



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em **Psicologia Clínica e da Saúde**.

Tânia Raquel Araújo Andrade



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2014



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Local do Estágio: Projeto Homem –
Comunidade Terapêutica / Reinserção
Social**

Relatório de Estágio apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Tânia Raquel Araújo Andrade

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
JULHO 2014

Agradecimentos

“Eu sei o preço do sucesso: dedicação, trabalho duro, e uma incessante devoção às coisas que você quer ver acontecer.”

(Frank Lloyd Wright)

Quero agradecer à Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga, em especial, à Faculdade de Filosofia, que me acolheu, bem recebeu e me deu a oportunidade de realizar e concluir o Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Agradeço particularmente, à Doutora Eleonora Costa, pelo seu apoio e disponibilidade nas orientações que recebi.

Agradeço ao Projeto Homem de Braga por me acolher na sua instituição e permitir que realizasse o meu estágio curricular. Em especial, à Doutora Aldina Martins, orientadora local de estágio, pelo seu incansável apoio.

Quero ainda agradecer, àqueles que sempre estiveram ao meu lado, direta ou indiretamente, pois sem o seu apoio e ânimo esta caminhada não seria tão fácil.

Agradeço do fundo do coração, com todo o amor, aos meus pais, pelo enorme sacrifício de me terem e manterem longe de casa, possibilitando assim, o realizar de um sonho meu. Sem eles nada disso seria possível.

Por último, e não menos importante, quero agradecer a Ele, pois só Ele me guia e conduz pelos caminhos da vida.

Resumo

O relatório de estágio que se segue pretende descrever as atividades de estágio realizadas, referentes ao 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, do ano letivo 2012/2013. O estágio curricular realizou-se na instituição Projeto Homem de Braga, na Comunidade Terapêutica e Reinserção Social, respetivas valências, por um período de 8 meses (aproximadamente 700 horas), permitindo o conhecimento de uma nova realidade, o mundo dos consumos, da toxicod dependência e alcoolismo. Tendo como objetivos de estágio a aplicação das diferentes abordagens teóricas, a aprendizagem de competências de avaliação e intervenção psicológica e a promoção do contato e conhecimento de boas práticas de técnicas profissionais adequadas e autónomas, o estágio contemplou um conjunto de atividade de avaliação, intervenção individual e em grupo, e uma atividade de ação de formação. Desta forma, o relatório de estágio encontra-se agrupado em três partes distintas: caracterização da instituição e do papel do psicólogo; caracterização da observação e levantamento de necessidades da instituição; e atividades desenvolvidas (acompanhamentos individuais, intervenção em grupo e ação de formação). Assim, o estágio curricular permitiu o desenvolvimento de competências éticas e profissionais, na área da psicologia clínica e da saúde.

Palavras-chave: Estágio Curricular, Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Projeto Homem, Comunidade Terapêutica, Reinserção Social.

Abstract

The following internship report intended to describe the internship activities, referring to the 2nd academic year of the Master in Clinical and Health Psychology, the school year 2012/2013. The curricular internship was held at Projeto Homem de Braga institution, in Comunidade Terapêutica and Reinserção Social, their valences, for a period of 8 months (about 700 hours), allowing knowledge of a new reality, the world of consumption, drug addiction and alcoholism. Having as internship goals the application of the different theoretical approaches, the learning skills assessment and psychological intervention and the promoting contact, and knowledge of the good practices of appropriate and independent professional techniques, the stage included a set of evaluation activity, individual and group intervention, and action training activities. So the internship report is grouped into three distinct parts: characterization of the institution and the role of the psychologist; characterization of the observation and survey of community needs; and developed activities (individual accompaniments, group interventions and action training). Thus, the curricular internship allowed the development of professional and ethical responsibilities, in clinical and health psychology.

Keywords: Curricular internship, Master in Clinical and Health Psychology, Projeto Homem, Comunidade Terapêutica, Reinserção Social.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Índice	IV
Índice de Tabelas	VI
Índice de Anexos	VII
1. Caracterização da Instituição.....	1
1.1. Acolhimento	2
1.2. Comunidade Terapêutica.....	2
1.3. Reinserção Social	3
1.4. Descrição do Contexto e do Papel do Psicólogo.....	3
1.5. Metodologia de Observação.....	5
2. Caracterização da Observação.....	6
2.1. Levantamento de Necessidades, Prioridades e Restrições do Contexto Institucional	6
2.2. Metodologia de Observação.....	6
3. Atividades Desenvolvidas	8
3.1. Atividades de Avaliação e Intervenção Psicológica Individual.....	8
3.1.1. Caso Clínico R. – Estudo de Caso	9
3.1.2. Caso Clínico J.	27
3.1.3. Caso Clínico H.....	34
3.1.4. Caso Clínico A.....	42
3.2. Atividade de Intervenção em Grupo “ <i>Dar e Receber</i> ”	49
3.2.1. Objetivos	49
3.2.2. Fundamentação Teórica/Racional.....	50
3.2.3. Estrutura do Programa	52
3.2.4. Apresentação Sumária do Plano de Atividades	53
3.2.5. Estratégias de Avaliação e Resultados.....	54
3.2.6. Limitações e Reflexões	55
3.3. Atividade de Ação de Formação “ <i>Sentimentos & Emoções</i> ”	56

3.3.1. Objetivos	56
3.3.2. Fundamentação Teórica/Racional.....	56
3.3.3. Plano de Sessão	59
3.3.4. Estratégias de Avaliação e Resultados.....	60
3.3.5. Limitações e Reflexões	61
Reflexão Integrativa	62
Referências Bibliográficas.....	64
Anexos	

Índice de Tabelas

Tabela 1: Plano de sessões da intervenção em grupo.....	53
Tabela 2: Resultados médios da avaliação da intervenção em grupo “Dar e Receber (N=5)	55
Tabela 3: Resultados médios da avaliação da ação de formação “Sentimentos & Emoções” (N=9).....	60

Índice de Anexos

Anexo I – Ornigrama da Comunidade Terapêutica – Projeto Homem

Anexo II – Material da Intervenção em Grupo “*Dar e Receber*”

Anexo III – Inventário de Habilidades Sociais

Anexo IV – Resultados da Avaliação da Intervenção em Grupo

Anexo V – Material da Ação de Formação “*Sentimentos & Emoções*”

Anexo VI – Questionário de Avaliação da Ação de Formação

1. Caracterização da Instituição

O Projeto Homem, Instituição Particular de Solidariedade Social (I.P.S.S), de ereção canónica e com estatutos de fundação aprovados pela Direção Geral de Segurança Social e pelo Arcebispo Primaz de Braga, é um programa terapêutico, baseado no programa educativo-terapêutico, biopsicossocial, de cariz humanista, estruturado na logoterapia e na análise transaccional, oficialmente reconhecido, e que tem protocolos de cooperação celebrados com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (I.D.T).

A sua origem remonta primeiramente, à Comunidade Terapêutica de Daytop, dos Estados Unidos da América (1963), que se baseou no conceito de autoajuda, originário de um grupo de alcoólicos anónimos, e às ideias da Comunidade Terapêutica Democrática de Maxwell Jones, em Inglaterra (1969). Mais tarde, em Itália, o Centro Italiano de Solidariedade de Roma (1979), criado por um grupo de voluntários, preocupados com a situação da inadaptação e marginalização juvenil, para dar uma resposta eficaz ao fenómeno da toxicodependência, conheceu as experiências das comunidades já existentes, pelo que, em 1979, abriram a sua primeira Comunidade Terapêutica “Projeto Homem”. Este novo programa educativo-terapêutico, contendo os valores, filosofia, estilo, ideias e metodologia das comunidades supracitadas, estendeu-se, em 1982, a Espanha, onde foi sediado o Centro de Acolhimento do Projeto Homem de Madrid (Picchi, 1991).

Em Portugal, em 1989, a Conferência Episcopal Portuguesa interrogou-se sobre a ação da Igreja na área da toxicodependência e sobre qual o programa terapêutico mais compatível com os valores da Igreja e da pessoa humana, sendo que, em 1990, ao encargo da Diocese de Braga, partiu para Roma, o futuro Presidente do Programa Terapêutico e os três primeiros terapeutas, que na Escola Casa deI Sole, no Centro Italiano de Solidariedade, frequentaram o Curso Base do Projeto Homem (Picchi, 1991). Nos anos seguintes, muitos outros terapeutas vieram a formar-se, em Madrid, onde, em 1994, abriu a Associação Espanhola do Projeto Homem. Em 1991, a cargo da Diocese de Braga, da Cáritas Diocesana e da Vigararia da Ação Sócio Caritativa foi fundado o Projeto Homem em Portugal.

Deste modo, o Projeto Homem, em Portugal, alicerçou-se com base no sujeito na primeira pessoa, a sua família e o meio envolvente, apresentando uma forma de intervenção direta, no âmbito da marginalidade e dependência. Assumindo um

compromisso de solidariedade, espírito de serviço e gratuidade, o Projeto Homem propõe que a problemática da dependência deve se situar na pessoa, pelo que se define como um “Programa Livre de Drogas”, assentando na condição de não haver consumos para que o indivíduo possa desenvolver todas as suas potencialidades e possa realizar um trabalho de reestruturação a nível pessoal, familiar e social.

O objetivo do programa terapêutico é então, a aquisição de autonomia pessoal e uma capacidade de decisão por parte do utente, que esteja baseada na liberdade e não na dependência, bem como, um alto nível de responsabilidade.

Assim, para levar a cabo o processo de tratamento proposto pelo Projeto Homem, esta instituição apresenta-se dividida em três fases distintas, correspondendo, cada uma delas, a uma das suas valências: Acolhimento (Centro de Dia); Comunidade Terapêutica (internamento); e Reinserção Social (semi-internamento); sendo a duração total do Programa Terapêutico de, aproximadamente, dois anos.

1.1 Acolhimento

Em Dezembro de 1991, abriu a 1ª fase do programa terapêutico, Acolhimento, que tem como objetivos a tomada de consciência da dependência de substâncias, a integração num meio favorável à mudança de atitudes e comportamentos, a aquisição de conhecimento sobre os seus problemas e dificuldades pessoais, desenvolvendo capacidades e habilidades necessárias para a realização de um processo pessoal dirigido a alcançar um estilo de vida satisfatório. O Acolhimento, em Braga, teria, inicialmente, lugar para 65 utentes, contudo, atualmente, este é realizado na Comunidade Terapêutica, o que limita o número de vagas. Em Vila Nova de Famalicão, o Acolhimento foi inaugurado com capacidade para 25 utentes, onde também decorre o projeto de prevenção “Mais Vale Prevenir” e o projeto de redução de riscos e minimização de danos “Projetando Vida”.

1.2 Comunidade Terapêutica

Em Janeiro de 1993, abriu a Comunidade Terapêutica, 2ª fase do programa, com capacidade para receber 60 utentes, em recuperação e regime de internamento, contando com uma média atual de 40 utentes. O seu principal objetivo é fomentar o conhecimento pessoal, promovendo a mudança de estilo de vida individual e comunitário.

O programa terapêutico desenvolve-se a diferentes níveis: a nível comportamental, procura-se ajudar o utente a passar do comportamento autodestrutivo ao socialmente adequado; a nível emocional, promove-se a descoberta de si, como se relaciona e como se sente consigo e com os outros, estabelece-se o conhecimento das suas emoções e sentimentos, e como estes influenciam os seus comportamentos e atitudes; a nível cognitivo, onde se estabelece o processo de mudança; e a nível existencial, dando o parecer de uma vida orientada por valores, a assumir pelo utente, para co dividir consigo e com os outros.

O acompanhamento dos utentes é levado a cabo por uma equipa multidisciplinar que organiza e desempenha diferentes grupos terapêuticos, são eles: grupo dos alcoólicos, grupo dos jovens; grupo em fase de motivação e três grupos de autoconhecimento. Deste modo, na Comunidade Terapêutica funcionam os Programas Educativo-Terapêuticos para Toxicodependentes, Alcoólicos, Jovens e para utentes com Duplo Diagnóstico.

1.3 Reinserção Social

Em Novembro de 1993, abriu uma nova valência, a Reinserção Social, que proporcionaria serviços que promovem a autonomia do utente, o equilíbrio consigo, com a família e com a sociedade, que potenciem o processo de maturação, ou seja, que proporcionem o equilíbrio entre os desejos, sentimentos e pensamentos, e consequentemente, aumentem a capacidade de eleger e tomar decisões.

1.4 Descrição do Contexto e do Papel do Psicólogo

A toxicodependência e o alcoolismo são vistos como um fenómeno social com contornos ilimitados que afeta toda a sociedade, resultantes de motivações psicobiológicas e ambientais, e condições socioculturais que favorecem a sua emergência. Segundo Peixoto (2010), estas problemáticas resultam dos efeitos de uma substância sobre o organismo, provocadora de um consumo compulsivo, difícil de abandonar, sendo que as dependências, físicas e psicológicas, surgem normalmente associadas.

Os adictos são entendidos como um público em situação de exclusão social, considerados à margem da sociedade, pelo fato de apresentarem quadros de desvinculação de laços familiares e sociais, que resultam, muitas vezes, das

vulnerabilidades pessoais e da falta de recursos ou apoios para a resolução da situação de dependência que os define, ou seja, falta de suporte social das suas redes formais e informais.

O consumo de substâncias dificulta a integração dos consumidores e, em muitas situações, o abuso e dependência, das mesmas, conduzem à marginalidade. Por causa da dependência, muitos consumidores perderam competências de socialização e muitos dos que iniciaram o consumo em idade precoce nunca alcançaram essas qualidades (Patrício, 2002).

A reabilitação do indivíduo passa pela resposta adequada de medidas médicas, psicológicas, familiares e sociais para o utente, de modo a que este modifique o seu comportamento e que se mantenha abstinente do consumo. A melhoria da relação consigo próprio e com o outro, o aumento da autoestima e da autonomia, a promoção da reinserção social e a prevenção da recaída constituem também, medidas aconselhadas para o processo de reabilitação do consumidor (Patrício, 2002).

O papel do psicólogo, atendendo ao contexto em que se insere, é o de promover o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos utentes (APA, 2004, cit. in Teixeira, 2004).

Tendo em conta o papel do psicólogo clínico e da saúde a nível, mais especificamente, da toxicodependência e alcoolismo, no Projeto Homem, este tem a função de assegurar uma intervenção clínica articulada, de desenvolver a avaliação e acompanhamento psicológico dos utentes, bem como, o acompanhamento dos seus familiares, de definir e acompanhar o programa de reabilitação e prevenção de recaídas, de promover a reabilitação cognitiva, e o desenvolvimento e treino de competências, tais como, autonomia e, auto e interajuda.

O trabalho do psicólogo também visa atuar sobre mitos, crenças irrealistas e medos do utente, promover estratégias de suporte emocional, social e de *coping*, gerir expectativas, modificar comportamentos de risco e fornecer competências para saberem confrontar e ser confrontados.

Baseando-se em intervenções cognitivo-comportamentais, em dinâmicas de autoajuda e autorresponsabilização da pessoa, como o principal ator da mudança, o psicólogo também trabalha no sentido de promover a mudança e a redefinição do projeto de vida do utente, de modo a ser congruente com as suas motivações e objetivos pessoais, tendo como último fim a manutenção da abstinência.

1.5 Metodologia de Observação

A caracterização da instituição, na qual o estágio foi realizado, e a descrição do papel do psicólogo, teve como base a consulta de documentos e livros facultados pela orientadora local de estágio, bem como, a observação das respectivas valências e seu modo de funcionamento.

2. Caracterização da Observação

O período de observação, contemplado no estágio curricular, foi marcado pelo registo da monitorização das atividades, inseridas na dinâmica da instituição, nomeadamente, intervenções em grupo, acompanhamentos individuais, ações de formação e rotinas diárias de funcionamento do local de estágio.

2.1. Levantamento de Necessidades, Prioridades e Restrições do Contexto Institucional

No decorrer do processo de observação, foram levantadas as necessidades dos utentes, a nível individual e grupal que, com a orientação da psicóloga da instituição, estas foram a base da formulação dos objetivos das atividades de estágio.

Deste modo, verificou-se a necessidade de um maior acompanhamento individual aos utentes e posterior intervenção psicológica, do treino de habilidades sociais (comunicação, fazer e receber críticas construtivas, treino de assertividade, gestão de stress e ansiedade), e gestão de sentimentos e emoções.

Desta forma, a intervenção em grupo recaiu sobre o treino de habilidades sociais, proporcionando a melhoria das relações interpessoais, em comunidade, e fornecendo bases para o processo de desenvolvimento das mesmas pós-tratamento.

No que concerne à ação de formação, esta foi destinada aos utentes do programa educativo-terapêutico do álcool pois, mantendo uma dinâmica de atividades diferente dos restantes programas, estes não são abrangidos com a totalidade das formações e grupos de autoajuda que a comunidade proporcionada (ações de formação semanais e grupo de sentimentos), evidenciando-se o défice na capacidade de gestão de sentimentos e emoções, nomeadamente na identificação e reconhecimento dos mesmos.

2.2. Metodologia de Observação

O levantamento de necessidades, a nível de formação e acompanhamento individual dos utentes, foi conseguido através do período de observação do funcionamento da instituição, mostrando-se crucial, como forma de aprendizagem, para a posterior prática das atividades integrantes do estágio curricular.

Assim, com a colaboração da psicóloga, orientadora local de estágio, foi possível recolher e reconhecer também, as prioridades dos utentes, recorrendo à documentação fornecida pela mesma, acerca dos programas terapêuticos existentes.

Deste modo, identificando a falta de trabalho na área dos sentimentos e emoções, e no treino de habilidades sociais, para os utentes pertencentes ao programa educativo-terapêutico do álcool, as atividades de estágio foram centradas e equacionadas de forma a corresponder e colmatar tais necessidades.

3. Atividades Desenvolvidas

O estágio propõe um conjunto de atividades, de observação e intervenção psicológica individual e em grupo, como forma de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, ao longo do percurso acadêmico realizado.

Composto por diversas atividades, o estágio contempla então, as exigidas para a superação e conclusão do estágio curricular, tais como, a ação de formação, uma intervenção em grupo e o acompanhamento/intervenção individual de casos clínicos, bem como, participação em atividades constituintes da dinâmica da instituição.

Assim, no capítulo que se segue serão relatadas as atividades desenvolvidas na instituição, inseridas no estágio curricular, pela estagiária.

3.1. Atividades de Avaliação e Intervenção Psicológica Individual

A avaliação psicológica tem como objetivo explorar e analisar o comportamento do utente, e implica um processo de solução de problemas e tomadas de decisão. O processo terapêutico incorpora então, o momento da avaliação, a formulação do caso e o protocolo terapêutico (Fernández-Ballesteros, 1992).

Neste sentido, a avaliação clínica passa por recolher informações sobre a história de vida dos utentes e suas histórias de consumo, para posterior conceptualização e formulação de caso, com respetivas propostas de intervenção. É de referir que, no decorrer do estágio curricular, não foi possível aplicar a intervenção individual a nenhum utente, devido à falta de tempo. Apenas serão apresentados 4 casos clínicos devido à desistência, do processo de tratamento, de dois utentes a ser acompanhados, no decorrer do estágio, impossibilitando assim, a conclusão da sua avaliação.

Desta forma, os casos clínicos começarão por ser apresentados pela identificação dos utentes, referenciando o motivo do pedido de consulta e procedendo-se à avaliação do estado mental. Seguidamente será desenvolvida a história do problema e história desenvolvimental, psicossocial e médica, a avaliação psicológica/psicométrica é apresentada, seguindo-se os resultados da avaliação, diagnóstico multiaxial, conceptualização do caso, objetivos e propostas de intervenção.

3.1.1 Caso Clínico R. – Estudo de Caso

Identificação

R. é um homem de 48 anos e é o segundo filho mais novo, de quatro. Proveniente de uma família de nível socioeconómico baixo, abandonou a escola para começar a trabalhar, aos 15 anos, tendo concluído o 7º ano de escolaridade. Por volta dos 40 anos, faleceu a sua mãe vítima de um cancro pulmonar. Deu entrada na Comunidade Terapêutica a Janeiro de 2013, para cumprir o processo de tratamento do álcool, num período de seis meses. Contudo, apesar do seu tempo em comunidade estar a terminar, o utente apresenta episódios de irritação e elevada ansiedade constantes, culminando em agressões verbais, que levou o mesmo a uma suspensão do programa, de quinze dias. Deste modo, por orientação da psicóloga local, o utente foi designado como estudo de caso, para assim, ser conseguido um maior acompanhamento individual.

