



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# DIMENSÕES IMPLICADAS NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DA DEMÊNCIA: A PERCEÇÃO DOS PSICÓLOGOS

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

- Especialização em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Humano -

*Cláudia Cristina de Gonçalves Campos*

Porto, julho de 2016



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# DIMENSÕES IMPLICADAS NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DA DEMÊNCIA: A PERCEÇÃO DOS PSICÓLOGOS

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

- Especialização em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Humano -

*Cláudia Cristina de Gonçalves Campos*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor António Fonseca

Porto, julho de 2016

## AGRADECIMENTOS

Com muita ternura e do fundo do coração dedico um agradecimento muito especial:

*À Universidade Católica Portuguesa, por me receber e me facultar todos os serviços e oportunidades que necessitei para a vida académica e que serão indispensáveis no meu futuro profissional.*

*Ao Professor Doutor António Fonseca pelo acompanhamento e presença, preocupação, sentido de humor, exigência, transparência, que me fortaleceram muito e desenvolveram em mim autonomia, rigor, maturidade e crescimento profissional que nunca esquecerei.*

*À Professora Doutora Lurdes Veríssimo que desde a licenciatura destacou-se como um ídolo, um modelo, uma inspiração a seguir, que sempre manteve o positivismo, o entusiasmo, o bom humor, a compreensão e me deu toda a motivação para este longo caminho.*

*À Adriana Ribeiro e Rita Monteiro, pela amizade criada, pela interajuda e bons momentos de partilha.*

*Ao meu melhor amigo intemporal, Rui Fernandes, ao meu ‘peluchinho’ Ademar Leal, à minha melhor amiga, Ju Castro e à Joaquina Mendes, Aninhas Magalhães e Viviana Matias, pela fiel e leal presença, pela amizade de tanto valor, pela compreensão e pelas memórias e bons momentos que passamos juntos.*

*À minha família, especialmente, ao meu pai, aos meus irmãos e à minha avó, pelo amor incondicional, pela educação e valores transmitidos, por estarem sempre lá para mim.*

*Ao João Oliveira pela presença e força incansáveis, pelo apoio infinito com tanto carinho, por ser uma pessoa incrível e por me fazer crescer como mulher, e me fazer sentir tão realizada, feliz e confiante!*

*À minha mãe, o meu grande pilar, a minha força pura, o amor indestrutível, uma amizade como não há igual, a minha ‘garra’, a minha determinação, a minha fonte de felicidade, persistência e inspiração.*

*Finalmente, ao meu ‘Bulas’, à minha estrelinha no céu, à melhor pessoa que alguma vez conheci, ao seu riso e alegria contagiantes, tudo dedico, com maior orgulho e gosto, com profunda saudade e amor eterno, da sua neta que tanta falta sente da sua essência.*

## **Resumo**

A demência afeta cada vez mais indivíduos em todo o mundo. Uma vez que a demência implica uma deterioração geral das funções cognitivas, a presença de psicólogos neste domínio de atuação torna-se essencial. No seio de uma equipa multidisciplinar, o psicólogo pode atuar ao nível da prevenção, do tratamento e da promoção de várias dimensões do foro psicológico com o objetivo de preservar o mais possível a qualidade de vida da pessoa que sofre de demência. Porém, a delineação das suas funções concretas, o papel que desempenha em contexto geriátrico e as competências e os conhecimentos que necessita para uma atuação especializada e adequada ao nível da prevenção e tratamento na demência, permanece confusa. Baseado numa investigação qualitativa, este estudo visa avaliar as dimensões implicadas na prevenção e no tratamento da demência, segundo a perceção de psicólogos que trabalham na área geriátrica. Para esse efeito, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a nove psicólogos com idades compreendidas entre os 26 e os 52 anos. Os resultados mostram que algumas das competências profissionais, pessoais e sociais passam por empatia, sensibilidade, paciência e respeito. A nível de conhecimentos especializados destacam-se sobretudo a Neuropsicologia, a Gerontopsicologia e as Demências.

**Palavras-chave:** Psicólogo; Demência; Competências; Idosos; Perceções.

## ***Abstract***

*There is an increasing number of individuals affected by dementia all around the world. Since dementia implies a general deterioration of cognitive functions, the intervention of psychologists in this practice field becomes essential. Within a multidisciplinary team, psychologists can act at the level of prevention, treatment and promotion of various dimensions of psychological conditions, in order to preserve as much as possible the life quality of the person suffering from dementia. However, the delineation of their specific functions, the role they play in geriatric context and the skills and knowledge they need for a specialised and adequate practice in terms of prevention and treatment of dementia, remains confusing. Grounded on a qualitative research, this study aims to evaluate the dimensions in the prevention and treatment of dementia, according to perceptions of psychologists working in the geriatric context. To this effect, semistructured interviews were conducted to nine psychologists from 26 to 41 years old. Empathy, patience and respect were shown to be of major importance regarding some of the professional, personal and social skills that should be inherent to psychologists. Neuropsychology, Gerontopsychology and Dementias were shown to be of great importance, regarding a more specialised knowledge that psychologists must have.*

***Keywords:*** *Psychologist; Dementia; Skills; Old People; Perceptions.*

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS

**Resumo**

*Abstract*

**ÍNDICE**

**Índice de Anexos**

<b>Introdução .....</b>	<b>Pág.1</b>
<b>1. Contextualização .....</b>	<b>Pág.2</b>
<b>2. Método .....</b>	<b>Pág.10</b>
2.1. Objetivos e questão de investigação .....	Pág.10
2.2. A opção pelo método qualitativo.....	Pág.10
2.3. Amostra .....	Pág.11
2.4. Instrumento .....	Pág.12
2.5. Procedimento – Recolha de dados.....	Pág.14
2.6. Procedimento – Tratamento dos dados.....	Pág.14
<b>3. Apresentação e interpretação dos resultados .....</b>	<b>Pág.16</b>
<b>4. Considerações Finais.....</b>	<b>Pág.22</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>Pág.25</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>Pág.31</b>

## **Índice de Anexos**

Anexo 1 - Consentimento Informado .....	Pág.32
Anexo 2 – Sistema de Codificação .....	Pág.33
Anexo 3 – Sistema de Categorias .....	Pág.35

## Introdução

Este projeto de investigação desenvolvido pelo Professor Doutor António Fonseca (FEP-UCP) inclui-se num estudo mais alargado denominado: “PSIDEM” - “*Psychology for Dementia: Defining the role and developing a curriculum for psychologists in dementia prevention and treatment*”.

O presente estudo qualitativo tem o objetivo central de compreender quais as dimensões implicadas na prevenção e no tratamento da demência, segundo a perceção de psicólogos.

A pertinência deste estudo prende-se com o facto de que, devido ao aumento da esperança média de vida, o número de população idosa e, conseqüentemente, os casos de demência têm vindo a aumentar exponencialmente em todo o mundo (WHO, 2012). Assim, visto que o profissional de psicologia detém competências exclusivas para intervir em dimensões próprias da área, como a qualidade de vida, as perceções e a estimulação cognitiva, a sua presença torna-se cada vez mais imprescindível. Com a finalidade de retardar ao máximo a perda de capacidades do indivíduo que sofre de demência e promover a perceção positiva da qualidade de vida, o psicólogo deve conhecer a sua área de atuação e competências essenciais no processo de prevenção e tratamento da demência (Sequeira, 2010).

A vigente investigação estrutura-se da seguinte forma: primeiramente por uma *Contextualização*, onde é aprofundado o tema com fundamentação teórica acerca do papel do psicólogo e o tema das demências, principalmente; seguindo-se do *Método* do estudo em que são descritos e explicados a opção pelo carácter da investigação, a caracterização da amostra, a descrição do instrumento utilizado e os respetivos processos de recolha e tratamento dos dados; finalizando com a *Apresentação e interpretação dos resultados* e as *Considerações finais*.

## 1. Contextualização

O envelhecimento acarreta dificuldades inerentes e irreversíveis, tais como doenças, problemas de saúde e perdas de variada ordem que podem afetar a rotina diária e comprometer a qualidade de vida.

A complexidade desta fase do desenvolvimento tem implicações principalmente ao nível da saúde e do bem-estar psicológico. Tendo em conta que estas duas variáveis influenciam-se mutuamente, destaca-se a importância de intervir na saúde, a fim de retardar ao máximo as complicações físicas e doenças e, ao nível psicológico, preservar a identidade e o controlo da vida (Fonseca, 2014).

Entre as várias alterações que maior probabilidade têm de suceder com o aumento da idade biológica evidenciam-se as alterações biológicas, nomeadamente as demências, que aparecem nos dias de hoje como a principal patologia/síndrome associada à velhice, corroendo progressiva e irreversivelmente a identidade do indivíduo (Fernandes., 2014).

Como Sequeira (2010) admite, hoje em dia as demências são “realidades experimentadas” por muitos portugueses e dos maiores desafios do atual momento histórico. A demência atinge, conforme afirma a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 35,6 milhões de pessoas por todo o mundo, sendo a causa principal da dependência e sobrecarga para os cuidadores.

A demência não é uma doença, mas sim uma designação geral que se dá a distintas deteriorações intelectuais causadas por múltiplos fatores (Carvalho & Faria., 2014), podendo até estar ligada a um estado físico ou utilização/exposição de substância ou uma combinação de fatores (DSM-IV, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), a demência é um síndrome que parte da doença cerebral, provocando perturbações na “memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento”.

Já o DSM-IV define que a demência se caracteriza pelo “desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos” que colocam em risco a memória e perturbações cognitivas como a afasia (dano na função da linguagem – discurso vago/vazio), apraxia (dano na capacidade motora, apesar da função sensorial/compreensão da tarefa permanecerem intactas, no geral), agnosia (dano na capacidade de reconhecimento e identificação objetos/indivíduos) ou perturbações no funcionamento executivo, interferindo significativamente nas atividades do sujeito. Sendo os

défices cognitivos a característica base, estes têm de ser graves o suficiente para afetarem a rotina e o “funcionamento ocupacional ou social”.

Podemos então admitir que a demência é um declínio/perda cognitiva permanente ou parcial que atinge o desenvolvimento intelectual do indivíduo, aglomerando peculiares características tais como: a memória (simples/severo esquecimento; esquecimento da própria identidade; desorientação espaço-temporal); o comportamento (insónia; agitação; desinibição social; comportamentos inadequados); e habilidades adquiridas ao longo da vida (linguagem; dirigir; vestir) (Taborda & Melo, 2014). De entre vários sintomas, a perda de memória a curto prazo torna-se de facto a característica que sobressai na identificação por parte dos profissionais e cuidadores.

Numa fase inicial de demência, o idoso pode ‘disfarçar’ os seus sintomas, mas numa fase avançada observa-se um esquecimento que se pode estender até à própria identidade e até ecolalia ou palilalia, consoante o descrito no DSM-IV (2002), sempre com resistência e evitamento a tarefas novas e informações complexas. Porém, há disparidades consideráveis no modo como cada indivíduo perde e mantém as capacidades.

Em algumas causas que originam a demência existe a possibilidade de serem reversíveis, como as disfunções metabólicas, défices nutricionais, distúrbios psíquicos, entre outras, ou até devido a drogas, intoxicações e medicamentos. Daí ser imprescindível a sinalização rigorosa das causas que provocaram determinadas alterações no idoso e exames concisos, físicos e neurológicos, para um ajustado diagnóstico (Fernandes., 2014).

A demência desdobra-se em alguns tipos específicos, sendo os mais frequentes por ordem de prevalência (Ballone, 2008):

- Demência do tipo *Alzheimer*, que se caracteriza como uma doença neurodegenerativa (morte de partes cerebrais) de carácter progressivo e irreversível, com início lento, sem cura, afetando as áreas da personalidade e cognitivas, com a idade, o género feminino e fatores genéticos (história familiar) enquanto fatores de risco (Faria & Carvalho, 2014). A demência de *Alzheimer* é de difícil sinalização, com causas indeterminadas e distribui-se por três fases fundamentais (inicial, avançada e terminal), com aumento gradual de dependência e manifestando-se clinicamente em áreas neuropsicológicas, neuropsiquiátricas (apatia, ansiedade) e atividades de vida diária (planeamento de refeições, lavar-se);

- Demência do tipo vascular, que implica lesões cerebrovasculares de natureza vascular/hemorrágica, com alterações no funcionamento cognitivo;

- Demência do tipo frontotemporal como indica o nome, com disfunções nos lobos frontais e temporais;

- Demência do tipo corpos de *Lewy*, que se caracteriza com um surgimento rápido, de um declínio cognitivo progressivo, com alucinações visuais entre outros sintomas (Faria & Carvalho, 2014).

