

CUIDADOS CONTINUADOS DE PSICOLOGIA OU “SE MAOMÉ NÃO VAI À MONTANHA...”

(2006)

Tese de pós-graduação em Psicologia Criminal, da Justiça e da Exclusão Social

Ana Cristina Simões

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal

Orientador:

Professor Doutor Carlos Poiares

Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Email:

anasimoes.psicologia@gmail.com

RESUMO

Ao perspectivar o envelhecimento num duplo eixo histórico e geográfico-cultural, verifica-se que os idosos tanto têm sido venerados como detentores da sabedoria, como são despojados de todo o respeito e vistos como inúteis, como um peso para a família.

Esta perspectiva moderna do idoso surge em virtude da moldagem dos valores familiares aos princípios consumistas da sociedade hodierna, moldagem essa que levou à quebra de laços intergeracionais e, conseqüentemente, a situações de exclusão social endógena e exogenamente criadas.

Assim, pretende-se com este artigo construir um projecto de intervenção que promova um envelhecimento pautado pelo bem-estar psicossocial da pessoa idosa em geral, e particularmente daqueles com mobilidade reduzida, bem como dirimir situações de depressão causadas pelo isolamento inerente à exclusão social bem como a problemáticas de saúde inerentes à faixa etária visada, junto da população da freguesia de S. Jorge de Arroios, Lisboa.

Palavras-chave: Envelhecimento, Terceira Idade, Exclusão social, Intervenção juspsicológica

O envelhecimento é um processo universal e complexo que tem sido definido como se traduzindo em todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que surgem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos (Gonçalves, 1990, citado por Fernandes, 2002), a «perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente» (Robert, 1994, citado por Fernandes, 2002, p. 21).

Lidz (1983, citado por Fernandes, 2002) refere a existência de três fases sucessivas, podendo o idoso atingi-las todas ou não: (i) a fase “idoso”, em que não se verificam alterações orgânicas significativas (o indivíduo é capaz de satisfazer todas as suas necessidades e as modificações existentes na sua vida decorrem da reforma); (ii) a fase “senescência”, fase em que o indivíduo começa a sofrer alterações no âmbito da condição física ou de outra natureza, factores que o levam a ter de confiar noutros (esta fase remete para uma velhice avançada); (iii) a fase “senilidade”, em que o cérebro já não exerce a função de órgão de adaptação e em que o indivíduo se torna (quase) dependente e necessita de cuidados completos.

O modo como o idoso tem sido perspectivado tem variado histórica, geográfica e culturalmente ao longo dos tempos, tendo sido alvo da exclusão social pela fragilidade, perda de jovialidade, perda de agilidade física e mental próprias do avançar da idade, bem como de inclusão social pela sabedoria (definida por Erikson (1968, pp.135-136) como uma “inteligência que alcança a maturidade, um saber que se acumulou, um juízo maduro, uma ampla compreensão”) ganha devido ao acumular de experiências e vivências, representando, desta forma, o culminar do desenvolvimento do ciclo de vida (Agreda, 1999; Bize e Vallier, 1985; Marchand, 2001).

Ao longo dos últimos trinta anos, as problemáticas suscitadas pelo envelhecimento assumiram contornos de um problema social: se por um lado o desenvolvimento científico (nomeadamente no âmbito da Medicina e da Farmacologia) possibilitaram o aumento da esperança de vida, o “retardar da morte” (Parkes, Laungani & Young, 1997, p. 21), por outro lado, as conjunturas económico-social e cultural levaram a um envelhecimento demográfico e a questões de ordem financeira: com a emancipação feminina e o facto de as mulheres terem conquistado a sua entrada num mundo masculino (terem arranjado empregos e, acima de tudo, terem ocupado lugares de chefia), verificou-se a emergência de uma moratória no que tange a procriação. Ainda que tal tenha tornado o mundo laboral mais competitivo, levou também ao envelhecimento demográfico e, conseqüentemente, (devido ao estabelecimento de um Estado-Providência nos países europeus, bem como a adopção do sistema de Segurança Social universal, que abrange os reformados) ao aumento de encargos financeiros por parte do Estado, situação empolada pela já quase extinta possibilidade da pré-reforma.