Estado Mental

No decorrer das consultas, R. apresentou-se orientado auto e alopsiquicamente, manteve contato ocular, demonstrando uma postura colaborante e comportamento maioritariamente adequado, com exceção de alguns episódios de maior ansiedade, em que era possível verificar uma agitação constante.

Apesar do seu humor deprimido, na maioria dos acompanhamentos, não foi observada atividade delirante, bem como fenómenos alucinatórios. A possibilidade de ideação suicida foi descartada e denotou-se uma constante justificação dos seus atos pela sua ansiedade extrema.

O seu discurso e vocabulário são organizados e adequados à sua escolaridade e idade. No que concerne à memória, atenção e concentração, no momento das consultas, não foram apresentadas queixas, nem evidenciadas dificuldades.

Relativamente à aparência, R. apresenta um vestuário adequado ao contexto e tempo atmosférico, aparentando a idade real. É de salientar o fato de o utente referenciar que teve duas depressões profundas, devidas ao consumo de álcool e drogas e ao estilo de vida que levou, durante muitos anos (vida noturna, trabalho em discotecas).

História do Problema

Aos 9 anos de idade, o utente e amigos de infância, roubavam cigarros aos pais, compravam tabaco avulso, com o pouco dinheiro que tinham, ou então, iam à mercearia roubar os trocos da caixa das moedas, para fumar às escondidas. Quando se acabavam as hipóteses, R. e os amigos apanhavam as pontas dos cigarros do chão para fumar.

Apenas 7 anos mais tarde é que a sua história de consumos se agravou, quando aos 16 anos, começou a sair à noite, indo a bares ou discotecas com amigos, onde o consumo de drogas leves e álcool era constante. A partir dos 20 anos, começou a consumir todo o tipo de drogas, sendo este período marcado pela marginalidade do grupo a que pertencia. Durante toda a sua história de consumo, R. roubou os pais e irmãos, para conseguir dinheiro para os seus vícios e, mais tarde, quando começou a trabalhar em cafés, bares e discotecas, acabava por ser despedido porque era apanhado a roubar dinheiro da caixa registadora para comprar drogas, e por consumir álcool no seu local de trabalho, sendo que, conseqüentemente, trabalhava sempre embriagado.

Na casa dos 20 anos, R. procurou fazer dois tratamentos à toxicodependência, no Projeto Ômega em Braga, durando apenas dois dias, e com o Psiquiatra Doutor Albano Bessa Peixoto, recaindo após 6 meses de abstinência. Nessa fase, sob o efeito de substâncias, R. provocou dois acidentes graves de viação, um deles conduziu a um atropelamento, provocando a amputação de uma perna à vítima, acidente referido com muito pesar e culpa pelo utente, que apenas passou algumas noites na esquadra da polícia. O segundo acidente provocado pelo utente, colocou-o numa situação delicada, derivada a uma pancada com a cabeça. R. afirma que durante um ano esteve em processo de recuperação, sem trabalhar, mas a consumir, sempre que podia. Refere que lhe faltavam algumas capacidades cognitivas, pois apareceu uma “sombra no cérebro” (traumatismo crânio-encefálico), referindo que, ainda hoje, o mudar do tempo atmosférico lhe causa dores de cabeça e dores musculares. Concluindo que as sequelas, do referido acidente, são as dores físicas, memória (“esquecimento”) e ansiedade (“nervosismo”).

Aos 32 anos, R. por imposição dos irmãos (“ou me tratava ou deixavam de falar para mim”), e com o apoio da irmã e de uma cunhada, fez o tratamento à toxicodependência no CAT de Braga (Centro de Atendimento a Toxicodependentes), mantendo-se abstinente do consumo de drogas, até à atualidade. Contudo, o consumo de álcool e cafeína aumentou drasticamente, tendo como auge a morte da sua mãe, aos 40

anos, quando a sua vida passou a ser marcada pela agressividade verbal devido ao consumo excessivo de álcool e cafeína, a falta de trabalho e a vida noturna.

Deste modo, e com o apoio da irmã, após 7 anos de consumo abusivo de álcool, foi internado no Hospital de Braga, para desintoxicação, e encaminhado para a Comunidade Terapêutica do Projeto Homem, para iniciar o seu tratamento ao alcoolismo.

História Desenvolvimental, Psicossocial e Médica

R., terceiro filho de uma fratria de quatro, cresceu numa família de nível socioeconómico baixo. Morou com os pais e irmãos, até estes se casarem e saírem de casa. Fugiu inúmeras vezes, devido aos maus tratos físicos e verbais, por parte do pai, para com a todos, para que o pai não lhe batesse, ficando vários dias escondido na escola, ou mesmo debaixo de um aqueduto, inclusive chegou a morar durante um mês com um tio, por imposição da mãe, por volta dos 18 anos, devido ao mau ambiente que se gerava à sua volta, pela sua resposta agressiva aos abusos do pai.

R. relata a sua relação com o pai como “muito difícil” e “quase inexistente”, considerando o pai um homem antiquado e agressivo física e verbalmente, quando bebia. As desvalorizações que o utente sentia por parte do pai, mostram-se marcantes, referindo que este o criticava “por tudo e por nada”, independentemente de estar ou não errado. Em casa, fazia o que a sua mãe lhe mandava, mas sempre contrariado, afirmando que era preguiçoso e que não gostava de trabalhar, sendo esse, mais um motivo para as agressões do pai.

As recordações de momentos agradáveis passados com o pai são escassas e de tenra idade. Remontam-se a memórias, até aos seus 7 anos, em que relembra que ia com o pai para o café e que este lhe comprava doces e lhe deixava beber o resto das suas cervejas (“mas era só um pouquinho, nunca fiquei bêbedo com isso, eu só gostava do gosto”). Refere que a sua melhor experiência foi precisamente a ausência do pai, quando este foi trabalhar para a Alemanha, durante alguns meses, tinha ele 13 anos. R. relembra que ficou só com a mãe e os irmãos, afirmando que esta foi uma fase de alegria porque não haviam discussões, nem agressões. Agressões, essas que duraram até aos seus 17/18 anos, quando R. quase agrediu fisicamente o pai, sendo este um momento que comenta com remorsos.

Relativamente à relação do utente com a mãe, este descreve-a como “boa mas complicada” pois, toda a educação e afeto que recebeu foram da mãe, e recorda todos os bons momentos passados com ela, com grande carinho. Quando era criança, recorda que a mãe lhe comprava bolos, guardava os seus caracóis loiros, quando lhes cortava o cabelo e principalmente, recorda toda a proteção que a mãe lhe conferia, apenas lhe batendo quando este não fazia os trabalhos de casa, ou se recusava a fazê-los. Ressentindo-se e referindo com enorme culpa e vergonha, os momentos menos bons que fez a mãe passar, nomeadamente, aquando dos consumos do utente, em que este lhe roubava dinheiro, incluindo objetos de valor e tudo o que houvesse em casa que pudesse ser vendido. R. lembra que chegava a casa e via, muitas vezes, sua mãe a chorar, por sua culpa, concluindo que esta foi uma grande mulher, pois sempre perdoou o filho, por mais que R. lhe tratasse mal (agressividade verbal) e tentasse extorquir dinheiro.

Após a morte da sua mãe, à cerca de 8 anos atrás, o utente afirma que a relação com o pai passou a ser “inexistente”, referenciando que apesar viviam na mesma casa, não comunicavam e tentavam evitar-se mutuamente. Contudo, recorda o momento em que assumiu a sua homossexualidade, perante a família, momento este em que o pai não esboçou qualquer reação, referindo R. essa situação como surpreendente, para o mesmo, devido à personalidade antiquada do pai, afirmando que “o silêncio do meu pai foi a forma de me aceitar”. Atualmente, com a vinda para o tratamento, R. refere que voltou a estabelecer uma relação com o pai, embora o refira como uma “relação penosa”, devido à culpa e vergonha que sente pela forma como o tratou, durante muitos anos, e que apesar de tudo o que este lhe fez, continua a ser o seu pai e, pretende recuperar essa relação.

Quanto à relação com os irmãos, R. considera que teve uma infância “normal”, repleta de momentos bons, incluindo as brincadeiras de rua, na aldeia, com os irmãos e vizinhos. Considera que sempre se protegeram enquanto crianças, das agressões do pai, e que eram muito unidos. A partir dos seus 15/16 anos, reflete que a sua relação com os irmãos começou a deteriorar-se, devido ao início dos consumos, em que R. se tornou agressivo verbalmente, “mal tratando tudo e todos”, inclusive os seus irmãos, referindo que a partir deste momento, até começar o tratamento atual, a sua relação com os irmãos foi pautada por discussões constantes. Tendo inclusive, os irmãos feito um ultimato a R. para procurar ajudar para a sua dependência, sendo este um ponto de partida para a procura de ajuda. Relativamente ao assumir da sua homossexualidade, R. afirma que

sempre teve o apoio da irmã e das cunhadas, mas que os irmãos se recusam a aceitar essa realidade.

No que diz respeito ao desenvolvimento escolar e relacionamentos interpessoais, R. refere que sempre teve facilidade em adaptar-se aos diferentes grupos de amigos que manteve até cerca dos seus 13/14 anos, pois sempre foi muito comunicativo e aderiu a qualquer brincadeira. Sempre se sentiu aceito pelos colegas de escola, bem como, pelos amigos da aldeia. Contudo, no meio escolar, R. admite que nunca gostou da escola, que era distraído, que faltava às aulas para ir para casa ou para um salão de jogos, ou que os professores o expulsavam pelo seu comportamento na sala de aula, pautado por agressões verbais de R. para com os professores e comportamentos desadequados, tais como, atirar borrachas para os professores, acertar-lhes com a pasta dos livros quando estes passavam no corredor, insultá-los, chegando inclusive a furar-lhes os pneus do carro. Na fase dos 13/14 anos até sair da escola, R. refere que sofreu agressões dos colegas de turma, físicas e verbais. Justifica este fato pelos ciúmes dos colegas, porque R. sempre se relacionou com as meninas e andava sempre com elas e por, nessa fase, R. ter apresentado dificuldades de aprendizagem, afirmando que “tirava negativas a quase todas as disciplinas”, e que apesar de não gostar de estudar, quando o tentava fazer “não percebia nada”, sendo esta, mais uma razão para o gozo dos colegas de turma.

Quando saiu da escola (15/16 anos), formou outro grupo de amigos, que já saíam à noite, já consumiam álcool e drogas leves, inclusive comprimidos, e vandalizavam carros sempre que saíam à noite. Aos 18 anos, o grupo aumentou, para cerca de 25 pessoas, e eram chamados os “Necas”, o grupo era conhecido como os “vândalos da aldeia”, pois vandalizavam paredes, postes de luz, carros, estabelecimentos e tudo “o que lhes fazia frente”. Este grupo manteve-se coeso, durante alguns anos, até que diversos membros começaram a casar e a sair da aldeia para trabalhar.

No que concerne às suas relações afetivas, R. desde cedo se sentia cobiçado pelas meninas da aldeia, que elogiam a sua aparência, esguio, de cabelos loiros e olhos azuis, namorando inclusive com algumas delas, durante a sua adolescência, referindo que nunca houve envolvimento sexual entre eles. Aos 17 anos, refere que manteve um relacionamento mais sério com uma mulher, pois gostava da forma como ela o tratava e gostava de se sentir amado. Contudo, R. não nutria os mesmos sentimentos e mantinha outros casos fora do relacionamento, todos eles com mulheres. Quando esse relacionamento terminou, R. começou a aproximar-se de alguns homens, e foi nessa fase, aos 18 anos, que teve a sua primeira experiência sexual com um amigo de infância.

A partir desse momento, o referido anteriormente, grupo “Necas”, do qual R. fazia parte, era caracterizado pelas relações sexuais existentes entre os membros do grupo e o consumo de drogas (“Alugamos um T1, íamos para lá consumir drogas e fazíamos orgias todos os dias”). Com cerca de 25 anos, R. afastou-se do referido grupo, pois aquele estilo de vida já não lhe suscitava o mesmo interesse, passando a relacionar-se com grupos de homossexuais. O utente refere que durante os anos consequentes, manteve as suas aventuras sexuais, nunca se apaixonando, chegando inclusive, a receber dinheiro em troca de relações sexuais (“Vendia o meu corpo para os meus vícios”). Alguns anos mais tarde, conheceu o grande amor da sua vida, um rapaz de 17 anos, que mantinha um relacionamento heterossexual. R. envolvia-se sexualmente com ambos, referindo que esse comportamento manteve-se durante alguns anos, até que o casal supracitado “se fartou dessa relação a três” e se afastou de R.. O utente ficou “destroçado” pois amava o rapaz e afirma que “durante todos esses anos, sempre andei atrás dele e nunca me envolvi com outras pessoas”.

Relativamente à história médica do utente, aos 26 anos, devido a um acidente de viação, como referido anteriormente, derivado ao excesso do consumo de drogas, R. sofreu um traumatismo crânio-encefálico, com recuperação total e sem sequelas observáveis. Os sintomas referidos pelo utente como consequências desse traumatismo centram-se em funções cognitivas, emocionais, comportamentais e físicas (falta de concentração, ansiedade, nervosismo, dores musculares). Contudo, e comprovado pelo seu historial clínico, estes sintomas não se encontram etiologicamente relacionados com o traumatismo crânio-encefálico. Concomitantemente, R. refere que passou por duas “depressões profundas”, marcadas pela desesperança, falta de objetivos, projeto de vida e consequências do seu estado de dependência de substâncias, e aos 32 anos, fez o tratamento da toxicod dependência, no CAT (Centro de Atendimento a Toxicod dependentes), onde lhe foi diagnosticado Hepatite C.

Avaliação Psicológica/Psicométrica

- Anamnese
- Exame do Estado Mental (Mini-Mental State – MMS)
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)
- Matrizes Progressivas de Raven – SPM

- Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota – 2 (MMPI-2)
- Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Resultados da Avaliação

No **Exame do Estado Mental (Mini-Mental State – MMS)**, o utente obteve uma pontuação de 28 pontos, comprovando a ausência de défice cognitivo.

No **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**, podemos considerar que o utente apresenta psicopatologia, dado que R. apresenta um elevado grau de *distress* (índice geral de sintomas = 2,24) e apresenta mais sintomas psicopatológicos (total de sintomas positivos = 47) do que a média da população geral. Contudo a elevação no índice de sintomas positivos (ISP = 2,66) indica que o utente poderá ter exagerado nos sintomas, por intencionalidade ou má compreensão do texto.

Relativamente às subescalas, apenas a dimensão somatização (1,14) se encontra dentro dos valores esperados para a população geral (máximo da população geral 1,48). As restantes dimensões encontram-se acima do ponto de corte. Assim, os valores encontrados nas dimensões de sintomatologia, que indicam perturbação emocional, foram: 3,00 para obsessões-compulsões (ponte de corte 2,17); 3,00 para sensibilidade interpessoal (p.c. 1,69); 3,33 para depressão (p.c. 1,61); 2,33 para ansiedade (p.c. 1,71); 3,40 para hostilidade (p.c. 1,68); 2,00 para ansiedade fóbica (p.c. 1,08); 2,20 para ideação paranóide (p.c. 1,85); 2,00 para psicoticismo (p.c 1,28).

No teste das **Matrizes Progressivas de Raven – SPM**, o utente respondeu acertadamente a 25 desafios, o que permite situá-lo no grau VII, com percentil 0 – 5, dando indícios de debilidade mental ligeira ($60 < \text{QI} < 69$). Este resultado indica que o utente apresenta um ritmo de aprendizagem mais lento, grau de desenvolvimento mental ligeiramente abaixo da média esperada para a idade, imaturidade emocional, dificuldade de memória a curto prazo, sendo possível ser observado esse fato após o ingresso no 1º ciclo.

Para a avaliação de padrões de personalidade e perturbações emocionais, foi aplicado o instrumento **MMPI-2**. O utente não cumpriu com todos os requisitos de administração desta prova, nomeadamente, capacidade de leitura adequada e realização

do teste no tempo previsto (duração: 3h), daí que o perfil do utente é considerado como inválido. Contudo, foi feita a análise do mesmo pois poderão ser dados indicadores importantes para o seu processo de tratamento, não podendo ser considerados os resultados como verdade absoluta.

Na **escala de dúvida (?)** obteve-se uma pontuação baixa (0, respondeu a todas as questões), o que indica a cooperação do utente na aplicação do instrumento, considerando-se a possibilidade de estarmos perante um protocolo válido.

Na **escala de mentira (L)** obteve-se um score baixo (T=39), o que também coloca em causa a validade do teste, indicando que o utente pretendeu dar uma imagem negativa de si, refletindo um esforço para exagerar nos problemas emocionais e nas dificuldades de adaptação. O score da **escala de validade (F)** foi muito alto (T=92) o que reforça a invalidade do teste. Este score é característico de indivíduos severamente desorganizados, simulando patologia, ou que tenham dado as respostas ao acaso. Esta escala apresenta conteúdos relacionados com sensações bizarras, pensamentos estranhos, experiências peculiares, sentimentos de solidão e alienação. A elevação da presente escala está correlacionada com elevações nas escalas clínicas paranoia e esquizofrenia.

Quanto ao score da **escala de correção (K)** o utente apresentou um valor baixo (T=40), o que indica o utente como tendo poucos recursos, experienciando mal-estar, admitido abertamente, acompanhado de um pedido de ajuda do próprio. Contudo, pode ter havido falsas respostas, com o intuito de simular uma patologia. Scores de correção baixos são acompanhados por elevações nas escalas clínicas, particularmente na paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomania (Tétrada Psicótica). O score obtido no **índice de dissimulação (F-K)** foi de 82, o que pode indicar a falsificação de patologia ou tentativa do utente de chamar a atenção para os seus problemas.

Dentro das escalas clínicas, obteve-se uma pontuação alta (T=66) na escala de **Depressão** o que indica a presença de queixas depressivas variadas, tais como, depressão, inibição, ansiedade, assim, podemos estar na presença de problemas de natureza ansiosa ou de um quadro depressivo. Na escala clínica da **Hipocondria**, o utente obteve uma pontuação alta (T=66), o que indica uma preocupação excessiva com o funcionamento corporal mas sem características neuróticas, bem como, reação exagerada a qualquer tipo de problema real, possível transtorno de sono, falta de energia, atitude exigente, insatisfeito e com queixas variáveis e múltiplas.

Ao obter-se uma pontuação alta (T=67) na escala de **Introversão Social**, os resultados refletem desconforto pessoal, isolamento, desajustamento geral e auto depreciação. Resultados elevados nessa escala indicam isolamento das relações sociais e ausência de bem-estar nas interações. Na escala respeitante à **Masculinidade – Feminilidade**, o utente obteve uma pontuação alta (T=73), revelando uma menor conformidade com os estereótipos sexuais.

Na escala de **Histeria**, obteve-se também uma pontuação alta (T=74), refletindo auto centração excessiva, imaturidade, exigência de atenção constante, manipulação das relações interpessoais e intolerância à mudança. Foi obtida na escala **Psicastenia** (obsessão-compulsão) uma pontuação muito alta (T=77), indicando esse valor ansiedade generalizada ou emocionalidade negativa, pois a ansiedade avaliada nessa escala é de natureza crónica. Apresentando um valor muito elevado, o utente não tem a capacidade de controlar a sua ansiedade, através da racionalização ou intelectualização. Na escala são avaliados itens, tais como, medos invulgares, auto crítica, dificuldades de concentração e sentimentos de culpa.

Relativamente à escala da **Hipomania**, os valores dessa (T=80) apontam para uma elevada ativação, irritabilidade, energia, hiperatividade comportamental e cognitiva, grandiosidade e egocentrismo, sendo esta uma pontuação muito alta. A escala relativa à **Paranoia** apresenta um valor também, muito alto (T=84), podendo-se dizer que o utente é desconfiado, hostil, argumentativo, com tendência para culpar os outros. A presente escala avalia a sensibilidade interpessoal, tendências interpretativas ou suspeição.

