requer, por exemplo, que o terapeuta seja mais flexível no estabelecimento do local, da duração e frequência das sessões (Young & Reed, 1995) e que esteja à vontade com questões ligadas à transcendência e espiritualidade (Simões et al., 2009).

Os efeitos do contexto fazem-se sentir sobretudo para as pessoas idosas a viver em lares e unidades de cuidados continuados de longa duração, levando à necessidade de mudanças e adaptações na dinâmica do processo psicoterapêutico. Apesar de menos diferente e, conseqüentemente, menos especializado, do que o meio institucional, trabalhar com clientes na comunidade, sobretudo se estão em ambientes etariamente segregados, requer conhecimentos sobre os estilos de vida pós-reforma, bem como sobre as regras sociais destes sistemas. Estas regras podem ser aprendidas com as pessoas mais velhas porque, se assim não for, a avaliação será feita com base nas normas e cultura dos jovens-adultos e adultos, cujas vidas são pautadas pela escola e pelo trabalho, e não pelos horários dos centros de dia, refeições e redes familiares dispersas (Knight, 2004).

A adaptação ao trabalho com membros de outras coortes é semelhante na dificuldade e na flexibilidade requerida para trabalhar com pessoas de géneros, etnias e classes sociais diferentes. Requer sensibilidade às especificidades e conhecimentos sobre a história de vida e a socialização dessas pessoas. O efeito de coorte implica também modificações no processo e nas relações psicoterapêutica e educativa, visto que as gerações mais velhas têm valores e experiências diferentes das gerações nascidas mais recentemente (Knight, 2004).

4. A maturação acarreta alguma lentificação, mas também uma maior complexidade emocional e riqueza pessoal, fruto das experiências acumuladas ao longo da vida. A maturação positiva estaria relacionada com a sabedoria na idade avançada (Baltes & Staudinger, 2000).

Seja como for que as pessoas mais velhas sejam concetualizadas, e apesar de determinados tópicos serem apontados como típicos e característicos deste período de vida, não devemos esquecer que o envelhecimento é uma experiência profundamente idiossincrática. O que torna os indivíduos diferentes, à medida que envelhecem, é a combinação de muitos fatores biológicos e sócio-históricos (como, por exemplo, o local de nascimento, a geração a que pertencem, a alimentação, a educação, a saúde física e mental, o tamanho e a composição familiar, o momento histórico que estão a viver, a hereditabilidade, etc.).

Existem também inúmeros aspetos que, embora não sejam exclusivos das pessoas mais velhas, surgem mais recorrentemente nas idades avançadas, e devem, conseqüentemente, ser tidos em consideração: perda, depressão, ansiedade, medos em relação ao futuro, solidão e consciência da própria mortalidade.

Há muitas formas de viver a velhice, mas para algumas pessoas os problemas do dia-a-dia podem ser excessivos e difíceis de lidar. Existem muitas perdas que uma pessoa mais velha pode experienciar, incluindo a perda da independência, da saúde, da mobilidade, da casa própria e dos entes amados, e a maior probabilidade de os vivenciar simultaneamente dificulta a sua gestão (Kubler-Ross, 1993; Smyer & Qualls, 1999). Muitas pessoas idosas viveram com os companheiros durante muito tempo, tendo, compreensivelmente, laços fortes a uni-los, tornando a adaptação à viuvez difícil. Por outro lado, à medida que envelhecemos o número de mortes de amigos e familiares chegados aumenta e, conseqüentemente, a pessoa idosa pode experienciar uma sobrecarga de luto (Kubler-Ross, 1993). Estas experiências mais comuns e transições na idade avançada criam, muitas vezes, necessidades específicas de intervenção (Santrock, 2002).

As pessoas mais velhas preocupam-se, frequentemente, com a sua saúde e bem-estar, bem como com questões práticas e financeiras do seu dia-a-dia. Subjacente a estas preocupações, está o receio de deixarem de ser independentes, não poderem continuar a governar a sua vida e não conseguirem viver autonomamente na sua casa.