Todavia, é preciso ter muita atenção, cuidado e precisão na construção do diagnóstico. O envelhecimento traz por si só muitas perdas, pelo que alguns problemas e complicações também ao nível cognitivo, memória e outros fazem parte integrante e normativa desta fase do ciclo de vida, não sendo, portanto, demências.

Paralelamente, fatores demográficos como o género, aumento da idade, nível baixo de escolaridade e sociocultural, entre outros, parecem aumentar a probabilidade de ocorrência da demência e suas dificuldades acrescidas. Por conseguinte, é importante clarificar que capacidades sensoriais (audição e visão) exercem maior poder no funcionamento cognitivo do que fatores demográficos acima descritos, como sucede, por exemplo, com o estatuto social. O envelhecimento tem mais que ver com a funcionalidade e não com a idade em si, e ainda mais quando afeta a autonomia do idoso (Fonseca, 2014).

Para a intervenção na demência, ainda não se dispõe de uma identificação/avaliação bem estruturada, mas há um certo padrão de progressão que passa por afetação da memória, linguagem e perceção, alterações emocionais, comportamentos desinibidores e visão distorcida do mundo (Fonseca, 2014).

Após elaborado o diagnóstico diferencial, em que se excluem as manifestações comuns na velhice (infecções, descompensação metabólica), *delirium*, depressão e efeitos de medicação, faz-se uso de alguns instrumentos técnicos de fácil aplicação que permitem avaliar o “estado mental” (Nunes, 2008):

- MMSE (Mini Mental State Examination) – despiste de défices cognitivos segundo grau de escolaridade (Sequeira, 2010);

- Escala Global de Deterioração (Global Deterioration Scale) e Avaliação Clínica da Demência (Clinical Dementia Rating) – avaliam a existência da demência e os diferentes estádios (Barreto, 2005).

Depois desta fase, deve-se então formular uma intervenção terapêutica que responda às necessidades de cada idoso e mantendo sempre presente o lugar que a dimensão psicológica ocupa nesta fase, dada a relevância que as medidas não farmacológicas podem desempenhar no processo de intervenção (Bottino & Caramelli, 2007, *cit. in* Gonçalves 2014).

As demências diferem quanto ao nível de gravidade (Aarsland & Kurz, 2010):

- Demência Ligeira – atingimento de todo o neórcortex; amnésia e desorientação; perda de atividades de vida diária instrumentais;

- Demência Grave - apraxia e afasia; perda de atividades de vida diária básicas; atingimento de todo o córtex (parietal e temporal).

Neste sentido, Reisberg (1982) constata que, por exemplo, na demência do tipo *Alzheimer*, quanto maior a intensificação das incapacidades/limitações, maior a gravidade da demência, propondo sete estádios da evolução gradual do processo demencial – estágio pré-clínico; queixas subjetivas; defeito mnésico; demência ligeira; moderada; moderada/grave e grave.

Note-se que a dimensão psicológica intensifica com a idade, querendo isto dizer que as características individuais vão-se realçar e estar mais evidentes, aumentando, conseqüentemente, a diversidade neste tipo de população e não esquecendo que a demência pode alterar a personalidade de um indivíduo (Morse, 1993; Nelson & Dannefer, 1992, *cit. in* Pachana & Helmes, 2010).

O tratamento no campo das demências deve ser estritamente personalizado e acompanhando a evolução da fase/estádio, complementando com uma equipa multidisciplinar de psicólogos, médicos, enfermeiros, uma vez que é de extrema dificuldade perceber o começo de determinados declínios e seu impacto (Fonseca, 2014).

Até ao momento, os fatores que interferem no desenvolvimento da demência não são bem delineados e, por isso, a abordagem recomendável parece ser a de intervenção multidimensional conjuntamente com a utilização de antidemenciais e psicofármacos (Fonseca, 2014).

As intervenções não farmacológicas focam-se na sensibilização dos cuidadores e reabilitação do idoso para diminuir o impacto da doença e as dificuldades sentidas no dia-a-dia. Desta maneira, com o objetivo de estimular a autonomia e a autoestima, entre outros, as modalidades de intervenção podem passar por estimulação cognitiva, terapia da orientação para a realidade, terapia por reminiscência, musicoterapia, entre outras. Com objetivos mais alargados de “promoção de um envelhecimento ativo e saudável”, apela-se ao apoio psicológico/social, intervenção familiar e psicoeducação (Carvalho & Faria., 2014, p.20).

Livingston, Johnston, Katona, Paton, Lyketsos (2005) concluem, através de estudos, que no geral as técnicas comportamentais e a psicoeducação focadas em cada paciente individualmente têm sucesso na redução de sintomas neuropsiquiátricos e mudança dos comportamentos nos cuidadores. Outros autores comprovaram a eficácia da abordagem comportamental direta como um dos papéis que o psicólogo pode adotar na demência (Bird, 1999; Bird, Llewellyn-Jones, Smithers, & Korten, 2002, *cit. in* Pachana et al., 2010).

Por outro lado, as intervenções farmacológicas podem ser bastante úteis e necessárias para uma eficácia de resultados, ou seja, apesar de não existir cura para a demência do tipo *Alzheimer*, é já possível, atualmente, fazer decrescer a velocidade de progressão e estabilizar as perturbações cognitivas e psicocomportamentais (Carvalho & Faria, 2014).

O cerne da intervenção é, deste modo, claro, retardar ao máximo as repercussões da doença, manter e, se possível, fortalecer as competências preservadas e recuperar até ao limite o controlo da sua vida (Fonseca, 2014), para que o indivíduo usufrua do seu direito de viver com qualidade.

Depois de alguns estudos e investigações, Kitwood (1997, *cit. in* Paquete, 2014) admitiu que para a prestação de cuidados a sujeitos com demência é preciso responder às seguintes necessidades psicológicas: vínculo, conforto, inclusão, ocupação e identidade.

Tanto os cuidadores formais como os informais desempenham um papel de apoio e suporte no cuidado ao idoso e ainda mais no idoso com demência (Gonçalves, 2014). Os próprios cuidadores também precisam de orientação devida e especialização, pois alguns estudos mostram que setenta e cinco por cento (75%) sofre de depressão ocasional (Fonseca, 2014). Para além disto, encontram-se outros fatores que escapam ao controlo, mas que muito podem beneficiar o bem-estar do idoso e um envelhecimento mais saudável, como uma boa vizinhança, gostar do local onde se reside e acessibilidade.

Perrin, May e Anderson (2009) destacam a definição proposta pelos respetivos autores acerca dos terapeutas da demência, enquanto indivíduos que “compreendem a terapia por oposição aos cuidados e não são necessariamente treinados a um nível académico elevado, mas são capazes, de forma inata, de apoiar/suportar instintivamente, eticamente e criativamente e com elevadas habilidades interpessoais” (Perrin, May & Anderson, 2009, p.2).

Proximidade, contacto físico e estabelecimento de contacto ocular são algumas das características que o autor supracitado defende para a eficácia de um cuidador eficaz. Paralelamente, importa referir que segundo Livingston *et al.* (2005), as capacidades de comunicação não-verbal assumem um importante papel no cuidado a esta população.

De facto, assistimos a uma abordagem centrada no cliente (Livingston *et al.*, 2005), admitindo que os terapeutas também podem proporcionar momentos prazerosos a indivíduos com demência, ainda que a intervenção não altere os sintomas neuropsiquiátricos.

Os psicólogos podem encontrar casos de demência distribuídos por uma variedade de contextos, tais como casas particulares, residenciais, lares, clínicas e hospitais. Em cada um destes contextos os psicólogos detêm inúmeras tarefas consoante as necessidades específicas que, segundo os autores, passam geralmente por: avaliar a demência através de instrumentos;

disponibilizar educação e aconselhamento a cuidadores informais; assistir os cuidadores formais na gestão de comportamentos desafiantes; propor sugestões por forma a melhorar a funcionalidade diária e a qualidade de vida do indivíduo com demência; entre outras (Molinari & Hartman-Stein, 2000; Oanes, 1998; Powers, 2008, *cit. in Pachana et al.*, 2010). Pachana *et al.* (2010) admitem a necessidade de um conhecimento aprofundado, especializado e extenso, e a presença e o envolvimento contínuos na construção de ferramentas e instrumentos psicológicos.

Os profissionais de psicologia em contexto hospitalar, além de cobrirem uma grande parte da avaliação e tratamento de doenças mentais, também estão mais aptos para a diferenciação entre delírio ou depressão e demência. Claro está que neste tipo de contexto torna-se um desafio avaliar e tratar indivíduos com demência que anteriormente apresentam um historial clínico de perturbações de saúde mental.

Já para psicólogos que trabalham em contexto residencial, é comum o surgimento de problemas associados ao *stress*, transições de vida, humor, comportamento disruptivo e perturbações da ansiedade. O conhecimento de grande parte destas questões e o seu tratamento são melhores ministrados por psicólogos, visto que os sintomas da demência detêm fatores determinantes como história de vida pessoal, relação com o(s) cuidador(es), fatores ambientais e uma forte componente individual (Hurt *et al.*, 2008; Low, Brodaty, & Draper, 2002; Sture, 2000, *cit. in Pachana et al.*, 2010).

No exercício da profissão dos psicólogos, necessitam de existir linhas orientadoras e códigos éticos e as diretrizes da *American Psychological Association* (APA, 2004) poderão orientar na expansão da educação e conhecimento contínuo na prática psicológica com adultos mais velhos.

De acordo com a primeira diretriz genérica da APA, os psicólogos são encorajados a trabalhar com adultos mais velhos no âmbito da sua competência. Geralmente, os psicólogos são requeridos para avaliar e/ou assistir idosos com problemas de *stress* (Brown, Gibson, & Elmore, 2012, *cit. in APA 2004*) e adaptação aos desafios da fase final de vida, entre outros (Qualls & Benight, 2007, *cit. in APA 2004*). Efetivamente e como admitem King e Wynne (2004, *cit. in APA, 2004*), os psicólogos desenrolam um importante papel em facilitar a manutenção da saúde funciona e não só, porém, naturalmente com o fulcral objetivo da manutenção, da perseveração, da conservação até onde for possível, e não tanto do desenvolvimento em si. Assim, atuam consoante uma lógica que tende para o remediativo, uma vez que a ‘velhice’ assim o obriga, e raramente para um registo preventivo. Tendo presente o contexto de fim de vida e, em concordância com alguns autores, podem ser essenciais

competências especializadas e conhecimento na avaliação e tratamento (Pachana, *et al.*; Segal, Qualls, & Smyer, 2011; Zarit & Zarit, 2012, *cit. in* APA, 2004).

Na segunda diretriz mais genérica da APA (2004) relativamente à prática psicológica com adultos mais velhos, os psicólogos são encorajados a reconhecer como as suas atitudes e crenças acerca da idade e dos idosos podem ser relevantes para a avaliação e tratamento deste tipo de população. Associados a esta fase final do ciclo de vida, existem inevitavelmente estereótipos que podem enviesar negativamente o processo terapêutico (Cuddy, Norton, & Fiske, 2005, *cit. in* APA, 2004), entre os mais comuns: “com a idade é inevitável a demência; adultos mais velhos têm elevados níveis de doença mental, particularmente a depressão; adultos mais velhos não têm interesse por relações sexuais ou intimidade”; entre outras (Edelstein & Kalish, 1999, *cit. in* APA, 2004). No entanto, a verdade é que estudos têm demonstrado que muitos dos indivíduos mais velhos adaptam-se de forma bem-sucedida às transições de vida e continuam a evidenciar crescimento pessoal e interpessoal (Hill, 2005), justificando a pertinência do trabalho exercido pelo psicólogo e um investimento contínuo durante toda a vida.

Assim sendo, e segundo a APA (2004), quanto à prática psicológica com adultos mais velhos, os psicólogos devem ser encorajados a desenvolver perceções mais realistas das capacidades e forças, tal como das vulnerabilidades deste tipo de população. Para reduzir a viés que afete pejorativamente o trabalho com idosos, estes profissionais devem examinar as atitudes, tendo em conta o fator idade, e consultar outros profissionais ou outros indivíduos com experiência neste campo.