Na escala da **Psicopatia**, o score é muito alto (T=88), o que aponta o utente como instável, irresponsável, egocêntrico, imaturo, hostil e agressivo. Apresentando também um juízo pobre e comportamento antissocial. Na escala da **Esquizofrenia** também se obteve um valor muito elevado (T=88), apresentando o utente elevada dificuldade na organização e orientação de pensamentos e sentimentos, inconventionalidade de crenças, ideias, perspetivas e na relação com o mundo. Dificuldades nas interações sociais e de comunicação podem estar relacionadas com problemas de concentração e de pensamento. O utente é apontado como sentindo-se incompreendido e com importantes questões, em relação ao seu valor pessoal e autoidentidade. Este valor é um forte indicador da acentuada ansiedade experienciada pelo utente, que se traduz em experiências invulgares.

No **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**, o utente obteve uma pontuação de 29 pontos, que indica depressão moderada. Destacando-se os sentimentos negativos como tristeza, punição, desilusão consigo mesmo, desesperança, autocrítica, fracasso, insatisfação, culpa, incapacidade para chorar, irritabilidade fácil, cansaço, dificuldade em tomar decisões, preocupação com a sua aparência, com o seu estado físico e desinteresse pela sua vida sexual.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I –	304.80	Dependência de Múltiplas Substâncias, com Dependência Fisiológica, em Remissão Total Mantida [F19.20]
	303.90	Dependência do Álcool, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F10.21]
	296.33	Perturbação Depressiva Major, Recorrente, Moderada, sem Recuperação Completa entre Episódios [F33.2]
	300.02	Perturbação da Ansiedade Generalizada [F41.1]
Eixo II –	V71.09	Nenhum diagnóstico [Z03.2]
Eixo III –	070.51	Hepatite viral C Traumatismo crânio-encefálico
Eixo IV –	V71.09 V62.89	Luto da mãe Relação com o pai; Assumir a homossexualidade; Rede social pobre; Desemprego
Eixo V –	AGF= 65	(momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

De acordo com os dados da história desenvolvimental do utente e da avaliação psicométrica realizada, este preenche os critérios para a Dependência de Múltiplas

Substâncias, nomeadamente, cocaína, heroína, opiáceos e ansiolíticos, devido ao longo período de utilização consecutiva de múltiplas substâncias, sem predomínio de nenhuma. Deste modo, apresentando o utente, um padrão desadaptativo, de utilização de substâncias, e ocorrendo um défice clinicamente significativo, durante um período superior a 12 meses, são preenchidos os critérios para a Dependência de Múltiplas Substâncias, como um todo mas não para uma substância em específico. Com dependência fisiológica e em remissão total mantida (por um período superior a 12 meses, não foi preenchido nenhum dos critérios da dependência de substâncias), esta dependência é marcada pela tolerância do utente, definida pela necessidade crescente da quantidade de substâncias consumidas para atingir o efeito desejado, pela abstinência, manifestada pelo consumo de uma substância para aliviar os sintomas da abstinência, e pela elevada quantidade de tempo despendido para a obtenção, utilização das substâncias e efeitos pretendidos, e pelo persistente desejo de diminuir e controlar o consumo.

Os consumos do utente distinguem-se da utilização não-patológica de substâncias, bem como, da utilização de medicamentos para fins médicos. É também distinguida a dependência de substâncias da intoxicação, devido às recorrentes intoxicações que caracterizam o padrão de consumo do utente.

Comparativamente à Dependência de Múltiplas Substâncias, o utente apresenta preenchidos os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Dependência do Álcool, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado, dado que a dependência da substância encontra-se associada à tolerância e abstinência da mesma, e que o utente se encontra em regime de internamento na comunidade terapêutica, onde o acesso ao álcool é proibido e não se evidencia o consumo da substância há mais de 1 mês. Assim, os níveis de consumo de álcool do utente distinguem-se da sua utilização não-patológica, o beber socialmente, e foram caracterizados por diversos episódios de intoxicação. A Dependência do Álcool incorpora então, o contínuo consumo da substância apesar das suas consequências psicológicas, físicas e sociais, sendo despendido muito tempo para a sua obtenção e consumo.

Avaliando os dados fornecidos pelo utente, em conjunto com os resultados dos instrumentos de avaliação psicológica, pode-se verificar que este já vivenciou variados Episódios Depressivos *Major*, provocando alterações de funcionamento, sendo a persistência dos sintomas associados de, pelo menos, 2 semanas consecutivas, tais como, humor depressivo (de elevada durabilidade e persistência, evidenciado pela

observação dos outros), diminuição e perda de interesse e prazer em quase todas as atividades diárias, diminuição persistente do apetite, insônia, agitação psicomotora (observada por outros) e sentimentos de desvalorização e culpa excessiva, pelos atos cometidos. Estes sintomas não indicam um Episódio Misto, pois não são preenchidos os seus critérios, bem como os de um Episódio Hipomaníaco, contudo, causam deficiência no funcionamento social do utente e não são consequência de efeitos fisiológicos diretos do consumo de drogas ou álcool, nem de um estado físico geral, bem como, não são melhor explicados por um processo de luto.

Não apresentando, na sua história clínica, um estado físico geral específico que justifique a presença dos sintomas, como consequência fisiológica, não é possível diagnosticar a Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral. Tal como, é possível distinguir a Perturbação Depressiva *Major* da Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, pelo fato de nem as drogas consumidas, nem o álcool estarem etiologicamente relacionadas com a perturbação do humor. A distinção entre a Perturbação Distímica e a Perturbação Depressiva *Major* é baseada na gravidade, cronicidade e persistência, sendo que, na primeira, os sintomas estão presentes, durante mais de metade dos dias, num período de dois anos.

Relativamente às queixas ansiógenas do utente, e segundo o DSM-IV (APA, 2002), são preenchidos os critérios de diagnóstico da Perturbação da Ansiedade Generalizada, pela dificuldade do utente de controlar a ansiedade e preocupação excessivas, sobre variados acontecimentos e atividades diárias, durante a maior parte dos dias, por um período superior a 6 meses. Caracterizado pela agitação e nervosismo, fadiga fácil, dificuldades de concentração e dificuldades em adormecer, o utente apresenta mal-estar clinicamente significativo, devido ao comprometimento do seu funcionamento social.

Deste modo, a Perturbação da Ansiedade Generalizada distingue-se da Perturbação Secundária a um Estado Físico Geral, pois não é encontrado nenhum estado físico que justifique a presença direta dos sintomas, bem como, é possível também distinguir-se da Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias, pelo fato de nenhuma substância consumida estar etiologicamente relacionada com a Perturbação da Ansiedade. Neste sentido, o presente diagnóstico diferencia-se da Perturbação de Pânico, devido à ausência de ataques de pânico, bem como, não sendo evidenciados excessivo embaraço em público e preocupação em ser contaminado, são descartados os diagnósticos de Fobia Social e Perturbação Obsessivo-Compulsiva, respetivamente.

Não é considerado o diagnóstico de Anorexia Nervosa, pois não é evidenciada preocupação com o aumento de peso, nem a Hipocondria, dada a ausência de preocupação em contrair doenças graves. Não apresentar evidências de queixas múltiplas e preocupação excessiva com pessoas próximas ou com o afastamento das mesmas ou de casa, permite inferir que não são completados os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Somatização e para a Perturbação da Ansiedade de Separação, respetivamente.

A preocupação excessiva, sentida pelo utente, difere dos pensamentos obsessivos, da Perturbação Obsessivo-Compulsiva, pelas intrusões egodistónicas, verificadas através de ânsias, impulsões e imagens, e pelas compulsões associadas às obsessões. Além disso, o fato da ansiedade não ocorrer exclusivamente durante a evolução da Perturbação Pós-*Stress* Traumático e a sua periodicidade ser superior a 6 meses, depois da situação stressora (excluindo a hipótese de Perturbação da Adaptação), permite realizar o diagnóstico de Perturbação da Ansiedade Generalizada. Não podem ser consideradas as Perturbações do Humor e as Perturbações Psicóticas, como alternativa ao diagnóstico, pois a ansiedade experienciada não ocorre exclusivamente durante a evolução destas perturbações. Conclusivamente difere-se a ansiedade, que o utente experimenta, da ansiedade não-patológica pela dificuldade de a controlar, pela significativa interferência com o seu funcionamento, pela ausência de acontecimentos precipitantes, pela globalidade das preocupações, que são mais perturbadoras, de maior duração e frequência que as preocupações do dia-a-dia, e por a ansiedade excessiva ser acompanhada de sintomas físicos.

Conceptualização

A comorbilidade entre perturbações psiquiátricas e o consumo de substâncias tem sido uma problemática cada vez mais estudada, demonstrando as investigações realizadas nesta área, uma maior prevalência para a ocorrência simultânea de uma perturbação do humor ou da personalidade com uma perturbação da dependência de substâncias (Godinho, 2007; Henriques & Paixão, 2009; OMS, 2004, citado por Santana & Negreiros, 2008; Teixeira, 2000; Torres & Rodrigues, 2007).

Contudo, ainda se evidencia uma elevada heterogeneidade a nível da comorbilidade de dependentes de substâncias, sendo difícil o seu duplo diagnóstico, dado que, sujeitos com elevado *distress* psicológico e humor depressivo tem maior

tendência a utilizar o álcool como atenuador de sintomas (Edwards, Marshall, & Cook, 2005; Torres & Rodrigues, 2007). Contrariamente ao que acontece com o utente que, de acordo com os dados da anamnese, retarda o aparecimento de sintomas depressivos, comparativamente ao início da dependência (R. refere que teve duas “depressões profundas”, pela falta de objetivos e projeto de vida, resultando na conseqüente desesperança, face a um futuro promissor, reflexão da análise de ganhos e perdas relativos ao consumo de substâncias).

Neste sentido, importa abordar o modelo explicativo da dependência de substâncias, para melhor compreender o seu processo de evolução e seus fatores preditores. Assim, segundo a literatura, o modelo biopsicossocial é aquele que melhor explica o fenómeno do consumo de substâncias, pois assenta na premissa da variedade de fatores, considerando dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Ferros, 2011). Não obstante, o modelo biopsicossocial não descarta o modelo cognitivo, biológico ou psicanalítico, seguindo os pressupostos de interatividade e reversibilidade, porém dá maior ênfase ao modelo sistémico. Modelo este que considera o sistema envolvente como responsável pelos fatores que levam ao consumo, e sendo baseado na família, aponta o consumo, esporádico ou regular, dos progenitores como uma determinante para o possível desenvolvimento de comportamentos aditivos dos filhos (Reynauld, 1984, citado por Ferros, 2011).

Deste modo, e de acordo com o DSM-IV (APA, 2002), a dependência de substâncias encontra-se associada ao seu consumo excessivo, caracterizado pela tolerância, o que se verifica no caso clínico de R., em que o seu organismo passou a exigir um aumento progressivo da dose de consumo habitual para obter o efeito pretendido (“passei a drogar-me e a beber cada vez mais porque já não conseguia ter as sensações que antes tinha”), apresentando um conjunto de comportamentos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que enaltecem o consumo de substâncias face a outros, anteriormente importantes (“eu queria era consumir, deixava de fazer tudo, até parava de trabalhar”). Marcadas por crenças e expectativas disfuncionais, de que o consumo proporciona a desinibição e aumento de confiança e autoestima, são observadas, no processo do utente, variáveis cognitivas e défices de habilidade sociais, que contribuem para a manutenção do comportamento aditivo (“muitas vezes, consumia para ficar mais divertido e me sentir “o maior” no grupo”).

Para a melhor compreensão da perturbação depressiva foi utilizado o modelo cognitivo da depressão de Beck (1967, 1976, citado por Hawton, Salkovskis, Kirk &

Clark, 1997). Este modelo sugere que a depressão é consequência de um ciclo vicioso, em que uma experiência ou situação leva à formulação de suposições ou concepções gerais (sobre si ou sobre o contexto que o rodeia). No entanto, essas suposições podem ser disfuncionais e tornarem-se clinicamente significativas quando ocorrem incidentes críticos que se associam e corroboram o sistema de crenças, que levam à ativação de pensamentos automáticos negativos. É então que surge o ciclo vicioso da depressão, pois a presença de pensamentos negativos gera sintomas de depressão (comportamentais, motivacionais, afetivos, cognitivos e somáticos) e, consequentemente, tais sintomas originam pensamentos negativos.

Perante isto, diversos autores comprovam o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major* em utilizadores de substâncias (Edwards, *et al.*, 2005), tal como, se verifica com R. que apresenta um histórico familiar de problemas com álcool (pai alcoólico e agressivo física e verbalmente, quando sob efeito da substância) e início precoce do padrão de consumo de álcool e drogas, aos 16 anos (O'Sullivan, 1983, citado por Edwards, *et al.*, 2005).

Também baseada nos pressupostos do modelo cognitivo, está a ansiedade generalizada. Este modelo pressupõe que os sujeitos experienciam uma ansiedade desmedida porque as suas crenças disfuncionais, a respeito de si e dos outros, tornam as situações vivenciadas pelo sujeito como ameaçadoras. Embora, podendo ser muito gerais e variáveis, as crenças disfuncionais centram-se em torno da aceitação (“sempre fiz tudo para me aceitarem e para gostarem de mim”), da competência (“passei a não fazer as coisas bem feitas, no trabalho, perdi o jeito que tinha”), da responsabilidade (“a culpa é toda minha”), do controlo (“tenho que assumir uma posição e fazer algo por mim”), bem como dos sintomas de ansiedade (“tenho que controlar a ansiedade, pareço sempre muito nervoso”) (Beck, Emery & Greenberg, 1985, citado por Hawton, *et al.*, 1997).

Estudos indicam que cerca 50% a 67% dos alcoólicos apresentam um quadro significativo de ansiedade e que 80% dos toxicod dependentes possuem sintomas de perturbação da ansiedade generalizada (Edwards, *et al.*, 2005). Assim, no que concerne à comorbilidade entre as perturbações depressivas, ansiógenas e de consumo de substâncias, estas são marcadas pela vivência de situações vulneráveis (desemprego, rede social pobre), crenças desadaptativas (“ou deixo de beber ou arranjo um emprego, porque as duas coisas em conjunto levam-me a onde estou hoje, porque sempre trabalhei rodeado de álcool”, por exemplo) e redução de sintomas pelo consumo

(“estava triste porque consumia e consumia porque estava triste”) (Kovacs & Devlin, 1998, citado por Manso & Matos, 2006; Santana & Negreiros, 2008; Windle & Davies, 1999, citado por Manso & Matos, 2006).

Salienta-se assim, que R. sempre se apresentou com uma pessoa frustrada, insegura e com sentimentos de inferioridade, relacionados com a relação tumultuosa com o pai e com a desesperança sentida face a projetos futuros. O utente apresenta também, episódios de elevada ansiedade e stress, chegando a ser suspenso, durante duas semanas, do programa de tratamento do alcoolismo, devido a um pico de ansiedade, onde este reagiu com agressividade verbal.

Assim sendo, após uma conceptualização do diagnóstico do utente serão propostos objetivos e estratégias terapêuticas, uma vez que não foi possível implementar a intervenção.

Objetivos e Estratégias Terapêuticas

Considerando a recolha de informação realizada anteriormente, respetiva a R. e às suas comorbilidades, foram formulados os objetivos para o plano de intervenção terapêutica adequado às suas necessidades, são eles: promover a gestão de sentimentos e emoções, e treino de habilidades sociais; desenvolver competências para lidar e combater a frustração, inferioridade e insegurança; motivar a criação de objetivos/projetos de vida; educar e fornecer habilidades de gestão da ansiedade; e trabalhar na prevenção da recaída.

Após feito um levantamento dos dados, pode-se então postular um conjunto de estratégias de intervenção terapêuticas com orientação cognitivo-comportamental, numa vertente também, psicoeducativa para o tratamento da depressão, da ansiedade e prevenção da recaída (Buela-Casal & Sierra, 2001; Fernández-Ballesteros, 1992; Hawton, *et al.*, 1997; Pereira, 2001).

Assim, para trabalhar o afeto e o comportamento do utente, como fatores determinantes da estruturação e perceção do mundo, é proposto um conjunto de estratégias e técnicas de alívio imediato dos sintomas de depressão, de resolução de problemas, a curto, médio e longo-prazo, baseado na teoria cognitivo-comportamental (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, citado por Hawton, *et al.*, 1997).

Primeiramente importa focar a atenção do utente a nível cognitivo, para atenuar os sintomas de depressão, permitindo um melhor funcionamento global do mesmo,

deste modo, poderão ser ensinadas técnicas de distração, como por exemplo, enfoque no objeto (focar a atenção num objeto e descrevê-lo com o máximo pormenor), percepção sensorial (utilizando os cinco sentidos descrever o ambiente em redor), exercícios mentais (qualquer atividade mental que foque a atenção), memórias agradáveis (recordação e descrição de uma situação que lhe proporcionou prazer) e atividades que estimulem a atenção (por exemplo, sopa de letras ou palavras cruzadas). De seguida, pretende-se que o utente seja capaz de se envolver em atividades que lhe elevem o humor, daí que é necessária a monitorização das atividades diárias, com avaliação do seu nível de prazer, para a conseqüente identificação e programação de atividades prazerosas (Fernández-Ballesteros, 1992).

Trabalhada a atenuação de sintomas e a participação em atividades agradáveis, incentiva-se à identificação de pensamentos negativos, mediante o reconhecimento de emoções desagradáveis e das situações em que estas ocorrem ou dos pensamentos que as despoletaram, e subsequente reestruturação cognitiva e confrontação verbal, permitindo ao utente reavaliar o seu modo de pensar, proporcionando a mudança pela evocação de alternativas (Buela-Casal & Sierra, 2001).

Sendo o utente capaz de identificar e contestar os seus pensamentos negativos, procede-se à fase preventiva do tratamento da depressão, e neste ponto pretende-se que R. seja capaz de identificar e desmistificar suposições disfuncionais, elaborar um plano de como proceder perante situações que despertem emoções negativas, com base nas técnicas e estratégias já trabalhadas. De modo a corroborar que a diminuição de sentimentos desagradáveis e o aumento da competência de autonomia e autoconfiança, no controlo dos seus pensamentos, levam ao acréscimo da autoestima, promove-se o seu reforço através da definição de objetivos/projeto de vida, trabalhando assim, a desesperança sentida pelo utente.

Para dar resposta ao tratamento da Perturbação da Ansiedade Generalizada e segundo Caballo (2007), num momento inicial a intervenção deve incidir sobre a psicoeducação do utente, ou seja, sobre a formação e educação de R. sobre a natureza da ansiedade, componentes comportamentais, fisiológicas e cognitivas, e descrição de sintomas, sua etiologia e função, de modo a permitir uma redução do problema e de concepções erróneas sobre a ansiedade. Após uma abordagem inicial é então possível prosseguir com o tratamento, apostando na terapia cognitivo-comportamental, referida por Hawton e colaboradores (1997), como forma de reduzir a ansiedade, ensinando o

utente a identificar, avaliar, controlar e modificar os pensamentos negativos e comportamentos associados à noção de perigo gerada.

Assim, deve-se incentivar o utente à identificação dos pensamentos negativos, relativos à ansiedade, através da exploração de experiências emocionais recentes, de situações de *role-play* e avaliação de mudanças de humor repentinas, para posterior modificação desses pensamentos e comportamentos associados, de acordo com o fundamento lógico da relação entre o ato de pensar, sentir e agir (Beck, Emery & Greengerg, 1985, citado por Hawton, *et al.*, 1997). Também importa promover uma confrontação verbal desses pensamentos, para sua contestação de validade e identificação de respostas racionais e adaptativas.

À semelhança do tratamento para a depressão, são utilizadas técnicas de distração no manejo imediato de sintomas de ansiedade, bem como, é proposto, ao utente, a elaboração de um cronograma de atividades, onde são registadas atividades diárias e respetiva avaliação dos níveis de prazer e ansiedade, para consequente avaliação e definição de atividades prazerosas. Deste modo, para colmatar os elevados níveis de ansiedade despoletados por situações sociais, recorre-se ao treino de habilidades sociais e gestão de sentimentos e emoções, bem como, a técnicas de relaxamento, como meio de promover o acesso a pensamentos positivos e consequente alívio dos sintomas (Pereira, 2001). Como medida preventiva, e recorrendo ao trabalho já feito anteriormente, pretende-se trabalhar a promoção e desenvolvimento da autoconfiança e a identificação de situações críticas futuras e respetivas formas de lidar e reagir.

