



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DEMÊNCIA: UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR DO PAPEL DO PSICÓLOGO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Viviana Matias de Jesus

Porto, Julho de 2016



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

DEMÊNCIA: UMA VISÃO MULTIDISCIPLINAR DO PAPEL DO PSICÓLOGO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Viviana Matias de Jesus

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor António Fonseca

Porto, Julho de 2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Fonseca, agradeço todo o acompanhamento e disponibilidade ao longo de todo este processo.

À Professora Doutora Elisa Veiga, agradeço toda a disponibilidade e acompanhamento.

À Professora Doutora Filipa Palha, agradeço todo o apoio e disponibilidade ao longo do meu percurso académico.

À Dr^a. Liliana e ao Dr. Randdy por me terem permitido ter contacto com o mundo das demências e por toda a disponibilidade na realização da dissertação.

À Marta, por acreditares nos meus sonhos e em mim sem nunca me deixares desistir, por festejares as minhas vitórias que são tuas também, pela amizade, pela paciência e por me acompanhares de uma forma maravilhosa ao longo destes anos. Tudo foi e é mais fácil contigo por perto.

À mãe, ao pai, à irmã e à Adriana pelo carinho, pela confiança e incentivo permanente, por estarem sempre presentes nas minhas vitórias e derrotas. Sem vocês isto não tinha sido possível.

À família de coração (João e Arminda), pela verdadeira amizade, por toda a simpatia e carinho demonstrado ao longo dos anos.

Ao João, pela amizade, pelo apoio incondicional, por acreditares em mim, por me fazeres rir nos bons e maus momentos. Estes 5 anos foram sem dúvida os melhores da minha vida graças a ti, obrigada por tudo.

À Joana, por teres entrado na minha vida de uma forma engraçada, pela amizade que construímos ao longo deste tempo, por seres uma afilhada que me alegra todos os dias, por me apoiares e por estares sempre presente e compreenderes a minha ausência. Obrigado pela tua escolha, foste uma das melhores coisas do meu percurso académico.

À Inês, à Catarina, à Cláudia, à Mariana e à Adriana por terem feito este percurso comigo, por estarem sempre disponíveis, pelo vosso reforço positivo e amizade ao longo destes tempos.

Ao David e à Bárbara, pelos 10 anos de amizade e por aqueles que virão, por continuarem presentes mesmo com a minha ausência, pela compreensão, apoio, pela vossa teimosia e persistência na realização de outras atividades que nada tem a ver com o estudo. Obrigada por todos os momentos.

À D. Inês Miranda, pela amizade, pelos conselhos e por ter tornado tudo isto possível.

Resumo

A perda progressiva de capacidades cognitivas e motoras associadas às pessoas sofrendo de demência leva, muitas vezes, à sua institucionalização (Schulz *et al.* 2004). A equipa multidisciplinar de profissionais envolvida no cuidado depara-se, no seu dia-a-dia, com dificuldades na sua intervenção, às quais o psicólogo apresenta competências para dar resposta (Néri, 2004). O presente estudo de natureza qualitativa, tem como objetivo geral aferir a perspectiva dos membros da equipa multidisciplinar de prestação de cuidados sobre que tipo de trabalho e apoio esperam dos psicólogos na prestação de cuidado a pessoas sofrendo de demência. A amostra foi constituída por 13 profissionais a desempenhar diferentes funções em cinco lares para idosos. Para o processo de recolha de dados foram realizadas entrevistas, através de um guião construído para o efeito. Os principais resultados obtidos sugerem que a perspectiva dos profissionais acerca do papel do psicólogo vai de encontro aquilo que eles esperam deste, no que atende à avaliação e intervenção junto do utente e na orientação à equipa. Adicionalmente, constatou-se que os profissionais reconhecem a importância do papel do psicólogo na prestação de cuidados na demência.

Palavras-chave: Envelhecimento da população; Demência; Prestação de cuidados na institucionalização; Papel do psicólogo.

Abstract

The progressive loss of cognitive and motor skills associated with people suffering from dementia often leads to institutionalization (Schulz *et al.* 2004). A multidisciplinary team of professionals involved in the care comes across with daily difficulties, to which the psychologist has the skills to respond (Neri, 2004). This qualitative study aims to access the perspective of the members of the multidisciplinary care team about the kind of work and support expected from psychologists that provide care to people suffering from dementia. The sample consisted of 13 professionals that perform different functions in five nursing houses. The process of data collection included interviews, with a script built for this purpose. The main results suggest that the professional's perspective about the psychologist's role in assessment, intervention and team guidance, are the same that they expected from him. Additionally, the professionals recognized the importance of the psychologist's role in providing care in dementia.

Keywords: Aging population; Dementia; Care in institutionalization; Psychologist role.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	i
<i>Resumo</i>	ii
<i>Abstract</i>	iii
Introdução	1
Capítulo I. Enquadramento Teórico	3
1. Envelhecimento da população	3
2. Demência	4
3. Prestação de cuidados na institucionalização	7
4. Papel do psicólogo	8
Capítulo II. Método	10
1. Metodologia	10
1.1. Objetivo e questões de investigação	10
1.2. Participantes	10
1.3. Instrumento	11
2. Procedimentos	12
2.1. Procedimentos de Recolha de dados	12
2.2. Procedimentos de Tratamento de dados	12
Capítulo III. Apresentação de Resultados	14
Capítulo IV. Discussão de Resultados	17
Capítulo V. Conclusões e Limitações	22
Capítulo VI. Referências Bibliográficas	23
Anexos	29

Índice de Tabelas

Tabela 1: Guião de Entrevista

Tabela 2: Sistema de Categorias

Índice de Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado

Anexo 2: Declaração da gravação da entrevista

Anexo 3: Descrição do sistema de categorias

Introdução

O presente estudo insere-se num projeto amplo intitulado *Psychology for Dementia: Defining the role and developing a curriculum for psychologists in dementia prevention and treatment – Psidem*, desenvolvido pelo Professor Doutor António Fonseca (FEP-UCP). O projeto *Psidem*, apresenta como objetivo central compreender qual é o papel do psicólogo comparativamente com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e quais devem ser os principais aspetos de um conjunto vasto de conteúdo sobre prevenção e tratamento da demência para a formação de psicólogos.

Torna-se pertinente que os profissionais estejam capacitados para prestar serviços de prestação de cuidados na demência, sendo cada vez maior o número de pessoas que apresentam este diagnóstico. O número total de novos casos de demência por ano é de, aproximadamente, 7,7 milhões (Fernandes, 2014). De acordo com os dados obtidos pela Organização Mundial da Saúde (2012), a cada quatro segundos faz-se um diagnóstico de uma demência e os números tendem a duplicar a cada 20 anos, por isso torna-se assim importante que os profissionais que estão envolvidos na prestação de cuidados de demência, e dos quais se inclui o psicólogo, estejam aptos a trabalhar eficazmente com esta população.

De acordo com alguns autores (Bertelli, Bianchi & Cruz., 2009; Santos, 2015; Néri, 2004), os psicólogos desempenham um papel fundamental na demência no que diz respeito à avaliação e intervenção do indivíduo, bem como, na intervenção com as pessoas envolvidas diretamente com o mesmo. O presente estudo apresenta como objetivo central, aferir a perspetiva dos outros membros da equipa sobre que tipo de trabalho e apoio esperam dos psicólogos, bem como a importância atribuída ao papel do mesmo.

No estudo de Saar e Trevizan (2007), acerca da visão que os profissionais de saúde têm sobre o desempenho dos seus colegas, o papel do psicólogo é visto como importante, mas mal definido. Entre os 39 profissionais de saúde entrevistados, a maioria afirma que cabe ao psicólogo dar apoio emocional ao doente, à família e respetiva equipa, outros associam o seu papel à resolução de problemas socioeconómicos, sendo que, apenas um participante refere que o psicólogo é capaz de diagnosticar, estabelecer e conduzir uma intervenção terapêutica. Sendo assim, torna-se pertinente a existência de um estudo que forneça contributos, não só para definir o papel do psicólogo na área das demências, como também, para dar a conhecer as principais dificuldades sentidas pela equipa de multidisciplinar, para que os profissionais da área de psicologia se possam preparar para responder eficazmente, desempenhando um papel ativo.

O presente estudo encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo – Enquadramento teórico, são abordados os conceitos de envelhecimento, demência, prestação de cuidados por uma equipa multidisciplinar na institucionalização e o papel do psicólogo nas demências. No segundo capítulo – Metodologia, é apresentada ao leitor a metodologia utilizada no presente estudo, tendo por base as questões de investigação, os participantes, o instrumento e os procedimentos utilizados. No terceiro capítulo – Apresentação dos resultados, é descrito o sistema de categorias relacionado com as questões de investigação. No quarto capítulo – Discussão dos resultados, são explorados e integrados os resultados obtidos. Por fim, no quinto capítulo – Conclusões e limitações do estudo, é apresentado um breve resumo das principais conclusões obtidas com o estudo realizado.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento da população

O envelhecimento é um processo universal e natural que faz parte do ciclo de vida do indivíduo. Envelhecer pode designar-se por um fenómeno que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo (Páscoa, 2008). Tal como as outras fases do ciclo de vida, o envelhecimento requer uma adaptação do indivíduo, que difere de pessoa para pessoa, tendo em consideração os diversos modos como cada um percebe e experiencia a mudança e as diferentes trajetórias de adaptação às consequências que advêm do avanço da idade (Fonseca, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), em todo o mundo, o número de pessoas com 60 ou mais anos está a crescer mais do que qualquer outra faixa etária. Estima-se que, entre 1970 e 2025, ocorra um crescimento de 223% no número de pessoas com 60 ou mais anos (OMS, 2002). Por outro lado, prevê-se que, em 2025, existam 1.2 biliões de pessoas com idade superior a 60 anos e que, até 2050, cerca de 2 biliões de pessoas (OMS, 2002). Na Europa, prevê-se que o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos aumente cerca de 70% em 2050, e em 170% se considerarmos uma idade igual ou superior a 80 anos (Fernandes, 2014). A contribuir diretamente para este envelhecimento da população está a diminuição da mortalidade e fecundidade e também o aumento da esperança média de vida (OMS, 2002; Paschoal, Salles & Franco, 2006).