Assim, e com a necessidade de alargar os anos de trabalho para a reforma, os idosos passaram a ser considerados dispensáveis (Parkes, Laungani & Young, 1997), vistos como obstáculos ao desenvolvimento social, pessoas que já não são úteis para a sociedade e, conseqüentemente, se

tornam, uma despesa mais para as suas famílias e para o Estado e cuja solução passa ora pela sua institucionalização (lares e centros de dia, hospitais e centros de saúde; Lima e Viegas, 1988, citados por Paúl, 1997), ora pela sua clausura nas suas casas ou na casa de familiares (Pereira, 1995; Rosa, 1995).

A idade é, portanto, encarada como um factor de desvalorização social, representando a reforma um corte com a vida activa, um rito de passagem para a inacção, pautada por sentimentos de inutilidade e, conseqüentemente, o início do fim (Bize e Vallier, 1985).

Erikson (1950, p. 247) designou por Integridade do Eu/Desespero esta passagem da vida activa para a reforma, tendo este autor definido a Integridade do Eu do seguinte modo:

«só naquele que de alguma forma tem cuidado
de coisas e pessoas e se tem adaptado aos
trunfos e desilusões inerentes à sua
condição de criador de outros seres humanos
e gerador de produtos e ideias, só nele pode
amadurecer o fruto dessas sete etapas
[estádios de desenvolvimento anteriores]».

No entanto, esta passagem para a reforma pode despoletar uma crise familiar, devido ao *stress* originado por esta transição e pela imprevisibilidade que a mudança acarreta (Alarcão, 2000), uma vez que a passagem da vida activa para a reforma é, em regra, sentida como uma perda: se as sociedades vêm a morte orgânica, biológica como uma transição para a pessoa que morre (Parkes, Laungani & Young, 1997), a reforma marca um ritual de passagem, de transição para a morte social (Bize e Vallier, 1985).

A perda é uma experiência universal e afecta todo o ser humano, desde o nascimento até à morte; o sentimento de perda surge sempre que uma situação é vivenciada como uma separação, um insucesso, uma privação que afecta os objectivos, sonhos e ilusões de um indivíduo, o seu estatuto, os papéis por si desempenhados, podendo ou não ser de natureza simbólica, abstracta, psicossocial, como a perda de auto-estima (Fernandes, 2002).

Para Solomon e Davis (1995, citados por Fernandes, 2002), as perdas podem ameaçar a integridade do idoso, uma vez que suscitam, geralmente, a instalação de sintomatologia depressiva, ansiedade, reacções psicossomáticas e isolamento.

Para Berger (1995, p. 400), com a perda surge o luto, conceito que designa «todas as reacções emotivas e comportamentais desencadeadas por uma perda», perspectivando-se o luto em três fases: (i) fase do choque (fase acompanhada de angústia profunda, de um período de negação e sentimentos intensos de revolta); (ii) fase da impotência (fase caracterizada por um voltar-se sobre si mesmo, pela tristeza e dor profunda e mesmo pelo desespero); (iii) fase da aceitação (fase que se

pauta pelo progressivo desligar dos laços com o objecto perdido e por um reinvestimento afectivo; esta fase caracteriza-se por períodos de depressão e tristeza menos intensas que no início e, conseqüentemente a um novo estágio de reorganização). A duração do período de luto tende a ser longa (variando entre dois e doze meses) e constitui um estado psicológico penoso e perturbador.

A depressão, definida por diversos autores como a “doença do nosso tempo” (Vallejo-Nágera, 2002), pode manifestar-se no idoso de três formas distintas, designadamente: (i) depressão como secundária a uma doença ou ao consumo de medicamentos; (ii) disforia ou depressão ligeira; (iii) depressão major, sendo que esta última denota, para além do humor depressivo, uma clara avolia e anedonia, interferindo de sobremaneira com o funcionamento do indivíduo (Berger, 1995; American Psychiatric Association [APA], 2002).