De modo a concluir a proposta de intervenção terapêutica dirigida ao utente, e considerando as dinâmicas institucionais já existentes, considera-se fulcral reforçar o trabalho na área da prevenção de recaídas, no tratamento à dependência do álcool. Esta é vista como um conjunto de técnicas que possibilitarão o utente alcançar competências de autocontrolo para lidar com situações de risco e modificar o seu estilo de vida atual (Pereira, 2001), que compreende a definição de fatores de risco e fatores protetores, de atitudes e comportamentos que colocam o utente em situação de risco de consumo, a elaboração de um plano de emergência a adotar mediante tais situações e um conjunto de técnicas de *role-play* a ser experimentadas, como forma de consolidar as competências adquiridas durante o processo de tratamento.

3.1.2 Caso Clínico J.

Identificação:

J. é um homem de 56 anos, filho de pais com um nível socioeconómico baixo. Oriundo de uma família de 6 filhos, abandonou a escola, ao completar a 3ª classe para cedo começar a trabalhar com o pai. Casado, desde 1982, é pai de 4 filhos, sendo que um deles não é seu filho biológico (fruto de uma traição da esposa).

Motivo do Pedido:

Com uma visível desmotivação perante o processo de tratamento, havendo a recusa para o possível prolongamento do mesmo, por um período de 3 meses, J. foi encaminhado para o acompanhamento individual, com sintomas depressivos acentuados e possibilidade de défice cognitivo.

Estado Mental:

O utente apresentou-se consciente no decorrer das consultas e orientado auto e alopsiquicamente. Caracterizado por um humor depressivo, marcado pela tristeza e vergonha, evitou o contato ocular nas consultas iniciais. J. apresentou ligeira dificuldade na organização do discurso, marcado pela sua insegurança. Não foi observada atividade delirante nem evidência de fenómenos alucinatórios, ao longo dos acompanhamentos. Também não foi observada ideação suicida, apesar do estado depressivo que o utente se encontra e da sua elevada insegurança face a ele mesmo e ao futuro. Relativamente à aparência do utente, este usa vestuário adequado ao contexto e temperatura atmosférica, contudo, a idade aparente é superior à idade real. Não foram verificadas dificuldades, nem apresentadas queixas no que concerne à memória, atenção, concentração e psicomotricidade.

Dados da História de Vida e de Consumos:

J. desde cedo iniciou o consumo do álcool, por imposição do pai que considerava que se ele bebesse vinho se tornava um homem. Assim, o álcool faz parte da sua vida, desde os seus 9 anos de idade. Contudo, evidencia-se sinais de

dependência muito mais tarde, por volta dos 25 anos, quando já havia casado há 1 ano atrás. O fator que predispôs o aumento exponencial do consumo foi uma traição, por parte da sua esposa, justificando que J. era um homem reservado, sem demonstrações de afeto, sem autonomia e iniciativa de comunicação na relação de casal. Fruto da traição, nasceu o seu primeiro filho, que embora não seja seu filho biológico, J. o registou e criou como seu, apesar de durante a gravidez sempre ter renegado a criança, desejando a morte da mesma.

Aquando dos seus consumos excessivos de álcool, J. relacionava-se com um grupo de amigos que lhe pagava bebidas alcoólicas para este se tornar sociável e divertido (“eles pagavam sempre as bebidas para falar e fazer palhaçadas porque se não fosse assim, diziam que eu era um bicho do mato, sempre calado e quieto num canto”). Como consequência dessas rotinas diárias, de consumo com os amigos, sua esposa chegou a sair de casa durante umas semanas, pois não aceitava a forma como J. se comportava em casa e com os filhos, pois se no café consumia para socializar, em casa o utente era resmungão e insatisfeito com tudo. J. refere ainda, que na sua relação de casal não participa nas rotinas, nem nas decisões a ser tomadas, considerando a sua anulação perante a esposa como um fator de risco para o consumo de álcool.

Avaliação Psicológica/Psicométrica:

- Anamnese
- Exame do Estado Mental (Mini-Mental State – MMS)
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)
- Matrizes Progressivas de Raven –SPM
- Inventário de Personalidade Mini-Mult
- Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Resultados da Avaliação:

No **Exame do Estado Mental (Mini-Mental State – MMS)**, o utente obteve uma pontuação de 23 pontos, comprovando a ausência de défice cognitivo.

No **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**, podemos concluir que J. apresenta sintomas psicopatológicos muito acima da média da população em geral, pelo que se não se pode dizer que o utente tenha estabilidade emocional. Neste sentido, nos resultados do BSI, o utente apresenta valores superiores aos esperados no índice geral de sintomas, no total de sintomas positivos e no índice de sintomas positivos (IGS = 1,57; TSP = 40 e ISP = 2,15), o que nos indica que estamos perante um quadro complexo de sintomatologia. Desde modo, os valores encontrados nas dimensões de sintomatologia que indicam perturbações emocionais, foram: 2,57 para a somatização (máximo da população geral 1,49), 2,50 para as obsessões-compulsões (máx. pop. geral 2,17), 2,50 para a sensibilidade interpessoal (máx. pop. geral 1,69), 1,83 para a depressão (máx. pop. geral 1,62), 1,60 para a ansiedade fóbica (máx. pop. geral 1,08) e 1,60 para o psicoticismo (máx. pop. geral 1,28).

Nas **Matrizes Progressivas de Raven – SPM** é possível situar o utente na fronteira (Grau VI; Percentil 5-15; 16 respostas corretas; $70 < QI < 80$), relativamente à inteligência geral não verbal e raciocínio analógico. O resultado indica que o utente apresenta uma capacidade baixa de observação, percepção, comparação e de raciocínio analógico, assim como uma baixa capacidade de comportamento comparativo, bem como de utilizar duas ou mais fontes de informação.

Na Avaliação de Padrões de Personalidade e Perturbações Emocionais – **Inventário de Personalidade Mini-Mult**, verificamos as escalas de validade do teste e consideramos o perfil inválido, pretendendo o utente dar uma imagem negativa de si, simular patologia ou por ter respondido ao acaso. Os resultados poderão não ser considerados como determinantes de um diagnóstico, contudo, poderão ser dados bons indicadores de personalidade e de perturbações emocionais. Sendo assim, J. mostrou-se cooperativo ao responder a todas as questões, obtendo na escala de dúvida uma pontuação de zero. Na escala de mentira, o utente apresenta valores baixos ($T = 36$), mostrando uma possível atitude de dar uma imagem negativa de si. Quanto à escala de incoerência ($T = 78$), o utente apresentou uma possível simulação de patologia, existência de processos psicóticos ou respostas dadas ao acaso, contestando a validade do

perfil. Corroborando a invalidade do teste, na escala de correção (T = 33), verificou-se que houve exagero dos seus próprios desajustamentos, bem como, a simulação de patologia.

Assim, após a análise das escalas clínicas, obtivemos os seguintes resultados: **Escala Hipocondria** (T = 65) - Preocupações somáticas; Reação exagerada a qualquer problema real; Exagero de problemas físicos; Perturbação de sono; Falta de energia; Exigente; Insatisfeito; Queixas variáveis e múltiplas. **Escala Depressão** (T = 72) - Depressão clínica severa; Reservado, afetado seriamente pelos problemas, desesperado; Culpabilizado, com sentimentos de inutilidade e inadequação; Pensamentos de morte e suicídio; Abatido, lentificado no pensar e agir. **Escala Histeria** (T = 62) – Sintomas somáticos; Perturbação de sono; Ausência de compreensão acerca da causa dos sintomas; Pessimismo; Imaturo, centrado em si mesmo; Sugestionável; Carinhoso. **Escala Psicopatia** (T = 62) - Pode ter problemas com a lei e a autoridade; Pode consumir drogas ilegais; Problemas familiares; Impulsivo; Culpabilidade, vergonha; Relacionamentos superficiais. **Escala Paranoia** (T = 72) - Considerar psicose paranoide. **Escala Psicastenia/ Obsessão-Compulsão** (T = 62) - Ansiedade, depressão moderada; Pesadelos durante o sono; Falta de segurança em si mesmo; Culpabilidade; Indeciso; Não se sente aceite pelos outros. **Escala esquizofrenia** (T = 73) – Esquizofrenia de estilo livre; Confuso; Medroso; Pesadelos durante o sono; Reservado, alienado; Alucinatório e delirante. **Escala Hipomania** (T = 59) – Sociável e amigável; Responsável; Realista; Entusiasta; Equilibrado. Assim, verifica-se que as escalas com índices elevados são a escala da depressão, paranoia e esquizofrenia.

No **Inventário de Depressão de Beck (BDI)** o utente obteve uma pontuação de 33 pontos, que indica depressão severa. Destacam-se os sentimentos negativos como tristeza, punição, desilusão consigo mesmo, desesperança, culpa, incapacidade para chorar, cansaço, dificuldade para tomar decisões, preocupação com a sua aparência, com o seu estado físico e com a sua higiene do sono.

Diagnóstico Multiaxial:

Eixo I –	296.32	Perturbação Depressiva <i>Major</i> , Recorrente, sem Recuperação Completa entre Episódios [F33.1]
	303.90	Dependência do Álcool, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F10.21]
Eixo II –	V71.09	Ausência de diagnóstico
Eixo III –	250.00	Diabetes <i>mellitus</i> , tipo II/não insulínodpendente
Eixo IV –	V62.89	Rede social pobre; Traição da esposa (filho ilegítimo)
Eixo V –	AGF = 61	(momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial:

Apresentando evidências de já ter experimentado diversos Episódios Depressivos *Major*, caracterizados pelas alterações no funcionamento do utente e sendo a persistência dos sintomas de, pelos menos, 2 semanas consecutivas, é possível diagnosticar a Perturbação Depressiva *Major*, Recorrente, sem Recuperação Total entre Episódios. Contudo, os sintomas evidenciados não preenchem os critérios para um Episódio Misto, bem como, para um Episódio Hipomaníaco, embora causem deficiência no funcionamento social do utente, não são consequência direta de efeitos fisiológicos do consumo de álcool, nem de um estado físico geral, não sendo considerada a Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral, nem de um processo de luto.

É também possível fazer a distinção da Perturbação Induzida por Substâncias, pois o consumo do álcool não se encontra etiologicamente relacionado com a perturbação do humor. Diferenciando-se também da Perturbação Distímica, dada a distinção da gravidade, cronicidade e persistência dos sintomas.

O diagnóstico de Dependência do Álcool, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado, pode ser considerado pois o utente preenche os critérios para esta perturbação. Esta perturbação encontra-se associada à

tolerância e à abstinência da substância, sendo que o utente permanece em regime de internamento, onde não pode aceder ao álcool, não apresentando consumo da substância há mais de 1 mês. Contudo, a sua prévia utilização distingue-se da utilização não-patológica, mantendo um consumo marcado por diversos episódios de intoxicação e abstinência. A Dependência do Álcool do utente é reconhecida pela persistência do consumo, embora apresentasse nefastas consequências, tanto psicológicas, como físicas e sociais.

Conceptualização

Para melhor explicar a Perturbação Depressiva recorre-se aos trabalhos de Beck (1967, 1976, citado por Hawton, *et al.*, 1997), como referido anteriormente, nos quais considera o modelo cognitivo da depressão como o melhor explicação para os processos envolvidos no despoletar de sintomas de depressão. Assim, o autor relata que esta perturbação é resultado de suposições ou conceções erróneas geradas a partir das experiências de vida.

O'Sullivan (1983, citado por Edwards, *et al.*, 2005) porém acrescenta que histórias de consumo na família predis põem o aparecimento da dependência de substâncias, sendo que o modelo biopsicossocial é aquele que melhor explica esse fenómeno (Ferros, 2011), resultando num conjunto de alterações de funcionamento cognitivo, comportamental e fisiológico, devido à procura e consumo excessivos da substância.

Objetivos:

Tendo em consideração os acompanhamentos individuais, a anamnese e os resultados dos testes psicométricos, será importante trabalhar as questões de autoestima e autoafirmação, bem como a assertividade nas suas relações interpessoais, desenvolver capacidades de comunicação, e trabalhar problemas conjugais. Não descurando o trabalho na área da prevenção da recaída, mediante a promoção de atividades sociais prazerosas.

Propostas de Intervenção:

Combinando um conjunto de competências comportamentais e técnicas de intervenção cognitiva, a proposta de intervenção que se segue é baseada no modelo cognitivo-comportamental.

O treino de habilidades sociais mostra-se fulcral no processo de tratamento do utente, mediante o treino de assertividade e desenvolvimento de competências de comunicação, através da educação e treino (técnicas de exposição e role-play), devido à sua dificuldade, analisada na anamnese e observada no saber-estar em comunidade, pois o utente retrai-se com qualquer hipótese de comunicação. Recorrendo ao trabalho nas áreas anteriores, é também importante reconhecer a inferiorização que o utente sente a nível das relações interpessoais e através de técnicas de reestruturação cognitiva trabalhar a nível de pensamentos e crenças pessoais erróneas, promovendo uma maior autoestima e autoafirmação.

Através de grupos de casal, pretende-se uma mediação a nível conjugal, de modo a permitir a comunicação entre o mesmo, impedir a anulação do utente perante a esposa e a promover a partilha de sentimentos.

Não descurando a prevenção da recaída, é necessária uma reavaliação do estilo de vida do utente, bem como dos seus objetivos a curto, médio e longo prazo. Sendo importante uma definição de atividades prazerosas para o utente, num meio social adequado, e sem presença de fatores de risco, para um consequente aumento da sua rede de apoio, que se restringe, atualmente, à sua esposa e filhos, melhoria das relações interpessoais e reforço do suporte social.

3.1.3 Caso Clínico H.

Identificação:

H. é do sexo masculino, tem 32 anos e o 9º ano de escolaridade. Tem uma filha fruto de uma relação conturbada. Também ele, filho de pais separados, vivia com a mãe e tem duas irmãs mais velhas.

Motivo do Pedido:

O utente apresenta sintomas depressivos, extrema ansiedade e desmotivação face ao processo de tratamento e à reintegração na sociedade (completou o tratamento educativo-terapêutico de toxicodependência na comunidade terapêutica, nesse momento, encontra-se na fase de reinserção social à 1 ano). Deste modo, foi encaminhado para os acompanhamentos individuais, devido também, ao seu comportamento agressivo (verbalmente) e à sua conduta antissocial.

Estado Mental:

O utente apresenta-se orientado auto e alopsiquicamente, tendo uma apresentação adequada ao tempo atmosférico e ao contexto, e uma higiene cuidada. Apresenta um discurso adequado, contudo, evidencia-se um discurso acelerado e corrido (relacionado com a ansiedade do utente), e um humor deprimido e ansioso. O utente mostra-se disposto a mudar os seus comportamentos e atitudes, no entanto, apresenta-se desmotivado, com uma postura tensa e retraída. Além disso, manteve um contato ocular superficial (sugere reação de defesa) ou difícil (sugere estado depressivo) e pensamento perseverante (sua ansiedade é sobrevalorizada em detrimento de todas as outras dificuldades do utente).

Não se manifestaram queixas nem dificuldades de atenção, memória, inteligência, linguagem e concentração, nem foi evidenciada ideação suicida.

Dados da História de Vida e de Consumos:

H., filho de pais divorciados, desde aos seus 12 anos de idade, considera que foi, junto com as irmãs, uma “moeda de troca” entre os pais, durante o

processo de divórcio, sendo que após a sua guarda ser deixada a cargo da mãe, houve uma rutura na relação com o pai, passando este a ser um pai ausente. Afirma que o seu início de consumo muito se deveu a esse fato, portanto, a história de consumos de H. começa, algum tempo depois do divórcio, por volta dos seus 15 anos, iniciando uma experiência com base na curiosidade e integração no grupo de amigos, H. consumiu diversificadas tipologias de drogas. Contudo, é aos 19 anos que H. se foca na administração de cocaína, sendo esta a droga eleita para futuros consumos.

Aos 29 anos, começa uma relação amorosa e passado pouco tempo nasce a sua filha. No entanto, essa relação é considerada desestruturada e, no momento atual, não existente. Consequentemente, H. passa por momentos de grande ansiedade, resultantes da luta pela guarda da filha, e pelas recusas de convívio com a mesma.

Avaliação Psicológica/Psicométrica:

- Anamnese
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)
- Matrizes Progressivas de Raven – SPM
- Inventário de Personalidade Mini-Mult
- Inventário de Depressão de Beck (BDI)
- Inventário de Ansiedade Estado-Traço

Resultados da Avaliação:

No **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**, podemos verificar que H. apresenta uma média de sintomas psicopatológicos adequada à média da população em geral, pelo que se poderia concluir que o utente apresenta-se estável emocionalmente, contudo estes resultados serão comparados posteriormente com outros testes. Neste sentido, nos resultados do BSI, o utente apresenta valores dentro dos esperados no índice geral de sintomas, no total de sintomas positivos e no índice de sintomas positivos (IGS = 1,02; TSP = 33 e ISP = 1,70). Desde modo, verificamos os valores mais elevados das dimensões que poderão indicar maior sintomatologia, foram: 0,00 para a somatização

(mínimo da população geral 0,343), 1,20 para a ansiedade fóbica (máximo da pop. geral 1,08) e 1,80 para o psicoticismo (máx. pop. geral 1,28).

Nas **Matrizes Progressivas de Raven – SPM** é possível situar o utente num nível de inteligência normal corrente (Grau IV; Percentil 35-65; 42 respostas corretas; $90 < QI < 110$), no que concerne à inteligência geral não-verbal e ao raciocínio analógico. Neste sentido, o utente apresenta uma capacidade média de perceção, observação, comparação e de raciocínio analógico, bem como uma capacidade média de comportamento comparativo e de utilizar duas ou mais fontes de informação.

Na Avaliação de Padrões de Personalidade e Perturbações Emocionais – **Inventário de Personalidade Mini-Mult**, verificamos as escalas de validade do teste e consideramos o perfil inválido, pretendendo o utente dar uma imagem negativa de si, simular patologia ou por ter respondido ao acaso. Os resultados poderão não ser considerados como determinantes de um diagnóstico, contudo, poderão ser dados bons indicadores de personalidade e de perturbações emocionais. Sendo assim, H. mostrou-se cooperativo ao responder a todas as questões, obtendo na escala de dúvida uma pontuação de zero. Na escala de mentira, o utente apresenta valores baixos ($T = 36$), mostrando uma possível atitude de dar uma imagem negativa de si. Quanto à escala de incoerência ($T = 78$), o utente apresentou uma possível simulação de patologia, existência de processos psicóticos ou respostas dadas ao acaso, contestando a validade do perfil. Corroborando a invalidade do teste, na escala de correção ($T = 46$), verificou-se que houve exagero dos seus próprios desajustamentos, bem como, a simulação de patologia.

Assim, após a análise das escalas clínicas, obtivemos os seguintes resultados: **Escala Hipocondria** ($T = 57$) – Pequenas preocupações, ou nenhuma, acerca do corpo ou da saúde; Emocionalmente aberto e equilibrado; Realista e perspicaz. **Escala Depressão** ($T = 89$) - Depressão clínica severa; Reservado, afetado seriamente pelos problemas, desesperado; Culpabilizado, com sentimentos de inutilidade e inadequação; Pensamentos de morte e suicídio; Abatido, lentificado no pensar e agir. **Escala Histeria** ($T = 76$) – Sintomas somáticos; Perturbação de sono; Ausência de compreensão acerca da causa dos

sintomas; Pessimismo; Imaturo, centrado em si mesmo; Sugestionável; Carinhoso. **Escala Psicopatia** (T = 84) – Comportamento antissocial; Juízo pobre; Instabilidade; Irresponsabilidade; Egocêntrico e imaturo; Hostil e agressivo. **Escala Paranoia** (T = 83) - Considerar psicose paranoide. **Escala Psicastenia/ Obsessão-Compulsão** (T = 77) – Medo extremo, ansiedade, tensão; Transtorno de pensamento; Percepção defeituosa; Falta de concentração; Ruminções; Rituais rígidos; Fobias supersticiosas; Sentimentos de culpa. **Escala esquizofrenia** (T = 102) – Possível perturbação esquizofrénica. **Escala Hipomania** (T = 69) – Ativo; Energético; Extrovertido; Criativo; Rebelde.