Com o avanço da idade, certas funções cognitivas ficam comprometidas, como a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento (Fonseca, 2014). Segundo Almeida (2014), o envelhecimento não é uma doença, mas é uma condição funcional que suscitabiliza à doença. As doenças causadas por fator externo ao indivíduo podem ser motivadas por agentes infecciosos ou tipo infeccioso (e.g., vírus) ou por agentes físicos e químicos (e.g., traumatismos, radiações) (Almeida, 2014). Por outro lado, as doenças de causa interna identificam-se por anomalias genéticas, hereditárias, congénitas ou adquiridas posteriormente, a deposição biológica e a perda progressiva de células ou tecidos (Almeida, 2014). São as doenças de carácter interno que se consideram dependentes e relacionadas com o envelhecimento (Brody & Schneider, 1986 cit. in Almeida, 2014).

2. Demência

A Organização Mundial de Saúde (2013) define a demência como uma síndrome resultante de doença cerebral, geralmente de natureza crônica ou progressiva, onde se registam alterações nas múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. Esta forma nociva de deterioração intelectual pode ser causada por várias condições neuropatológicas, que originam diferentes quadros demenciais (Bertelli *et al.* 2009). A demência apresenta assim como característica essencial o desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos, que incluem a diminuição da memória e pelo menos uma perturbação cognitiva (e.g., afasia, apraxia, agnosia ou uma perturbação do funcionamento executivo) (Nitrini, 2006).

À semelhança do processo de envelhecimento, a manifestação da demência também depende de fatores individuais. Segundo uma investigação conduzida por Tyas *et al.* (2007), uma idade avançada e um baixo nível de escolaridade estão relacionados com o aumento do risco de demência, sendo que um maior número de habilitações parece proteger a presença e o possível desenvolvimento da demência (Valenzuela & Sachdey, 2006). Kroger *et al.* (2008) sugerem que um maior envolvimento em atividades que estimulem cognitivamente o indivíduo está associado a um menor risco de demência. Em acréscimo, a adoção de um estilo de vida saudável e a redução de comportamentos de risco, que podem ser modificáveis, são significativos tanto na redução de demência de Alzheimer como de outro tipo de demência (Farrow, 2010 cit. in Fonseca, 2014). Sendo assim, tanto o desenvolvimento como a manifestação clínica da demência podem ser explicados pelas diferenças individuais vividas ao longo de toda a vida (Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad, 2007; Valenzuela *et al.*, 2006).

De acordo com um estudo realizado por Jorm (1987, cit. in Pestana & Caldas, 2009), tanto a incidência como a prevalência de demência aumentam exponencialmente com a idade, duplicando, assim, a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade. De acordo com Nitrini (2006), existem duas razões para as quais as demências são mais comuns em idosos: (1) diz respeito às doenças que a podem causar, como a doença vascular cerebral e a insuficiência dos órgãos; (2) diz respeito, à reserva cerebral, em que ocorre um declínio com a idade. No entanto, o envelhecimento, embora associado a perdas das funções cognitivas e alterações comportamentais, não pode ser considerado como causa natural do despoletar de um processo demencial, antes deve ser encarado como um fator de risco (Mendes, 2012).

À medida que as dificuldades progridem e tornam-se graves ao ponto de prejudicar o desempenho profissional, o funcionamento social e a qualidade de vida, deixam de ser

aceitáveis e passam a ser indicadores de possível demência (Cohen & Weller, 2005, cit. in Lima, 2006). Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência podem ser muito variados, desde apatia, depressão, psicose, agitação psicomotora (Cerejeira, Lagarto e Mukaetova, 2012).

No estudo de Kurz & Lautenschlager, (2010), é apresentado de forma sintetizada a classificação da gravidade das demências: (1) demência ligeira e (2) demência grave. Segundo o autor, na demência ligeira enquadram-se as que atingem todo o neórcortex, nas quais se manifestam a amnésia, a desorientação e a perda de atividades de vida instrumentais (e.g., ir às compras). No que atende à demência grave, esta atinge todo o córtex (parietal e temporal), e associam-se a afasia, a apraxia e uma perda nas atividades de vida básicas diárias (e.g., cuidados consigo próprio). No entanto, a Alzheimer Portugal (2015), salienta que algumas pessoas não passam por todas as fases nem apresentam todas as características, propondo assim, uma nova divisão em três fases: (1) demência inicial, (2) demência moderada e (3) demência grave. Na fase de demência moderada torna-se mais visíveis os problemas e as incapacidades, em relação à demência inicial (e.g., o indivíduo perde-se se estiver afastado de ambientes familiares).

A demência pode apresentar-se de várias formas, sendo as mais comuns a demência de Alzheimer, a demência de Corpos de *Lewy*, a demência vascular e a demência frontotemporal (Barbosa *et al.*, 2002). Para além das demências anteriormente mencionadas, existem outras tais como, a doença de *Parkinson*, a Esclerose Múltipla, a doença de *Huntington*, a doença de Priões e a demência provocada pelo álcool (Alzheimer Portugal, 2015). Dentro do diagnóstico das demências, várias investigações evidenciam, a demência de Alzheimer como a mais predominante, correspondendo cerca de 50% a 70% dos casos. Por outro lado, a segunda forma de demência mais comum na população com cerca de 20% dos casos é a Vascular (Fernandes, 2014).

Dados obtidos pela Organização Mundial de Saúde (2012) demonstram que é realizado o diagnóstico de uma demência a cada 4 segundos. Segundo Fernandes (2014), calcula-se que existam cerca de 35.6 milhões de demências pelo mundo e que este número duplique a cada 20 anos. Em Portugal serão cerca de 153 mil casos, dos quais 90 mil correspondem à demência do tipo Alzheimer; considera-se, no entanto, que a demência está subdiagnosticada em Portugal (Fernandes, 2014).

O diagnóstico de demência depende da avaliação focada no funcionamento cognitivo e no desempenho em atividades de vida diária do indivíduo tendo carácter definitivo, na maioria das demências, através de exame neuropatológico (Nitrini, 2006). É fundamental reunir uma história precisa a partir de informações do paciente e de informantes (e.g., cuidadores

informais), especialmente em casos em que a memória do paciente se encontre deteriorada (Ribeira, 2004; Neto *et al.*, 2005).

Para a realização do diagnóstico de demência os profissionais de saúde têm acesso a recursos úteis para a avaliação do indivíduo, obtendo assim um diagnóstico completo (e.g., anamnese (Nitrini, 2006; Ribeira, 2004), exame físico (Nitrini, 2006)). Recorre-se ainda a testes para a avaliação cognitiva (Nitrini, 2006) que são de aplicação breve e quantificam o desempenho e permitem comparações, dos quais são exemplos, o Mini-Exame do Estado Mental que é o instrumento maioritariamente utilizado na avaliação de sintomas cognitivos da demência (Reilly *et al.*, 2004; Vasconcelos *et al.*, 2007), utilizado não só para detetar o declínio cognitivo, como para o acompanhamento de quadros demenciais e monitorização de resposta ao tratamento (Lourenço *et al.*, 2006). Aplicam-se, ainda, testes para a avaliação neuropsicológica, para avaliar os distúrbios mais frequentes na presença de demência, centrando-se numa determinada função cognitiva, sendo também relevante para avaliar a evolução e os resultados obtidos no tratamento.

Para o diagnóstico de demência é necessário que o profissional de saúde realize de forma adequada o diagnóstico diferencial, tendo em atenção a diferenciação em relação ao declínio cognitivo do idoso, que ocorre com as mudanças do envelhecimento, mas não interfere com as atividades quotidianas do indivíduo (Nitrini, 2006), a depressão, que é frequentemente confundida com a demência devido às alterações comportamentais e perda de memória, sendo que ambas se podem associar (Nitrini, 2006; Fernandes, 2014), os estados confusionais, que se caracterizam, essencialmente, por um elevado grau de desorientação na pessoa e no espaço, bem como alterações relativamente à atenção (Nitrini, 2006; Fernandes, 2014) e lesões cerebrais focais, que podem produzir uma alteração cognitiva e comportamental grave que simule uma demência (Nitrini, 2006; Fernandes, 2014).

A realização do diagnóstico atempado da demência, permite (Fernandes, 2014; Alzheimer Portugal, 2015)

- (1) determinar a etiologia subjacente para um tratamento oportuno das demências e também a aplicação de medidas farmacológicas que contribuem para o atraso da progressão da doença;
- (2) permite que haja um planeamento bem organizado por parte da família e do indivíduo de questões legais, financeiras e relacionadas com a segurança deste;
- (3) contribui na qualidade de vida da pessoa sofrendo de demência e do cuidador, bem como a disponibilidade de um acompanhamento e apoio de técnicos e organizações desta área, adiando a institucionalização do indivíduo.