Algumas pessoas mais velhas experimentam sentimentos intensos de solidão, sobretudo quando permanecem na sua casa depois da morte do cônjuge, e outras sentem que a sociedade as desconsiderou (como é o caso de alguns reformados) (Simões, 2006; Simões et al., 2009, 2010).

Frequentemente, a vivência da perda do companheiro/a, de amigos ou de familiares leva a uma consciência mais aguda da própria mortalidade. O aproximar da morte dá um sentido de urgência e de motivação ao trabalho de intervenção (Yalom, 2008). Providenciar, por exemplo, aconselhamento especializado para as pessoas mais velhas nestas circunstâncias, bem como aprendizagens no domínio das abordagens de *mindfulness* (Lima, Oliveira, & Godinho, 2011), para além de representar uma validação e uma valoração importante da sua vida e experiência (Knight, 1999; Rainsford, 2002), potencia a promoção do bem-estar, da saúde mental e do sentido de equilíbrio e satisfação interior.

Em suma, os fatores e processos coextensivos à duração da nossa vida que afetam a forma como uma pessoa envelhece são inúmeros e contribuem para que os indivíduos se tornem, crescentemente, diferentes uns dos outros. Este facto pode explicar a heterogeneidade dos indivíduos, na última fase da vida.

Os adultos mais velhos enfrentam as situações e acontecimentos da vida da mesma forma que as pessoas de outras faixas etárias, e a capacidade para com eles lidar varia de pessoa para pessoa. A

idade cronológica pode diferir, consideravelmente, da idade funcional e as eventuais mudanças incapacitantes relacionadas com a idade ocorrem a ritmos diferentes em pessoas diferentes - nem começam ao mesmo tempo, nem ocorrem simultaneamente – e o seu efeito é diferencial entre os indivíduos. Contudo, sejam quais forem as mudanças (fisiológicas, sensoriais, emocionais, físicas) que possam surgir com o decorrer da idade, a maioria dos idosos são saudáveis e vivem adequadamente e expressivamente no mundo contemporâneo.

Devido ao número crescente e à natureza heterogénea da população idosa, há necessidade de compreender os processos normais e patológicos do envelhecimento, para poder intervir com maior eficácia (Pinquart & Soerensen, 2001). Distinguir, por exemplo, as influências físicas e psicológicas nos sintomas e problemas é pertinente, e levanta questões novas, tanto para a avaliação como para a intervenção. Conhecimentos específicos sobre os efeitos das diferentes doenças crónicas, bem como aptidões e capacidade emocional para trabalhar com pessoas com limitações ou deficiência tornam-se essenciais. Em suma, a formação inicial e contínua, acompanhada de supervisão com pessoas com mais experiência, é fundamental para os técnicos a trabalhar nesta área. Na perspetiva de Knight (1999), ver algumas pessoas idosas que são como os outros adultos não requer muita especialização, mas ver muitas pessoas idosas com problemas variados, e que se encontram em diferentes contextos, requer experiência e um conhecimento especializado (Knight, 2004).

Apesar das inúmeras questões, que ainda precisam de ser sujeitas a investigação, a literatura (Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Carstensen, 1996) neste domínio aponta para um conjunto de pressupostos que contribuem para o sucesso da intervenção com pessoas de idade avançada e que passamos a resumir de forma breve. O primeiro deles é evitar reducionismos, já que a complexidade é o que caracteriza muitas das situações de intervenção com a maioria das pessoas mais velhas. Neste sentido, é importante coordenar esforços de intervenção interdisciplinar, dentro de um sistema alargado e elaborado com o propósito de promover o bem-estar da pessoa idosa. Por outro lado, convocar o sujeito e tratá-lo como coautor de um processo de intervenção assenta na afirmação da sua dignidade e favorece a elaboração e a prossecução dos seus projetos e, deste modo, potencia a eficácia da intervenção.

No que concerne às pessoas mais velhas, várias formas de intervenção para diferentes problemáticas têm sido propostas. Estas vão, como vimos, de programas comunitários, à escala global ou local, a projetos para mudar as instituições a diferentes níveis, desde intervenções educacionais até psicoterapias individuais ou com grupos de pessoas idosas.