No **Inventário de Depressão de Beck (BDI)** o utente obteve uma pontuação de 16 pontos, que indica depressão leve (disforia). Destacam-se os sentimentos negativos como tristeza, desilusão consigo mesmo, desesperança, fracasso, autocrítica, insatisfação e desinteresse, culpa fica aborrecido e irritado facilmente, dificuldade em tomar decisões e preocupação excessiva com problemas físicas.

No **Inventário de Ansiedade Estado-Traço**, verificamos que H. apresenta ansiedade estado-traço devido aos valores elevados em ambas as escalas, STAI-Estado = 47 e STAI-Traço = 56 (sendo o ponto de corte 40). Assim, constatamos que H. apresenta reações emocionais desagradáveis, caracterizadas por nervosismo e preocupação, causado por uma tensão específica (ansiedade-estado), bem como, propensão para a ansiedade, apresentando a tendência para percecionar as situações como perigosas ou ameaçadoras, reagindo com elevada ansiedade.

Diagnóstico Multiaxial:

Eixo I –	292.84	Perturbação do Humor Induzida por Cocaína, com Características Depressivas, com Início Durante a Abstinência [F14.8]
	292.89	Perturbação da Ansiedade Induzida por Cocaína, com Ansiedade Generalizada, com Início Durante a Abstinência [F14.8]
	305.00	Abuso do Álcool [F10.1]

Eixo II –	V71.09	Nenhum diagnóstico
Eixo III –		Nenhum
Eixo IV –	V62.82	Divórcio dos pais; Separação da namorada; Luta em tribunal pela guarda da filha
Eixo V –	AGF = 65	(momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

Recorrendo à análise dos dados da anamnese do utente e dos resultados da avaliação psicométrica foi possível assumir o diagnóstico de Perturbação do Humor Induzida por Cocaína, com Características Depressivas, com Início Durante a Abstinência. Os sintomas apresentados pelo utente ocorrem simultaneamente na evolução de uma intoxicação e da abstinência, não sendo considerados como diagnóstico dado os excessivos sintomas de humor experienciados, em relação aos sintomas característicos da intoxicação e abstinência.

A Perturbação do Humor Induzida por Cocaína é diagnosticada em vez da Abstinência de Cocaína, pois a perturbação do humor é consideravelmente menos intensa do que os habituais sintomas de abstinência. Não ocorrendo durante a evolução de um delírio, diferencia-se da Perturbação do Humor Primária e da Perturbação do Humor Secundária a um Estado Físico Geral, dada a substância etiológicamente relacionada com a perturbação e a ausência de um estado físico que justifique a presença dos sintomas, respetivamente.

A ausência de critérios preenchidos para a Perturbação Depressiva sem Outra Especificação não permite considerar este diagnóstico, contudo a presença de sintomatologia depressiva torna possível considerar a Perturbação do Humor Induzida por Cocaína como tendo características depressivas. A Perturbação Bipolar sem Outra Especificação também não é considerada dada a presença de uma substância etiológicamente relacionada.

Tal como na Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, a sintomatologia ansiógena é evidente durante a evolução da intoxicação e da

abstinência, dada a complexidade de sintomas excessivos, e não ocorre exclusivamente durante um episódio de delírio, podendo deste modo ser diagnosticada a Perturbação da Ansiedade Induzida por Cocaína, com Ansiedade Generalizada, com Início Durante a Abstinência. Esta perturbação pode ser diferenciada da Perturbação da Ansiedade Primária, da Perturbação da Ansiedade Secundária a um Estado Físico Geral e da Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação dada a presença de uma substância etiologicamente relacionada com a perturbação e a ausência de um estado físico geral que justifique os sintomas.

O utente encontra preenchidos os critérios de diagnóstico para o Abuso do Álcool, apresentando um padrão desadaptativo de utilização da substância, com défice e sofrimento clinicamente significativos, por um período de 12 meses, não sendo, deste modo, preenchidos os critérios para a Dependência do Álcool. Constituindo uma utilização recorrente, o abuso do álcool provoca então, o funcionamento anormal do utente, dada a incapacidade de cumprir normas e regras, nomeadamente no trabalho, na escola e em casa. A procura incessante da substância causa problemas legais ao utente (custódia da filha), bem como o abuso desta substância permanece apesar dos problemas que lhe vêm associados.

Conceptualização

Caracterizado por um conjunto de modificações relevantes e persistentes de humor, tendo como indutor uma substância etiologicamente relacionada, a Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, caracteriza-se por demonstrações afetivas desadaptadas a nível de intensidade, frequência e duração (Hawton, *et al.*, 1997).

Considerando diversos estudos que a ansiedade pode ser consequência direta do consumo de uma substância, a Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias, com Ansiedade Generalizada desencadeia-se apenas quando relacionada com períodos de intoxicação ou abstinência, daí que é possível através do modelo cognitivo pressupor que como consequência da abstinência do consumo de uma substância, surgiriam episódios de extrema ansiedade e preocupação, marcados por crenças disfuncionais, definidas pela visão distorcida das experiências vividas, que seriam tidas como ameaçadoras (Beck, Emery & Greenberg, 1985, citado por Hawton, *et al.*, 1997; Molina, 2004).

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002), o abuso de substâncias representa um padrão de consumo desadaptativo, resultando num prejuízo clinicamente significativo e uso abusivo da substância. Deste modo, o abuso de substâncias é justificado pelo modelo de prosseguimento do comportamento aditivo (Beck, 1993, citado por Rahioui & Reynaud, 2008), que nos diz que o ciclo de consumo de uma substância é desencadeado por um estímulo, seja ele interno ou externo, que ativa um esquema cognitivo disfuncional, levando à compulsão de consumir.

Objetivos:

Recorrendo à análise da anamnese do utente, dos comportamentos observados e dos resultados dos testes aplicados, constituiu-se como objetivos de trabalho com o utente: trabalhar a ansiedade, treino de gestão de stress, desenvolver a autoestima e autoconfiança, treinar a assertividade, incentivar à interação social, promover a motivação para a abstinência e a consequente, prevenção de recaídas.

Propostas de Intervenção:

Mediante a abordagem cognitivo-comportamental, é necessário ao utente realizar um treino de gestão de stress, através da identificação das fontes de stress, dos padrões de resposta reativa ao mesmo, recursos e estratégias de *coping* utilizadas, educando sobre a melhor forma de reagir e gerir o stress. Tal treino é trabalhado através de técnicas de exposição, modelagem e role-play. Utilizando as técnicas referidas, em conjunto com a dessensibilização sistemática é trabalhada a ansiedade excessiva sentida pelo utente, que afeta a sua rotina diária e, consequentemente as suas relações interpessoais. Como forma de autogestão do stress e ansiedade propõe-se que o utente seja educado sobre as técnicas de relaxamento (Respiração diafragmática; Relaxamento muscular progressivo de Jacobson; Relaxamento por imaginação; Treino autogénico de Schultz), adequando o relaxamento à rotina diária do utente.

A psicoterapia será a base do trabalho do aumento da autoestima e autoconfiança, utilizando técnicas de reforço de sentimentos positivos. O treino de assertividade, através da técnica de role-play e confronto, pretende diminuir

os comportamentos de agressividade verbal e melhorar a qualidade das relações interpessoais do utente.

Considera-se, ainda, importante promover a motivação para a abstinência do álcool, trabalhar crenças disfuncionais relacionadas com o consumo de álcool e consequente prevenção de recaída, identificando pensamentos negativos e esquema mentais desajustados.

3.1.4 Caso Clínico A.

Identificação:

Com 57 anos, A. é do sexo masculino e quinto filho de uma fratria de nove, é oriundo de uma família de nível socioeconómico baixo e tirou a antiga 5^a classe. Passou por um processo de divórcio há 12 anos e tem uma filha de 29 anos.

Motivo do pedido:

O utente foi encaminhado para os acompanhamentos individuais pelos terapeutas da Reinserção Social, devido às queixas dos restantes utentes. Queixas essas relativas à higiene pessoal de A., comportamentos antissociais e de ritualização (“andar pela rua a benzer-se constantemente, colocar em rimas, num caderno, todos os momentos que recorda”), comportamentos desorganizados e recaída no álcool. Foi também proposto pelos terapeutas a possibilidade de debilidade mental.

Estado Mental:

O utente apresenta-se com vestuário desadequado à condição atmosférica e contexto (mantém os pijamas de dormir vestidos por baixo do restante vestuário) e aparência visivelmente cuidada, contudo A. apresenta falta de higiene (recusa-se a tomar banho, todos os dias, coloca gel no cabelo e perfume como forma de enganar os terapeutas). A. mostra-se consciente durante os acompanhamentos individuais e orientado auto e alopsiquicamente. Caracterizado por um estado de apatia, evita o contacto ocular e apresenta lentificação dos movimentos. Com uma linguagem adequada à sua idade e nível de escolaridade, A. apresenta um discurso desorganizado (mudando de assunto consecutivamente), atenção reduzida, porém uma memória sem evidências de queixas. Não foi observada atitude delirante, nem foi evidenciada a presença de fenómenos alucinatórios e ideação suicida.

Dados da História de Vida e de Consumos:

Aos 7 anos, A. consumiu álcool pela primeira vez, da pequena adega que tinha em sua casa. Deste modo, e a partir desse momento, o consumo de álcool passou a fazer parte da sua história. Contudo, durante alguns anos não são evidenciados sinais de dependência, pois só aos 15 anos o consumo e abuso de álcool passou a ser frequente e gradual. As suas relações interpessoais são pautadas por histórias de consumo, pois sempre que se encontrava com amigos consumiam álcool. Quando conheceu a sua futura esposa, já A. apresentava comportamentos desajustados quando sob efeito da substância, nomeadamente, irritabilidade, causa de inúmeras discussões. Contudo, no meio de um período conturbado na relação do casal, nasceu a sua filha, motivo de união do mesmo. Por diversas vezes, sua esposa pediu o divórcio mas A. movido pelo desespero de perder sua esposa comprometia-se a deixar a sua dependência, embora tenha falhado inúmeras vezes, sua esposa cedia sempre. Porém, um dos episódios que alcoolismo do utente foi marcado por agressividade física, o que resultou no definitivo divórcio do casal, há cerca de 12 anos atrás. Apesar disso, A. sempre manteve uma relação saudável com a filha, que o apoia e transmite motivação.

Avaliação Psicológica/Psicométrica:

- Anamnese
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)
- Matrizes Progressivas de Raven – SPM
- Inventário de Personalidade Mini-Mult
- Inventário de Depressão de Beck (BDI)
- Instrumento de Avaliação Neuropsicológica (MoCA)
- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke

Resultados da Avaliação:

No **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**, podemos concluir que A. apresenta sintomas psicopatológicos dentro da média da população em geral, pelo que se pode dizer que o utente apresenta estabilidade emocional, contudo estes resultados podem não ser conclusivos, pelo que serão comparados com os restantes testes. Neste sentido, nos resultados do BSI, o utente apresenta

valores normais comparativamente com os resultados esperados no índice geral de sintomas, no total de sintomas positivos e no índice de sintomas positivos (IGS = 0,42; TSP = 19 e ISP = 1,21), o que nos indica que estamos perante um quadro de estabilidade emocional. Desde modo, não foram encontrados valores superiores aos esperados nas dimensões de sintomatologia, sendo que nas escalas Obsessões-Compulsões e Depressão os valores formam abaixo da média da população geral (T = 0,17 e T = 0,00 respetivamente; mínimo da população geral 0,41 e 0,17 respetivamente).

Nas **Matrizes Progressivas de Raven – SPM** é possível situar o utente num nível de debilidade mental ligeira (Grau VII; Percentil 0-5; 21 respostas corretas; $60 < \text{QI} < 69$), no que concerne à inteligência geral não-verbal e ao raciocínio analógico. Neste sentido, o utente apresenta um ritmo de aprendizagem mais lento, grau de desenvolvimento mental ligeiramente abaixo da média esperada para a idade, imaturidade emocional, dificuldade de memória a curto prazo.

Na Avaliação de Padrões de Personalidade e Perturbações Emocionais – **Inventário de Personalidade Mini-Mult**, verificamos as escalas de validade do teste e consideramos o válido, mas questionável. Os resultados poderão não ser considerados como determinantes de um diagnóstico, contudo, poderão ser dados bons indicadores de personalidade e de perturbações emocionais. Sendo assim, A. mostrou-se cooperativo ao responder a todas as questões, obtendo na escala de dúvida uma pontuação de zero. Na escala de mentira (T = 67), o utente apresenta um quadro defensivo. A escala de incoerência (T = 49) mostra conformidade e possibilidade do utente dar uma falsa imagem de si, contestando a validade do perfil. Corroborando a validade questionável do teste, na escala de correção (T = 69), verificou-se uma negação do problema e defensividade moderada.

Assim, após a análise das escalas clínicas, obtivemos os seguintes resultados: **Escala Hipocondria** (T = 65) - Preocupações somáticas; Reação exagerada a qualquer problema real; Exagero de problemas físicos; Perturbação de sono; Falta de energia; Exigente; Insatisfeito; Queixas variáveis e múltiplas. **Escala Depressão** (T = 53) – Igual a si mesmo; Estável, ajustado, realista.

Escala Histeria (T = 62) – Sintomas somáticos; Perturbação de sono; Ausência de compreensão acerca da causa dos sintomas; Pessimismo; Imaturo, centrado em si mesmo; Sugestionável; Carinhoso. **Escala Psicopatia** (T = 59) – Sincero, confiante; Responsável, persistente. **Escala Paranoia** (T = 58) – Sensível; Desconfiado; Irado, ressentido; Ausência de controlo emocional. **Escala Psicastenia/ Obsessão-Compulsão** (T = 41) – Pessoa de confiança; Sincero; Adaptável; Bem organizado. **Escala esquizofrenia** (T = 47) – Adaptável; Dependente; Bom equilíbrio. **Escala Hipomania** (T = 42) – Sociável e amigável; Responsável; Realista; Entusiasta; Equilibrado.

No **Inventário de Depressão de Beck (BDI)** o utente obteve uma pontuação de 4 pontos, o que indica que este não está deprimido.

Na aplicação do **Instrumento Avaliação Neuropsicológica (MoCA)**, pôde-se concluir que o utente apresenta défice cognitivo ligeiro.

Após aplicar a **Avaliação Cognitiva de Addenbrooke**, verifica-se que A. apresenta valores abaixo da média da população geral nos domínios cognitivos: Atenção e orientação (15 pontos), que compreende a orientação temporal e espacial, atenção e concentração (cálculo e palavras) e retenção de memória (palavras); Linguagem (19 pontos), que compreende a compreensão, escrita, repetição, nomeação e leitura. Com os resultados do **Exame do Estado Mental (MMSE)**, incluído na anterior avaliação, considera-se que o utente apresenta défice cognitivo ligeiro.

Diagnóstico Multiaxial:

Eixo I –	291.2	Demência Persistente Induzida por Álcool
	303.90	Dependência do Álcool, com Dependência Fisiológica, com Remissão Parcial Precoce [F10.20]
Eixo II –	V71.09	Nenhum diagnóstico
Eixo III –	250.00	Diabetes <i>mellitus</i> , tipo II/ não insulino dependente

	401.9	Hipertensão arterial
Eixo IV –	V62.89	Divórcio
Eixo V –	AGF = 55	(momento da avaliação)

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico de Demência pode ser diferenciado de um Delírio pois, neste caso, os sintomas oscilam, enquanto na demência estes apresentam-se de forma mais estável, sendo que as deficiências cognitivas encontradas persistem por um período considerável, de alguns meses. Segundo o DSM-IV (APA, 2002), não pode ser considerada uma Perturbação Mnésica, pois não ocorre exclusivamente défices graves de memória, bem como, dada a ausência de múltiplas etiologias, como causa da demência, a Demência Secundária a Múltiplas Etiologias não pode ser considerada. Considerando que não há presença de sinais neurológicos, de doença vascular ou qualquer outro estado físico que justifique o aparecimento da demência, descarta-se a possibilidade de Demência Vascular ou Demência Secundária a Outros Estados Físicos Gerais.

Refletindo sobre a ocorrência de défices cognitivos e considerando que estes não ocorrem exclusivamente durante o consumo do álcool, impede o diagnóstico de Intoxicação e Abstinência de Substâncias, porém dada a persistência dos sintomas pode-se apresentar o diagnóstico de Demência Persistente Induzida por Substâncias.

O utente apresenta preenchidos os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Dependência do Álcool, com Dependência Fisiológica, em Remissão Parcial Precoce, dado que a dependência da substância está associada à tolerância e abstinência da mesma, apresentando o utente os critérios de diagnóstico preenchidos para a dependência por um período de 1 mês mas menos de 12 meses. Desta forma, os níveis de consumo de álcool diferem da sua utilização não-patológica e foram caracterizados por diversos episódios de intoxicação ao longo da sua história de consumo. A Dependência do Álcool é definida por um incessante consumo da substância apesar das suas consequências, despendendo muito tempo para a sua obtenção e consumo.

Conceptualização

Segundo Barreto (2005), a demência, a nível cognitivo, está associada a uma perda gradual das capacidades mentais, como a memória, linguagem, cálculo, orientação, entre outras. Porém, inúmeras alterações comportamentais e psicológicas estão associadas, como desorientação, confusão, agitação, perturbações do sono, também, ansiedade e possível presença de sintomatologia depressiva (Lawlor, 2006).

Considerando variáveis biológicas, psicológicas e sociais, o modelo biopsicossocial descreve o processo de evolução de uma dependência, como referido anteriormente (Feliming, 1990; Ferros, 2011). Derivada de crenças e suposições disfuncionais, a Dependência de Substâncias engloba também a história de consumos na família e a excessiva procura e manutenção da administração da substância apesar das consequências a nível individual e social.

Objetivos:

Recorrendo à observação dos acompanhamentos individuais, recolha de dados da anamnese e testes psicológicos aplicados, foi possível definir os seguintes objetivos: apelar à responsabilização pelo consumo de álcool, promover a motivação para a abstinência e prevenir futuras recaídas, trabalhar o *insight*, desenvolver a autonomia, implementar a participação em grupos sociais e monitorização de atividades diárias. Bem como, o trabalho na área da inteligência geral e não-verbal, e raciocínio lógico, nomeadamente, a atenção, raciocínio e linguagem.

Proposta de Intervenção:

Através da psicoterapia, pretende-se um acompanhamento psicológico adequado ao utente, primeiramente tendo em atenção o recente abuso do álcool pelo utente, levantando as causas e fatores da recaída, motivações para o tratamento, manutenção da abstinência e futura prevenção de recaída. Caso a psicoterapia não tenha um efeito imediato, na manutenção da abstinência, aconselha-se o internamento do utente na comunidade terapêutica, visto este se encontrar na fase de reinserção social. Além disso, é prioritário trabalhar a

questão da responsabilização do utente pelos seus atos, pois existe a negação do consumo.

Assim, através de técnicas cognitivo-comportamentais, pretende-se trabalhar a autonomia do utente, o seu *insight*, nomeadamente trabalhar e desconstruir crenças disfuncionais relacionadas com a hipernormalidade, negação de qualquer problema, sentimentos de insegurança e agressividade quando questionada essa normalidade. Sendo necessário a nível comportamental, para colmatar a falta de higiene pessoal do utente e alimentação desadequada (está sob dieta médica), a monitorização das atividades (registo diário de atividades realizadas), sob vigilância, nota-se necessário também colmatar a sua ocupação de tempos livres com idas a encontros de grupos sociais, adequados à sua idade e condição psicológica, como meio de aumentar a sua rede de suporte social, criando um mapa de atividades agradáveis semanal de apoio ao utente.

De forma a acompanhar a evolução do utente, a nível da demência e funções cognitivas, é necessário um conjunto de técnicas baseadas na psicoeducação. Para dar resposta às necessidades do utente, serão então aplicados instrumentos que avaliem as suas funções cognitivas, com regularidade, de modo a avaliar a sua evolução. Completando o seu tratamento com exercícios que estimulem as seguintes áreas: inteligência geral e não-verbal, raciocínio lógico, atenção e linguagem (áreas que se encontram em processo de deterioração).