A Organização Mundial da Saúde (2013) apresenta metas para o cuidado de demências que se centram num diagnóstico oportuno, na otimização da saúde física, da cognição e do nível de atividade e de bem-estar, na descoberta e no tratamento dos sintomas psicológicos e comportamentais, e na promoção da informação e apoio aos cuidadores. No que atende ao tratamento da demência, são realçadas duas vertentes, a intervenção farmacológica e a intervenção não farmacológica. A intervenção farmacológica tem como objetivo a diminuição da velocidade de progressão e a estabilização das perturbações cognitivas e psicocomportamentais, ao incidir ao nível dos inibidores das colinesterases e ao nível dos antagonistas dos recetores glutamatergicos concretamente da memantina (Fernandes, 2014). A intervenção não farmacológica centra-se, em grande parte, na reabilitação, com o intuito que o individuo participe ativamente no sentido de reduzir o impacto causado da demência e das dificuldades do dia-a-dia. O tratamento deve ser personalizado e adaptado a cada caso de demência, sendo fundamental elaborar um plano de cuidados específicos e flexíveis consoante a evolução (OMS, 2013).

Qualquer intervenção deve ter em consideração a história clínica, os possíveis efeitos dos fármacos, as alterações na rotina, o impacto na autonomia e na realização das atividades de vida diárias e o contexto em que se realizam os cuidados (formal ou informal) (Fernandes, 2014).

3. Prestação de cuidados na institucionalização

Com a progressão da demência alguns indivíduos perdem a autonomia e começam a depender de um cuidador informal para a realização das suas atividades de vida diárias. Por definição, a autonomia do indivíduo consiste na capacidade percebida deste para controlar e lidar com situações, bem como, para tomar decisões acerca da sua vida de acordo com as regras e as suas preferências (OMS, 2002). Por sua vez, Sequeira (2010), refere que o conceito de dependência está relacionado com a incapacidade do indivíduo para a satisfação das suas necessidades básicas.

Na Europa, a maioria dos indivíduos que prestam cuidados informais às pessoas com diagnóstico de demência são os familiares do próprio (Pereira & Sampaio, 2011). Segundo Mendes (1995), geralmente, as decisões de assumir os cuidados são mais ou menos conscientes e refletem-se em quatro fatores: o grau de parentesco, o género, a proximidade física e a proximidade afetiva.

Quando existe uma maior preocupação de garantia de qualidade de vida nos indivíduos sofrendo de demência ou quando a rede de suporte é insuficiente, a resposta social que muitos

familiares identificam é a institucionalização em lares (Freitas, 2015; Pereira *et al.*, 2011). O Lar de Idosos destina-se ao alojamento coletivo, de utilização permanente ou temporária, para pessoas idosas ou em situação de maior risco de perda de autonomia e/ou independência (Carta Social, 2016).

Na visão de Caspar, Grand e MacDonald, (2011) as equipas multidisciplinares envolvidas nos cuidados da demência são formadas tendo em conta as necessidades específicas do contexto social, cultural e comunitário e são constituídas por neurologistas, geriatras, psicólogos, terapeutas, nutricionistas e assistentes sociais. Tipicamente, o neurologista ou o geriatra realiza a avaliação inicial e o diagnóstico de demência, tendo em conta os critérios e as diretrizes de diagnóstico (Caspar *et al.*, 2011). Após a realização do diagnóstico (e prognóstico) é delineado um tratamento específico para tratar a doença e os sintomas subjacentes. Quando há incertezas relativamente ao diagnóstico, a opinião de um especialista (e.g., neurologistas, psiquiatras geriátricos ou psicólogos) poderá ser útil para chegar a uma conclusão e, assim, desenvolver um plano de tratamento adequado (Caspar *et al.*, 2011). O cuidado prestado por um enfermeiro consiste na avaliação e gestão das respostas à doença da pessoa sofrendo de demência e dos seus cuidadores (Caspar *et al.*, 2011). Os terapeutas ocupacionais ajudam a pessoa sofrendo de demência e os seus cuidadores com atividades para a promoção da adaptação à diminuição da capacidade do doente aos desafios da vida diária (Caspar *et al.*, 2011). Os assistentes sociais fornecem auxílio ao doente e à sua família e identificam os recursos necessários para lidar com o *burden* resultante da doença crónica (Caspar *et al.*, 2011). Por último, o médico de família é a pessoa a quem tipicamente se recorre na procura de ajuda aquando do aparecimento da sintomatologia, sendo fundamental que este esteja apto para a realização do rastreio. De acordo com Caspar *et al.* (2011), ao psicólogo cabe a interpretação dos dados quantitativos do desempenho cognitivo da pessoa com demência.

4. O Papel do psicólogo

A psicologia e os psicólogos podem desempenhar um papel de destaque na avaliação (Bertelli *et al.*, 2009) e intervenção no indivíduo com demência, como também nos cuidadores informais (e.g., familiares) e formais (e.g., equipas multidisciplinares que acompanham o indivíduo) (Bayle, 2004; Birren & Schaie, 1992, cit. in Néri, 2004; Santos, 2015).

Existem diversos contextos onde o psicólogo pode intervir nas demências, designadamente, nas clínicas, hospitais e instituições/lares (Pachana, Helmes & Cook 2010). Esta intervenção é realizada tendo por base competências de avaliação e intervenção

psicológica que permitem avaliar a sintomatologia apresentada, as alterações do funcionamento cognitivo, as alterações comportamentais, diferenciar as mudanças normativas do envelhecimento das mudanças patológicas, detetar sintomatologia concomitante com a demência (e.g., depressão), desenvolver um plano de intervenção, promover atividades de estimulação cognitiva e intervir com os cuidadores que acompanham o individuo (Bertelli *et al.*, 2009; Bayle, 2004; Néri, 2004). A intervenção com os cuidadores revela-se muito importante, podendo ocorrer ao nível da psicoeducação ou a promoção de competências para lidar com as situações mais desafiantes (Pereira *et al.*, 2011).

Embora o papel do psicólogo possa ser significativo para melhorar a qualidade de vida das pessoas sofrendo de demência (Molinari *et al.*, 2000), já que, de acordo com Santos (2015), os serviços de psicologia são de uma importância notória no tratamento das demências, o seu trabalho passa também por intervir junto da família e colaborar com os técnicos e serviços de saúde (Bayle, 2004).

Capítulo II. Método

1. Metodologia

O presente estudo, relativo à avaliação da perspectiva dos outros membros da equipa multidisciplinar sobre que tipo de trabalho e apoio que esperam dos psicólogos no âmbito da prestação de cuidados a pessoas sofrendo de demência, apresenta uma metodologia qualitativa. Este tipo de metodologia permite aceder às experiências dos indivíduos, à sua história pessoal, aos seus valores e significados, ou seja, centra-se nas características idiossincráticas do indivíduo quando o investigador necessita de se aproximar dos significados dos participantes (Creswell, 2007; Ritchie & Lewis, 2003). Um estudo semelhante (Saar e Trevizan, 2007) optou pela mesma metodologia qualitativa.

1.1. Objetivo e Questões de Investigação

A escolha da metodologia qualitativa decorre, também, do objetivo do estudo. Este estudo apresenta o seguinte objetivo: Aferir entre os outros membros da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, outros terapeutas) qual o tipo de trabalho e apoio que esperam dos psicólogos no âmbito da prestação de cuidados a pessoas sofrendo de demência.

Tendo em conta este objetivo, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- (1) De que forma é que os outros profissionais percecionam o trabalho do psicólogo junto das pessoas sofrendo de demência?
- (2) De que forma é que os outros profissionais percecionam o trabalho do psicólogo junto da equipa técnica?
- (3) Quais as dificuldades e necessidades identificadas pelos profissionais no trabalho junto das pessoas sofrendo de demência?

1.2. Participantes

Foi selecionada uma amostra intencional não aleatória, constituída por 13 indivíduos que exercem a sua atividade profissional num contexto de intervenção para pessoas sofrendo de demência, na sua maioria do género feminino ($n=11$) e com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos. Entre os participantes, 10 exercem as suas funções em lares da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia e três do distrito de Aveiro, com as seguintes profissões: assistentes sociais/diretoras do lar ($n=3$), enfermeiras ($n=3$), animadoras socioculturais ($n=3$),

auxiliar técnica ($n=1$), fisioterapeuta ($n=1$), terapeuta ocupacional ($n=1$), médico de medicina geral ($n=1$).

1.3. Instrumento

Atendendo ao carácter qualitativo da investigação, a obtenção da informação foi realizada em contacto direto com os participantes através da realização de entrevistas. Na investigação qualitativa, a entrevista é um método de recolha de dados que fornece informação acerca das experiências e perspetivas dos participantes (Turner, 2010), selecionado com o intuito de explorar as opiniões/reflexões e expectativas acerca do psicólogo na visão de elementos de equipas multidisciplinares que contactam diariamente com a demência. Neste sentido, foi construído um guião de entrevista que permitiu explorar sentimentos, opiniões e reflexões sobre o papel do psicólogo através do olhar de vários profissionais que lidam diariamente com a demência (Legard, Keegan & Ward, 2003).

Tabela 1. Guião de Entrevista.