Afirma Berger (1995) que, embora a depressão não seja uma consequência directa do envelhecimento, os sintomas depressivos poderão encontrar-se associados às doenças crónicas e à velhice, uma vez que nem todas as pessoas idosas reagem positivamente ou de idêntico modo ao envelhecimento, acima de tudo porque a velhice se lhes afigura como a “antecâmara da morte” (Santos, 2003, p. 11), pelo que a distinção entre o normal e o patológico se torna um processo complicado.

Também o fenómeno da exclusão social, definido como

«um complexo de processos no qual segmentos populacionais específicos são excluídos ou se encontram à margem dos mercados, onde os recursos socialmente valorizados, materiais e não materiais, são distribuídos» (Comité do Bem-estar das Eurocidades, 2000, citado por Figueira, 2001, p. 110),

dirigido à população idosa, poderá ser causa e consequência de sintomatologia depressiva. Se por um lado recebem a reforma e desfrutam do auxílio da Segurança Social, tal nem sempre é suficiente para satisfazer as suas necessidades básicas de sobrevivência (nomeadamente, no que concerne a aquisição de alimentos, a manutenção de uma habitação e os encargos inerentes à mesma, bem como a, por vezes, enorme quantidade de medicamentos de preços elevados que tantos idosos necessitam para a manutenção da sua saúde). Refira-se que, em Dezembro de 2005, 5290 indivíduos requereram pensão de velhice, enquanto que dados referentes a Maio de 2006 demonstram a existência de 1727138 pensionistas activos (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2006). Todavia, de acordo com o Plano nacional de acção para a inclusão 2005-2006, em 2001, 29.7% da população idosa portuguesa vivia abaixo do limiar de pobreza monetária - 3590€/ano (MTSS, 2005).

Por outro lado, o isolamento físico e psicológico a que grande parte dos idosos estão votados, em associação a situações de relevo que afectam o seu modo de vida (nomeadamente a saída do

mercado de trabalho sem ter sido planeada uma actividade alternativa, a discriminação de que frequentemente são alvo aquando do final da vida activa, a perda de relações sociais concentradas no ambiente laboral) podem fomentar sentimentos de solidão, baixa auto-estima, dificuldades em enfrentar a situação e encontrar formas alternativas de ultrapassar positivamente o problema.

Embora o síndrome de depressão possa eventualmente dissipar-se por si próprio, sem recurso à intervenção psicoterapêutica, representa, todavia, uma ameaça à integridade do idoso, uma vez que esgota os seus recursos internos, bem como a sua capacidade de adaptação (Berger, 1995).

No que tange à vertente prática deste projecto, foi escolhida a população idosa (em particular, aquela com mobilidade mais reduzida) da freguesia de S. Jorge de Arroios.

Um olhar atento sobre a população portuguesa no geral, e a desta freguesia em particular, permite a constatação de que estamos perante uma população envelhecida.

Relativamente à população portuguesa, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002), embora a distribuição da população idosa no país não seja homogénea, encontramos-nos perante um aumento de proporção de idosos (não apenas em Portugal, mas à escala mundial) a um ritmo bastante forte, tendo-se assistido, entre 1960 e 2001, por um lado a um incremento de 140% da população idosa, e por outro a um decréscimo de 36% da população jovem (que se traduz numericamente num aumento de quase um milhão de indivíduos ao nível da população idosa e num aumento do índice de longevidade de 34 para 42 indivíduos no referido intervalo temporal).

Ainda segundo o INE (2002), no que tange a formação familiar da população idosa portuguesa, a maior parte deste segmento populacional vive com o cônjuge (ainda que este facto se verifique, acima de tudo entre os homens, devido ao fenómeno da sobremortalidade masculina e ao celibato definitivo feminino), sendo que, de acordo com estimativas dos Censos 2001, residia pelo menos um idoso em 32.5% das famílias clássicas e as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17.5% do total das famílias, sendo de referir que do total de famílias só de idosos, a grande maioria é constituída apenas por um idoso (50.5%) e por dois idosos (48.1%).