A psicologia do envelhecimento pressupõe então transformações no funcionamento afetivo, cognitivo e social e variações no interesse, atitudes, motivação, comportamentos, crenças e valores nos idosos (Neri, 2004, *cit. in* Bertolazzo, Oliveira, Valença, Marun, Sampaio & Jamus, 2015).

Por tudo isto, a multiplicidade de fatores e intervenientes adicionais às complicações e adaptações constantes dos desafios do envelhecimento torna inquestionável que as estratégias devem ser, de preferência, não farmacológicas com integração no contexto individual e familiar com os ajustamentos que forem necessários (Burns & Winblad, 2006).

Por fim, os psicólogos desempenham diferentes papéis no cuidado a indivíduos sofrendo de demência e suas famílias. Da mesma forma que ocorre um acréscimo de casos diagnosticados com demência, também cresce a exigência de psicólogos devidamente treinados para a execução deste tipo de serviços. As suas tarefas enquanto profissionais especializados podem ser facilitadas através de um currículo especificamente construído na área da demência.

Os psicólogos podem então contribuir para uma redução da taxa de mortalidade deste tipo de população através de conhecimentos mais aprofundados de intervenção e tratamento na demência (Bertelli, Bianchi & Cruz, 2009). E daí ser imprescindível definir especificamente o papel do psicólogo, as suas funções, competências a ter e “elaboração e realização de programas de reabilitação cognitiva, que auxiliem o paciente (...) a agir, o mais adequadamente possível, dentro das suas contingências operantes” (Bertelli *et al.*, 2007; Salmon & Bondi, 2009, *cit. in* Bertelli *et al.*, 2009, p.50).

Como admite Bertelli (2009), é tão importante um psicólogo ser capaz de proceder a intervenções específicas da área, como igualmente ser capaz de reconhecer, acompanhar e ter em conta as dificuldades que o processo de envelhecimento arrasta, que podem ser expectáveis e não necessariamente patológicas, exigindo outros tipo de competências que interferem na *performance* do seu papel. Além disso, o psicólogo deve ter a habilidade de manter um otimismo constante, sobretudo com este tipo de contexto, entre outros fatores que implicam competências do controlo e evolução pessoal (Grilo, 2012, *cit. in* Martins 2015).

O foco do meu trabalho é precisamente elaborar um documento onde inclua toda a formação especializada e competências profissionais, pessoais e sociais para os psicólogos que contactam com o público mais velho sofrendo de demência e que devem ser acautelados na formação global e especializada dos psicólogos.

## **2. Método**

### **2.1. Objetivos e questão de investigação**

Este projeto consiste na realização de uma investigação focada nas dimensões que os profissionais de psicologia consideram relevantes para o exercício das suas funções no âmbito da prestação de cuidados a pessoas sofrendo de demência, a fim de promover a qualidade do desempenho profissional na área dos cuidados psicológicos.

Com base na fundamentação bibliográfica anteriormente explorada, este estudo pretende assim responder ao objetivo seguinte: avaliar quais as dimensões implicadas na prevenção e tratamento da demência, percecionadas por psicólogos que já trabalham no âmbito da prestação de cuidados a pessoas sofrendo de demência.

### **2.2.A opção pelo método qualitativo**

Tendo em conta a subjetividade inerente ao tema, por si só justifica-se a pertinência de um estudo de carácter qualitativo, pois, de outra forma não seria possível compreender e atingir a idiosincrasia de cada indivíduo, expressa nas suas perceções.

A metodologia qualitativa visa a obtenção de uma multiplicidade de experiências e dimensões, uma vez que permite o aprofundamento e a exploração de intenções, significados e do comportamento, mantendo a sua riqueza (Guba & Lincoln, 1994).

A natureza deste sistema “diz respeito às qualidades das entidades, aos processos e significados que não podem ser experimentalmente examinados ou medidos em termos de quantidade, valor, intensidade ou frequência” (Denzin & Lincoln, 2000, p.8). Neste registo, o investigador qualitativo assume um papel de observador participante e interativo, na medida em que acompanha e orienta os dados a fim de traduzir ou aproximar-se em traduzir a complexidade do processo (Creswell, 2007).

Seguindo um paradigma pós-positivista e ontológico, ambiciona-se uma aproximação da realidade mantendo a sua complexidade, apesar de algumas limitações inevitáveis do olhar relativista do investigador quanto a essa mesma realidade (Denzin & Lincoln, 2000).

Assim sendo, o método qualitativo será o mais adequado, visto que é capaz de se aproximar da realidade de cada indivíduo e abranger os dados na sua essência, como os valores, opiniões, crenças, ou seja as representações que cada sujeito constrói e os comportamentos

subjacentes, possibilitando ao investigador adquirir uma visão muito pessoal dos dados recolhidos.

### **2.3.Amostra**

A amostragem, no decurso de uma investigação qualitativa, detém características próprias, destacando-se as seguintes: seleção de participantes com conhecimento e experiência significativos para o tema; capacidade para refletir e verbalizar (Morse, 1994); focar as perspetivas dos sujeitos e do ‘problema’/tema/fenómeno e não segundo a leitura do próprio investigador ou da literatura existente (Creswell, 2007); representação das propriedades do fenómeno, ou seja, ser considerável para o fenómeno em estudo e não tanto representar as características dos indivíduos (Strauss & Corbin, 1990).

A amostra deve levar a cabo diversas variáveis e fatores que interagem entre si num processo cíclico e complexo (Creswell, 2007), com o objetivo central de revelar uma amostra de experiências e do fenómeno em análise (Ritchie & Lewis, 2003).

Assim, os participantes foram recrutados através do processo de amostragem intencional, na medida em que foram selecionados apenas psicólogos que se encontram atualmente a exercer a sua função em contexto de acolhimento de pessoas idosas. A amostra foi composta por nove psicólogos (n=9) que contactam com idosos, independentemente da idade, género, formação académica, experiência, ou outros fatores sociodemográficos. A amostra foi então constituída por: oito participantes do género feminino e nove do género masculino, com idades compreendidas entre os vinte e seis e os cinquenta e dois anos, distribuindo-se por lares do distrito do Porto, Castelo de Paiva, Aveiro e Guimarães. Enquanto formação académica base, seis indivíduos formaram-se em Psicologia da Clínica e da Saúde, dois em Psicologia da Educação e do Desenvolvimento Humano e um indivíduo na área de Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante. Dos nove intervenientes, um deles licenciou-se em Direito, outro em Medicinas Complementares, previamente ao curso de Psicologia, e outro indivíduo, imediatamente após o curso de Psicologia, realizou uma formação especializada em Gerontopsicologia.

Referente à experiência direcionada para a área geriátrica, os participantes encontram-se, em média, entre um ano e seis meses e os sete anos, sendo que a maioria se encontra com dois anos de experiência, existindo um participante que detém dezasseis anos.

## 2.4. Instrumento

Para recolha dos dados e de acordo com a respetiva abordagem, utilizou-se um guião administrado através da entrevista semiestruturada.

Segundo a literatura, este tipo de entrevistas, especialmente utilizadas na investigação qualitativa por, automaticamente guiarem com questões mais abertas e sendo pouco rígidas na estruturação, favorecem um acesso direto ou indireto à mente do indivíduo e ao mundo em redor (Fraser & Gondim, 2004).

São vários os fatores que justificam a pertinência da aplicação de um instrumento semiestruturado e do seguimento deste tipo de investigação, como a promoção da autorreflexão do sujeito, contacto direto com uma realidade específica, visualização no momento de uma série de perceções, crenças e atitudes (Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1994; Gergen & Gergen, 2000; Gondim, 2002<sup>a</sup>, *cit. in* Fraser & Gondim, 2004).

Por conseguinte, o investigador desempenha um papel menos participante e mais de moderador com vista à criação de um ambiente para fazer “emergir novos significados” que se formam e transformam precisamente no seio das relações sociais. “Em outras palavras, é dar voz ao outro e compreender de que perspectiva ele fala” (Fraser & Gondim, 2004, p.146).

O guião de entrevista semiestruturado, exposto de seguida, foi elaborado de raiz pela equipa de investigação que coordena este projeto, estruturando-se as secções seguintes: percurso profissional até ao momento; descrição da função atual, objetivos, intervenções, métodos e resultados no contacto com idosos no geral e com demência; competências pessoais, sociais, profissionais e conhecimentos especializados e, finalmente, impacto do papel do psicólogo para os outros profissionais.

Para efeitos de análise do presente estudo, focamo-nos sobretudo nas secções relativas às competências pessoais, sociais, profissionais e conhecimentos especializados que acabam por responder diretamente ao tema.

## Guião de Entrevista

### 1.

Como foi o seu percurso profissional? (habilitações escolares, área de formação, experiência profissional, formação base...)

Há quanto tempo se encontra a trabalhar na instituição?

Por que motivo optou por este tipo de contexto?

Quantos anos de experiência tem de trabalho neste contexto?

Que funções desempenha na instituição? E com que objetivos?

Que métodos de intervenção utiliza?

Que tipo de intervenção considera ser mais eficaz? Porquê?

Que resultados tem obtido?

Que conhecimentos especializados acha que é necessário possuir para trabalhar neste género de contextos?

Que competências (profissionais, pessoais e sociais) considera serem necessárias para ser um “bom psicólogo” neste contexto?

### 2.

Com que frequência intervém com pessoas sofrendo de demências?

Que métodos de intervenção utiliza com pessoas sofrendo de demências?

Que tipo de intervenção considera ser mais eficaz? Porquê?

Que resultados tem obtido?

Que conhecimentos especializados acha que é necessário possuir para trabalhar com pessoas sofrendo de demências?

Na prevenção da demência, que aspetos devem estar associadas ao trabalho do psicólogo?

Qual considera ser o(s) principal(is) objetivo(s) do psicólogo na prevenção da demência? E no tratamento?

Que palavras-chave destaca quanto ao trabalho do psicólogo na prevenção e no tratamento da demência?

### 3.

Em geral, que impacto considera que o seu trabalho como psicólogo tem para os outros profissionais que trabalham neste contexto?

Em que medida o seu trabalho com pessoas sofrendo de demências pode influenciar positivamente o trabalho dos outros profissionais?

O que acrescentaria na sua formação pensando no seu trabalho diário neste tipo de contextos? Porquê?

## **2.5.Procedimento – Recolha de dados**

A recolha de dados, concretizou-se através de uma entrevista semiestruturada a profissionais de psicologia envolvidos diretamente no tratamento e na prevenção da demência. Privilegiou-se o *setting* natural para recolha dos dados no próprio contexto ligado diretamente ao fenómeno em questão (Creswell, 2007).

Antes do início de recolha de dados, foram efetuados os devidos contactos com os participantes e informação dos aspetos a conhecer quanto ao projeto, seus objetivos, processo de investigação e possibilidade de acesso ao documento final, com possibilidade de desistência.

Cada entrevista foi gravada em registo áudio e presencialmente, com a respetiva autorização (consentimento informado) assinada pelo entrevistador e entrevistado, segundo as regras éticas e deontológicas e transcritas na íntegra para registo formal dos dados retirados. No geral, as entrevistas tiveram uma duração entre uma hora (1h) a uma hora e trinta minutos (1.30h), em que a mais longa atingiu uma duração de duas horas (2h).

A maioria destas entrevistas foram concretizadas em horário laboral e no local de trabalho dos participantes, deixando total liberdade de escolha do local.

Os dados tiveram de ser gerados pelo investigador e a sua recolha orientou-se pela saturação teórica dos mesmos, conduzindo numa fase final a dados indutivos (Strauss & Corbin 1990), ou seja, compreendidos detalhadamente na sua globalidade pelo investigador (Richie & Lewis, 2003).

## **2.6. Procedimento – Tratamento dos dados**

Os dados das entrevistas foram analisados qualitativamente ao nível do seu conteúdo, progressiva e simultaneamente, com o apoio das gravações áudio e do *software* informático NVIVO 10 adequado ao estudo de variáveis qualitativas.

Partindo de uma leitura exaustiva das entrevistas, materializa-se a categorização, em que permite a organização da informação, das ideias-chave, relações subjacentes, explicações e descrições dos fenómenos e validação e pressupostas conclusões indutivas (Creswell, 2007). Seguidamente os dados foram refletidos e interpretados no seu global com o propósito de atingir uma conclusão integrada, uma teoria fundamentada e valorizando a dimensão subjetiva da metodologia qualitativa. A *Grounded Theory*, específica do registo qualitativo, caracteriza-se como uma teoria fundamentada e enraizada com todo o processo, um modelo compreensivo

que enaltece e evidencia a ótica dos protagonistas e marcando o término desta investigação (Glaser & Strauss, 1967).