Guião de Entrevista “Demência: Uma Visão Multidisciplinar do Papel do Psicólogo”
1. Qual é a sua área profissional de intervenção no trabalho que realiza com pessoas sofrendo de demência?
2. Em que consiste concretamente a sua intervenção?
3. Que outros profissionais considera serem úteis no trabalho com pessoas que sofrem de demência?
4. Qual considera ser o papel do psicólogo na intervenção com pessoas sofrendo de demência?
5. Que dificuldades experimenta no seu dia-a-dia ao trabalhar com pessoas que sofrem de demência?
6. Face às dificuldades descritas anteriormente, considera que o psicólogo pode ter um papel importante para o/a ajudar a lidar com essas dificuldades?
7. Acha que tem conhecimentos suficientes para trabalhar com pessoas que sofrem de demência? a) Se sim, onde os adquiriu? b) Se não, quais as principais lacunas que sente? Em que medida o saber psicológico pode contribuir para superar essas lacunas?
8. A literatura diz-nos que alguns cuidadores apresentam elevados níveis de stresse, de sobrecarga física e insatisfação laboral, devido à dependência e frequência de distúrbios por parte dos doentes. Alguma vez se sentiu assim (stresse, sobrecarga física, insatisfação laboral)? a) Se sim, que tipo de apoio teve? b) Em que medida um psicólogo poderá ajudá-lo/a a lidar com essa situação?
9. Por fim, se tivesse de classificar o papel do psicólogo na intervenção com pessoas que sofrem de demência, como o classificaria: indispensável, indispensável em determinados casos, ou dispensável?

O guião de entrevista foi elaborado com base no objetivo e questões de investigação formulados, bem como, a partir da revisão da literatura. A entrevista apresenta nove questões abertas com o objetivo de explorar, por um lado, a visão que os participantes têm acerca do papel do psicólogo nas demências, nas dificuldades identificadas pelos profissionais relativamente à prestação de cuidados, na forma como experienciam a prestação de cuidados e na contribuição para as lacunas associadas à falta de conhecimentos acerca da demência por parte da equipa multidisciplinar. Por outro lado, o guião também avaliou a perspetiva do profissional acerca do seu papel.

2. Procedimentos

2.1. Procedimentos de Recolha de Dados

O processo de recolha de dados decorreu em lares da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia e em lares do distrito de Aveiro, de fevereiro a abril de 2016. As entrevistas realizaram-se de forma individual, com a duração estipulada pelas instituições, de 10 a 15 minutos, uma vez que ocorriam em horário laboral. De forma a salvaguardar as questões éticas da investigação foi disponibilizado aos participantes, no momento da entrevista, um documento de autorização da gravação da entrevista (cf. Anexo 2), para posterior transcrição e análise dos dados.

Nos lares da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia foi realizado um contacto para o pedido de realização do estudo, que após aprovado pelo diretor da Santa Casa da Misericórdia, iniciou-se o processo de envio dos consentimentos informados (cf. Anexo 1), para salvaguardar o conhecimento dos objetivos do estudo e a questão da confidencialidade, que precedeu a recolha de dados. Os profissionais dos lares do distrito de Aveiro foram contactados de forma direta, e após a aprovação da participação no estudo foram entregues os consentimentos informados, no momento da entrevista.

2.2. Procedimentos de Tratamento de Dados

Após a realização da recolha de dados foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas. Os dados foram analisados com base num procedimento de análise de conteúdo, que se centra na apreensão de significados e interpretação dos dados (Ritchie & Lewis, 2003), e que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos (Bardin, 2011). Realizada

a leitura flutuante dos dados recolhidos, iniciou-se o processo de codificação em unidades de significado, onde há agregação do texto em categorias e subcategorias, que emergiram de uma lógica indutiva e de produção de conhecimento. Através do processo de codificação, criou-se hierarquias atendendo à frequência mencionada pelos profissionais, que foram selecionadas por temas para dar resposta às questões de investigação do estudo. Para o tratamento dos dados recorreu-se ao NVIVO, versão 10, permitindo, assim, o registo histórico do processo de investigação e a validação dos dados obtidos.

Capítulo III. Apresentação dos Resultados

Da análise e tratamento dos dados emergiram três grandes categorias de primeira ordem: (1) *Percepção acerca do trabalho do Psicólogo*, (2) *Dificuldades Experienciadas pelos Profissionais*, (3) *Necessidades dos Profissionais*. A partir destas categorias foram criadas posteriormente subcategorias para uma tradução mais detalhada da visão dos profissionais acerca do papel do psicólogo e do seu próprio trabalho.

Em seguida são apresentados os resultados obtidos, através da codificação dos dados da entrevista, de acordo com as questões de investigação. Assim sendo, são apresentadas as categorias, os princípios de inclusão, as referências ilustrativas de discurso e o número de unidades de discurso associadas.

Tabela 2. Descrição do Sistema de Categorias.

1. Percepção acerca do trabalho do Psicólogo				
Esta categoria de primeira ordem explora a visão da equipa técnica acerca da intervenção realizada pelo psicólogo no que diz respeito à demência.				
1.1. Percepção acerca do trabalho do Psicólogo com o utente				
Esta categoria de segunda ordem diz respeito às percepções da equipa multidisciplinar relativamente ao trabalho realizado pelo psicólogo junto do utente.				
<i>Código</i>	<i>Designação</i>	<i>Nº Ref.</i>	<i>Descrição</i>	<i>Unidades de Registo</i>
1.1.1.	Avaliação do utente	5	Codifica enunciados relacionados com a avaliação realizada junto do utente.	<i>“Acho que é fazer o diagnóstico, um diagnóstico com base nos critérios técnicos que têm conhecimento”</i>
1.1.2.	Estimulação cognitiva	9	Codifica enunciados relativos à estimulação cognitiva realizada junto do utente.	<i>“(…) estimular as competências cognitivas da pessoa para que a deterioração seja minimizada (…)”</i>
1.1.3.	Ajustamento e Adaptação às perdas	2	Codifica enunciados relativos à intervenção na adaptação às perdas realizada junto do utente.	<i>“(…) podem intervir ... numa fase inicial, trabalhando sobre a aceitação da mesma e meios de contornar os pequenos obstáculos até à gestão das emoções que as mudanças trazem.”</i>
1.1.4.	Reconhecimento da importância junto do utente	11	Codifica as unidades de registo referentes à importância percebida do papel do psicólogo.	<i>“O psicólogo sem dúvida, eu acho que é a pessoa que está muito treinada e especializada nessa área. Eu acho que realmente é muito importante.”</i>
1.2. Percepção acerca do trabalho do Psicólogo com a equipa				
Esta categoria de segunda ordem diz respeito às percepções da equipa multidisciplinar relativamente ao trabalho realizado pelo psicólogo junto da própria equipa.				
1.2.1.	Transmissão de conhecimentos e estratégias	39	Enunciados relacionados com a transmissão de estratégias e de conhecimentos para uma melhor intervenção da equipa junto dos utentes.	<i>“Passou-se isto e isto, como fazemos, como é que acha melhor, qual é a sua opinião para o resto da semana, como acha que é a nossa melhor intervenção”</i>

1.2.2.	Transmissão de estratégias para a gestão emocional da equipa	1	Codifica enunciados relacionados com o trabalho do psicólogo atende à gestão emocional da equipa.	<i>“Acho que... nos pode ajudar na gestão de emoções (...)”</i>
1.2.3.	Não identifica relevância no papel do psicólogo	1	Codifica enunciados referentes à não identificação do papel do psicólogo no respeito à intervenção junto da equipa.	<i>“É uma boa questão. Não sei. Não sei em que medida é que me poderia ajudar.”</i>
1.3. Perceção acerca do trabalho do Psicólogo com os familiares do utente				
Esta categoria de segunda ordem diz respeito às perceções da equipa multidisciplinar relativamente ao trabalho realizado pelo psicólogo junto dos familiares do utente.				
1.3.1.	Transmissão de conhecimentos e estratégias à família	4	Codifica enunciados relacionados com a transmissão de estratégias e de conhecimentos à família.	<i>“(...) por outro lado, com as famílias numa perspetiva de fornecer conhecimento acerca da evolução da doença e também da doença em si bem como estratégias para os familiares (...)”</i>
2. Dificuldades Experienciadas pelos Profissionais				
Esta categoria de primeira ordem codifica enunciados relacionados com as perceções da equipa multidisciplinar relativamente às dificuldades apresentadas pelos profissionais, face aos recursos disponíveis.				
2.1. Características dos utentes				
Esta categoria de segunda ordem codifica os enunciados relacionados com as perceções da equipa multidisciplinar em relação às características atribuídas às pessoas sofrendo de demência.				
2.1.1.	Emocionais	5	Codifica todos os enunciados relacionados com as características emocionais das pessoas sofrendo de demência.	<i>“(...) porque às vezes são um bocado agressivos(...)”.</i>
2.1.2.	Cognitivas	5	Codifica todos os enunciados relacionados com as características cognitivas das pessoas sofrendo de demência.	<i>“Desde as histórias incoerentes...”; “Sobretudo aqueles que têm dificuldade em se exprimir verbalmente (...)”.</i>
2.1.3.	Comportamentais	5	Codifica todos os enunciados relacionados com as características comportamentais das pessoas sofrendo de demência.	<i>“(...) questão de muitas vezes terem comportamentos desajustados(...)”</i>
2.3. Características do papel do profissional de saúde				
Esta categoria de segunda ordem codifica enunciados relacionados com as perceções que os profissionais de saúde têm em relação à sua intervenção.				
2.3.1.	Crenças associadas à profissão	1	Codifica enunciados referentes a crenças associadas às várias profissões.	<i>“(...) às vezes há essa ideia da terapia ocupacional que vem brincar (...)”</i>
2.3.2.	Comunicação com os utentes	1	Codifica enunciados referentes à dificuldade de comunicar com as pessoas sofrendo de demência.	<i>“(...) a dificuldade de comunicar com eles (...)”.</i>
2.4. Características do papel do profissional da área social				
Esta categoria de segunda ordem codifica enunciados relacionados com as perceções que os profissionais da área social têm em relação à sua intervenção.				
2.4.1.	Falta de conhecimentos para intervir com os utentes	3	Codifica enunciados relacionados com a falta de conhecimentos e de estratégias para intervir junto das pessoas sofrendo de demência.	<i>“(...) saber entender o que é que vai naquela cabeça muitas vezes é difícil.”</i>