Importa compreender também quais as barreiras que dificultam o acesso das pessoas idosas à intervenção, o que é possível através da exploração da diversidade de atitudes, em torno desta procura. Entre estes obstáculos, destacam-se a escassez de serviços especializados de geriatria e gerontologia; as dificuldades ao nível dos diagnósticos e da avaliação; as limitações de espaço dos locais onde é possível fazer intervenção (Lima, 2011; 2008; Yang & Jackson, 1998); a falta de confiança na formação dos técnicos (Lima, 2004); as crenças negativas, acerca da doença mental nesta fase da vida (Wong, 2000); o estigma associado à procura dos serviços de saúde mental por parte dos mais velhos (Knight, 2004); a ausência de prática adequada e supervisão clínica dos profissionais que intervêm com esta população (Nordhus & VanderBos, 1998); o paralelismo com a relação médico-paciente (mais hierarquizada e diretiva), que compromete o sucesso das intervenções na área da psicologia e da educação; e, finalmente, mas não menos importante, a resistência e

relutância, por parte de muitos profissionais, em relação ao trabalho com esta população (Simões, 1985; Sousa et al., 2007).

Apesar de ser inegável a existência de barreiras no acesso das pessoas mais velhas à participação, as intervenções com adultos de idade avançada têm-se revelado, de um modo geral, eficazes (Stirling, 2010; Van Etten, 2006). Além da sua eficácia, a intervenção em idades avançadas assume grande importância, dada a relevância do seu papel na promoção da qualidade de vida e na redução das incapacidades funcionais. Numa revisão da literatura sobre o domínio, Kennedy e Tanenbaum (2000) verificaram que, efetivamente, não obstante a maioria dos estudos analisados contarem com algumas limitações metodológicas, os resultados das intervenções eram positivos. Assim, muitas formas diferentes de intervenção e de terapia e aconselhamento, individuais ou grupais, realizadas em contexto institucional ou não, têm sido sugeridas, como podendo aliviar estados negativos e serem eficazes com pessoas mais velhas (Gatz, 1998; Gatz & Knight, 1998; Knight, 1999; Lima, Oliveira & Godinho, 2011).

Consequentemente, as investigações disponíveis apoiam a eficácia das intervenções educacionais, desenvolvimentais, sociais e psicológicas com adultos de idade avançada (Oliveira & Lima, 2011), embora os recursos comunitários, a este nível, ainda sejam escassos no nosso país.

A multiplicidade de formas de viver não é exclusiva da idade avançada, porém, esta constatação, nesta fase, reforça o lugar da prevenção e da educação na promoção do bem-estar que, quando presentes de forma eficaz, minimizam os danos no decurso do desenvolvimento, assumindo particular relevância para ditar o 'sucesso' na idade avançada. Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas diversas investigações na área da concentração, na aceitação e no presente através de abordagens de *mindfulness* (Baer, 2006; Crane, 2009; Hayes et al., 2004; Hick & Bien, 2008; Lima et al., 2011), aprender a perdoar e a esquecer (Cosgrove & Konstam, 2008), a ser compassivo (Gilbert, 2005) e a desenvolver capacidades de autorregulação (Steverink, Lindenberg, & Slaets, 2005).

Existe também um número considerável de estudos sobre prevenção com pessoas idosas na área da saúde, relacionando fatores de risco com diferentes condições ou doenças (e.g., Glick, 2009; Golden, 2008; Sundberg et al., 1983). O objetivo destas estratégias preventivas é reduzir ou atrasar o aparecimento de disfunções normalmente associadas ao envelhecimento. Simões (2005) refere que muitas doenças crónicas são precedidas de sinais premonitórios (como o aumento da tensão arterial ou o aumento do peso), aos quais raramente se dá a devida importância. Se, porém, mesmo face a valores considerados normais se adotasse uma atitude preventiva (fazendo dieta ou exercício físico), poderia, muitas vezes, evitar-se que uma situação crónica se instalasse (Sousa et al., 2007). Nesta promoção da saúde e prevenção de fatores de risco na velhice, é importante considerar a percepção de controlo, ou seja, a crença nos resultados positivos inerentes à execução desses comportamentos e, por outro lado, as expectativas quanto aos resultados e a sua influência num envelhecimento bem sucedido, uma vez que estão relacionadas com a iniciação e manutenção de comportamentos promotores de saúde.