No que tange a população lisboeta, de acordo com dados disponibilizados pela Técnica de Serviço Social da Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios, em Dezembro de 2001 encontravam-se recenseados 20794 eleitores, tendo-se verificado um decréscimo em Outubro de 2005, em que se encontravam recenseados apenas 19035 eleitores. Ainda segundo a mesma fonte, das 53 freguesias existentes em Lisboa: 20 freguesias (onde se inclui a freguesia de S. Jorge de Arroios), mais de 25% da população é composta por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos; 25 freguesias (onde se inclui a freguesia de S. Jorge de Arroios), entre 15 e 24% da população é composta por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos; e apenas 8 freguesias (onde se inclui a freguesia de S. Jorge de Arroios), menos de 15% da população composta por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

No entanto, e sendo a freguesia de S. Jorge de Arroios uma das mais antigas freguesias de Lisboa, compreende-se o porquê do envelhecimento da sua população.

As origens da freguesia de S. Jorge de Arroios, que se enquadra na “Lisboa do Estado Novo” (em que o regime do Estado Novo, instaurado em 1926, trouxe consequências para a urbanização da cidade; Ornelas, 2000, p. 8) entrelaçam-se com os primórdios de Lisboa, cujo povoamento foi determinado pela proximidade do rio e pelas defesas naturais oferecidas pelas suas colinas, tendo a urbe irradiado primeiro para a beira-Tejo (a cidade medieval e das descobertas, cujos núcleos essenciais se situavam entre os esteiros que chegavam à actual Praça da Figueira e a colina onde viria a ser erguido o Castelo) e posteriormente para Norte, cidade do fontismo e do Estado Novo (Ornelas, 2000; Pato, 2006).

Por volta de 1160, Arroios, uma das primeiras paróquias da Lisboa cristã reconquistadas aos mouros por D. Afonso Henriques, terá sido dedicada ao mártir S. Jorge, situando-se, na época, nos arrabaldes da Sé inserindo-se nos férteis terrenos que assentavam nos morros que sobrepujavam o antigo esteiro do Tejo e se espraiavam em direcção a Loures, a Norte, e a Sacavém, a Leste, local onde permaneceu até 1755, aquando do terramoto, altura em que esta paróquia foi trasladada ora para um local, ora para outro, sendo que, no ano de 1916, se dá a constituição da Paróquia Civil de Arroios, actual Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios. Local onde ainda se situa actualmente, constituindo hoje uma das mais populosas freguesias de Lisboa (Pato, 2006).

Importa, para referências futuras (relativamente à população abrangida pela área de acção da Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios e, conseqüentemente, pelo presente programa de intervenção), definir as zonas limítrofes da freguesia de S. Jorge de Arroios.

Deste modo, pode-se dizer que a freguesia começa na Av. Fontes Pereira de Melo n.º 16, segue os números pares até à Av. Duque d'Ávila, segue a Av. Rovisco Pais (números pares), desce a Alameda Afonso Henriques (números ímpares até ao n.º 63), segue a R. Carvalho de Araújo (do n.º 21 ao n.º 103), segue a R. Heróis de Quionga (números ímpares), desce a R. Marques da Silva (do n.º 12 ao n.º 53), segue a Av. Almirante Reis (do n.º 78 ao n.º 186 e do n.º 69 ao n.º 208), atravessa o Largo de Santa Bárbara (números pares 7 a 13), sobe a R. Jacinta Marto (apenas números pares), R. Joaquim Bonifácio (números pares), atravessa a R. Gomes Freire (do n.º 63 em diante), desce a R. Bernardim Ribeiro (do n.º 4 ao n.º 26 e do n.º 3 ao n.º 31), vira para a R. Ferreira Lapa (números pares), atravessa a Av. Duque de Loulé (do n.º 1 ao n.º 39 e do n.º 2 ao n.º 28), desce a R. de Andaluz (apenas números pares), segue pela R. Martens Ferrão (do n.º 1 ao n.º 3 e do n.º 2 ao n.º 18), terminando na Av. Fontes Pereira de Melo.