O sistema de categorias criado atendeu aos dados concretos dos participantes, incluindo descrições e expressões, entre outros, em que através do processo de codificação aberta as unidades foram respetivamente registadas nas categorias máximas necessárias.

Ao longo do processo de organização e leitura dos dados, foram feitas algumas possíveis relações que facilitaram o planeamento e consolidação do sistema de categorias. Sob o ponto de vista de cada participante, os dados, igualmente idiossincráticos, foram progressivamente encaminhando as categorias e a codificação, consoante uma leitura personalizada, respeitando os pressupostos da codificação axial (Saldaña, 2009).

Pelo tratamento de dados, através do NVIVO, confirmou-se que realmente a saturação teórica foi alcançada, estagnando a criação de novas subcategorias em certo momento, conferindo validação aos resultados.

### 3. Apresentação e interpretação dos resultados

Através do programa informático NVIVO 10, os dados foram organizados em categorias e subcategorias, mantendo presente a questão central de investigação e originando um sistema de codificação e um sistema de categorias (Anexos 2 e 3, respetivamente). Nestes dois sistemas, incluo as subcategorias abaixo referidas assim como outras, que não remetem diretamente para competências, mas sim para aspetos igualmente relevantes a ter em conta no trabalho em contexto geriátrico, que conseguiram destaque nas respostas dos participantes.

Resultante do tratamento dos dados, nasceram quatro categorias principais, que melhor pareceram traduzir as representações dos indivíduos e do fenómeno – *Competências Pessoais*, *Competências Profissionais*, *Competências Sociais*, *Conhecimentos Especializados* – com vinte e três subcategorias inseridas na primeira grande categoria (*Competências Pessoais*), vinte e nove subcategorias (*Competências Profissionais*), doze subcategorias (*Competências Sociais*) e quarenta e uma subcategorias (*Conhecimentos Especializados*). Subsequentemente, para cada grande categoria distingo somente três subcategorias, pela razão de que adquiriram uma significância nas respostas dos participantes, em detrimento das restantes.

No que concerne às *Competências Profissionais*, apesar de não ter ocorrido uma significativa discrepância nas respostas dos participantes, acabaram por se salientar as seguintes subcategorias:

- *Criação de Empatia*: uma competência base no trabalho do profissional de psicologia e crucial para a criação de uma relação terapêutica, em que a sua falta pode comprometer toda a intervenção com o cliente [E.: “Ser capaz de empatizar mas isto, claramente, são clichés de psicólogo mas acaba por ser a base, acaba por ser a base de tudo...”], [E.: “E esta tua capacidade para aceder a esta vivência interna, que partirá naturalmente da tua empatia, é fundamental.”]. Facilmente se compreende a referência a esta subcategoria, pois além de ser uma característica básica associada ao trabalho do psicólogo, o sentimento de aceitação e confiança gerados através da empatia podem ser suficientes para transformar perspetivas (Cordioli, 2008, *cit. in* Martins 2015). Além disso, segundo Ivey (2003), ao mostrar empatia, o psicólogo automaticamente encoraja à exposição de pensamentos, sentimentos, preocupações, entre outros. Fonseca (1998, *cit. in* Rilhas, 2014) também evidencia a importância da relação, da empatia e do respeito para com o cliente, devendo (o psicólogo) de adotar uma postura genuína e empática, sem julgamentos e com uma aceitação incondicional. De facto, a capacidade de

aceitar, compreender e de se colocar no lugar do outro torna-se uma das condições requeridas ao processo terapêutico (Cloninger, 2003, *cit. in* Rilhas 2014).

- *Trabalhar numa Equipa Multidisciplinar* que, como sugere Cortes (2004, *cit. in* Martins, 2015), o psicólogo deve ser comunicação, compreensão e “representação” do grupo profissional e do utente em si [E.: “Há aqui outra questão, muitas vezes nós temos necessidade que o trabalho seja desenvolvido de forma multidisciplinar ou seja, aquele indivíduo está a ser intervencionado em áreas diferentes simultaneamente e isso também vai trazer uma riqueza diferente à intervenção do doente, e isso para mim também é importante.”];

- *Levantamento de Necessidades* da instituição/profissionais/cuidadores/utentes [E.: “Lá está, o psicólogo num lar tem esta grande pressão, tem esta grande pressão de estar sempre atento a ver quais são as necessidades.”], [E.: “E só escutando é que eu vou percebendo, e avaliando e descobrindo por onde devo ir e onde devo intervir.”]. Uma vez que o psicólogo acaba por deter competências exclusivas, acaba por ser da sua responsabilidade, em contexto geriátrico, a atenção e identificação e resposta das necessidades do meio e seus intervenientes, a fim de orientar a sua intervenção e encontrar soluções (Rilhas, 2014).

Os psicólogos executam um papel científico em avaliações do foro psicológico, devendo de atender a regras éticas e códigos deontológicos por parte da APA e da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Desta maneira, deve ser-lhes atribuída, como refere Bertelli (2009), responsabilidade, importância e relevância pelo seu papel enquanto profissionais especializados numa área e exercendo funções exclusivas de, por exemplo, programas de reabilitação, avaliações cognitivas, entre outros.

Quanto às *Competências Pessoais*, as três subcategorias que quase unanimemente adquiriram mais realce foram:

- *Sensibilidade* [E.: “O psicólogo tem de ser muito humano...”], [E.: “É ter a sensibilidade de ver, de olhar, de avaliar, de oferecer estas oportunidades”]. Neste tipo de contexto, poderá ser uma subcategoria necessária visto que lidamos com a fase final de vida e num meio dominado por perdas físicas e psicológicas, aparentemente um quadro negativo, que como tal, acaba por se tornar um espaço de partilha e desabafos, em que o psicólogo deve estar sensível e valorizar estes aspetos para apoiar no confronto destas transições de vida (Goidanich & Guzzo, 2012, *cit. in* Bertolazzo, Oliveira, Valença, Marun, Sampaio & Jamus, 2015).

- *Pesquisa de Novos Materiais* [E.: “Não se acomodarem, procurarem sempre novas coisas, novos materiais. Eu acho que isto é fundamental”]. Ivey (2003) admite uma subjetividade no desenvolvimento das competências, na medida, em que dependem em parte

do foro pessoal, por exemplo, da motivação, autonomia, intencionalidade de cada sujeito, devendo serem continuamente reatualizadas.

- *Disponibilidade/Abertura* [E.: “A disponibilidade que traz para as tarefas, a disponibilidade para aprender”]. Segundo Lustosa, 2007 (*cit. in* Bertolazzo, Oliveira, Valença, Marun, Sampaio & Jamus, 2015) os indivíduos mais velhos precisam de perceber, de sentir acolhimento, e esta responsabilidade remete para o psicólogo que deve fazer sentir a sua presença, acompanhamento e disponibilidade total e abertura a questões de variada ordem, dependendo das necessidades de cada um.

Como principais *Competências Sociais* salientamos as seguintes subcategorias:

- *Não Infantilização* [E.: “Para se ser um bom psicólogo, a questão da não infantilização, gostava de voltar a frisar que é importante. É muito triste ver isso, é degradante. E as pessoas pensam que estão a fazer uma grande coisa como diz o outro, pensam que estão a dar uma grande cabazada, mas não estão a dar cabazada nenhuma. As pessoas, regra geral, não gostam de ser tratadas como crianças”].;

- *Relacionamento Interpessoal* [E.: “É criando uma relação para que haja um ganho”]., [E.: “Sobretudo com o lado relacional, proporcionar aquelas pessoas um momento de relação com elas”].; De acordo com Zenatti (2010, *cit. in* Bertolazzo, Oliveira, Valença, Marun, Sampaio & Jamus, 2015), através de atividades de grupo, por exemplo, cabe ao psicólogo promover atividades sociais assim como o relacionamento interpessoal para com os próprios idosos, como entre eles e no contexto em geral, percebendo a importância desta subcategoria (Barros, Leal, & Silva, 2013, *cit. in* Rilhas 2014).

- *Respeito* [E.: “A palavra-chave que eu, se calhar, usaria mais aqui no tratamento da demência é o respeito], [E.: “Se quer trabalhar com a população idosa, aquilo que falámos há bocadinho do respeito”]. O “Respeito”, pelos direitos e dignidade dos indivíduos, compõe-se como uma característica base dos psicólogos, integrando um dos princípios gerais pertencentes ao código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011). Esta faixa etária exige, do psicólogo, respeito e consideração pela sua história e percurso de vida, ganhando a sua confiança e uma segurança a nível emocional, auxiliando na perseverança de uma imagem positiva da sua pessoa (Rilhas, 2014).

O estabelecimento de uma relação terapêutica funciona como base em qualquer contexto e torna-se fundamental para o sucesso de qualquer intervenção. Neste contexto, em particular, ainda mais influência essa mesma relação irá exercer e como Rodrigues (2012) afirma, fomentar as relações dos idosos com o meio envolvente instiga um melhoramento da saúde no geral, no apoio emocional e na socialização. Como apóiam Ferraz e Peixoto (1997), a percepção da

felicidade é algo decisivo na qualidade de vida e pode ser alcançado por meio da socialização, exigindo de nós competências sociais.

Por último, na categoria dos *Conhecimentos Especializados*, selecionaram-se as subcategorias:

- *Neuropsicologia* [E.: “Hoje em dia, para quem trabalha numa Instituição, é preciso saber de Neuropsicologia”], [E.: “Da Neuropsicologia que às vezes não é muito desenvolvido nos cursos. Acho que pode ser importante.”]; O profissional de psicologia, consoante identificação das necessidades, deve adaptar a intervenção a cada utente e, no caso da impossibilidade de presença em atividades grupais, por exemplo, a área da psicologia pode fazer uso de outras ferramentas alternativas, tais como, a reabilitação cognitiva e avaliação neuropsicológica, logo ter conhecimento especializado neste sentido pode ser útil na prática (Zenatti, 2010, *cit. in* Bertolazzo, Oliveira, Valença, Marun, Sampaio & Jamus, 2015).

- *Gerontopsicologia* [E.: “Também fiz mesmo dentro da área de Gerontopsicologia, porque achei que necessitava...”], [E.: “Para esta área é necessário haver algum tipo formação específica na área da Gerontopsicologia, na área do envelhecimento em si.”];

- *Demências* [E.: “Porque num contexto destes vais ter que lidar com quadros demenciais. E é importante por isso. O tema das demências é sempre um tema importante”]. De acordo com a opinião dos participantes e de alguns autores, para uma área que implica, no público alvo, inúmeras transformações físicas, sociais e psicológicas e mudanças de vida, da mesma forma vão exigir inúmeras competências em que os conhecimentos especializados nas áreas selecionadas poderão ser decisivos para a execução de algumas tarefas mais exigentes. Os psicólogos podem destacar-se em avaliações do foro mental visto que detêm conhecimentos acerca de administração de instrumentos e outras ferramentas e são treinados para tal (McKeith, 2007; Sauer, Ffytche, Ballard, Brown, & Howard, 2006, *cit. in* Bertelli, 2009). Neste sentido, o psicólogo deve procurar especializar-se em áreas relevantes para um desempenho mais completo e de qualidade e melhor preparação para atuar num contexto impressível.

Assim depreende-se que são imprescindíveis várias competências em que algumas são efetivamente cruciais para a intervenção nesta área concreta. O psicólogo deve desenvolver as suas competências constantemente enquanto um processo dinâmico (Imaginário, 2010) e deve reconhecer, para ser capaz de aplicar de forma adequada na prática as suas aprendizagens, atitudes e competências. As competências encontram-se ligadas a um contexto e ação particular, logo devemos de ser capazes de mobilizar os nossos saberes na dimensão do ‘Saber-Ser’, ‘Saber’ e ‘Saber-Fazer’ (Cavaco, 2007).

Muito embora, existam características universais próprias deste tipo de população, cada pessoa mantém a sua idiossincrasia e devemos de a reconhecer e validar, sendo indispensável, para tal, uma relação autêntica, empática, de apoio e disponibilidade, comunicação e, sobretudo, de respeito (Belém, 2004, *cit. in* Rilhas 2014).