2.5. Integrar os utentes sem patologia				
Esta categoria de segunda ordem codifica os enunciados relacionados com a dificuldade em intervir em conjunto com a população com e sem patologia.				
2.5.1.	Características pessoais dos utentes sem patologia	2	Codifica os enunciados relacionados com as características pessoais dos utentes sem patologia que dificultam a intervenção	<i>“E mesmo os outros idosos que estão bem os que mantêm todas as capacidades são muito possessivos, querem muita atenção...”</i>
2.5.2.	Características pessoais dos profissionais	2	Codifica os enunciados relacionados com as características pessoais dos profissionais que dificultam a integração dos utentes com demência com os restantes utentes.	<i>“A dificuldade maior é que.... Em termos emocionais me custa mais é o facto deles, dos demais que não têm esse comprometimento não aceitarem a limitação do outro.”</i>
3. Necessidades dos Profissionais				
Esta categoria de primeira ordem codifica os enunciados relacionados as necessidades percecionadas pelos profissionais da equipa multidisciplinar.				
3.1. Institucionais				
Esta categoria de segunda ordem codifica os enunciados de cariz institucional referentes às necessidades identificadas pelos profissionais.				
3.1.1.	Alterações de funcionamento	4	Codifica enunciados referentes ao contexto de trabalho (e.g., horários).	<i>“...muitas vezes nos estarmos ocupados e termos outro tipo de tarefas, que nos impedem de prestar o tempo devido a esse tipo de utentes.”</i>
3.1.2.	Formação	2	Codifica enunciados referentes à falta de formação facultada pela instituição.	<i>“Eu acho que a aposta em proporcionar formação eventualmente por parte de identidade patronal acho que seria uma mais-valia. Ou pelo menos não formasse todos, pelo menos permitir que um ou outro colega tivesse essa formação e que passasse depois para os restantes.”</i>
3.1.3.	Recursos Humanos	6	Codifica enunciados referentes à falta de profissionais no contexto, no trabalho com pessoas sofrendo de demência.	<i>“...acho que há poucos profissionais para lidarem com essas pessoas, uma pessoa com demência precisa de mais gente do que uma pessoa que não têm um diagnóstico. E nós aqui temos alguma dificuldade com isso, porque temos muitos utentes dementes e acho que somos poucos para tanta gente.”</i>

Capítulo IV. Discussão de Resultados

Este estudo permitiu aceder às percepções que os profissionais que integram uma equipa multidisciplinar de prestação de cuidados nas demências têm acerca do papel do psicólogo. De seguida discutem-se os resultados obtidos, organizados de forma integrada, que permitem responder às questões de investigação (QI) do presente estudo.

QI1 – De que forma é que os outros profissionais percecionam o trabalho do psicólogo junto das pessoas sofrendo de demência?

No que respeita à percepção dos outros profissionais sobre o trabalho do psicólogo junto das pessoas sofrendo de demência, os participantes identificam as seguintes dimensões de atuação: (1) avaliação do utente, (2) estimulação cognitiva, (3) o ajustamento e adaptação às perdas.

Os participantes referem-se à *avaliação do utente* como a confirmação/obtenção de certeza acerca da presença de uma patologia [*“Sem dúvida que nós achamos que também a psicologia vai no âmbito também do despiste, de facto o que é que se passa com aquele utente, de facto se é uma situação de demência se não é.”*; *“Acho que é fazer o diagnóstico, um diagnóstico com base nos critérios técnicos que têm conhecimento.”*]. Esta dimensão poderá ter sido mencionada como uma vertente da atuação do psicólogo, devido à necessidade de recorrer a profissionais de diferentes áreas para a realização de um diagnóstico mais preciso. Bertelli *et al.* (2009), referem que o psicólogo pode desempenhar um papel fundamental no que diz respeito à avaliação de queixas e de mudanças no funcionamento cognitivo, uma vez que, graças ao seu conhecimento e treino na utilização de instrumentos especializados, encontra-se bem preparado para avaliar as mudanças na memória e nos processos de funcionamento e também para distinguir entre mudanças normais e sintomas iniciais de patologia.

A *estimulação cognitiva*, também referida como uma dimensão de atuação do psicólogo, foi descrita como uma intervenção capaz de preservar as funções do indivíduo [*e.g.*, *“(…) terapias que lhes sejam prazerosas de forma também que eles consigam conservar as capacidades que têm durante mais tempo mais tempo possível”*]. A referência a esta dimensão poderá estar associada ao facto de este tipo de terapia ser frequentemente realizada nos casos de demência. De acordo com Woods *et al.* (2012), a estimulação cognitiva é uma intervenção muito utilizada para pessoas com demência, já que oferece uma grande variedade de atividades lúdicas que estimulam o raciocínio, a concentração e a memória, beneficiando a cognição em pessoas que se encontrem numa fase inicial a moderada da demência.

Os profissionais identificam, ainda, o papel do psicólogo no *ajustamento e adaptação à perda* [e.g., “(...) numa fase inicial em que a pessoa ainda tem alguma noção dos momentos em que não está lúcida se calhar ajudá-la a compreender e a fazer de certa forma o luto das suas capacidades que vão ser perdidas.”]. Esta dimensão poderá ter sido mencionada tendo em conta o número elevado de casos em que os profissionais assistem a uma resistência por parte do indivíduo em aceitar o processo progressivo de perdas e, por conseguinte, a resistência à intervenção. De acordo com Garbin *et al.* (2010), o facto de a pessoa experienciar algumas perdas (e.g., capacidades físicas e cognitivas) representa para alguns idosos uma fase angustiante nas suas vidas, sendo necessário que os profissionais demonstrem competências para intervir nesta fase. Segundo Justo e Calil (cit. in Cachioni & Lopes, 2012), a psicoeducação deve fazer com que o utente seja mais colaborativo no que diz respeito à condução do processo, sendo por isso importante que o psicólogo intervenha para uma melhor adaptação à doença e posterior participação na intervenção.

Dos treze participantes do estudo, onze *reconhecem a importância do papel do psicólogo* no que respeita ao trabalho com pessoas sofrendo de demência e percebem o trabalho do psicólogo como um aspeto positivo na contribuição dos cuidados na demência [e.g., “O psicólogo sem dúvida, eu acho que é a pessoa que está muito treinada e especializada nessa área (demência). Eu acho que realmente é muito importante.”; “Todos os que intervêm com estas pessoas. Desde terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, enfermeiros, médicos, psicólogos, ajudantes de ação direta, animadoras socioculturais ah... acho que é por aí.”].

O papel do psicólogo junto dos familiares dos utentes é referido por apenas um participante, refletindo-se na *Transmissão de conhecimentos e estratégias à família para a intervenção* [e.g., “(...) por outro lado, com as famílias numa perspetiva de fornecer conhecimento acerca da evolução da doença e também da doença em si bem como estratégias para os familiares (...)”]. Segundo Birren *et al.*, (1992, cit. in Néri, 2004) o psicólogo pode intervir junto dos familiares dos utentes, através da transmissão de conhecimentos acerca da patologia e da intervenção psicoterapêutica.

QI2 – De que forma é que os outros profissionais percebem o trabalho do psicólogo junto da equipa técnica?

Os participantes identificaram o papel do psicólogo junto das equipas multidisciplinares relevante em duas dimensões: (1) *transmissão de conhecimentos e estratégias à equipa para a intervenção*, (2) *transmissão de estratégias para a gestão emocional da equipa*.

No que atente à *transmissão de conhecimentos e estratégias à equipa para a intervenção*, os profissionais referem esta atividade como sendo importante para ultrapassar as dificuldades sentidas, para a falta de conhecimentos que identificam ter e para melhorar a sua intervenção e vivência da prestação de cuidados [e.g., “(...) a psicologia ajuda-nos a entender muito os comportamentos (...)”; “(...) eu acho que o psicólogo vai dando algumas técnicas, algumas dicas...”; “(...) sensibilizar os colaboradores e dotá-los dessas estratégias e é através da Psicologia”; “(...) desde estratégias para conseguir lidar com a pessoa devido aos seus comportamentos, através de técnicas para conseguirmos chegar a eles e perceber o que se passa com eles para uma melhor intervenção da nossa parte.”]. Segundo Santos, Sousa, Brasil e Dourado (2013), a abordagem psicoeducativa visa o fornecimento de informações sobre a doença e a formação de cuidadores para lidar com a sintomatologia comportamental e cognitiva da demência. O psicólogo, uma vez que tem os conhecimentos acerca de doenças neuropsicológicas (Birren *et al.*, 1992, cit. in Néri, 2004) e competência para intervir com o utente sofrendo de demência e com o cuidador, poderá facilitar uma intervenção mais adequada por parte de toda a equipa.

Por outro lado, um participante identificou também o papel do psicólogo na *transmissão de estratégias para a gestão emocional da equipa* [e.g., “Acho que... nos pode ajudar na gestão de emoções (...)”; “No que já tenho visto, não é? Eles têm uma calma (psicólogos), uns conhecimentos que estão sempre naquele campo de batalha que nos ajuda. Dicas muitas vezes, eles sabem com palavras manobra-los e às vezes fazer com que nós nos consigamos acalmar a nós próprios para poder transmitir calma a eles.”]. O fornecimento de estratégias e o suporte permitem que o cuidador obtenha estratégias para reduzir o stress, facilitando a gestão de emoções e utilize estratégias para a resolução de problemas. Segundo Birren *et al.* (1992, cit. in Néri, 2004), e Carstensen, Edelstein e Dornbrand (1996, cit. in Néri, 2004), o papel do psicólogo junto dos cuidadores formais passa pelo apoio psicológico, para além da participação deste na equipa multidisciplinar.