A freguesia de S. Jorge de Arroios pauta-se pela existência de vários recursos, nomeadamente, instituições escolares (oficiais e privadas), serviços clínicos, serviços públicos, instituições de segurança, centros de dia e lares, colectividades, espaços desportivos e de convívio/recreativos, espaços culturais (incluindo património arquitectónico e escultórico), bibliotecas e arquivos.

Dos recursos existentes, existem aqueles que são tipicamente voltados para a população idosa, nomeadamente, centros de dia e lares.

Por outro lado, a Santa Casa da Misericórdia há muito espalhou o seu raio de acção por toda a cidade, inclusivamente na área de abrangência da Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios, nomeadamente no âmbito do apoio domiciliário.

Há muito que já se instalou a necessidade do apoio domiciliário em plúrimas vertentes como sejam a vertente médico-terapêutica (consultas ao domicílio, fisioterapia, entre outros), a vertente da acção social (resposta social que consiste na prestação de cuidados personalizados e individualizados, no âmbito do domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não podem assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária), entre outras, tendo havido, em 2004, mais de 2000 respostas sociais no que concerne o serviço de apoio domiciliário, sendo esta a valência cujo crescimento (de 61%) continua mais evidente, tendo-se verificado, igualmente, um aumento ao nível da capacidade de resposta bem como no número de utentes visados (MTSS, 2004). Todavia, embora necessária, a vertente psicológica e psicoterapêutica tem sido quase totalmente obliada, acima de tudo, devido ao (ainda) preconceito vigente no que concerne a saúde mental em Portugal. Afinal, consultas de Psicologia e de Psiquiatria são ainda pautadas pela estigmatização sob a figura desviante do louco, seja este institucionalizado ou não. E o desvio às normatidades vigentes e a diferença pagam-se invariavelmente com a exclusão social (Poiares, 1999; 2001).

Tem-se verificado, no entanto, uma confluência europeia no sentido de promover a pro-actividade das comunidades com vista a melhorar a saúde mental, assim como com o objectivo de combater a instalação do *stress* e da depressão como um problema de saúde pública e, igualmente, combater o estigma e a discriminação no que tange a saúde mental, tendo a Comissão Europeia criado o *Livro Verde* sobre a saúde mental com o objectivo de fomentar a cooperação entre os Estados-Membros por forma a reforçar a coerência de acções realizadas no âmbito de políticas distintas, com vista ao lançamento de uma plataforma que envolva as partes interessadas na procura de soluções (Actividades da União Europeia [AUE], 2005a; 2005b; 2005c; 2005d).

A Comissão Europeia propõe, deste modo, uma estratégia comunitária privilegiando os seguintes aspectos: a promoção global da saúde mental e a sua prevenção; melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes ou diminuídas mentais por meio da inclusão social, bem como da protecção dos seus direitos e da sua dignidade; a criação de um sistema comunitário de informação, investigação e conhecimento no domínio da saúde mental (AUE, 2005d).

Com a abertura da comunidade política, ao nível europeu, à constatação da necessidade da instalação de uma cultura de saúde mental, resta-nos aguardar que a comunidade política portuguesa se aperceba da importância deste passo e aja em função da constatação desta necessidade.

MÉTODO

Devido a factores díspares (donde se destaca o envelhecimento), diversos indivíduos, devido a uma mobilidade reduzida, vêem-se confinados ao interior das suas habitações.

Tal confinamento fomenta invariavelmente, em concorrência com outras problemáticas, o surgimento de comportamentos disruptivos junto da família causando, eventualmente, desestabilização familiar, estados depressivos, etc.

Tais situações, contudo, podem ser trabalhadas por meio de uma abordagem psicossocial.

Assim, este projecto visa apetrechar, em particular, os indivíduos idosos, designadamente aqueles com mobilidade reduzida (recenseados na Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios), com os recursos necessários ao desenvolvimento e manutenção do seu bem-estar psicossocial.