Atendendo que a psicologia abrange também áreas subjetivas, como as relações, valores, perceções, papéis, que obrigam a pressupostos éticos e deontológicos, paralelamente a sua atuação não estagna unicamente nas competências técnicas (Reimão, 2008, *cit. in* Rilhas, 2014).

De maneira a responder à questão de investigação do vigente estudo – “que dimensões devem ser implicadas na prevenção e tratamento da demência, percecionadas por psicólogos?” – apresento de seguida uma proposta de currículo que abarca algumas das subcategorias mais pertinentes realçadas pelo presente estudo, além das supracitadas, apelando a uma definição mais clara do papel do psicólogo na prevenção e tratamento da demência, em unidades de acolhimento de idosos.

PROPOSTA DE CURRÍCULO DE FORMAÇÃO	
<i>Competências Profissionais</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Criar Empatia</li> <li>▪ Trabalhar numa Equipa Multidisciplinar</li> <li>▪ Levantamento de Necessidades da instituição/profissionais/cuidadores /utentes</li> <li>▪ Trabalho em Equipa</li> <li>▪ Criar Ambiente Seguro</li> <li>▪ Estabelecer Relação Terapêutica</li> </ul>
<i>Competências Pessoais</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilidade</li> <li>▪ Pesquisa/Procura de Novos Materiais</li> <li>▪ Disponibilidade/Abertura</li> <li>▪ Ajustar Expectativas</li> <li>▪ Paciência</li> <li>▪ Afetividade</li> </ul>
<i>Competências Sociais</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não infantilização dos utentes</li> <li>▪ Relacionamento Interpessoal</li> <li>▪ Respeito</li> <li>▪ Obter confiança</li> <li>▪ Desafiar</li> <li>▪ Compreensão</li> </ul>
<i>Conhecimentos Especializados</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neuropsicologia</li> <li>▪ Gerontopsicologia</li> <li>▪ Demências</li> <li>▪ Avaliação Neuropsicológica</li> <li>▪ Cuidadores</li> <li>▪ Ferramentas de Avaliação</li> </ul>
<i>Outros Aspetos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Competências Profissionais:</i> Seguimento de abordagens teóricas; Intervenção com Cuidadores Formais/Informais; Privilégio da Estimulação Cognitiva e Reminiscência; Intervenção Individual e Grupal; Foco em Objetivos Terapêuticos; Observar Resultados Obtidos (a curto prazo);</li> <li>▪ <i>Competências Pessoais:</i> Gosto pessoal pela Área/População; Atenção; Introspeção; Flexibilidade; Criatividade.</li> <li>▪ <i>Competências Sociais:</i> Ter em conta Idiossincrasia dos Utentes.</li> <li>▪ <i>Conhecimentos Especializados:</i> Psicoterapia-Psicodinâmica; Psicologia do Desenvolvimento.</li> </ul>

*Tabela 1: Proposta de Currículo de Formação para profissionais de psicologia na prevenção e tratamento da demência.*

#### 4. Considerações Finais

À medida que se envelhece, também acresce os fatores multidisciplinares determinantes que interferem em todo este processo de transição para o final do ciclo de vida, fatores esses maioritariamente de cariz subjetivo e pessoal (Hurt *et al.*, 2008; Low, Brodaty, & Draper, 2002; Sture, 2000, *cit. in* Pachana *et al.*, 2010), logo, imperam a presença de um profissional de psicologia, pela sua aptidão para este campo, e a consideração pela intervenção não farmacológica (Burns & Winblad, 2006).

Tal como declaram Côrrea, Ferreira, Ferreira e Banhato (2012), num estudo qualitativo acerca da perceção dos idosos (institucionalizados) face ao papel do psicólogo, o facto real de que muitas instituições não incluem este profissional pode afetar grandemente a sua perceção, reconhecimento da importância e, com isto, arrastar mais obstáculos à intervenção com o próprio público alvo e outros em redor.

Realmente, os limites do papel do psicólogo, as suas tarefas concretas, parecem não se encontrar ainda claramente delineadas em Portugal em unidades de acolhimento de idosos, pelo que poderá ser algo ainda a aprofundar com investigação futura e com apoio da Ordem dos Psicólogos Portugueses neste âmbito, sendo imperativo nos dias de hoje.

Tendo em conta estudos, o psicólogo defronta enquanto profissional e pessoa bastantes desafios ao lidar com este tipo de contexto. Concordo com Côrrea *et al.* (2012) quando concluem que o psicólogo procura um sentido para as experiências de vida dos idosos e para o enfrentamento da velhice, promovendo sempre que possível a construção de laços sociais e afetivos, apelando a outras competências pessoais e sociais, neste caso.

Por tudo isto, a psicogerontologia torna-se numa área prioritária em Portugal tanto para as demências como noutras alterações pertencentes ao envelhecimento que cabe ao profissional de psicologia atender (Fonseca, 2014), necessitando de uma resposta personalizada e completa acerca das dimensões a treinar e incluir na sua formação para um trabalho com esta população.

Assim, a presente investigação procurou, através de perceções de psicólogos que se encontram a trabalhar na área da psicogerontologia, elaborar um conjunto de competências do foro pessoal, social e profissional e outros conhecimentos especializados decisivos, para uma melhor preparação, definição do papel e tarefas a executar neste tipo de contexto.

De ressaltar que as competências, independentemente da sua dimensão, integram parte do processo de desenvolvimento expectável dos adultos, mantendo-se em aprendizagem ao longo de toda a vida, contribuindo notavelmente para a formação da sua identidade profissional e pessoal (Imaginario, 2001). Cada vez mais, nos dias de hoje, o mercado de trabalho exige competências e não apenas qualificações, esperando um conjunto equilibrado de competências individuais e sociais e qualificações técnicas (Delors, 1996). No percorrer do crescimento de um psicólogo é suposto que advenha uma combinação das diversas competências adquiridas e aprendizagens com o estilo individual de cada profissional, isto é: o “Eu enquanto profissional” (ex.: competências, empatia) e o “Eu enquanto pessoa” (ex.: autorregulação, autoconhecimento) – incorporando as competências e conhecimentos apreendidos no estilo pessoal (Ivey, 2003). Posto isto, conclui-se que as competências não se limitam meramente à área da técnica, capacidades ou conhecimentos, não se caracterizando por um padrão linear e superficial (Imaginario, 2010).

Neste sentido, a proposta de currículo exibida acima, sintetizou as competências e conhecimentos mais relevantes para a generalidade dos participantes para o seu exercício profissional na prevenção e tratamento da demência, tais como: *Criar Empatia; Trabalhar numa Equipa Multidisciplinar; Sensibilidade; Paciência; Relacionamento Interpessoal; Respeito; Conhecimento Especializado em Neuropsicologia; Conhecimento Especializado em Demências*; entre outros.

Verificou-se que na categoria das *Competências Pessoais* uma maioria de participantes venceu a competência da *Sensibilidade e Pesquisa de Novos Materiais*, realçando o quão se torna importante sentir um gosto pessoal especialmente por esta população e seu contexto. Já respeitante às competências profissionais, observou-se uma divisão sensivelmente equilibrada por todas as subcategorias sugeridas, mesmo assim destacando-se o seguimento por uma abordagem teórica, empatia e trabalho numa equipa multidisciplinar. Já nas competências da dimensão social, foi notório o realce da *Idiosincrasia*, da importância da *Não Infantilização* e do *Relacionamento Interpessoal*. Por último, nos *Conhecimentos Especializados* necessários a um psicólogo que eventualmente exerça a sua profissão em contexto de acolhimento de idosos, uma grande parte dos participantes admitiu uma formação especializada e indispensável na área da *Neuropsicologia, Gerontopsicologia e Demências*. Estas subcategorias, também compreendidas na proposta de currículo anteriormente, evidenciaram-se pela generalidade dos entrevistados, sendo praticamente unânime.

No percurso desta investigação, poderá consistir numa limitação o facto de se atentar a um produto final, propondo em estudos futuros, talvez uma análise mais abrangente, tendo em conta outras variáveis como a experiência, os conteúdos especializados apreendidos, o tempo de especialização/formação, entre outros. Desta maneira, poderia ser possível a construção de uma proposta de currículo mais pormenorizada, assim como funcionar como um ponto de partida ou uma sugestão para uma literatura futura mais vasta e aprofundada, no que concerne à definição do papel do psicólogo em contextos geriátricos em Portugal. A relevância deste tema, ao nível do papel do psicólogo e ao nível da prevenção e tratamento da demência, torna, inevitavelmente, este estudo mais significativo e revelador, relativamente ao seu processo e resultados. Neste seguimento, seria interessante em pesquisas futuras um delineamento das tarefas de um psicólogo em contexto de acolhimento de idosos, mais para a prevenção e tratamento das demências, uma definição mais clara do seu papel e suas limitações e um programa/módulos a especializar/formar para o trabalho neste campo.

## 5. Referências Bibliográficas

Aarsland, D., Kurz, M. (2010). The epidemiology of dementia associated with Parkinson disease. *Jornal Brain Pathology*.

Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação* (4º Ed.). Braga: Psiquilibrios.

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

American Psychological Association. Disponível em: <http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.aspx>. [Consultado em 25/10/2015].

American Psychological Association. Disponível em: <http://www.apa.org/practice/guidelines/dementia.aspx>. [Consultado em 25/10/2015].

American Psychological Association. Disponível em: <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/practitioners-should-know.aspx>. [Consultado em 25/10/2015].

Ballone, G. J. (2008). *Demências*. Disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) [Consultado em 20/06/2016]

Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e sua evolução. In A. Castro-Caldas & A. Medonça (Eds), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (p.27-60). Lisboa: Lidel.

Bertelli, R., Bianchi, J., Cruz, E. (2009). Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. *Fundação Técnica e Científica do Desporto*. Motricidade, Vol 5 (2), 49-62.

Bertolazzo, A., Oliveira, C., Valença, E., Marun, E., Sampaio, F. & Jamus, D. (2015). IDOSO INSTITUCIONALIZADO X IDOSO HOSPITALIZADO: ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA. 1-25.

Bird, M. (1999). Challenging behaviour in dementia: A critical role for psychology. *Australian Psychologist*, 34, 144-148.

Burns, A., Winblad, B. (2006). Severe Dementia. England: John Wiley & Sons, Ltd.

Carvalho, A., & Faria, S. (2014). Demência nos Idosos. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 7-24). Vila Nova de Famalicão: Adrave.

Cavaco, C. (2007). Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências: complexidade e novas actividades profissionais, *Sísifo*, 2 (pp. 21 - 33).

Côrrea, J., Ferreira, M., Ferreira, V., & Banhato, E. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do Psicólogo em Instituições de Longa Permanência. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia*, 15(1), 127-136.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions* (2nd Ed). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Delors, J. (1996). *Educação: Um tesouro a descobrir*. Edições ASA.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). *Handbook of qualitative research* (3rd Edition). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Dourado, M., Lak, J., Leibing, A., Engelhardt, E. (2006). *Consciência da doença na demência*. 33 (6); 313-32. Rio de Janeiro.

Fernandes, L. (2014). Envelhecimento e demências. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 93-121). Lisboa: Coisas de Ler.

Filho, E., Netto, M. (2006). *Geriatrics. Fundamentos, clínica e terapêutica*. Atheneu. 2ª edição, São Paulo.

Fonseca, A. (2014)<sup>a</sup>. *Cuidados e Demência na Terceira Idade – Manual Prático*. Adrave.

Fonseca, A. (2014)<sup>b</sup>. Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-182). Lisboa: Coisas de Ler.

Fossey, J. (2007). Psychological treatments for people with dementia who have behavioural symptoms. *The Journal of Quality Research in Dementia*, 1ª Edição.

Fraser, M.T.D, & Gondim, S.M.G. (2004). Da Fala do Outro ao texto negociado: *Discussões sobre a Entrevista na Pesquisa Qualitativa*. *Padéia*, 14 (28), 139-152

Garrido, R., Menezes, P. (2004). *Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico*. 38(6):835-41, São Paulo.

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. United States of America: Aldine Transaction.

Gonçalves, C. (2014). O Cuidar do Sujeito com Demência. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 43-54). Vila Nova de Famalicão: Adrave.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.