Por último, um participante indica que não identifica o papel do psicólogo como relevante na prestação de cuidados [e.g., “É uma boa questão. Não sei. Não sei em que medida é que me poderia ajudar (...) não sei até que ponto é que de facto a psicologia para nos técnicos traria aqui algum benefício... Não sei, não sei mesmo.”], o que poderá ser explicado pelo contacto reduzido do profissional com a atividade do psicólogo.

QI3 – Quais as dificuldades e necessidades identificadas pelos profissionais no trabalho junto das pessoas sofrendo de demência?

Para os participantes, destacam-se como principais dificuldades questões do foro profissional e necessidades relacionadas com o próprio funcionamento da instituição. As dificuldades identificadas dividem-se em quatro dimensões: (1) *características dos utentes*, (2) *características do papel do profissional de saúde*, (3) *características do papel do profissional da área social*, (4) *integração dos utentes sem patologia*.

No que respeita às características dos utentes, os profissionais identificam três tipos: emocionais [e.g., “*porque às vezes são um bocado agressivos (...)*”; “*(...) a apatia e a dificuldade de aceitação da demência.*”; “*(...) que muitas vezes encontra momentos de grande angústia.*”], cognitivas [e.g., “*(...) discurso de uma história qualquer e eu, eu sei que ela é falsa (...)*”; “*(...) lapsos de memória(...)*”; “*Sobretudo aqueles que têm dificuldade em se exprimir verbalmente(...)*”], e comportamentais [e.g., “*(...) questão de muitas vezes terem comportamentos desajustados(...)*”; “*(...) outras vezes não percebem mesmo nada e orientá-los a fazer as coisas mínimas às vezes é um bocado confuso não (...)*”; “*(...) facto de certas e determinadas coisas tornarem, começarem a ser rotina porque eles fazem sempre a mesma “asneira” (...)*”]. Um estudo acerca das competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores de idosos com demência nas instituições (Barbosa *et al.*, 2011), vem reforçar as dificuldades sentidas pelos participantes do presente estudo. Neste estudo também é referido pelos participantes que os distúrbios comportamentais próprios da doença são situações difíceis para os cuidadores (Barbosa *et al.*, 2011).

Os participantes identificam, ainda, dificuldades relacionadas com as características do papel do profissional. Neste caso, serão abordados separadamente as perspetivas dos profissionais de saúde e dos profissionais da área social. Relativamente à área da saúde, um participante referiu que uma das dificuldades são as crenças associadas à profissão [e.g., “*(...às vezes há essa ideia da terapia ocupacional que vem brincar, que vem treinar só a destreza, e por molas e pronto. Isso às vezes até dos outros profissionais temos essa dificuldade que não compreendem muito bem o que é que nós fazemos (...)*”] e também dificuldades na comunicação com os utentes [e.g., “*(...) a dificuldade de comunicar com eles (...)*”]. Também no estudo de Barbosa *et al.* (2011), os participantes referem que cuidar de uma pessoa com demência é mais exigente, devido às dificuldades de comunicação. Por outro lado, as dificuldades experienciadas pelos profissionais na área social estão relacionadas com a falta de conhecimentos para intervir com os utentes [e.g., “*(...) tentar no meu caso, enquanto animadora também arranjar atividades que sejam adequadas à pessoa com demência, porque... as atividades de animação são mais para pessoas que estão cognitivamente bem e tentar adaptar essas atividades às vezes não também é assim muito fácil.*”].

Segundo Barbosa *et al.* (2011) e Paúl, (2014), quer a formação dos cuidadores quer a própria prestação de cuidados junto das pessoas sofrendo de demência são escassas, sendo por isso importante que os cuidadores formais demonstrem competências para a adequação da prestação de cuidados, tendo em consideração aspetos fisiológicos, emocionais, sociais e da demência (Reis & Ceolim, 2007).

Outra dificuldade sentida é a *integração dos utentes sem patologia* nas atividades da instituição, por características individuais dos utentes [e.g., “*E mesmo os outros idosos que estão bem, os que mantém todas as capacidades são muito possessivos, querem muita atenção...*”] e por características pessoais dos profissionais [e.g., “*(...) dificuldade é mesmo integrar com os outros que estão bem o idoso com demência é difícil (...)*” “*A dificuldade maior e que.... Em termos emocionais me custa mais é o facto deles, dos demais que não têm esse comprometimento não aceitarem a limitação do outro.*”]. Também num estudo realizado por Alves (2015), a equipa também percecionada esta dificuldade sentida acerca das pessoas sofrendo de demência nos utentes sem patologia.

As necessidades, identificadas pelos profissionais relacionadas com questões institucionais estão associadas à falta de tempo para realizar a sua intervenção [e.g., “*(...) muitas vezes nos estarmos ocupados e termos outro tipo de tarefas, que nos impedem de prestar o tempo devido a esse tipo de utentes.*”], à necessidade de formação [e.g., “*Eu acho que a aposta em proporcionar formação eventualmente por parte de identidade patronal acho que seria uma mais-valia. Ou pelo menos não formasse todos, pelo menos permitir que um ou outro colega tivesse essa formação e que passasse depois para os restantes.*”], e às necessidades de recursos humanos [e.g., “*... acho que há poucos profissionais para lidarem com essas pessoas, uma pessoa com demência precisa de mais gente do que uma pessoa que não têm um diagnóstico. E nós aqui temos alguma dificuldade com isso, porque temos muitos utentes dementes e acho que somos poucos para tanta gente.*”]. As necessidades identificadas pelos participantes no presente estudo são também entendidas como dificuldades no estudo conduzido por Barbosa *et al.* (2011).

Capítulo V. Conclusão e Limitações do estudo

Em suma, o presente estudo pretendeu aferir entre os outros membros da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, outros terapeutas) qual o tipo de trabalho e apoio que esperam dos psicólogos no âmbito dos cuidados a pessoas sofrendo de demência. As entrevistas realizadas permitiram a exploração das perspetivas que os profissionais têm acerca do trabalho do psicólogo e refletir sobre aquilo que esperam deste para dar resposta às dificuldades sentidas.

Os dados recolhidos sugerem que, por oposição ao verificado no estudo realizado por Saar e Trevizan (2007) acerca da visão que os profissionais de saúde têm sobre o papel do psicólogo, a maioria dos participantes do presente estudo associa o papel do psicólogo à intervenção direta com o utente (e.g., estimulação cognitiva). À semelhança do estudo referido, realizado por Saar e Trevizan (2007), os participantes percecionam como importante o trabalho do psicólogo, contudo, apresentam dificuldades em defini-lo, concretamente, no que respeita ao trabalho com os cuidadores informais e com os profissionais da equipa multidisciplinar. Revela-se assim importante que o psicólogo realize intervenções mais eficazes com os seus pares (profissionais de uma equipa multidisciplinar), no sentido de aumentarem as suas ferramentas para lidar com a patologia e experienciarem de uma forma positiva a prestação de cuidados.

Foi também possível compreender, através das experiências individuais dos participantes, que a generalidade apresenta uma imagem positiva acerca do psicólogo, embora pouco clara sobre o seu papel, o que poderá ser explicado pela ausência da presença permanente de um psicólogo nas instituições abordadas, o que pode resultar, na construção de crenças pouco ajustadas sobre os profissionais de psicologia.

Assumem-se como limitações, o facto de a amostra ser de dimensão reduzida, apesar dos dados recolhidos serem relevantes e irem de encontro ao objetivo proposto do estudo. Os limites impostos à duração da entrevista constituíram-se também como uma limitação ao estudo, já que implicaram um maior foco nas questões, permitindo pouco espaço para a exploração de temas que pudessem surgir. Poderá constituir-se ainda como limitação a possibilidade de desajustabilidade social nas respostas às questões sobre o papel do psicólogo, já que as entrevistas foram realizadas por uma estudante de psicologia.

Seria interessante realizar um estudo mais abrangente que comparasse as perspetivas que os profissionais têm acerca do papel do psicólogo quando este integra de forma regular, ou não, a equipa multidisciplinar de cuidados formais na demência.

Capítulo VII. Referências Bibliográficas

Alzheimer Portugal (2012). Disponível em: www.alzheimerportugal.org

Almeida, H. (2014). A difícil relação entre o envelhecimento biológico e a doença. In Fonseca, A. (1ªeds). *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (pp.63-87). Lisboa: Coisas de Ler.

Alves, M. (2015). O Idoso com Alzheimer: Impactos no trabalho quotidiano percecionados pelos cuidadores de um lar (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação de Portalegre, Portalegre, Portugal.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bayle, F. (2004). O demente, a família e as suas necessidades. *Análise Psicológica* 22(3), 621-627.

Bertelli, R., Bianchi, J. J. P., & Cruz, E. C. (2009). Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. *Revista Motricidade*, 5(2), 49-62.

Barbosa, M., Caramellia, P. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Revista Brasileira Psiquiatra* 24, 7-10.

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percecionadas. *Psicologia, Saúde & Doenças* 12(1), 119-129.

Cachioni, M., Lopes, L. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demências: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 252-260.

Caspar, J., Gand, S., MacDonald, S. (2011). Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 4, 125-147. doi.10.2147/JMDH.S17773.

Carta Social 2016. Lar de Idosos. Consultado em Carta Social em: <http://www.cartasocial.pt/conceitos.php?img=0#cj19>.

Cerejeiro, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology* 3.