3.2 Atividade de Intervenção em Grupo “Dar e Receber”

Tendo em consideração as necessidades dos utentes, a intervenção em grupo foi desenvolvida como seguimento de uma já existente no programa educativo-terapêutico para alcoólicos.

Em consonância com as atividades já estabelecidas pela instituição, as sessões da intervenção em grupo focaram-se no treino de habilidades sociais, sendo estruturadas de forma a permitir o sucesso do programa através do alcance dos objetivos propostos em cada sessão, bem como, do objetivo geral da intervenção: promoção da qualidade das relações interpessoais, através do treino de habilidades sociais.

Fundamentado pelos pressupostos das abordagens cognitivo-comportamental e humanista, pelas quais a dinâmica de funcionamento da instituição se rege, o programa de treino de habilidades sociais foi desenvolvido como consequência do decurso de uma investigação sobre a carência de habilidades sociais em alcoólicos. Deste modo, todo o programa foi elaborado e ajustado à população a que se dirige, após as pesquisas realizadas, tendo sido estruturadas sessões com um cariz teórico-prático, com o intuito de os utentes adquirirem conhecimentos e, posteriormente realizarem o treino de habilidades através de técnicas e estratégias, adequadas e adaptadas ao público-alvo, bem, como de dinâmicas de grupo.

Contudo, devido à limitação do número reduzido de utentes no programa de tratamento do álcool, e fazendo o levantamento das necessidades dos restantes utentes, junto dos terapeutas da instituição, concordou-se em facultar a respetiva intervenção em grupo também, aos utentes pertencentes ao programa educativo-terapêutico para jovens (menores de 18 anos).

Em seguida, serão expostos os objetivos da intervenção em grupo, a fundamentação teórica/racional da mesma e a sua estrutura.

3.2.1. Objetivos

O programa de treino de habilidades sociais tem como objetivo geral a promoção da qualidade das relações interpessoais, através do treino de habilidades sociais, e consequentemente, a prevenção da recaída.

Como objetivos específicos da intervenção em grupo postula-se a promoção e desenvolvimento de competências sociais de: comunicação e conversação; fazer, lidar e reagir a críticas; treino de assertividade; gestão de stress; aprendizagem de técnicas de relaxamento para combater a ansiedade e stress.

3.2.2 Fundamentação Teórica/Racional

Considerados como um problema de saúde pública, o consumo de substâncias tem requerido, cada vez mais, a preocupação social, política e científica, devido à complexidade do tema e às consequências tanto a nível pessoal, familiar, como social (Ferreira-Borges & Filhos, 2004; Quintas, 2000).

Para além da violência, problemas sociais, prejuízos laborais e dificuldades de relacionamento, o consumo de substâncias psicoativas e álcool conduz não só a graves consequências sociais, como também, o défice em habilidades sociais tem sido visto como um fator de predisposição ou manutenção das dependências (Botvin, 2000; Gaffney, Thorpe, Young, Collet & Occhipinti, 1998). Corroborando o mesmo, diversos autores concluem, em seus estudos que, os défices em habilidades sociais estão associados a comportamentos disfuncionais como o abuso de álcool e o consumo de drogas. Sendo visto o consumo como uma forma de colmatar os referidos défices, servindo como ferramenta de desinibição e diminuição de tensão gerada pelas interações sociais (Caballo, 2006; Hidalgo & Abarca, 1992; Marlatt & Gordon, 1993; Tran & Haaga, 2002).

Assim, importa conhecer o conceito de habilidade social, que é vista como um comportamento ou pensamento, incutido no indivíduo, que o permite resolver uma situação de forma adequada e aceitável em contexto social e de relações interpessoais (Del Prette & Del Prette, 2004; Trianes, Muñoz & Jiménez, 1997). Assim, *“as habilidades sociais correspondem a um universo mais abrangente das relações interpessoais e se estendem para além da assertividade, incluindo as habilidades de comunicação, de resolução de problemas, de cooperação e aquelas próprias dos rituais sociais estabelecidos pela subcultura grupal”* (cit. in Del Prette & Del Prette, 2005). De acordo com Bellack e Hersen (1977), e Matson, Sevin e Box (1955), é expressa a preocupação com as consequências dos défices de habilidades sociais nas etapas de desenvolvimentos do indivíduo, e consequente comprometimento da qualidade das relações interpessoais (citado por Del Prette & Del Prette, 2005).

Desta forma, salienta-se a classificação das habilidades sociais, segundo Del Prette e Del Prette (2001), para posterior elaboração de um treino de habilidades sociais: Habilidades sociais de comunicação (fazer e responder a perguntas; iniciar, manter e encerrar uma conversa; elogiar; pedir e dar feedback); Habilidades sociais de civilidade (apresentar-se; cumprimentar; despedir-se; dizer por favor; agradecer); Habilidades sociais assertivas de enfrentamento (dar a sua opinião; concordar/discordar; pedir desculpa; fazer/aceitar/recusar pedidos; lidar/reagir a críticas; expressar raiva; interagir/aceitar a autoridade); Habilidades sociais empáticas (expressar/gerir sentimentos; apoiar); Habilidades sociais de trabalho (falar em público; resolver problemas; tomar decisões; gerir conflitos; liderança); Habilidades sociais de expressão de sentimentos positivos (solidariedade; cultivar amor/amizade).

Deste modo, os programas de treino de habilidades sociais baseiam em componentes das teorias humanistas, sistémicas, cognitivas e comportamentais (Caballo, 2006; Del Prette & Del Prette, 2001), onde são utilizadas técnicas de reestruturação cognitiva, solução de problemas, relaxamento, modelagem, feedback, tarefas de casa, fornecimento de conhecimentos e ensaio comportamental. Assim, o treino de habilidades sociais visa a superação de défices comportamentais e dificuldades interpessoais do indivíduo, para obtenção de comportamentos socialmente adequados e competentes. Bem como, pretende minimizar os fatores de risco para a saúde, impulsionar fatores de proteção para o indivíduo, promover a remissão de problemas e reduzir o défice de habilidades sociais (Murta, 2005). Assim, o seu treino é indispensável no tratamento da toxicod dependência e alcoolismo, bem como, na prevenção de perturbações por uso de substâncias (Del Prette & Del Prette, 2005).

Tendo os programas educativo-terapêuticos para alcoólicos e para jovens, da comunidade terapêutica, como alguns dos objetivos: Promover a abstinência total e sustentada; proporcionar a reintegração sociofamiliar; prevenção de fatores de risco; promoção de fatores de prevenção; e desenvolver competências pessoais e sociais como forma de prevenção de comportamentos desajustados; desenvolver competências a nível da comunicação interpessoal, da resolução de problemas, gestão de conflitos, assertividade e gestão das emoções; desenvolver competências ao nível das relações interpessoais, respetivamente; a intervenção em grupo teve como escolha o trabalho na área das habilidades sociais, para colmatar as necessidades de ambos os grupos, recolhidas junto dos terapeutas de ambos. Assim, o treino de habilidades sociais recairá sobre o tema da comunicação (como iniciar uma conversa; técnicas básicas de

conversa o); treino de assertividade; saber receber, fazer e lidar com as críticas; gestão de stress; e técnicas de relaxamento.

3.2.3. Estrutura do Programa

A interven o em grupo “*Dar e Receber*” – Treino de Habilidades Sociais, foi estruturada tendo por base as características e necessidades dos utentes e foi agendada de acordo com a dinâmica da institui o, nos meses de Maio e Junho de 2013. As temáticas abordadas na interven o em grupo pretendem aumentar e desenvolver as competências sociais dos utentes. Assim, o treino de habilidades sociais   composto por 8 sessões, com a dura o de 90 minutos cada.

Os temas a desenvolver foram distribuídos aleatoriamente pelas sessões, sendo que alguns serão abordados em duas sessões, pela extensão e importância dos mesmos, tendo em conta as necessidades dos utentes. Relativamente   estrutura de cada sessão, estas compreendem a mesma disposi o de acontecimentos: revisão da tarefa inter-sessão, que permite aos utentes refletirem sobre o tema a abordar previamente; introdu o ao tema abordado, como forma de dotar os utentes de maior conhecimento acerca da temática; identifica o das dificuldades dos utentes; treino das habilidades através de técnicas, estratégias e dinâmicas de grupo, promovendo uma maior compreensão do que foi falado; *feedback* da sessão dado pelos utentes, permitindo assim, ao facilitador reconhecer as dificuldades dos mesmos, a sua motiva o para o programa e adaptar futuras sessões às suas necessidades, nomeadamente, dificuldade de compreensão dos temas e baixa escolaridade, bem como, uma pequena reflexão sobre a sessão para que retenham os pontos mais importantes da mesma; por fim,   definida a tarefa inter-sessão.

O programa em questão, têm contempla uma sessão de apresenta o do programa, contudo este não carece de sessão de encerramento e *follow-up*, dado o funcionamento da institui o que contempla o treino de habilidades sociais na sua dinâmica de tratamento, devido   rotatividade dos utentes e ao reduzido tempo que permanecem na institui o.

3.2.4. Apresentação Sumária do Plano de Atividades

Sessão	Tema	Objetivos	Material
1 ^a	Dar (nos) a conhecer	<ol style="list-style-type: none">1. Apresentação dos utentes e facilitador;2. Propor os objetivos e reconhecer a finalidade da intervenção em grupo;3. Preenchimento do inventário de habilidades sociais.	<ul style="list-style-type: none">- Bola de lã- Inventário de Habilidades Sociais
2 ^a	Como iniciar uma conversa?	<ol style="list-style-type: none">1. Fornecer as habilidades básicas de conversação;2. Consciencialização das principais dificuldades no processo de comunicação;3. Promover o treino das técnicas de conversação.	<ul style="list-style-type: none">- Cartolinas- Canetas de filtro- Documento com situações de role-play- Folhas brancas- Canetas
3 ^o	Ser assertivo! (Parte I)	<ol style="list-style-type: none">1. Conhecer o conceito de assertividade;2. Incentivar a assertividade;3. Reconhecer os benefícios da assertividade.	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor de vídeo- Documento PowerPoint da sessão- Vídeo “Assertividade” (parte I)
4 ^a	Ser assertivo! (Parte II)	<ol style="list-style-type: none">1. Motivar para a assertividade;2. Reconhecer os diferentes tipos de comportamento;3. Experimentar o comportamento assertivo.	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor de vídeo- Documento PowerPoint da sessão- Vídeo “Assertividade” (parte II)- Documento com situações de role-play
5 ^a	Criticar e ser criticado (Parte I)	<ol style="list-style-type: none">1. Compreender a importância da crítica nas relações interpessoais;2. Abordar os tipos de crítica;3. Aprender a fazer uma crítica;	<ul style="list-style-type: none">- Documentos sobre a temática- Cartolina- Canetas de filtro

6 ^a	Criticar e ser criticado (Parte II)	<ol style="list-style-type: none">1. Reconhecer diversas formas de lidar com a crítica;2. Compreender a melhor forma de reagir à crítica;3. Aprender a criticar de forma assertiva.	<ul style="list-style-type: none">- Cartolinas- Canetas de filtro
7 ^a	Gestão de stress: Menos stress, por favor!	<ol style="list-style-type: none">1. Compreender e fomentar o conceito de stress;2. Promover o conhecimento sobre os efeitos, causas e fontes de stress;3. Definir soluções para combater o stress.	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor de vídeo- Documento PowerPoint da sessão- Vídeo “O que é o stress e como lidar com ele?”
8 ^a	Gestão de stress: Vamos relaxar!	<ol style="list-style-type: none">1. Desenvolver a temática do relaxamento;2. Compreender os benefícios do relaxamento;3. Aprender diferentes tipos de relaxamento;4. Experimentar o relaxamento.	<ul style="list-style-type: none">- Computador- Projetor de vídeo- Documentos PowerPoint da sessão- Ficheiro de áudio “Relaxamento Schultz”

Tabela 1: Plano de sessões da intervenção em grupo

3.2.5. Estratégias de Avaliação e Resultados

A avaliação da intervenção em grupo teve dois momentos de aplicação do Inventário de Habilidades Sociais, de Zilda Del Prette e Almir Del Prette (2001), o pré-teste, na primeira sessão do programa de intervenção e, numa sessão complementar, o pós-teste. Este instrumento de autorrelato é constituído por 38 itens e avaliam as habilidades sociais em cinco subescalas: enfrentamento e autoafirmação com risco; autoafirmação na expressão de sentimento positivo; conversação e desenvoltura social; autoexposição a desconhecidos e situações novas; autocontrolo da agressividade. A escala do tipo likert é composta por 5 pontos, que variam do nunca ou raramente, ao sempre ou quase sempre (do 0 ao 4, respetivamente, sendo que há itens “negativos”, em que se deve inverter a pontuação), sendo a avaliação das habilidades sociais resultado da soma dos valores brutos dos itens, constituintes de cada subescala.

Os resultados, das duas aplicações, do teste de avaliação permitiram evidenciar que o score geral do inventário de habilidades sociais encontra-se abaixo do padrão médio. Numa primeira aplicação obteve-se um score médio de 1.5, evidenciando-se um aumento de 0.4, após a implementação da intervenção em grupo (score do pós-teste 1.9). Apesar de os resultados ainda se encontrarem abaixo da média, estes apontam para uma melhoria, ou ganho, no desenvolvimento das habilidades sociais dos participantes.

Desta forma, denota-se um efeito positivo da intervenção no comportamento dos utentes, requerendo a continuação e reforço do trabalho na área das habilidades sociais. A tabela 2 descreve os resultados gerais do programa de intervenção, em anexo, segue a descrição dos resultados por item e subescala (Anexo IV).

Instrumento de avaliação	Média do Pré-Teste	Média do Pós-Teste
IHS – Inventário de Habilidades Sociais	1.5	1.9

Tabela 2: Resultados médios da avaliação da intervenção em grupo “Dar e Receber” (N=5)

3.2.6 Limitações e Reflexões

A primeira das limitações encontradas, na intervenção proposta, foi a demora da implementação da mesma, devido à dinâmica da comunidade terapêutica. O que condicionou o número total de sessões, pois estas foram apresentadas quinzenalmente, num reduzido espaço de tempo. Outra das limitações evidentes foi o grupo à qual a intervenção foi destinada, pelo reduzido número de utentes, devido a desistências, utentes que terminam o processo de tratamento e ainda, a falta de utentes devido a consultas médicas/psiquiátricas. Contudo, para ultrapassar a limitação referida anteriormente, foi proposto pelos terapeutas da instituição, a realização da intervenção com dois grupos distintos: grupo do programa educativo-terapêutico para alcoólicos e para jovens (menores de 18 anos), o que por si só, corresponde a uma limitação, devido à discrepância de idades e características dos utentes dos dois programas.

Apesar das limitações encontradas, os resultados da intervenção em grupo são positivos, pois os objetivos propostos foram atingidos com sucesso, dado que as diferenças encontradas nos utentes, não são tão evidentes no concerne à carência de habilidades sociais.

3.1 Atividade de Ação de Formação “Sentimentos & Emoções”

Através de uma revisão bibliográfica e centrando-se nas necessidades dos utentes, a ação de formação foi desenvolvida, com o intuito de formar os mesmos sobre os sentimentos e emoções que vivem e experienciam. Sendo o tema, uma das maiores dificuldades dos utentes da instituição, este foca-se no saber reconhecer, lidar e gerir os sentimentos e emoções e foi dividido em duas partes, dada a relevância do mesmo.

Com recurso ao diálogo interativo e ao método explicativo, a ação de formação procedeu-se então nos dias 24 de Abril e 8 de Maio de 2013, com uma duração total de três horas, dirigindo-se aos utentes do programa educativo-terapêutico para alcoólicos e jovens.

3.3.1. Objectivos

Considerando a temática a ser abordada e o contexto em que se insere, a ação de formação tem como objetivo geral consciencializar os utentes para a importância do reconhecimento e gestão dos sentimentos e emoções nas relações intra e interpessoais, e para a sua formulação especificaram-se os seguintes objetivos:

- Informar o utente sobre os conceitos de sentimento e emoção;
- Educar o formando sobre a funcionalidade dos sentimentos e emoções;
- Consciencializar o utente sobre os diferentes sentimentos e emoções que existem, permitindo-lhe reconhecer os mesmos através de micro expressões;
- Permitir que o participante reflita sobre o que sente perante diversas situações;
- Dotar o utente de meios concretos para gerir os sentimentos e emoções;
- Fornecer técnicas para treinar a sua força emocional;
- Fomentar estratégias para lidar com os sentimentos e emoções.

3.3.2. Fundamentação Teórica/Racional

Intitulada de “Sentimentos & Emoções”, a ação de formação emergiu do levantamento da necessidade do trabalho na área da expressão de sentimentos e emoções, dos grupos educativo-terapêuticos para alcoólicos e para jovens, que carecem

da consciencialização da importância da sua expressão no desenvolvimento das relações interpessoais.

Partindo do pressuposto de que indivíduos com comportamentos sociais desviantes apresentam particularidades quanto à expressão dos sentimentos e emoções que experienciam, devido à intensidade e ao seu leque restrito, na qual predominam sentimentos e emoções negativas, é fundamental trabalhar as crenças disfuncionais e estereótipos criados, relativamente à deseabilidade social e adequabilidade dessa expressão (Rijo, Sousa, Lopes, Pereira, Vasconcelos, Mendonça, Silva, Ricardo & Massa, 2010). A crença de que um homem não chora, ou que não devemos mostrar o que sentimos por darmos a conhecer as nossas fraquezas, por exemplo, são crenças e ideias sobre valorizadas, que devem ser desmistificadas, pois, muitas vezes, advêm de valores sociais e culturais.

Desta forma, foi feita uma revisão de literatura acerca do tema, começando por uma breve abordagem aos conceitos de sentimento e emoção, para posterior referência aos métodos e estratégias de identificação dos mesmos, reforço e estratégias de gestão.

Assim, a distinção entre emoções e sentimentos prende-se na noção de que as emoções correspondem à satisfação de necessidades orgânicas, relacionadas com as sensações e exigências sociais, enquanto os sentimentos respondem a necessidades culturais e espirituais. Assim sendo, os sentimentos dependem das condições de vida da pessoa, das suas relações e necessidades (Smirnov, 1969, citado por Machado, 2011).

Uma emoção surge então, subitamente, despoletada por situações novas, insólitas e inesperadas, acompanhada de manifestações fisiológicas, e com uma duração de apenas alguns segundos. Esta processa-se em três etapas distintas: carga (perceção e interpretação do estímulo e libertação de neurotransmissores); tensão (preparação do corpo para agir); e descarga (ação que proporciona o retorno ao equilíbrio); e encontra-se sempre associada a uma situação ou contexto específico, mantendo um significado e função adaptativa. Os sentimentos não são observáveis e relacionam-se com interior, prolongando-se no tempo e são de menor intensidade de expressão que as emoções, pois estes não se associam a uma causa imediata, mas surgem quando há a tomada de consciência das emoções presentes (Denton, 2005; Escada, 2004; Freitas-Magalhães, 2011).

Com um valor adaptativo, os sentimentos e emoções, permitem garantir a sobrevivência do indivíduo e a comunicação entre eles, salvaguardando o equilíbrio e bem-estar individual e social, mantêm um papel essencial na aprendizagem de valores e

regras sociais, preparam o indivíduo para a ação, permitindo a modelagem do comportamento futuro (Damásio, 2012).

De acordo com Lewis (1992, citado por La Taille, 2002), existem emoções básicas ou primárias (alegria, tristeza, medo, surpresa, nojo e raiva) e emoções secundárias (vergonha, inveja, ciúme, empatia, embaraço, orgulho e culpa).

Conforme foi postulado por Ekman e Friesen (2003), o ser humano comunica emoções primárias com base em expressões faciais, nomeadamente por micro expressões, com carácter involuntário, impossíveis de serem disfarçadas e com uma duração inferior a 1 segundo.

De acordo com Wey (1999), um dos meios básicos de linguagem corporal é o uso de expressões faciais. De fato, o rosto humano tem a capacidade de transmitir múltiplas informações sobre uma pessoa simultaneamente, tais como emoção, humor, atitude, idade, sexo, raça. Estas informações têm um carácter universal, ou seja, mesmo em diferentes culturas e em diferentes épocas, expressões faciais que explicitam tristeza, alegria, dor e outras expressões sempre foram as mesmas.