Hurt, C., Bhattacharyya, S., Burns, A., Camus, V., Liperoti, R., Marriott, A...Byrne, E. J. (2008). Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia: An investigation of the relationship to behavioural and psychological symptoms in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 138-146.

Imaginário, L. (2001). *Balanço e competências: discursos e práticas*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (p.104-144).

Imaginário, L. (2010). Ainda as competências? In *Competências*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (p.7-18).

Ivey, A. E. (2003). *Intentional interviewing and counseling: Facilitating client development in a multicultural society (5th Ed)*. Califórnia: Brooks/Cole.

Kasl-Godley, J. & Gatz, M. (2000). Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, No. 6, pp. 755–782.

Lima, J. (2006). *Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?*, n. 40, p. 469-489. Universidade Federal de Santa Catarina.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. Disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org>. [Consultado em 08/11/2015].

Lopes, L., Cachioni, M. (2012). *Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática*. São Paulo.

Lopes, L., & Alves, J. (2014). Ensaio de Design sobre a Demência. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 119-141). Vila Nova de Famalicão: Adrave.

Martins, A. (2015). *Intervenção psicológica na adolescência e na velhice*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica publicada, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.

Miller, E. (2004). The role of the clinical psychologist in the assessment, diagnosis and management of patients with dementia. In S. Curran & J. Wattis (Eds.), *Practical management of dementia. A multi professional approach* (pp.75-86). Oxford: Radcliffe Medical Press.

Morse, J. (1994). Designing funded qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220-235). Thousand Oaks: Sage Publications.

Nunes, B. (2008). *Memória: funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses*. Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, 78, 20 de Abril de 2011, 17931- 17936.

Pachana, N., Helmes, E. (2010). Roles of psychologists in assessing and treating dementia. Australian Psychological Society. [Consultado em 24/10/2015, em InPsych database].

Paquete, P. (2014). Ocupação de Pessoas com Demência nas Instituições. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 55-64). Vila Nova de Famalicão: Adrave.

Paulino, F. et al. (2009). *Perfil do cuidador profissional de idosos com demência*. São Paulo.

Perrin, T., May, H. & Anderson, E. (2009, Dezembro). Wellbeing in Dementia: An Occupational Approach for Therapists and Carers (2nd Edition). *Jornal South African Journal of Occupational Therapy*, pp. 1-3.

Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., & Crook, T. (1982). Global Deterioration Scale (GDS). *American Journal of Psychiatry*, 139:1136-1139.

Rilhas (2014). *Intervenção psicológica em idosos com demência: Casa Romana*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

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

Rodrigues, M. (2012). *O impacto das atividades intergeracionais no desempenho cognitivo dos idosos. II ciclo de estudos em gerontologia social aplicada*. Dissertação de Mestrado de Ciências Sociais, Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Saldaña, J. (2009). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. London: Sage Publications.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage Publications.

Taborda, A., & Melo, M. (2014). Demência e Doença de Alzheimer. In A. Fonseca (Coord.), *Demência na Terceira Idade. Contributos Teóricos, Competências a Mobilizar e Estratégias de Intervenção* (pp. 25-42). Vila Nova de Famalicão: Adrave.

WHO (World Health Organisation) (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

# **Anexos**

## Anexo 1 – Consentimento Informado



**CATÓLICA PORTO**  
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

### Consentimento Informado

Eu \_\_\_\_\_,  
concordo em colaborar na tese de dissertação intitulada “Currículo específico para psicólogos na prevenção e tratamento da demência”, incluída no mestrado de Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano, da aluna Cláudia Cristina de Gonçalves Campos, sob orientação do docente Prof.Dr. António Fonseca, da Universidade Católica Portuguesa (Pólo Foz).

Os participantes, psicólogos que trabalhem no campo geriátrico, terão de participar numa entrevista presencial de aproximadamente 1 hora, gravada em áudio, para posterior transcrição e tratamento dos dados.

Para estes efeitos, garanto toda a confidencialidade e declaro que os dados recolhidos serão utilizados para fins meramente académicos.

Para qualquer dúvida ou desistência, contactar a aluna via email (clcrca@hotmail.com) ou via telefónica (916926576).

Agradeço a colaboração,

A aluna:

O participante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Porto, 13 de fevereiro de 2016*

## **Anexo 2 – Sistema de Codificação**

### **1- Competências Profissionais**

- 1.1 Abordagens Teóricas
- 1.2 Criar Empatia
- 1.3 Equipa Multidisciplinar
- 1.4 Intervenção
  - 1.4.1. Com as Famílias
  - 1.4.2. Com os Profissionais
  - 1.4.3. Com os Utentes
    - 1.4.3.1 Individual
    - 1.4.3.2. Grupal
- 1.5 Levantamento de Necessidades da instituição/profissionais/cuidadores /utentes
- 1.6 Metodologias de Intervenção
  - 1.6.1. Estimulação Cognitiva
  - 1.6.2. Reminiscência
- 1.7 Trabalho em Equipa
- 1.8 Foco em Objetivos Terapêuticos
- 1.9 Observar Resultados Obtidos
- 1.10 Criação de Ambiente Seguro
- 1.11 Relação Terapêutica
- 1.12 Avaliação
  - 1.12.1. Reavaliação de Utentes

### **2- Competências Pessoais**

- 2.1. Gosto Pessoal
- 2.2. Sensibilidade
- 2.3 Pesquisa Novos Materiais
- 2.4. Disponibilidade/Abertura
- 2.5. Ajustamento Expectativas
- 2.6. Paciência

- 2.7. Afetividade
- 2.8. Atenção
- 2.9. Introspeção
- 2.10. Flexibilidade
- 2.11. Criatividade

### 3- **Competências Sociais**

- 3.1. Ter em conta Idiosincrasia
- 3.2. Não Infantilização dos Utentes
- 3.3. Relacionamento Interpessoal
- 3.4. Respeito
- 3.5. Ganho de Confiança dos outros
- 3.6. Desafiar
- 3.7. Compreensão

### 4- **Conhecimentos Especializados**

- 5.1. Neuropsicologia
- 5.2. Gerontopsicologia
- 5.3. Demências
- 5.4. Avaliação Neuropsicológica
- 5.5. Cuidadores
- 5.6. Ferramentas de Avaliação
- 5.7. Psicoterapia-Psicodinâmica
- 5.8. Psicologia do Desenvolvimento

### Anexo 3 – Sistema de Categorias

SISTEMA DE CATEGORIAS			
<i>Categorias de primeira, segunda e terceira ordem</i>			
<p><b>1.</b> <b>Competências Profissionais</b> <i>(Consideram-se competências profissionais aquelas que são transmitidas na formação académica e que devem ser respeitadas, segundo o código de ética da APA).</i></p>	<p>1.1. Abordagens Teóricas</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância em seguir orientação de uma abordagem teórica no exercício profissional.</p>	<p><i>Exemplos:</i></p>
			<p><i>“Então, todas as teorias e toda a teoria que suporta a prática de intervenção, na minha prática profissional, eu utilizo como forma de trabalhar com a pessoa.”</i></p> <p><i>“É preciso ter uma abordagem sistémica familiar.”</i></p> <p><i>“A terapia sistémica ajuda muito nesse sentido; a cognitiva comportamental também, portanto, se me pede para dizer qual delas a melhor, sinceramente as duas são um complemento uma da outra e eu uso muito as duas em simultâneo, ou uma ou outra, não, mas as duas, as duas sim, acho que são mais médicas.”</i></p>

	1.2.Criar Empatia	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância do estabelecimento da empatia no contexto geriátrico.	<p><i>“As competências profissionais, sim, a questão de conseguir estabelecer uma relação de empatia é muito bom.”</i></p> <p><i>“Uma boa palavras-chave para o trabalho com demência é também empatia.”</i></p> <p><i>“Capacidade empática, tudo isso é básico em qualquer situação de apoio terapêutico”.</i></p>
	1.3.Equipa Multidisciplinar	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da integração do psicólogo no seio de uma equipa multidisciplinar.	<p><i>“Acho que se for trabalhado, e aqui num contexto mais institucional, acho que uma equipa multidisciplinar consegue fazer muito nesta prevenção da demência.”</i></p> <p><i>“Eu não disse e acho que é preciso, nós pensarmos na intervenção de um Psicólogo numa Instituição sempre em parceria, em colaboração com outros técnicos e com outros profissionais. Trabalhar em equipa multidisciplinar aqui é essencial.”</i></p> <p><i>“E quando fala aqui não é da intervenção da Psicologia, é de todos, é de todas as áreas.”</i></p>

	1.4. Intervenção	1.4.1 Com as Famílias	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a intervenção psicológica especificamente para os cuidadores informais.</p>	<p><i>“E quem fala de utentes fala de cuidadores, porque acho que também acabam por ser utentes, independentemente de estarem ou não na Instituição.”</i></p> <p><i>“Devemos estar extremamente atentos e eu estou tão disponível para atender um utente como a pessoas que dele cuida, que está em casa, que é tanto ou mais importante, às vezes.”</i></p> <p><i>“Mas o cuidar do cuidador é essencial e isto, para concluir, que o nosso alvo de intervenção, para mim, nunca são os idosos mas as pessoas que cuidam dos idosos. E estas estão sempre ao mesmo nível.”</i></p>
		1.4.2. Com os Profissionais	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a intervenção psicológica especificamente para os</p>	<p><i>“E também tenho que ter ao mesmo tempo já de si essas preocupações (...): de que a equipa esteja a funcionar bem, de que a equipa esteja motivada, de que a equipa não se acomode, que a equipa procure mais, que a equipa dê</i></p>

			<p>cuidadores formais.</p>	<p><i>de si, seja criativa. Mas acho que sendo psicólogo isto se pode aumentar e incrementar porque o psicólogo tem mais algumas ferramentas nessa área.”</i></p> <p><i>“E se os outros profissionais também souberem como agir, mesmo que nós não estejamos presentes, eles vão intervir junto desses idosos. No fundo acho que são os dois impactos mais relevantes que podemos ter a esse nível. (...) E ter alguém que lhes explique isso sem qualquer tipo de peneiras, é relevante. Sem dúvida, um profissional num lar não deve ficar alheio aos outros profissionais, deve estar sempre a perceber o que é que também se pode fazer pelos outros profissionais e de que forma pode melhorar os canais de comunicação, porque isso acaba por ser útil para si próprio.”</i></p>
--	--	--	----------------------------	--

		1.4.3. Com os utentes	1.4.3.1 Individual	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a intervenção psicológica direcionada a utentes segundo um registo individual.</p>	<p><i>“Também, mesmo que haja um trabalho de grupo paralelamente se deve estabelecer essa relação individual com cada pessoa, sim.”</i></p> <p><i>“Ou individual e que tem os mais variados intuítos: se tens uma situação de luto, se tens uma situação de depressão, se tens uma situação de demência ou de mera solidão e necessidade de</i></p>

					<p><i>definir um novo rumo, um novo objetivo muito à base de counselling. (...)</i></p> <p><i>“Se houver uma situação em que haja tempo, haja mão-de-obra para fazeres estimulação individual...”</i></p>
			1.4.3.2 Grupal	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a intervenção psicológica direcionada a utentes segundo</p>	<p><i>“E assim com grupos ficas por um lado mais realizado porque estás a chegar a mais pessoas, para o lar também é melhor porque vê melhor no fundo os resultados do teu trabalho e para as pessoas naturalmente</i></p>

				<p>um registo grupal.</p> <p><i>porque o teu serviço lhes está a chegar com mais facilidade.”</i></p> <p><i>“Grande parte da intervenção do Psicólogo no Centro de Dia é feita de forma grupal.”</i></p> <p><i>“A minha experiência de um ano com um grupo de doze utentes foi riquíssima, foi riquíssima.”</i></p>
--	--	--	--	---