Um bom exemplo de intervenção preventiva com idosos são os grupos de desenvolvimento, que têm como objetivo, precisamente, a prevenção e o desenvolvimento e consistem na formação de um grupo temporário, destinado à aprendizagem experiencial de novos padrões de comportamento, permitindo o desenvolvimento do autoconhecimento, o aumento do interesse pelos outros, o estabelecimento de relações interpessoais mais eficazes e a tomada de consciência dos processos

que facilitam ou inibem o funcionamento do grupo (Gazda & Pistole, 1985; Lima, 2011; Lima & Gonzalez, 2007; Schutz, 1971). Estes grupos assumem particular relevância, dada a importância da prevenção, uma vez que o envelhecimento é também (e sobretudo) desenvolvimento.

Em suma, além da menor resistência à adesão ao apoio preventivo por parte das pessoas idosas, os resultados positivos que vão sendo evidenciados atestam a sua relevância (Wong, 2000). Associadas à prevenção existem, igualmente, inegáveis vantagens sociais e políticas, na medida em que, mantendo serviços preventivos, promotores da qualidade de vida dos mais velhos e do seu envolvimento comunitário, atrasa-se ou suprime-se a necessidade de gastos posteriores mais dispendiosos.

A prevenção e a educação assumem, deste modo, uma posição de destaque numa perspetiva que sublinha a importância dos fatores culturais e do contexto, como processos que permitem ajudar as pessoas a mudar e a alterar comportamentos de risco, evitando ou atrasando consequências graves ao nível funcional, emocional e social. No entanto, para que tal aconteça, é necessário trabalhar lado-a-lado com as pessoas, o que constitui o segredo do sucesso da prevenção em idades avançadas (Simões, 2006; Simões et al., 2006b; Snyder & Lopez, 2002).

A intervenção com recurso ao *mindfulness* na idade avançada pode ser usada numa perspetiva curativa (e.g., intervenção com pessoas com depressão), mas também (e sobretudo) numa perspetiva preventiva e educativa. Dando recursos, desenvolvendo aptidões e permitindo à pessoa aprender uma nova forma de estar na vida: mais aceite, mais consciente, mais libertadora. Como vimos anteriormente, a prática de *mindfulness* está relacionada com diversos parâmetros de bem-estar, bem como com o desenvolvimento da capacidade de lidar com a dor e a adversidade.

Conclusões

Neste artigo apresentámos algumas das vantagens da aplicação das técnicas e da atitude *mindfulness* à idade avançada. Sublinhámos ainda a importância de ter em atenção os conhecimentos derivados da educação de adultos e da psicogerontologia no sentido de otimizar as intervenções de caráter diverso, tendo deixado numerosas pistas para essa otimização. Considerando a integração de abordagens centradas nos princípios do *mindfulness*, se é claro que em termos das práticas formais principais, no caso das pessoas idosas, e tratando-se especialmente do *mindfulness* dos movimentos (exercícios de *hatha yoga*) e do *mindfulness* do caminhar, elas têm de ser adaptadas às condições de mobilidade da pessoa, por outro lado, tendo em conta que estamos no domínio da educação de idosos e que os programas de treino em *mindfulness* têm uma natureza didática (Moynihan et al., 2013), é necessário contemplar as mudanças mais normativas nos processos de envelhecimento que fomos referindo ao longo do artigo. Contudo, nunca é demais enfatizar que é necessário ter em conta aquilo que muitas vezes é tomado como óbvio, mas não raras vezes desconsiderado, que a lentificação dos tempos de resposta implica a necessidade de falar um pouco mais devagar, de realizar menos exercícios (e com mais tempo), de respeitar o ritmo de cada pessoa, de ter em atenção défices auditivos e visuais, confirmando com mais frequência se cada participante está de facto a acompanhar as atividades, de dar algumas orientações mais personalizadas, e de trabalhar com grupos mais reduzidos (embora este último aspeto dependa em grande parte das limitações dos membros do grupo).