Creswell, J. W. (2007). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (3ª ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In Fonseca, A. (1ªeds). *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (pp.93-115). Lisboa: Coisas de Ler.

Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. (1ªeds). *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (pp.1-19). Lisboa: Coisas de Ler.

Fonseca, A., et al. (2014). Demência na terceira idade. Contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção. RESATER.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3, 343-353.

Freitas, D. (2015). A velhice nos lares na perspetiva das profissionais: Um estudo exploratório (Dissertação de mestrado não publicada). Faculdade de Economia de Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Kroger, E., Andel, R., Lindsay, J., Benounissa, Z., Verreault, R. & Laurin, D. (2008). Is complexity of work associated with risk of dementia? The Canadian Study of Health and Aging. *American journal of epidemiology*, 167, 820-830.

Kurz, F., Lautenschlager, T. (2010). The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace? *International Psychogeriatrics*, 22 (1), 37-42.

Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40, 712-719.

Mendes, D. (2012). Fatores da institucionalização da pessoa idosa com demência: um estudo de casos no Instituto de Ação Social das Forças Armadas (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Mendes, P. (1995). Cuidadores: heróis anónimos do quotidiano (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Católica de São Paulo, Brasil.

Molinari, V., Hartman-Stein, P. (2002). Psychologists in Long-Term Care: Overview of practice and public policy: Introduction to the special series. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7(3), 312-316.

Néri, A. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo*, 69-80.

Neto, J., Tamelini, M., Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 119-130.

Nitrini, R. (2006). Demências. In Filho, E., Netto, M. (2006). Geriatria. Fundamentos, clínica e terapêutica (2ed., pp. 103-120). S. Paulo: Atheneu.

Organização Mundial de Saúde. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde. (2012). Dementia- a public health priority. World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde. (2011). Global health and aging. National Institute on Aging. National Institute of Health. World Health Organization

Organização Mundial de Saúde. (2013). Demencia : Una prioridad de salud publica. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Pachana, N., Helmes, E., Cook, J. (2010,10,x). Role of psychologists in assessing and treating dementia. Consultado em Australian Psychological Association: <https://www.psychology.org.au/publications/inpsych/2010/october/pachana/#s5>.

Páscoa, P. (2008). *A importância do envelhecimento ativo na saúde do idoso*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Paschoal, S., Salies, E., Franco, R. (2006). Epidemiologia do Envelhecimento. In Filho, E., Netto, M. (2006). Geriatria. Fundamentos, clínica e terapêutica (2ed., pp. 19-34). S. Paulo: Atheneu.

Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: diferentes necessidades, diferentes desafios. In Fonseca, A. (1ªeds). *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. (pp.1-19). Lisboa: Coisas de Ler.

Pereira, M., Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 3-10.

Pestana, L., Caldas, C. (2009). Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 583-587.

Reilley, S., Challis, D., Burns, A., Hughes, J. (2004). The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland. *Aging and Mental Health*, 8, 249-255.

Reis, P., Ceolim, M. (2007). O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista Escola Superior de Enfermagem da USP*, 41(1), 57-64.

Ribeira, S., Ramos, C., & Sá, L. (2004). Avaliação inicial da demência. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 20, 569-577.

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE Publications.

Saar, S., Trevizan, M. (2007). Papéis profissionais de uma equipa de saúde: Visão de seus integrantes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15(1).

Santos, A. (2016, 6, 26). Os aspetos médicos, psicológicos e neuropsicológicos da demência e Alzheimer. Consultado em Psicologia.pt O portal dos Psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1001.pdf>.

Santos, R., Sousa, M., Brasil, D., Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista Psiquiátrica Clínica* 38(4), 161-167.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Edições Lidel.

Scazufca, M., Almeida, O. P., Vallada, H. P., Tasse, W. A., & Menezes, P. R. (2009). Limitations of the Mini Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 8-15.

Schulz, R., Steven, B., Czaja, S., McGinnis, K, Stevens, A., Zhang S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *The Journal of American Medical Association*, 292(8), 961-967.

Tyas, S. L., Salazar, J. C., Snowdon, D. A., Desrosiers, M. F., Riley, K. P., Mendiondo, M. S. & Kryscio, R. J. (2007). Transitions to mild cognitive impairments, dementia, and death: findings from the Nun Study. *American journal of epidemiology*, 165, 1231-1238.

Valenzuela, M.J., & Sachdev, P. (2006). Brain reserve and dementia: a systematic review. *Psychol Med*, 36, 441-454.

Vasconcelos, L. G., Brucki, S. M. D., & Bueno, O. F. A. (2007). Cognitive and functional dementia assessment tools: review of Brazilian literature. *Dementia & Neuropsychologia*, 1, 18-2.

Kurz, F., Lautenschlager, T. (2010). The concept of dementia: retain, reframe, rename or replace? *International Psychogeriatrics*, 22 (1), 37-42.

Kroger, E., Andel, R., Lindsay, J., Benounissa, Z., Verreault, R. & Laurin, D. (2008). Is complexity of work associated with risk of dementia? The Canadian Study of Health and Aging. *American journal of epidemiology*, 167, 820-830.

Woods, E., Aguirre, E., Spector, A., Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve functioning in people with dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimento Informado

Demência: Uma Visão Multidisciplinar do Papel do Psicólogo

O meu nome é Viviana Matias e sou aluna do Mestrado em Psicologia da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. Sob orientação do Prof. António Fonseca, estou a desenvolver a dissertação do mestrado intitulada “Demência: Uma Visão Multidisciplinar do Papel do Psicólogo”, com o objetivo de aferir a perspetiva de diversos profissionais que trabalham na área sobre que tipo de trabalho e apoio esperam dos psicólogos. A recolha de dados será realizada através de uma entrevista que terá uma duração entre 10 a 15 minutos. Todos os dados recolhidos serão confidenciais e serão usados unicamente para a realização da referida dissertação.

Se necessitar de alguma informação adicional sobre o projeto de investigação estou à sua disposição através do x ou do x.

Com os melhores cumprimentos,

Viviana Matias

ANEXO 2: Declaração da gravação da entrevista

“Demência: Uma visão multidisciplinar do papel do psicólogo”

Declaração de Consentimento

Eu, _____, autorizo a gravação da entrevista para a dissertação do mestrado "Demência: Uma visão multidisciplinar do papel do psicólogo". Todos os dados recolhidos neste estudo serão confidenciais e serão usados unicamente para a realização da referida dissertação.

Data: ____ / ____ /2016

Assinatura do declarante _____

Desde já obrigada pela participação,

Data: ____ / ____ /2016

Assinatura do investigador _____

ANEXO 3: Descrição do Sistema de Categorias

1. Perceção acerca do trabalho do Psicólogo				
Esta categoria de primeira ordem explora a visão da equipa técnica acerca da imagem da intervenção realizada pelo psicólogo no que diz respeito à demência.				
1.1. Perceção acerca do trabalho do Psicólogo com o utente				
Esta categoria de segunda ordem diz respeito à identificação de uma população identificada pela equipa técnica na qual o psicólogo intervém diretamente. Referentes a esta categoria verificam-se três categorias de terceira ordem.				
<i>Código</i>	<i>Designação</i>	<i>Nº Ref</i>	<i>Descrição</i>	<i>Unidades de Registo</i>
1.1.1.	Avaliação do utente	5	Codifica enunciados relacionados com a avaliação realizada junto do utente percecionados pelos profissionais	<i>“Acho que é fazer o diagnóstico, um diagnóstico com base nos critérios técnicos que têm conhecimento”</i>
1.1.2.	Estimulação cognitiva	9	Enunciados que remetem para a ideia de estimular cognitivamente e minimizar a deterioração na pessoa sofrendo de demência percecionados pelos profissionais).	<i>“(…) estimular as competências cognitivas da pessoa para que a deterioração seja minimizada (…)”</i>
1.1.3.	Ajustamento e Adaptação às perdas	2	Enunciados que remetem para a ideia de adaptação à doença incluindo a gestão emocional, a perda de capacidades e lidar com os obstáculos percecionados pelos profissionais	<i>“(…) podem intervir desde que a pessoa tem conhecimento que sofre de demência, numa fase inicial, trabalhando sobre a aceitação da mesma e meios de contornar os pequenos obstáculos até à gestão das emoções que as mudanças trazem.”</i>
1.1.4.	Reconhecimento da importância junto do utente	11	Codifica todas as unidades de registo referentes à importância do papel do psicólogo no trabalho com pessoas sofrendo de demência na perspetiva dos profissionais	<i>“O psicólogo sem dúvida, eu acho que é a pessoa que está muito treinada e especializada nessa área. Eu acho que realmente é muito importante.”</i>
1.2. Perceção acerca do trabalho do Psicólogo com a equipa				
Esta categoria de segunda ordem diz respeito à identificação da própria equipa na qual o psicólogo pode intervir a vários níveis designadamente: na identificação do trabalho do psicólogo na intervenção com o utente, na contribuição dos recursos individuais, o trabalho do psicólogo relativamente à experiência de prestação de cuidados, bem como, nas dificuldades sentidas pela equipa no dia-a-dia.				
1.2.1.	Transmissão de conhecimentos e estratégias à equipa para a intervenção	39	Enunciados relacionados com a transmissão de estratégias e de conhecimentos para uma melhor intervenção da equipa junto dos utentes	<i>“Passou-se isto e isto, como fazemos, como é que acha melhor, qual é a sua opinião para o resto da semana, como acha que é a nossa melhor intervenção”</i>
1.2.2.	Transmissão de estratégias para a gestão emocional da equipa	1	Codifica enunciados relacionados com o trabalho do psicólogo no que diz respeito à gestão emocional da equipa	<i>“Acho que... nos pode ajudar na gestão de emoções (…)”</i>