--	--	--	--	--	--

	<p>1.5. Levantamento de Necessidades da instituição/ profissionais/ cuidadores /utentes</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a relevância em efetuar o levantamento e identificação de necessidades relativamente à instituição/profissionais/cuidadores /utentes e sua importância.</p>	<p><i>“(…)tendo um tempo limitado na Instituição - o tempo já era limitado, depois eram estas valências todas - o que é que eu tentei fazer? Avaliar necessidades e ir respondendo de acordo com as que eu considerava maiores. É o que faço até hoje: tenho de priorizar, porque não posso chegar a tudo aquilo que avalio oportuno “intervir em” por falta de recursos. (...)”</i></p> <p><i>“Agora, quando tu chegas, tu já queres mostrar serviço porque és novo no local e as pessoas também que estão desconfiadas precisam disso. Só que eu não posso fazer isso antes de avaliar as necessidades, portanto há aquele período de um mês, um mês e meio, que eu estou ali muito a apropriar-me do lar, a contactar com as primeiras pessoas, a avaliar as primeiras pessoas, e a perceber, ‘ora bem, o que é que faz sentido, o que é mais importante nós começarmos por fazer aqui, com que tipo de grupos é que eu vou estar? Há aquela pessoa que eu acho que uma intervenção individual com ela sobre este aspeto seria importante.’ Portanto, aí é que se começa.”</i></p> <p><i>“Avaliação de necessidades globais, se quisermos.”</i></p>
--	---	---	--

	1.6. Metodologias de Intervenção	1.6.1. Estimulação Cognitiva	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a estimulação cognitiva enquanto uma forma de intervenção psicológica.	<p><i>“Hum, procura-se muito fazer estimulação cognitiva.”</i></p> <p><i>“A questão da estimulação cognitiva que está sempre muito presente.”</i></p> <p><i>“(…) A estimulação cognitiva é extremamente importante na demência (…)”</i></p> <p><i>“Agora, eu acho que o prevenir com este tipo de exercício mental, é muito importante (…).”</i></p>
		1.6.2. Reminiscência	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a reminiscência enquanto uma forma de intervenção psicológica.	<i>“Reminiscência, que é uma coisa que funciona muito bem neste contexto, a reminiscência, se é aí que queres chegar com a questão de um tipo de intervenção que resulta melhor aqui do que noutros contextos, é a reminiscência porque, muitas das vezes, os</i>

			<p><i>melhores momentos da vida já não são do presente mas do passado.”</i></p> <p><i>“Mas a reminiscência é sem dúvida muito importante aqui porque às vezes, até para criar relação terapêutica, o recurso à reminiscência é fundamental.”</i></p> <p><i>“Ajuda, ajuda muito. Por vezes o reviver os triunfos do passado também ajuda a alimentar a autoestima do presente, parece assim um bocado poético mas é verdade.”</i></p>
	1.7.Trabalho em Equipa	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram à capacidade de saber trabalhar em equipa e o que isso implica.	<p><i>“E saber trabalhar em equipa, por vezes melhor do que muitos outros profissionais. E isso é uma grande mais-valia.”</i></p> <p><i>“Para sabermos também ocupar o nosso lugar.”</i></p>

			<p><i>“(...) portanto o psiquiatra e o psicólogo trabalham muito em conjunto, principalmente nestas situações quando estamos a assumir um caso, temos o cuidado de haver a comunicação, o acerto de ideias, de orientações, de seguimento, digamos assim. Dentro da área específica da demência...”</i></p>
	1.8.Foco em Objetivos Terapêuticos	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram objetivos terapêuticos em contexto geriátrico.	<p><i>“O objetivo central, seja em que contexto for, é promover o bem-estar psicológico. O Psicólogo acredita que, eventualmente, há sempre formas da pessoa se sentir melhor e estar melhor com a vida.”</i></p> <p><i>“Promover o bem-estar, as competências cognitivas, a autoestima no idoso, o sentido de identidade, as suas competências emocionais.”</i></p> <p><i>“No tratamento...A demência não tem cura e, portanto, quando me pergunta no tratamento, nós sabemos à partida, nós psicólogos, que temos ali uma pessoa com demência e não a vamos conseguir curar. Aquilo que nós vamos conseguir fazer no tratamento daquela pessoa com terapia e com tudo o resto, é manter o que ainda há para que não desapareça muito rápido porque, se calhar, se nós enquanto psicólogos não</i></p>

			<i>trabalhássemos com a pessoa, o seu declínio seria muito maior.”</i>
	1.9.Observar Resultados Obtidos	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram os resultados obtidos em contexto geriátrico, incluindo resultados a curto e longo prazo.	<p><i>“Portanto, o trabalho com a demência não é um trabalho vão, é um trabalho meritório e é um trabalho que tem resultados.”</i></p> <p><i>“Há melhoria de bem-estar, melhoria de competências cognitivas, melhoria dos aspetos emocionais da pessoa, das relações interpessoais, da autoestima, do sentido de identidade, inclusivamente da coordenação motora, dos aspetos mais físicos. Agora é um trabalho em que tudo aquilo que nós conseguimos, por mais pequeno que seja, para nós é uma vitória. Mas há resultados e tem um impacto muito grande.”</i></p> <p><i>“Sim, sim os resultados que pretendemos têm que ser realistas, pronto e no fundo se eu pensar no bem-estar deles e que estou a trabalhar para realmente manter aquilo que eles têm neste momento, sim consigo alcançar isso, mas é um bocadinho difícil, é um bocadinho difícil.”</i></p>

	<p>1.10. Criação de Ambiente Seguro</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da criação de um ambiente seguro e enquanto competência do psicólogo.</p>	<p><i>“No fundo, se quisermos, a grande competência é criar para a pessoa um ambiente em que ela se sinta segura, autónoma ou, pelo menos se não autónoma, em controlo da situação.”</i></p> <p><i>“Irmãos tentando que o meio acabe por, favorecendo o seu estado de espírito e o seu estado emocional...”</i></p> <p><i>“Por isso o meio tem que ser seguro, quente, confortável, tem que ser suficientemente estimulante e não tanto que comprometa o seu relaxamento, o seu período de acalmia, a sua tranquilidade.”</i></p>
	<p>1.11. Relação Terapêutica</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância do estabelecimento da relação terapêutica e enquanto competência do psicólogo em contexto geriátrico.</p>	<p><i>“Para mim as questões relacionais são extremamente importantes e acho que, se calhar, são anteriores a qualquer modelo de intervenção. Acho que é extremamente importante o tipo de relação que estabelecemos e a qualidade da relação que temos com a pessoa que está na nossa frente.”</i></p> <p><i>“Ter-se capacidade de relacionamento interpessoal, a capacidade da pessoa estar, comunicar.”</i></p>

			<p><i>“Depois há todo um conjunto de competências que só se desenvolvem quando estás a criar relações terapêuticas com as pessoas.”</i></p>	
	1.12. Avaliação	1.12.1 Reavaliação de utentes	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância em reavaliar os utentes com regularidade.</p>	<p><i>“Reavaliação é também outra grande palavra-chave: se uma pessoa só estimular sem forma de avaliar, de tempos a tempos, como é que as coisas estão a ir, não está a fazer nada.”</i></p> <p><i>“Esta avaliação permite-nos de uma forma individual: Fazer o retrato do utente em diferentes momentos.”</i></p> <p><i>“Vamos testar, vamos ver. ‘Será que é necessário adaptar? Será que não?’”</i></p> <p><i>“A reavaliação é importante.”</i></p>

<p><b>2. Competências Pessoais</b> <i>(Consideram-se competências pessoais aquelas que pessoalmente dependem de cada indivíduo e dos seus valores, crenças, representações e atitudes. Não são abrangidas por certificados e diplomas formais, mas antes adquiridas ao longo da vida ou da carreira).</i></p>	<p>2.1.Gosto Pessoal</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a relevância em pessoalmente gostar e sentir aptidão para com esta população e contexto.</p>	<p><i>“Claro, se quisermos, e isso pode até estar muito relacionado com a maior parte dos profissionais enveredarem por esta área isto é, quando eles não enveredam só por causa das possibilidades de arranjar emprego, estou a dizer por gosto, (...).”</i></p> <p><i>“Gosto da experiência do idoso, fascina-me a experiência do idoso. Por outro lado, também me fascina o fim de vida. E fascina-me também poder contribuir para o bem-estar no fim de vida. E acho que foi por isso que escolhi trabalhar com eles...”</i></p> <p><i>“A especialização é sempre importante. E depois há competências pessoais e sociais. É preciso querer, é preciso gostar. É preciso gostar, francamente. Porque há o outro lado, não é? Há o outro lado quando se lida com idosos e sobretudo numa estrutura residencial. Nós temos que gostar, tem que ser aquilo, porque não é fácil lidar com ambientes onde existe uma mistura tão grande forçada de identidades, que nos gritam tanto para que olhemos para cada um individualmente, com tanta revolta interior mas com tanta necessidade também de afeto.”</i></p>
---	--------------------------	--	---

	<p>2.2. Sensibilidade</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da sensibilidade enquanto competência pessoal neste contexto.</p>	<p><i>“Porque precisam de tempo para elaborar o que querem dizer, e porque têm dificuldade em articular, e muitas vezes em coordenar emoção, discurso e nós temos que ter essa sensibilidade, penso que é uma das competências também nesta população, para compreender isso, os tempos são diferentes.”</i></p> <p><i>“Nós temos que ser muito humanos, muito, muito humanos. Claro que com tudo aquilo que temos para trás de formação sim, mas com a população idosa em especial temos que ser muito, muito mais.”</i></p> <p><i>“Sensibilidade. Sensibilidade: o considerar que há uma história de vida naquela pessoa que, por vezes, a demência faz com que a pessoa perca toda essa história de vida (...).”</i></p>
	<p>2.3.Pesquisa Novos Materiais</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância em procurar novos materiais enquanto competência pessoal neste contexto.</p>	<p><i>“Especializarmo-nos, estudarmos, investirmos nas nossas atualizações.”</i></p> <p><i>“Acho que é preciso um trabalho individual do Psicólogo (...).”</i></p> <p><i>“E continuo a ser, eu sinto que ainda agora, depois de três anos e qualquer coisa nisto, eu sou um Pseudo-Psicólogo ainda. Obviamente sou melhor do que era antes mas sinto que há ainda</i></p>

			<i>tanta coisa ainda para eu estudar e perceber e experimentar.”</i>
	2.4. Disponibilidade/ Abertura	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram experiências desafiantes na vida da população idosa portuguesa.	<p><i>“Eles precisam de alguém que esteja ali a 100%.”</i></p> <p><i>“Ter tempo, é preciso ter tempo, e para ter tempo é preciso ter disponibilidade interna.”</i></p> <p><i>“Eles precisam de sentir que nós estamos ali para eles. (...)”</i></p>
	2.5.Ajustamento de Expectativas	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância do ajustamento de expectativas por parte do psicólogo e enquanto competência pessoal neste contexto.	<p><i>“Mas ajustar as nossas expectativas pode ser mesmo uma das coisas mais importantes para trabalharmos bem, para trabalharmos com satisfação com a pessoa.”</i></p> <p><i>“Porque às vezes quando a gente está perante uma pessoa com demência é preciso ter... é preciso gerir a expectativa de poder não acontecer nada.”</i></p> <p><i>“Por isso é preciso sabermos definir muito bem as nossas expectativas para depois gerirmos as possíveis frustrações.”</i></p>

	<p>2.6.Paciência</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a capacidade de ter paciência enquanto competência pessoal neste contexto.</p>	<p><i>"E paciência – talvez sejam essas algumas das nossas competências."</i></p> <p><i>"Porque é muito frequente estar com uma pessoa demenciada que está num momento completamente ausente, mas se estiver com ela, de repente revela uma parte importante dela, uma emoção dela e, no momento seguinte, volta a “desaparecer”, entre aspas, percebe? Portanto é preciso esse tempo, essa paciência."</i></p> <p><i>"As competências pessoais que acho que devemos ter para trabalhar com idosos no geral é ter muita paciência."</i></p>
	<p>2.7.Afetividade</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da afetividade enquanto competência pessoal.</p>	<p><i>"Nisso eu sou mais afetiva e, às vezes, quebro algumas regras, o que na Psicodinâmica com jovens não faço, temos outras regras, mas com o idoso eu quebro essas regras, porque estas pessoas numa estrutura residencial estão desamparadas. Por isso, tudo aquilo que eu possa promover em termos de afetividade não consigo estar de outra forma. É preciso também dar esse carinho, esse afeto."</i></p>

			<p><i>"Mas lembrarmo-nos que nessa faixa etária é muito por essa questão relacional, por proporcionarmos sentimentos que, se calhar, nem eram muito comuns até então ou terem alguém que lhes dê um carinho, uma palavra amiga, isso ajuda-os muito, claro que sim."</i></p> <p><i>"E é essa questão relacional/afetiva que faz a diferença."</i></p>
	2.8.Atenção	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da capacidade de atenção para com a instituição/profissionais/cuidadores/utentes.	<p><i>"Eu tinha x coisas marcadas para aquele dia, ou para o dia seguinte mas, eu naquela semana vou tentar arranjar um momento para conversar com o indivíduo só para ver como ele está a reagir a esta situação de luto, só para ver, se vai vale a pena ou se não se justifica qualquer tipo intervenção. Temos que estar muito atentos ao contexto"</i></p> <p><i>"Competências de estar atenta a determinados detalhes a que outrora não estavas atenta."</i></p>