Finalizando, e num plano ainda mais importante, é fundamental ter em consideração todos os aspetos mencionados que abrangem os aspetos de natureza ética, contextual e de relação com a pessoa mais velha – temos sempre muito a aprender com ela e merece toda a nossa consideração e apreço.

Referências Bibliográficas

- APA – Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego: Academic Press.
- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16 (4), 397-422.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from behavioural sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611–626.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.
- Baltes, P. B., & Kunzmann, U. (2003). Wisdom: The peak of human excellence in the orchestration of mind and virtue. *The Psychologist*, 16, 131–133.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55 (1), 122-135.
- Bishop S., Lau M., Shapiro S., Carlson L., Anderson N., Carmody J., ... Devins G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Chinen, A. (1986). Adult development, self-contexting, and psychotherapy with older adults. *Psychotherapy*, 23, 411-416.
- Cosgrove, L., & Konstam, V. (2008). Forgiveness and forgetting: Clinical implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 1-13.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy*. East Sussex: Routledge.
- Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp.101-120). New York: Plenum.
- Gatz, M., & Knight, B.G. (1998). Psychotherapy with older adults. In G.P. Koocher, J.C. Norcross, & S.S. Hill (Eds.), *Psychologist's desk reference* (pp.370-373). Oxford: Oxford University Press.

- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Glicken, M. (2009). *Evidence-based counselling and psychotherapy for an aging population*. San Diego: Elsevier.
- Golden, L. (2008). *Case studies in counselling older adults*. Upple Saddle River, NJ: Merrill/Prentice-Hall.
- Hayes, S., Follette, V., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hick, S., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: The Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12 (1), 281-306.
- Kennedy, G., & Tanenbaum, S. (2000). Psychotherapy with older adults. *American Journal of Psychotherapy*, 54, 386-407.
- Kessel, S., Merrick, J., Kedem, A., Borovsky, L., & Carmeli, E. (2002). Use of group counseling to support aging-related losses in older adults with intellectual disabilities. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(1-2), 241-251.
- Knight, B. (1992). *Older adults in Psychotherapy: Case histories*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Knight, B. G. (1996). *Psychotherapy with older adults* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd Ed.). New York: Sage.
- Knight, B., & Poon, C. (2008). Contextual adult life span theory for adapting psychotherapy with older adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.
- Knight, B. G. (1999). The scientific basis for psychotherapeutic interventions with older adults: An overview. *Journal of Clinical Psychology*, 55(8), 927-934.
- Knight, B.G., & McCallum, T.J. (1998). Adapting psychotherapeutic practice for older clients: Implications of the contextual, cohort-based, maturity specific challenge model. *Professional Psychology*, 29, 15-22.
- Kubler-Ross, E. (1993). *On death and dying*. New York: MacMillian.
- Lima, M. P. (2004). Como posso não me perder com tantas perdas. *Psychologica — especial: perspectivas sobre a perda*, 22, 133-145.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar?: Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.