Após a alusão dos conceitos a abordar, mostra-se necessária uma referência ao modelo explicativo da inteligência emocional, base do processo de comportamento, que segundo Goleman (2001, citado por Extein, Goleman & Weissberg, 2006), refere que a forma como o homem se comporta e age é baseada em dois tipos de inteligência, a racional (QI – quociente de inteligência) e a emocional (QE – quociente emocional), desta forma, é importante reconhecer e permitir que as capacidades racionais funcionem em conjunto com as capacidades emocionais, promovendo a habilidade de se relacionar com os outros (Steiner & Perry, 2000). De acordo com a literatura, podemos então considerar fulcral aprender a compreender os sentimentos e emoções, como geri-los e controlá-los, de forma a aumentar a estabilidade emocional. Essa é uma competência que contribui para a melhoria das relações interpessoais, promovendo a criação de relações afetivas.

Para Smith e Lazarus (1990, citado por Woyciekoski & Hutz, 2009), a gestão adequada de sentimentos e emoções tem consequências a nível do bem-estar, da saúde física e mental, das interações sociais, para além do desenvolvimento de competências de resolução de problemas. Sendo assim, o sentimento e a emoção correspondem a uma reação psicobiológica que envolve a motivação, inteligência, impulso para a ação, bem como, aspetos sociais e da personalidade, associados a mudanças fisiológicas, resultantes de um acontecimento ou contexto social.

A inteligência emocional é então definida como a capacidade de gerir as próprias emoções e sentimentos, bem como os dos outros, identificando-os e utilizando-os como forma de orientar os seus pensamentos e ações (Salovey & Mayer, 1990). Assim, esta nova forma de inteligência envolve um conjunto de competências cognitivo-afetivas, como, a habilidade de percepção, avaliação e expressão correta de sentimentos e emoções, a habilidade de gerar sentimentos que facilitem o processo de pensamento, a habilidade de conhecer o nível emocional e a habilidade de controlar as emoções e sentimentos, provendo tanto um crescimento emocional, como intelectual (Mayer, Caruso & Salovey, 1999; Won & Law, 2002, citado por Leitão, Fortunado & Freitas, 2006).

Conclusivamente, esta ação de formação, direcionada aos utentes alcoólicos e jovens toxicodependentes da comunidade terapêutica do Projeto Homem, será realizada através de uma abordagem inicial à temática, sempre acompanhada de atividades práticas e referências a situação reais do quotidiano, para proporcionar uma melhor compreensão do tema abordado, utilizando o método explicativo e, dando especial atenção, ao diálogo entre o formador e os formandos. Assim, pretende-se alcançar as metas propostas no início da ação de formação, promovendo um desenvolvimento e mudança a nível emocional e fornecendo estratégias para lidar com os sentimentos e emoções, adequadas ao público-alvo: acreditar em si e ao outro; autoconhecimento; brainstorm; relaxamento; atividades prazerosas; delinear e organizar tarefas; gastar energia; saber observar; e rir.

3.3.3. Plano de Sessão

A ação de formação realizou-se nos dias 24 de Abril e 8 de Maio de 2013, com base no tema sentimentos e emoções, onde foram abordadas as suas funções e tipologias, estratégias para lidar com os mesmos, bem como outras temáticas essenciais para a gestão adequada dos sentimentos e emoções. Dividida em duas partes e com uma duração total de três horas, a ação de formação foi destinada aos utentes do programa educativo-terapêutico para alcoólicos e para jovens, utilizando uma metodologia expositiva e de diálogo interativo. Em anexo (anexo V) seguem os documentos/powerpoints utilizadas na respetiva ação de formação.

3.3.4. Estratégias de Avaliação e Resultados

Foi aplicado o questionário de avaliação da ação de formação e do formador, no final da segunda sessão, questionário este, formado de modo a proceder-se à avaliação de conteúdos, metodologias de apresentação e capacidade de exposição do formador. Deste modo, constituído por um conjunto de questões de resposta de tipo Likert, variando do 0 ao 4 (nada satisfeito a extremamente satisfeito).

Após a avaliação dos resultados chega-se à conclusão que os utentes aprovaram a ação de formação e os métodos utilizados, como se pode observar na tabela ilustrada abaixo (Tabela 3).

Contudo, o feedback dos utentes e terapeutas, foi considerado, e dado como positivo. Pôde-se notar no restante decorrer do estágio, que os utentes diariamente recordavam conhecimentos adquiridos na ação de formação, partilhando os mesmos com os utentes que não presenciaram a formação.

Itens	Resultados Médios
<i>Objetivos</i>	
Os objetivos desta formação foram claros?	4
Foram cumpridos os objetivos propostos?	4
<i>Desenvolvimento / Utilidade</i>	
Consideras que esta ação de formação foi importante?	4
Consideras que os temas tratados são úteis ni dia-a-dia?	4
<i>Autoavaliação de conhecimentos</i>	
Nível de conhecimentos no início da ação de formação.	2
Nível de conhecimento no final da ação de formação.	4
<i>Formador</i>	
Escolha dos temas.	3
Relação com o grupo.	4
Promoveu a motivação do grupo?	4
Mostrou clareza na exposição do tema?	3
Prestou os esclarecimentos necessários aos formadores?	4
Recorreu a exercícios para explicar o tema?	4
A metodologia utilizada facilitou a aprendizagem?	4

Tabela 3: Resultados médios da avaliação da ação de formação “Sentimentos & Emoções” (N=9)

3.3.5. Limitações e Reflexões

A principal limitação encontrada foi a questão do tempo, situação essa que, foi imediatamente resolvida, quando se propôs que a formação se realizasse em dois dias distintos. Contudo, o agendamento da formação, com duas semanas de intervalo, formulou uma limitação, pelo distanciamento temporal de ambas. Apesar desse fato, não foi possível concluir que a produtividade da ação de formação foi afetada, pois no segundo dia de formação, foi feita, pelos utentes, uma reflexão sobre a anterior, com sucesso e empenho.

Reflexão Integrativa

Fazendo uma retrospectiva do estágio curricular, este constituiu uma etapa de formação determinante para o desenvolvimento e treino de competências, adquiridas ao longo de todo o percurso acadêmico. Esta fase fica marcada por momentos distintos, de dificuldades, conquistas, autonomia e confiança no trabalho que havia sendo realizado, bem como, de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto futura psicóloga.

A formação profissional, na qual o estágio sinaliza um ponto crucial, é o momento de aplicar e desenvolver conhecimentos, pelo contato com uma nova realidade, nomeadamente a Toxicodependência e o Alcoolismo, promovendo o desenvolvimento de uma boa prática profissional, através da capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica, de análise e avaliação clínica, até à adequada seleção de estratégias terapêuticas. Neste sentido, a experiência do estágio mostrou-se muito rica, na medida em que foi-nos possibilitada a convivência e contato mais próximo e direto com o dia-a-dia do utente, permitindo-nos conhecer uma visão mais complexa e real do Homem enquanto dependente de substâncias.

De modo a consolidar o nosso processo de aprendizagem, observamos e acompanhamos diversos casos complexos, bem como, tivemos a oportunidade de presenciar inúmeras intervenções aos grupos constituintes da comunidade terapêutica. Contudo, pautado por dificuldades, o processo do decorrer do estágio passou por momentos de alguma desmotivação, relacionados com a falta de experiência perante novos desafios, bem como com a realização das atividades estabelecidas no estágio. No entanto, com base na capacidade de resolução de problemas e procurando apoio e orientação, foi possível levar a cabo todos os objetivos propostos, com afinco e determinação.

No decorrer da elaboração do relatório de estágio, iniciou-se um período de reflexão acerca dos fatores limitadores desta experiência, que prendem-se no fato de a dinâmica da instituição ser muito rígida, o que impossibilitava a integração das nossas atividades no plano de tratamento dos utentes, limitando o nosso tempo de atuação, que foi o fator determinante para impossibilitar a aplicação da intervenção psicológica aos utentes acompanhados, assim como, o abandono do programa de tratamento, constante neste tipo de população, contribuiu para a redução de casos clínicos a acompanhar, pois

ocorreram duas desistências do tratamento aquando da recolha de dados para a anamnese.

Conclusivamente, a introspeção realizada permite definir este percurso como mais uma caminhada da estrada da vida, regradada por obstáculos mas com a meta atingida. Assim, o estágio marca o fim de uma etapa, de formação académica, pessoal e profissional, e o início de um novo caminho, que sempre foi o objetivo final, ser psicóloga clínica e da saúde.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association – APA (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In Castro-Caldas & Mendonça (Eds.). *A doença de alzheimer e outras demências em Portugal*. (27-49). Lisboa: Lidel.
- Botvin, G. F. (2000). Preventing drug abuse in school: Social and competenceenhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behavior*, 25, 887-897.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Espanha: Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Editora Santos.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para o tratamentocognitivo-comportamental de transtornos psicológicos da atualidade*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Canavarro, M. C. (1993). Avaliação de sintomas psicopatológicos através do BSI: Estudos de fiabilidade e validade do inventário. *Provas Psicológicas em Portugal*, 2.
- Cunha, S., Carvalho, J., Kolling, N., Silva, C. & Kristensen, C. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: Um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1), 21-39.
- Damásio, A. (2012). *Ao encontro de espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Temas e Debates.

- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS- Del Prette): Manual de apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2004). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. (2005). *Psicologia das Habilidades Sociais Terapia, Educação e Trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Denton, D. (2005). *As emoções primordiais: A emergência da consciência*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Edwards, G., Marshall, E., & Cook, C. (2005). *O Tratamento do alcoolismo – Um guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial clues*. United States of America: Malor Books.
- Escada, A. (2004). *Emoções*. Porto: Raridade.
- Extein, C., Goleman, D. & Weissberg, R. (2006). Emotional intelligence: What does the research really indicate?. *Educational Psychologist*, 41(4), 239-245.
- Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Espanha: Ediciones Pirámide.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: Afectos e psicopatologia*. Livpsic/ Legis Editora.

- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). *A psicologia das emoções: O fascínio do rosto*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Gaffney, L. R., Thorpe, K., Young, R., Collet, R. & Occhipinti, S. (1998). Social skills, expectancies, and drinking in adolescents. *Addictive Behaviors*, 23(5), 587-599.
- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicod dependente sem abrigo e uma população toxicod dependente domiciliada. *Toxicod dependências*, 13(3), 3-14.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. & Clark, D. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: Um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.
- Henriques, A., & Paixão, R. (2009). Padrões de consumo de álcool em programas de substituição de opiáceos. *Toxicod dependências*, 15(3), 39-49.
- Hidalgo, C. G. & Abarca, N. M. (2002). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. Santiago: Ediciones Universidad Católica.
- Jackson, J. (1954). The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Quarterly Studies on Alcohol*, 15(4), 564-586.
- La Taille, I. (2002). O sentimento da vergonha e suas relações com a moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 13-25.
- Lawlor, B. A. (2006). Sintomas comportamentais e psicológicos na demência. In Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (267-279). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Leitão, S., Fortunato, G. & Freitas, A. (2006). Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: Uma visão biológica. *RAP Rio de Janeiro*, 40(5), 883-907.

- Machado, L. (2011). Teoria das Emoções em Vigotski. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 647-657.
- Manso, S. & Matos, M. (2006). Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 73-84.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mayer, J., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Molina, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patologia dual*. Eds. Ars Medica.
- Murta, S. G. (2005). *Planejamento, implementação e avaliação de um programa de manejo de estresse ocupacional*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nunes, L. & Jólluskin, G. (2007). A avaliação como ferramenta de análise e de intervenção nas toxicodependências. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 4, 304-313.
- Patrício, L. (2002). *Droga – Aprender para prevenir*. Lisboa: Psiquiatria e Medicina, Lda.
- Peixoto, A. (2010). *Dependências e outras violências – Estudo comparado 2004-2009*. Ponta Delgada: Edições Macaronésias.
- Pereira, M. (2001). *Intervenção em grupo na promoção da saúde*. Braga: Teles Edições.
- Picchi, P. (1991). *Projecto homem: Um programa terapêutico para toxicodependentes*. Braga: Centro de Solidariedade de Braga.

- Quintas, J. (2000). Consumos de drogas: Realidades e representações sociais. *Toxicodependências*, 6(3).
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adições*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas. Climepsi editores.
- Rijo, D., Sousa, M., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos J., Mendonça, M., Silva, M., Ricardo, N. & Massa, S. (2010). *G. P. S. Gerar percursos sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Açores: COINGRA.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Baywood Publishing*, 185-212.
- Santana, S. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Toxicodependências*, 14(1), 17-24.
- Steiner, C. & Perry, P. (2000). *Educação emocional: Literacia emocional ou a arte de ler emoções*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Teixeira, M. (2000). Diagnósticos duplos: Toxicodependência e perturbações psiquiátricas. *Artigos*, 5(2), 9-16.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), 441-448.
- Torres, I., & Rodrigues, S. (2007). Padrões, crenças e expectativas de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica numa amostra de utentes em tratamento de manutenção com metadona. *Toxicodependências*, 13(3), 37-51.
- Tran, G. Q. & Haaga, D. A. F. (2002). Coping responses and alcohol outcome expectancies in alcohol abusing and nonabusing social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 1-17.
- Trianes, M., Muñoz, A. & Jiménez, M. (1997). *Competencia social: Su educación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Wey, J. D. R. (1999). *Interface: um sistema de animação interactiva de rostos humanos*. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo. 112pp.

Woyciekoski, C. & Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: Teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11.

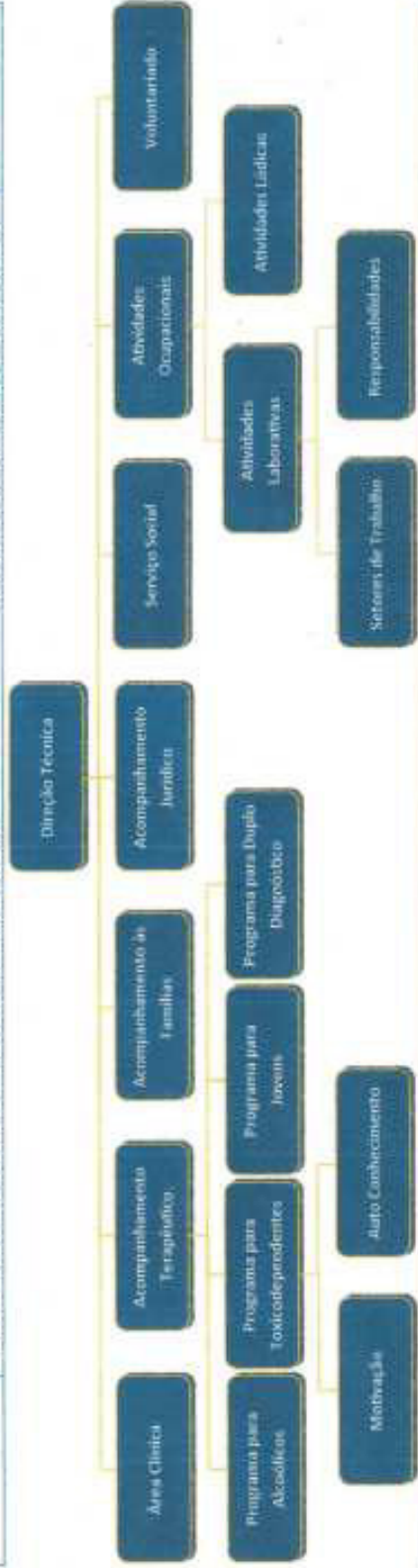
- Anexos -

- Anexo I -

Ornigrama da Comunidade Terapêutica

– Projeto Homem

Centro de Solidariedade de Braga—Projecto Homem **Estrutura da Comunidade Terapéutica**



Composição da Equipa:		Nome do Colaborador	Categoria
Direção Técnica			
Diretora	Virgínia Freitas	Advogada	
Assistente da Diretora (área clínica)	Aldina Martins **	Psicóloga	
Assistente de Direção (área prática)	Augusto Pinto**	Educador Social	
Assistente da Diretora (rec. Humana)	Doroteia Felgueiras**	Educadora Social	
Programa para Alcoólicos			
	Isabel Ribeiro	Técnica Superior de Educação	
	Isabel Fimheiro**	Psicóloga	
Programa para Toxicodependentes			
	Francisca Avelar	Técnica Superior de Educação	
	Augusto Pinto**	Educadora Social	
Fase de Motivação			
Fase de Auto- Conhecimento			
	Alicia Dias**	Psicóloga	
	Doroteia Felgueiras	Educadora Social	
Programa para Jovens			
	Terese Sousa**	Educadora Social	
Programa para Duplo Diagnóstico			
	Isabel Fimheiro**	Psicóloga	
	Aldina Martins **	Psicóloga	
	Isabel Fimheiro**	Psicóloga	
Responsáveis pelos Processos Clínicos			
	Pedro Constantino	Monitor	
Área Clínica			
	Terese Sousa **	Educadora Social	
Acompanhamento às Famílias / Acompanhamento Jurídico			
Serviço Social			
Voluntariado			
Acompanhamento Noturno			
*MSO faz parte da equipa técnica da Comunidade Terapéutica.			
**colaboradores que acumulam várias funções			
	Luis Vaz	Monitor	
	Anelicio Silva	Monitor	

Atualizado em Julho de 2011

- Anexo II -

Material da Intervenção em Grupo

“Dar e Receber”

Sessão 1: Dar (nos) a conhecer

Objetivo geral:

- Apresentação do grupo, objetivos e finalidade da intervenção em grupo.

Objetivos específicos:

1. Apresentação dos utentes e facilitador;
2. Propor os objetivos e reconhecer a finalidade da intervenção em grupo;
3. Preenchimento do Inventário de Habilidades Sociais.

Duração: 60min

Atividades e procedimentos

Descrição das atividades:

1. Apresentação dos utentes e do facilitador:

Para a apresentação do grupo, propõe-se que todos formem um círculo no centro da sala, em pé, de modo a que todos se consigam ver. O facilitador explica o objetivo do jogo, intitulado “Teia do Conhecimento”, começando com o exercício para exemplificar.

Assim, o facilitador, com uma bola de lã na mão, identifica-se com o nome, idade, naturalidade e principais características. Posteriormente, segurando a ponta da bola de lã, atira a mesma para um dos utentes, para que este se apresente e, de seguida, segurando um fio de lã, atire a bola para outro e assim sucessivamente. No final, pretende-se que, após as apresentações feitas, se debata a “teia de conhecimento” que se gerou entre todos, valorizando o fato de todos estarem interligados.

Duração: 10min

2. Propor os objetivos e reconhecer a finalidade da intervenção em grupo:

Apresenta-se os objetivos e explica-se a finalidade da intervenção em grupo, recolhendo as expectativas e dificuldades dos utentes, perante o programa

apresentado. Pretende-se também estabelecer as regras de funcionamento do grupo.

Duração: 20min

3. Preenchimento do Inventário de Habilidades Sociais:

Para a melhor compreensão da eficácia da intervenção em grupo e da compreensão dos défices de habilidades sociais dos utentes, pretende-se aplicar o inventário de habilidade sociais. No final da intervenção será feito o apuramento da eficácia das sessões, comparativamente, ao momento inicial.

Duração: 10min

4. Tarefa inter-sessão:

Pretende-se que os utentes reflitam sobre o tema a abordar na sessão seguinte, de modo a que lhes surjam dúvidas acerca da temática, dificuldades e as suas próprias conceções sobre o tema. Assim, é pedido que os utentes reflitam sobre a frase: “É impossível não comunicar!”.

Duração: 10min

5. Feedback:

Os utentes dão o seu depoimento sobre o decorrer da sessão, explorando as expectativas e dificuldades que estes apresentam perante o programa apresentado.

Duração: 10min

Materiais:

- Bola de lã;
- Inventário de Habilidades Sociais.

Sessão 2: Como iniciar uma conversa?

Objetivo geral:

- Promover as competências básicas de comunicação.

Objetivos específicos:

1. Fornecer as habilidades básicas de conversação;
2. Consciencialização das principais dificuldades no processo de comunicação;
3. Promover o treino das técnicas de conversação.

Duração: 90min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da tarefa inter-sessão:

É pedido aos utentes que partilhem a sua reflexão a partir da frase “É impossível não comunicar”.