	2.9.Introspeção	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância do autoconhecimento enquanto Pessoa e Profissional.	<p><i>"Tem de fazer um trabalho interior também, mas o Psicólogo tem que fazer esse trabalho interior em qualquer área em que vá trabalhar, mas nesta em particular."</i></p> <p><i>"É evidente que isso nos obriga também a estruturarmo-nos. E estruturarmo-nos por dentro, e esse é um trabalho que é importante fazermos como Psicólogos."</i></p> <p><i>"Mas também no seu autoconhecimento. Acho que é muito bom. Em qualquer área mas nesta em particular."</i></p>
	2.10. Flexibilidade	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da capacidade em ser flexível neste tipo de contexto.	<p><i>"A pessoa até pode ter planeado a coisa de determinada maneira e vai ter que se adequar ao grupo que tem pela frente e à forma como o grupo nesse dia se apresenta."</i></p> <p><i>"Temos nós que ter a flexibilidade."</i></p>
	2.11. Criatividade	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância em ser criativo neste tipo de contexto.	<p><i>"É preciso também aqui alguma criatividade."</i></p> <p><i>"E procurar e ser capaz de alguma imaginação também, alguma criatividade... Acho que são palavras importantes também. Criatividade."</i></p> <p><i>"Este é um desafio enorme para nós, o ser criativo."</i></p>

<p><b>3. Competências Sociais</b></p> <p><i>(Consideram-se competências sociais aquelas que pessoalmente são necessárias para situações sociais que implicam interações com outros e que são exclusivas destas, como é o caso da gestão de conflitos).</i></p>	<p>3.1. Ter em conta Idiossincrasia</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da personalização e adaptação a cada caso individual e único.</p>	<p><i>"Cada caso, cada utente. Temos trinta pessoas com demência - dentro das demências temos várias: Alzheimers, frontotemporais, vasculares – e essas trinta pessoas com demências, mesmo tendo o mesmo tipo de demência e até estando na mesma fase, vão ter características diferentes. Não são todas iguais, cada uma tem as suas necessidades. Depois é sempre muito importante considerarmos aquela pessoa – para mim isso é fundamental – como alguém que teve um percurso de vida, que tem uma história, e é a pessoa <b>tal</b> àquela data na mesma."</i></p> <p><i>"Cada caso é um caso, cada ser humano é um ser humano, com as suas idiossincrasias e as suas necessidades."</i></p> <p><i>"E nunca se esqueça: o respeito pela individualidade deles é muito importante."</i></p>
	<p>3.2. Não Infantilização dos utentes</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância em não infantilizar os idosos, devendo respeito.</p>	<p><i>"Não vamos infantilizar a pessoa, vamos tratá-la da mesma forma – tendo em conta a pessoa que ela é de momento – mas reconhecendo também todo o percurso dela, todos os seus gostos, quem foi."</i></p>

			<p><i>"Não vou falar de forma infantilizada, vou ter cuidado na maneira como me dirijo às pessoas para perceber que há uma educação por traz."</i></p> <p><i>"E isso ouvia-se muito na faculdade e na altura eu vou ser sincera, não dava muito valor a isso, mas depois dei, que é a questão de não infantilizarmos os idosos, muitas das vezes nós caímos nesses erros, nós enquanto psicólogos e outros profissionais que trabalham com este tipo de população caem muito neste erro."</i></p>
	3.3. Relacionamento Interpessoal	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância do estabelecimento de relações interpessoais com os profissionais/cuidadores/utentes.	<p><i>"Eu aqui vou bater outra vez nas competências relacionais e nas competências interpessoais."</i></p> <p><i>"Para além de estares com as pessoas e elas estarem contigo, porque quando tu crias relação muitas das vezes as pessoas vão ao grupo nem sempre pelos objetivos do grupo mas porque gostam de estar com o psicólogo, e tens ali, às vezes, um espaço muito importante."</i></p> <p><i>"Um sentido de presença, de inter-relação, percebe acho que isso é muito importante"</i></p>
	3.4. Respeito	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância do respeito com este tipo de população.	<i>"O respeito pela pessoa com demência é essencial enquanto psicólogos e depois todas as outras pessoas que trabalham com pessoas com demência, é essencial o respeito por aquela pessoa, porque apesar de dizer coisas que não fazem sentido, de ter comportamentos que não fazem sentido, é uma pessoa que está ali e temos</i>

			<p><i>que a respeitar incondicionalmente. Por isso a palavra-chave que eu usaria mais no trabalho com demência é sem dúvida o respeito."</i></p> <p><i>"É que muitas vezes não é possível mexer no meio interno até porque as pessoas já têm uma personalidade, já funcionam assim há muitos e muitos anos e eu tenho que respeitar isso."</i></p>
	3.5.Ganho de Confiança dos outros	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da obtenção da confiança dos profissionais/cuidadores/utentes.	<p><i>"E obter a confiança da pessoa com demência é, talvez, a primeira coisa, a coisa importante."</i></p> <p><i>"Por outro lado, a confiança é fundamental até porque estamos perante uma pessoa que cada vez vai percebendo menos do entorno, cada vez o ambiente lhe causa mais receio, cada vez sente menos controlo do ambiente, logo a desconfiança será natural, desconfiança não só comigo mas com qualquer outro tipo de pessoa, e portanto, ser capaz de estabelecer uma relação de confiança, é importante."</i></p> <p><i>"Tem que se ir ganhando a pessoa."</i></p>
	3.6.Desafiar	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da capacidade de desafiar os profissionais/cuidadores/utentes.	<p><i>"Desafio também, eu iria ao desafio Cláudia, acho que se calhar é bom desafia-los, eles descobrem-se no desafio, eu desafio, eu desafio muito, sou muito desafiadora."</i></p> <p><i>"Desafio. O Psicólogo tem que ser capaz de lançar desafios, adequados."</i></p>

			<i>"Mas lançar desafios, porque depois o retorno é muito interessante, é gratificante, para nós e para eles."</i>
	3.7. Compreensão	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a importância da capacidade em compreender, validar e aceitar os profissionais/cuidadores/utentes.	<i>"Dar-lhe uma compreensão." "Não é... e a pessoa não se sentiu só, teve ali alguém que compreendeu o que a pessoa disse, que ouviu e que devolveu qualquer coisa e, portanto, que lhe deu um sentido."</i>
<b>4. Conhecimentos Especializados</b>	4.1. Neuropsicologia	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da "Neuropsicologia" enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.	<i>"Eu olho muito à questão da Neuropsicologia." "Assim como na área da neuropsicologia, que fala muito das questões demenciais, da identificação, do que existe à data para apoiar e para se trabalhar nesta parte de perturbações demenciais, acaba por ser sempre uma área de interesse." À neuropsicologia – mas isso é óbvio por formação, essa já é óbvia para mim."</i>

	<p>4.2. Gerontopsicologia</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da “Gerontopsicologia” enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.</p>	<p><i>"Portanto, são dois grandes temas, a meu ver, a Gerontopsicologia – a psicologia aplicada a esta faixa etária com tudo o que isto acarreta, porque a intervenção que se tem com um idoso e a forma de estar em consulta é muito diferente do que estar com uma criança ou com um adulto, é muito dispare, é muito diferente. É preciso também ter algum conhecimento sobre o processo de envelhecimento, quase."</i></p> <p><i>"Sem dúvida que trabalhar pontos centrais como o processo de envelhecimento, a Gerontopsicologia."</i></p>
	<p>4.3. Demências</p>	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da “Demências” enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.</p>	<p><i>"As síndromes demenciais. Sem dúvida que formação nestes domínios são importantes, e que eu considero que sim, que são fatores que eu incluiria."</i></p> <p><i>"Cada fase, o que é que é expectável acontecer em cada fase... Isso, é conhecimento especializado que é preciso ter."</i></p> <p><i>"Trabalhar para esta faixa etária tem que se conseguir perceber que os processos demenciais estão lá pelo meio. Não conheço ninguém que tenha trabalhado nesta área da terceira idade e que não tenha tido situações demenciais. Até porque, hoje em dia, se formos ver os casos clínicos que chegam a grande maioria, digamos,</i></p>

			<p><i>são realmente situações demenciais. Tem que se ter algum conhecimento na área. Se a pessoa decide que esta é a sua área de aplicação, de trabalho, também tem que ser a sua área de conhecimento prévio, digo eu."</i></p>
	4.4.Avaliação Neuropsicológica	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da "Avaliação Neuropsicológica" enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.</p>	<p><i>"Hum a nível da avaliação psicológica. Sim, seria a única coisa que eu poderia acrescentar, porque realmente foi uma dificuldade que foi sentida. Foi a nível da avaliação psicológica na área da geriatria."</i></p> <p><i>"Mas, pensando de uma forma muito mais prática e pensando realmente na necessidade que eu tive de, quando iniciei o trabalho na área de geriatria, sem duvida que era a avaliação."</i></p>
	4.5.Cuidadores	<p>Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da "Cuidadores" enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.</p>	<p><i>"Claro que depois também tens a questão dos cuidadores, quer formais quer informais, conhecimentos sobre o Burnet que eles sofrem, conhecimentos académicos sobre isso é importante."</i></p> <p><i>"E para dar também diretrizes ou guias a cuidadores, é importante também. Estar por dentro da vivência dos cuidadores: é importante nós percebermos ou nós procurarmos algum saber teórico, porque depois prático vamos arranjá-lo facilmente, mas era importante termos</i></p>

			<i>algum conhecimento teórico para não sermos apanhados de surpresa, daquilo que é a vivência do cuidador duma pessoa com demência, do sofrimento que implica, da sobrecarga que o cuidado diário implica para estarmos mais aptos a ajudar."</i>
	4.6.Ferramentas de Avaliação	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da "Ferramentas de Avaliação" enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.	<i>"Sempre alguma formação em novas ferramentas de avaliação que possam surgir."  "Conhecimentos especializados, é preciso conhecer os diferentes instrumentos de avaliação que existem, é importantíssimo não só para situações mais gerais."</i>
	4.7.Psicoterapia-Psicodinâmica	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da "Psicoterapia-Psicodinâmica" enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.	<i>"Eu, por exemplo, eu estou a fazer especialização em Psicoterapia-Psicodinâmica. Cláudia, talvez nem toda a gente concorde comigo, mas eu na minha formação sou obrigada também a fazer o meu próprio processo pessoal de psicoterapia e acho importantíssimo isso. Nós termos a possibilidade de trazer a um espaço terapêutico questões também que são importantes para nós."  "Eu estou a acrescentar, Cláudia, porque estou a fazer especialização em Psicoterapia Psicodinâmica. E vou dizer uma coisa: eu pensei</i>

			<p><i>que não iria ser tão relevante na população idosa e acho que é extremamente relevante."</i></p> <p><i>"Mas acho que o desenvolvimento pessoal passa muito por fazer uma boa psicoterapia pessoal. Se calhar era interessante incluir nos currículos das universidades, ou pelo menos, consoante a especialização que a pessoa quisesse seguir, ser obrigatório ou pelo menos recomendável ou aconselhado fazer uma psicoterapia individual. Talvez seja isso que pode fazer, apesar de tudo alguma diferença."</i></p>
	4.8. Psicologia do Desenvolvimento	Cota-se nesta categoria todas as unidades de registo que refiram a área da "Psicologia do Desenvolvimento" enquanto um conhecimento especializado a desenvolver.	<p><i>"Psicologia do Desenvolvimento é importante. Estarmos também dentro dos acontecimentos mais típicos desta fase da vida: a reforma, a perda de entes queridos, de amigos, no fundo a perda de referências."</i></p> <p><i>"É fundamental a questão associada ao desenvolvimento, percebermos aqui o processo de desenvolvimento ou seja, o ciclo de vida. Percebermos aqui quais os acontecimentos significativos que vão acontecendo ao longo da vida e especificamente nesta faixa etária, termos muito a noção do que é um envelhecimento normal e um envelhecimento patológico."</i></p>