1.2.3.	Não identifica relevância no papel do psicólogo	1	Codifica enunciados referentes à não identificação do papel do psicólogo no que diz respeito à intervenção junto da equipa técnica em relação à experiência de prestação de cuidados	<i>“É uma boa questão. Não sei. Não sei em que medida é que me poderia ajudar.”</i>
1.3. Perceção acerca do trabalho do Psicólogo com os familiares do utente				
Esta categoria de segunda ordem diz respeito à identificação de uma população identificada pela equipa técnica na qual o psicólogo pode intervir.				
1.3.1.	Transmissão de conhecimentos e estratégias à família	4	Codifica enunciados relacionados com a transmissão de estratégias e de conhecimentos para uma melhor intervenção da família.	<i>“(…) por outro lado, com as famílias numa perspetiva de fornecer conhecimento acerca da evolução da doença e também da doença em si bem como estratégias para os familiares (…)”</i>
2. Dificuldades Experienciadas pelos Profissionais				
Esta categoria de primeira ordem codifica enunciados relacionados com algo que é constatado, mas que o profissional tem de enfrentar com os recursos que tem.				
2.1. Características dos utentes				
Esta categoria de segunda ordem codifica os enunciados relacionados à imagem da pessoa sofrendo de demência.				
2.1.1.	Emocionais	5	Codifica todos os enunciados relacionados com as características emocionais das pessoas sofrendo de demência	<i>“(…) porque às vezes são um bocado agressivos(…)”.</i>
2.1.2.	Cognitivas	5	Codifica todos os enunciados relacionados com as características cognitivas das pessoas sofrendo de demência	<i>“Desde as histórias incoerentes...”; “Sobretudo aqueles que têm dificuldade em se exprimir verbalmente (…)”.</i>
2.1.3.	Comportamentais	5	Codifica todos os enunciados relacionados com as características comportamentais das pessoas sofrendo de demência	<i>“(…) questão de muitas vezes terem comportamentos desajustados(…)”</i>
2.2. Características do papel do profissional de saúde				
Esta categoria de segunda ordem codifica enunciados referentes a forma como as características do papel do profissional de saúde dificultam a compreensão e intervenção com as pessoas sofrendo de demência.				
2.3.1.	Crenças associadas à profissão	1	Codifica enunciados referentes a crenças associadas às várias profissões	<i>“(…) às vezes há essa ideia da terapia ocupacional que vem brincar, que vem treinar só a destreza, e por molas e pronto (…)”</i>
2.3.2.	Comunicação com os utentes	1	Codifica enunciados referentes à dificuldade de comunicar com as pessoas sofrendo de demência	<i>“(…) a dificuldade de comunicar com eles (…)”.</i>
2.3. Características do papel do profissional de trabalho social				
Esta categoria de segunda ordem codifica enunciados referentes a forma como as características do papel do profissional de trabalho social dificultam a compreensão e intervenção com as pessoas sofrendo de demência.				

2.4.1.	Falta de conhecimentos para intervir com os utentes	3	Codifica enunciados relacionados com a falta de conhecimentos e de estratégias para intervir junto das pessoas sofrendo de demência	<i>“(…) saber entender o que é que vai naquela cabeça muitas vezes é difícil.”</i>
2.4. Integrar os utentes sem patologia				
Esta categoria de segunda ordem codifica os enunciados relacionados à dificuldade em gerir as características dos utentes sem patologia e dificuldades em encontrar um equilíbrio na junção das populações em atividades e aceitação da doença do outro.				
2.5.1.	Características pessoais dos a utentes sem patologia	2	Codifica os enunciados relacionados à imagem da pessoa sem patologia	<i>“E mesmo os outros idosos que estão bem os que mantêm todas as capacidades são muito possessivos, querem muita atenção...”</i>
2.5.2	Características pessoais dos profissionais	2	Codifica os enunciados relacionados à dificuldade sentida pelos profissionais em integrar os utentes com demência com os restantes utentes.	<i>“A dificuldade maior e que.... Em termos emocionais me custa mais é o facto deles, dos demais que não têm esse comprometimento não aceitarem a limitação do outro.”</i>
3. Necessidades dos Profissionais				
Esta categoria de primeira ordem codifica os enunciados em os profissionais expressam a falta de algo e de legitimidade para obter (e.g., recursos como por exemplo mais profissionais no contexto, horários...)				
3.1. Institucionais				
Esta categoria de segunda ordem codifica os enunciados referentes às necessidades identificadas pelos profissionais que remete para a instituição.				
3.1.1.	Alterações de funcionamento	4	Codifica enunciados referentes ao contexto de trabalho (e.g., horários)	<i>“...muitas vezes nos estarmos ocupados e termos outro tipo de tarefas, que nos impedem de prestar o tempo devido a esse tipo de utentes.”</i>
3.1.2.	Formação	1	Codifica os enunciados referentes à questão de falta de formação oferecida pela instituição aos profissionais envolvidos no trabalho com pessoas sofrendo de demência	<i>“Eu acho que a aposta em proporcionar formação eventualmente por parte de identidade patronal acho que seria uma mais-valia. Ou pelo menos não formasse todos, pelo menos permitir que um ou outro colega tivesse essa formação e que passasse depois para os restantes.”</i>
3.1.3.	Recursos Humanos	6	Codifica os enunciados referentes à falta de recursos ao nível de mais profissionais no contexto/trabalho com a população sofrendo de demência	<i>“...acho que há poucos profissionais para lidarem com essas pessoas, uma pessoa com demência precisa de mais gente do que uma pessoa que não têm um diagnóstico. E nós aqui temos alguma dificuldade com isso, porque temos muitos utentes dementes e acho que somos poucos para tanta gente.”</i>

4. Percepção da experiência de prestação de cuidados				
Esta categoria de primeira ordem codifica enunciados relacionados com a percepção da prestação de cuidados pela equipa multidisciplinar.				
4.1	Percepção de forma positiva	4	Codifica enunciados referentes a uma percepção positiva acerca da sua prestação de cuidados	<i>“Não, não sinto diretamente essa questão.”</i>
4.2.	Percepção de forma negativa	8	Codifica enunciados referentes a uma percepção negativa acerca da sua prestação de cuidados	<i>“Sim, realmente já passei por essas situações principalmente de stress.”; “ (...) realmente às vezes é mesmo cansativo lidar (...)”</i>
4.3.	Identificam a percepção da prestação de cuidados de forma negativa em outros profissionais	4	Codifica enunciados referentes a profissionais que referem outros elementos da equipa multidisciplinar que percebem de forma negativa a sua prestação de cuidados	<i>“Acho que os primeiros técnicos a suportar com este tipo de comportamentos inesperados, até agressivos ou conflito entre eles mesmo. Tanto entre pares como entre utentes e colaboradores, são os técnicos auxiliares de saúde. Eles sim, tão na frente e tanto na frente para uma coisa como também para terem as maiores cargas de stress, burnout com estes utentes dementes.”</i>
4.4.	Teve apoio por parte da equipa (sem psicólogo) para a percepção da prestação de forma negativa	5	Codifica enunciados referentes ao apoio para lidar com a sua percepção de cuidados de forma negativa	<i>“Nem sempre temos alguém por perto que nos ajude, mas a maior parte das vezes é alguma colega que esteja connosco e nós dê um apoio.”</i>
4.5.	Sem apoio para a percepção da prestação de forma negativa	3	Codifica enunciados referentes à inexistência de apoio para lidar com a sua percepção de cuidados de forma negativa	<i>“Pronto, não tive nenhum apoio nem tenho. É tentar seguir o caminho que temos de fazer não é fácil às vezes, mas temos que o fazer.”</i>
5. Percepção de Recursos Profissionais				
Esta categoria de primeira ordem codifica enunciados relacionados com a percepção acerca do conhecimento que os profissionais têm para trabalhar com pessoas sofrendo de demência.				
5.1. Conhecimentos				
Esta categoria de segunda ordem codifica enunciados relacionados com a presença ou ausência de conhecimento ou aprendizagem de conhecimentos é um processo contínuo.				
5.1.1.	Sim	3	Codifica enunciados referentes à existência de conhecimentos para lidar com as pessoas sofrendo de demência.	<i>“Sim, considero ter conhecimentos para trabalhar com esta problemática.”</i>
5.1.2.	Não	7	Codifica enunciados referentes à inexistência de conhecimentos para lidar com as pessoas sofrendo de demência.	<i>“Acho que nenhum de nós têm.”</i>

5.1.3	Continua	2	Codifica enunciados referentes à contínua aprendizagem acerca dos conhecimentos para lidar com as pessoas sofrendo de demência	<i>“Nós procuramos evoluir com o utente que temos à nossa frente e procuro eu estar atenta e também acrescentar competências há minha formação.”</i>
5.2. Formas de aquisição de formação				
Esta categoria de segunda ordem codifica enunciados relacionados com o modo de aquisição de conhecimentos por parte dos profissionais.				
5.2.1.	Estudos académicos	2	Codifica enunciados referentes a estudos académicos.	<i>“No curso.”; “(...) formação académica (...)”</i>
5.2.2.	Formações	2	Codifica enunciados referentes a formações.	<i>“(...) em formações que fiz dentro do meu local de trabalho que foram muito boas para aprender (...)”</i>
5.2.3.	Experiência profissional	4	Codifica enunciados referentes à experiências profissional que contribuíram para a aquisição de conhecimentos.	<i>“(.)penso que a experiência me ajudou também a dar a melhor resposta (...)”</i>