No entanto, para tal é imperativo que estejamos atentos às internalidades discursivas dos actores, captando o que se encontra para lá do visível, pelo que importa recorrer à metodologia da Psicologia Criminal: captar e descodificar as mensagens para melhor compreender e explicar os comportamentos dos actores (Poiares, 1999; 2001).

Caracterização do programa

Cuidados Continuados de Psicologia ou “Se Maomé não vai à montanha...”

Objectivos

- Optimizar o apoio psicológico disponibilizado pelo Posto Médico da Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios, através da criação da valência dos Cuidados Continuados de Psicologia.
- Rastreio e avaliação das necessidades de apoio psicológico por parte da população idosa, acima de tudo daquela com mobilidade reduzida, recenseada na Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios.
- Desmistificar problemáticas do foro psicológico/saúde mental.
- Promover um envelhecimento pautado pelo bem-estar psicossocial da pessoa idosa em geral, e particularmente daqueles com mobilidade reduzida.
- Promover o bem-estar psicossocial das famílias dos idosos visados no projecto.

Destinatários

- Indivíduos idosos com mobilidade reduzida, recenseados na Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios (casos a aferir juntamente com os Técnicos de Serviço Social, bem como com Enfermeiros e Médicos).
- Eventualmente, as famílias desses mesmos indivíduos.

Duração

- 1 Ano, podendo ser renovado por igual período de tempo.

Equipa técnica

- Psicóloga
- Técnicos de Serviço Social
- Enfermeiros
- Médicos

Acções

- Rastreio e aferição das problemáticas que afectam os destinatários deste projecto de intervenção.
- Desmistificação de problemáticas do foro psicológico/saúde mental.
- Entrevistas com os destinatários.
- Avaliação psicológica.
- Aconselhamento psicológico.

Avaliação do programa

- Avaliação qualitativa e quantitativa de 6 em 6 meses, realizada por uma entidade idónea, externa ao projecto (nomeadamente, o Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias).
- A avaliação poderá, eventualmente, ser realizada por recurso a entrevistas e questionários de satisfação, a preencher com e/ou pelos destinatários, bem como por recurso à análise dos resultados apresentados pelos destinatários.

Parcerias

- Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios.
- Posto Médico da Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios.
- Centro de Saúde da Alameda.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

CONCLUSÃO

A análise arqueológica da velhice permite a constatação da existência de um duplo eixo histórico e geográfico-cultural: se por um lado o idoso tem sido alvo de discriminação devido à mudança e às fragilidades e limitações de vários níveis inerentes ao lento avançar para o ocaso da vida (conotando-se o envelhecimento com a aproximação da morte, o que se pode afigurar como assustador e, conseqüentemente, explicar a origem atávica (o medo da morte e das alterações de vários níveis provocadas pelo envelhecimento) da exclusão social endógena e/ou exogenamente imposta aos cidadãos seniores), por outro lado tem sido igualmente alvo de inclusão social pela sabedoria ganha em anos de experiências vividas (relembre-se o “Velho do Restelo”, dos *Lusíadas* de Camões (1972, Canto IV, estrofe 94): «mas um velho de aspeito venerando, (...) C’um saber só de experiências feito»).

A idade é, grosso modo, encarada como um factor de desvalorização social, representando a reforma uma perda: saída da vida activa e conseqüente perda de estatuto, perda de laços criados no ambiente laboral, a morte social. E como todas as perdas, surge o luto e, conseqüentemente, sintomatologia depressiva, ansiedade, reacções psicossomáticas e isolamento.

Torna-se então necessária a intervenção juspsicológica (Poiares, 1999; 2001) por forma a prevenir a instalação da depressão e de fenómenos de exclusão social.

Afirma Pimentel (2001) que com a perpetuação do estereótipo de que o idoso é inútil e improdutivo, um peso para as gerações mais jovens, estar-se-á a contribuir para a manutenção do ciclo de exclusão social do cidadão sénior.