- Lima, M. P. (2008). Counselling older adults with family issues: Forgiving and empowering. In L. Sousa (Ed.), *Families in later life: Emerging themes and challenges* (pp. 75-96). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimentos*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P. (2011). Intervenção em grupo com pessoas idosas. In P. M. Matos, C. Duarte, & M.E. Costa (Coords.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 229-242). Porto: LivPsic.
- Lima, M. P. (2012). A arquitectura incompleta da personalidade na velhice. In Ó. Ribeiro, & C. Paúl (Coords.), *Manual de Gerontologia* (pp. 129-140). Porto: Lidel.
- Lima, M. P., & Gonzalez, A. J. (2007). Terapia de grupo con mayores: Un estudio de caso. In *Itinere Publicación de Estudios Interdisciplinarios, III (Março)*.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W., & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and Immune function. *Neuropsychology, 68*, 34-43.
- Myers, D., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science, 6*, 10-19.
- Nordhus, I. H., & VandenBos, G. (Eds.) (1998). *Clinical Geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 45* (1), 165-183. Doi: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_45-1_9f
- Oliveira, J., & Lima, M. (2011). Terapia de Esperança: Uma intervenção grupal que vi- sa promover a esperança de idosos institucionalizados. *Psicologia, Educação e Cultura, XV* (2), 229-244.
- Pinquart, M., & Soerensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta analysis. *Journal of Mental Health and Aging, 7*(2), 207-243.
- Poon, C., & Knight, B. (2009). Influence of sad mood and old age schema on older adults' attention to physical symptoms. *Journal of Gerontology, 64B*, 41-44.
- Rainsford, C. (2002), Counseling older adults. *Reviews in Clinical Gerontology, 12*, 159-164.
- Rejeski, W. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist, 48*(2), 135-141.
- Ribeiro, L., & Lima, M. P. (2012). *Positividade*. Porto: Impulso Positivo.
- Riley, K., & Carr, M. (1989). Group psychotherapy with older adults: The value of an expressive approach. *Psychotherapy, 26*, 366-371.
- Saiger, G. M. (2001). Group psychotherapy with older adults. *Psychiatry, 64* (2), 132-145.
- Santrock, J. (2002). *Life-span development*. New York: McGraw Hill.
- Schroots, J., Fernández-Ballesteros, R., & Rudinger, G. (1999). *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.

- Schutz, W. (1971). *Expanding human awareness*. Nova York. Grove Press.
- Schwarz, N. (Eds.) (2003). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.
- Simões, A. (1999). A educação dos idosos: Uma tarefa prioritária. *Revista Portuguesa de Educação*, 12 (2), 7-27.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Alcoforado, ... Sousa, L. N. (2006b). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psicologica*, 42, 115-131.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Oliveira, A. L., Alcoforado, J. L., & Ferreira, J. A. (2009). O sentido da vida: Contexto ideológico e abordagem empírica. *Psicologica*, 51, 101-130.
- Simões, A., Oliveira, A. L., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., & Nogueira, S. M. (2010). O MLQ: Um instrumento para avaliar o sentido da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, 14 (2), 247-268.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Smith, E. (2006). The strength-based counseling model. *The Counseling Psychologist*, 34, 13-79.
- Smyer, M. A., & Qualls, S. H. (1999). *Aging and mental health*. Malden, MA: Blackwell.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.63-73). New York: Oxford University Press.
- Sousa, L., Relvas, A., & Mendes, Á. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica: Apoio das unidades de saúde a doentes crónicos idosos e suas famílias* Lisboa: Climepsi Editores.
- Stirling, E. (2010). *Valuing older people: Positive psychological practice*. New Delhi: Wiley-Blackwell.
- Sundberg, N. D., Taplin, J. R., & Tyler, L. E. (1983). *Introduction to Clinical Psychology: Perspectives, issues, and contributions to Human service*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Van Etten, D. (2006). Psychotherapy with older adults Benefits and barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*, 44, 11, 28-33.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and wellbeing. Building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61, 690–701.
- Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, 61, 227–239.
- Williams, J. M., & Kabat-Zin, J. (2013). *Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins and applications*. London: Routledge.
- Wong, N. (2000). Handbook of counseling and psychotherapy with older adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1716-1717.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (3rd Ed.). New York: Basic Books.

- Yalom, I. (2005). *The theory and practice of group counseling and psychotherapy* (5th Ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (2008). *De olhos fixos no sol*. Parede: Saída de Emergência.
- Yang, Janet A., & Jackson, C. L. (1998). Overcoming obstacles in providing mental health treatment to older adults: Getting in the door. *Psychotherapy*, 35(4), 498-505.
- Young, C., & Reed, P. (1995). Elders' perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of Psychiatric Nursing*, IX, 338-347.