Para além de se verificar a necessidade de um corte com estereótipos fragilizadores da imagem do idoso enquanto pessoa digna de respeito e carinho, torna-se igualmente necessário aproveitar a constatação da necessidade de uma cultura de saúde mental ao nível macropolítico (nomeadamente, ao nível da Comunidade Europeia) para que, ao nível da micropolítica (o Governo Português em geral, e as Autarquias em particular) se possa finalmente criar a vontade (e a verba)

para que os objectivos estabelecidos ao nível europeu possam ser colocados em prática em solo nacional.

É imperativo tirar a psicologia dos consultórios e levá-la ao encontro de quem dela necessita. Já dizia o velho adágio: Se Maomé não vai à montanha...

REFERÊNCIAS

Actividades da União Europeia (2005a). ACADPlus: Combating stigma and discrimination in relation to mental health. *In Actividades da União Europeia*. Retirado em 10 de Julho de 2006 de <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11570.htm>

Actividades da União Europeia (2005b). ACADPlus: Combating stress and depression-related problems. *In Actividades da União Europeia*. Retirado em 10 de Julho de 2006 de <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11570a.htm>

Actividades da União Europeia (2005c). ACADPlus: Community action in the field of mental health. *In Actividades da União Europeia*. Retirado em 10 de Julho de 2006 de <http://europa.eu/scadplus/leg/en/cha/c11570b.htm>

Actividades da União Europeia (2005d). ACADPlus: Livro verde sobre a saúde mental. *In Actividades da União Europeia*. Retirado em 10 de Julho de 2006 de <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/cha/c11570c.htm>

Agreda, J. (1999). Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. *In* Costa, M.; Agreda, J., Ermida, J.; Cordeiro, M.; Almeida, M.; Cabete, D.; Veríssimo, M.; Grácio, E. Cruz, A & Lopes, J. (Eds.). *O idoso. Problemas e realidades*.(23-40). Coimbra: Formasau.

Alarcão, M. (2000). *(des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ªed). Lisboa: Climepsi Editores.

Berger, L. (1995). Evitar os perigos. *In* L. Berger, & D. Mailloux-Poirier (Eds.), *Pessoas idosas – Uma abordagem global* (pp. 379–438). Lisboa: Lusodidacta.

Bize, R. & Vallier, C. (1985). *Uma vida nova: A terceira idade*. Lisboa: Verbo.

Camões, L. V. (1572/1972). *Os Lusíadas*. Barcelona: Círculo de Leitores.

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso. Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.

Figueira, A. (2001). A exclusão social. *SubJudice - Justiça e Sociedade*, 22/23, 107-114.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal – situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Retirado em 4 de Abril de 2003 de http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=243#

Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2004). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa: Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005). *Plano nacional de acção para a inclusão – PNAI 2005-2006*. Lisboa: Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006). *Boletim estatístico*. Lisboa: Direcção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento.

Ornelas, C. (2000). *Caracterização da freguesia de São Jorge de Arroios*. Manuscrito não publicado, Universidade Lusíada, Lisboa.

Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (1997). Introdução. In Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (Coords.), *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pato, H. B. (2006). *São Jorge de Arroios – Uma freguesia de Lisboa*. Lisboa: Junta de Freguesia de S. Jorge de Arroios.

Paúl, M., (1997). *Lá para o fim da vida – Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Pereira, M. (1995). Da não-relação a uma nova rede de relações. In *Novos modos de ser novo e de ser velho – Livro de Actas*. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Poiares, C. (1999). *Análise psicocriminal das drogas. O discurso do legislador*. Porto: Almeida & Leitão.

Poiares, C. (2001). Da justiça à psicologia: razões e trajectos – a intervenção juspsicológica. *SubJudice - Justiça e Sociedade*, 22/23, 25-36.

Rosa, J. C. (1995). Aspectos sociais e psicológicos do ser velho hoje. In *Novos modos de ser novo e de ser velho – Livro de Actas*. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras.

Santos, A. (2003). *Intervenção Juspsicológica nos Modelos de Relação Intergeracional. Traquinices em dois tempos*. Manuscrito não publicado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Vallejo-Nágera, J. A. (2002). *A Depressão – Como lidar com a doença do nosso tempo*. S. João do Estoril: Principia.