Duração: 10min

2. Fornecer as habilidades básicas de conversação:

O facilitador inicia o tema com uma breve explicação dos conceitos de comunicação, elementos da comunicação, tipos de comunicação e barreiras à comunicação. De seguida, é pedido aos utentes que se juntem e façam uma pequena reflexão sobre as funções da comunicação e que numa cartolina anotem as suas ideias, para seguidamente se debater o assunto. Após uma abordagem inicial sobre o processo de comunicação são referidas as competências fundamentais relativas ao diálogo, nomeadamente, interesse, quatro ouvidos (ouvido objetivo; ouvido da expressão pessoal, ouvido do relacionamento; ouvido do apelo), escuta ativa e, finalmente, o processo de iniciação de uma conversa (Preparação: autoclarificação, clarificação do enquadramento, combinar encontro; Durante a conversa: Início, clarificação dos pontos de vista, clarificação dos aspetos encobertos e motivos “subliminares”, procurar soluções

e combinações, refletir sobre a conversa). Ao terminar a exposição da temática, é pedido aos utentes que se junte e, na cartolina, anotem os passos de conversação, com ajuda do facilitador para os termos técnicos.

Duração: 30min

3. Consciencialização das principais dificuldades no processo de comunicação:

Neste objetivo, pretende-se reconhecer as dificuldades dos utentes na comunicação com o outro. Assim, é gerado um debate entre os utentes, de modo a que estes reflitam e partilhem as suas dificuldades. O debate é mediado pelo facilitador que pode lançar as seguintes questões, para reflexão: O que eu sinto quando tenho que falar com um desconhecido? O que eu não consigo dizer quando é necessário? Quais os erros que cometo ao iniciar ou manter um conversa?

Duração: 10min

4. Promover o treino das técnicas de conversação:

Para o treino as técnicas básicas de comunicação é realizada a atividade “Como iniciar uma conversa?”. Organizando os utentes em três grupos distintos, é distribuído um documento com três situações de role-play, cada grupo terá de representar uma delas. Pretende-se com esse objetivo que os utentes treinem as competências básicas de conversação, sendo que no final de cada situação de role-play são debatidas as dificuldades com que os utentes se depararam, apontando os erros cometidos, encontrando soluções e reforçando os comportamentos positivos.

Duração: 25min

5. Tarefa inter-sessão:

O utente, até à próxima sessão, deve refletir sobre o que é a assertividade e que comportamentos devem adotar para ser assertivo.

Duração: 5min

6. Feedback:

Os utentes dão o seu feedback, e refletem sobre a sessão apresentada.

Duração: 10min

Materiais:

- Cartolinas;
- Canetas de filtro;
- Documentos com situações de role-play;
- Folhas brancas;
- Canetas.

Procedimento para a Atividade: “Como iniciar uma conversa?”

Represente as situações que se seguem e levante as seguintes questões:

- Que erros foram cometidos?
- Que soluções encontro?

Situação 1

A ação passa-se numa sala de espera de um consultório médico. Um utente aguarda à volta de 40 minutos pela sua consulta e sabe que dali a 20 minutos tem de apanhar o autocarro.

Entretanto, um homem reformado, que vai ao médico, sem ter consulta marcada, pede para que o médico o atenda no final da consulta, que decorre, para que este lhe passe uma receita de um medicamento. Na sala de espera existem duas cadeiras, nas quais uma delas está ocupada pelo utente e a outra pelo seu saco. Entra o homem e pretende sentar-se.

Representando as duas personagens, iniciem uma conversa.

Situação 2

A ação passa-se no centro de emprego, onde dois desconhecidos aguardam a sua vez. Os utentes representando os seus próprios papéis, terão que iniciar uma conversa, tentando mantê-la interessante e leve durante 5 minutos.

Situação 3

A ação passa-se numa cidade. O utente teve que se deslocar para ir a uma entrevista de emprego numa fábrica e não conhece bem a cidade.

O primeiro contacto com um desconhecido sucedesse quando este tem que pedir informações sobre que linha de metro apanhar e em que estação sair para se dirigir à fábrica. Após recolher as informações pretendidas, este apanha o metro e na estação onde sai tem de se confrontar novamente com um desconhecido para perguntar a este, que caminho tomar para chegar ao destino pretendido.

Ao chegar à fábrica, o utente dirige-se à secretária, apresenta-se, informa-lhe sobre o motivo que o levou ali e pede que esta o encaminhe para o local da entrevista.

Os utentes terão que encenar a situação gerando pequenas conversas.

Sessão 3: Ser assertivo! (Parte I)

Objetivo geral:

- Incrementar a competência da assertivamente (expressão de sentimentos, dar opiniões e mostrar as suas necessidades).

Objetivo específico:

1. Conhecer o conceito de assertividade;
2. Reconhecer os benefícios da assertividade;
3. Incentivar a assertividade.

Duração: 90 min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da tarefa inter-sessão:

É pedido aos utentes que partilhem as suas reflexões sobre a assertividade e comportamento assertivo.

Duração: 20min

2. Conhecer o conceito de assertividade:

Os utentes são instruídos sobre a assertividade, desmistificando as crenças erróneas sobre a temática. Para levar a cabo esse objetivo é projetada uma apresentação em powerpoint, como forma de os utentes acompanharem mais facilmente os conceitos falados.

Duração: 20min

3. Reconhecer os benefícios da assertividade:

Promover o comportamento assertivo, procedendo à identificação das vantagens de ser assertivo: superação da passividade; superação da agressividade.

Duração: 20min

4. Incentivar a assertividade:

Através do visionamento de um vídeo relacionado com a assertividade, pretende-se gerar um debate entre os utentes. No vídeo surgem uma série de questões, para refletir sobre as atitudes e comportamentos que os utentes adotam face aos outros e à assertividade, reconhecendo as mais-valias de optar pelo comportamento assertivo.

Duração: 30min

5. Tarefa Inter-Sessão:

O utente deve refletir sobre o poder da assertividade na melhoria das relações interpessoais.

Duração: 10min

6. Feedback:

Todos os utentes dão o seu feedback, ou seja o que tiraram da sessão.

Duração: 10min

Materiais:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Documento PowerPoint da sessão;
- Vídeo “Assertividade”.

Conteúdos do vídeo:

Você é uma pessoa assertiva? Pense um pouco sobre estas perguntas:

- Você expressa livremente sua opinião, mesmo sabendo que ela contraria a opinião de outras pessoas?
- Você reage quando alguém passa à sua frente numa fila?
- Você tenta se aproximar e conversar com um estranho em convívios?
- Você tem dificuldade em manter o “olho no olho” quando está conversando com alguém?

- Você discute e grita com as pessoas quando a sua paciência acaba?
- Você se sente mal por recusar favores a amigos?

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=UoB4qzpi3ss>

SER ASSERTIVO!

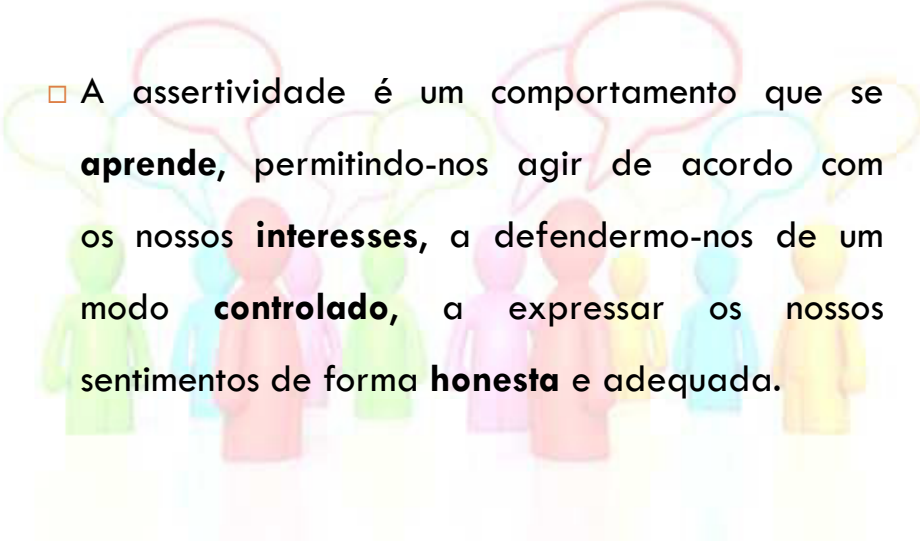
PARTE I

Treino de Habilidades Sociais | Tânia Andrade

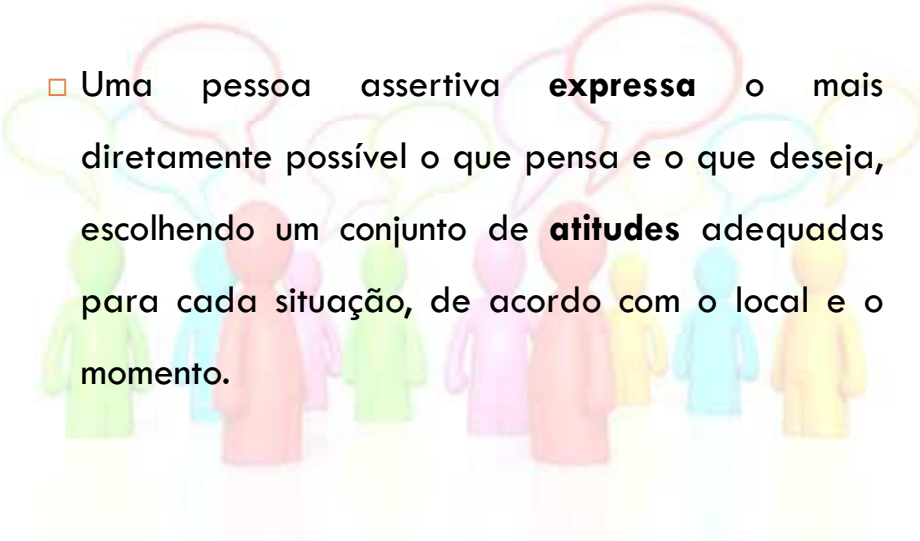
O que é a assertividade?

- Capacidade de se **autoafirmar** na interação social, **expressar** adequadamente opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações, **defender** os próprios direitos sem desrespeitar os dos outros e **solicitar** mudanças de comportamentos indesejados.

O que é a assertividade?

- 
- A assertividade é um comportamento que se **aprende**, permitindo-nos agir de acordo com os nossos **interesses**, a defendermo-nos de um modo **controlado**, a expressar os nossos sentimentos de forma **honesta** e adequada.

O que é a assertividade?

- 
- Uma pessoa assertiva **expressa** o mais diretamente possível o que pensa e o que deseja, escolhendo um conjunto de **atitudes** adequadas para cada situação, de acordo com o local e o momento.

O que é a assertividade?

- A assertividade permite uma **comunicação** direta por meio de um comportamento que habilita o indivíduo a agir no seu interesse, a **defender-se** sem ansiedade excessiva, a expressar os seus sentimentos de forma honesta e adequada, fazendo **valer** os seus direitos sem negar os dos outros.

v

Benefícios da assertividade

- **Superação da passividade:**
 - ▣ Através do consequente aumento da autoestima, da autoconfiança, do respeito mútuo e da satisfação das necessidades pessoais, sociais e profissionais.
- **Superação da agressividade:**
 - ▣ Através do consequente aumento da autoeficácia e do autocontrole, da maximização das probabilidades de “vencer” com a colaboração dos outros.



Ao ser assertivo...

- Afirma a sua **autonomia pessoal**, ao mostrar que tem um pensamento próprio e que é capaz de colaborar, prestando contribuições criativas.
- **Sente-se bem consigo** mesmo e com os outros, uma vez que age e intervém respeitando-se a si mesmo e aos outros.

Ao ser assertivo...

- Afirma a sua **interdependência**, ao experimentar que as suas opiniões, ações e escolhas influenciam os outros, e vice-versa, ficando deste modo confirmada a concomitante independência e dependência em relação aos outros.

Ao ser assertivo...

- As suas **relações sociais são gratificantes** e satisfatórias, uma vez que age sem medos, defesas ou fugas e, por isso, experimenta um grau de ansiedade normal.
- Considera-se e é considerado como **pessoa competente**, uma vez que assume a responsabilidade das tarefas bem conseguidas e das mal sucedidas.

Ao ser assertivo...

- Dispõe-se a **melhorar o seu desempenho** sempre que a adaptação a novas circunstâncias da vida assim exigam, uma vez que aceita as críticas construtivas e os novos desafios como oportunidade de crescimento.

Sessão 4: Ser assertivo! (Parte II)

Objetivo geral:

- Incrementar a competência da assertivamente (expressão de sentimentos, dar opiniões e mostrar as suas necessidades).

Objetivos específicos:

1. Motivar para a assertividade;
2. Reconhecer os diferentes tipos de comportamentos;
3. Experimentar o comportamento assertivo.

Duração: 90min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da tarefa Inter-Sessão:

Através da partilha das reflexões feitas pelos utentes sobre a assertividade, o seu poder na melhoria das relações interpessoais, pretende-se fazer uma breve introdução ao tema, pois a presente sessão será a continuação da anterior.

Duração: 15min

2. Motivar para a assertividade:

Como continuação da sessão anterior, o facilitador pretende fomentar a iniciativa dos utentes em manter comportamentos assertivos. Sendo assim, serão expostas as determinantes para o comportamento adequado (autoestima, autodeterminação, empatia, adaptabilidade, respeito, autocontrolo, tolerância à frustração e sociabilidade), completando-as com exemplos de como as adotar, partindo das dificuldades encontradas pelos utentes. De seguida, procede-se à visualização do vídeo “Assertividade” (parte II), pedindo ao grupo que faça a sua reflexão sobre o que foi visto.

Duração: 20min

3. Reconhecer os diferentes tipos de comportamento:

Mediante uma situação apresentada, pretende-se que os utentes expressem a forma como reagiriam, reconhecendo então, os diferentes tipos de comportamento existentes. Como forma de consolidar o assunto, será distribuído um documento com a descrição dos estilos de comportamento passivo, agressivo e assertivo.

- Situação: Emprestaram o vosso carro a um familiar. Este devolveu-o sem gasolina, pela terceira vez.
 - O que faziam?
 - Como se sentiriam?
 - O que diriam?

Duração: 20min

4. Experimentar o comportamento assertivo:

Recorrendo ao documento entregue anteriormente, pretende-se a simulação dos diferentes estilos de comportamento, através da representação de três diferentes situações do quotidiano. Gerando, em seguida, um debate, onde se pretende levantar as seguintes questões, para situação: O que pode acontecer se eu mantiver um comportamento agressivo? Se eu aceitar tudo e não me opuser o que posso receber dos outros? Se eu for assertivo, expressar os meus sentimentos, opiniões e necessidades, sem passar por cima dos outros, o que ganho com isso?

Duração: 20min

5. Tarefa inter-sessão:

O utente deve refletir sobre o que são críticas e em que medida é que estas são importantes no convívio em comunidade.

Duração: 5min

6. Feedback:

Os utentes dão o seu feedback e fazem uma breve reflexão sobre a sessão.

Duração: 10 min

Materiais:

- Computador;

- Projetor de vídeo;
- Documento powerpoint da sessão;
- Vídeo “Assertividade” (parte II);
- Documento – Estilos de comportamento e situações de role-play.

Documento – Estilos de comportamento e situações de role-play:

	Passivo	Agressivo	Assertivo
Características do comportamento	Não expressa desejos, ideias e sentimentos ou expressa-os de forma auto depreciativa. Objetivo: Agradar	Expressa desejos, ideias e sentimentos à custa dos outros. Objetivo: Dominar ou humilhar	Expressa desejos, ideias e sentimentos de forma direta e apropriada. Objetivo: Comunicar
Sentimentos do próprio	Ansioso, desapontado consigo próprio. Frequentemente revoltado e amargurado depois do comportamento ocorrer.	Convencido da sua superioridade. Por vezes, envergonhado depois do comportamento ocorrer.	Confiante, sentimentos positivos acerca de si próprio quer no momento, quer depois do comportamento ocorrer.
Sentimentos do interlocutor	Irritação, pena, desagrado.	Revolta, desejo de vingança.	Habitualmente, respeito.
Efeito	Não alcança objetivos. Aumento da revolta.	Alcança os objetivos desejados magoando os outros. Os outros encontram justificação para se “vingar”.	Frequentemente alcança os objetivos desejados.
Resultado final	Evitamento de situações desagradáveis, evitamento de conflitos, tensão e confronto.	Descarga da revolta, sentimentos de superioridade.	Sentimentos positivos, respeito dos outros. Aumento de autoconfiança. Promoção dos relacionamentos.

Situações de role-play sobre os estilos de comportamento: Demonstra as situações que se seguem segundo o comportamento passivo, agressivo e assertivo.

- Enganei-me no meu trabalho. O meu chefe começa a gritar comigo e a dizer que eu não faço nada direito.
- Recebi um telefonema de que me vão cortar a luz por não ter pago as últimas contas. Mas eu paguei-as todas.
- Fui a um café e encontro um amigo. Conversamos um pouco e ele oferece-me uma bebida alcoólica.

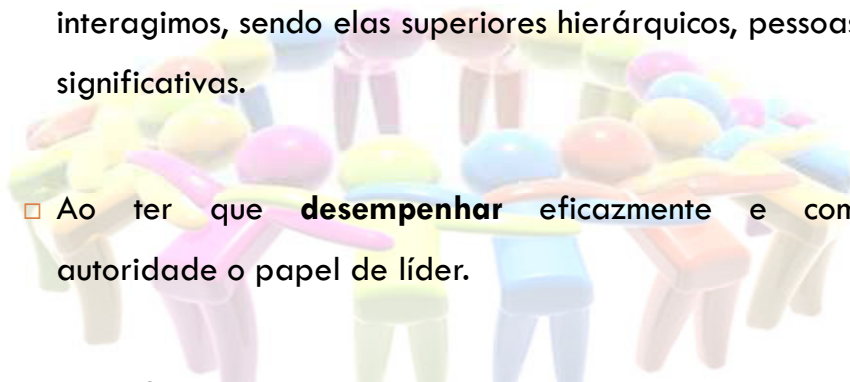
SER ASSERTIVO!

PARTE II

Treino de Habilidades Sociais | Tânia Andrade

Quando precisamos de ser assertivos?

- Ao gerir o **relacionamento** com as pessoas que interagimos, sendo elas superiores hierárquicos, pessoas significativas.
- Ao ter que **desempenhar** eficazmente e com autoridade o papel de líder.
- Ao **enfrentar** as críticas feitas por outros.



Quando precisamos de ser assertivos?

- Ao fazer-se **respeitar**.
- Ao **expressar** os próprios sentimentos e necessidades.
- Ao enfrentar com maior **eficácia** a ansiedade que é naturalmente gerada pelas relações interpessoais.

O que é que é preciso para ser assertivo?

- **Autoestima**
 - Tendo em conta que a assertividade pressupõe a nossa autoafirmação, é importante aprender a aceitar as nossas características, de forma a desenvolver a nossa autoestima, sem pessimismos, condescendências ou suposições.
- **Determinação**
 - Surge como o resultado da energia associada à nossa força de vontade para prosseguir com os nossos objetivos até ao fim.

O que é que é preciso para ser assertivo?

□ Empatia

- Consiste na capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, procurando compreendê-lo, escutá-lo não fazendo juízos de valor.

□ Adaptabilidade

- É a capacidade de nos adaptarmos ao tipo de comunicação do outro.
- Ex: se estamos a falar com adultos falamos de uma forma diferente de quando estamos a falar com crianças; falar com um familiar é diferente de falar com desconhecido.

O que é que é preciso para ser assertivo?

□ Autocontrolo

- Capacidade de controlar os nossos sentimentos e emoções negativas de modo a não interferirem na relação com o outro

□ Tolerância à frustração

- Caracteriza-se pela capacidade de gerir as tensões e conflitos nas relações com os outros. Tem a ver com a nossa resistência aos aspetos negativos da nossa vida

□ Sociabilidade

- Uma pessoa assertiva deve ter prazer em comunicar e relacionar-se dos outros

5 motivos para aumentar sua assertividade

Situações...

- Emprestaram o vosso carro a um familiar. Este devolveu-o sem gasolina (pela 3ª vez).

- O que faziam?
- Como se sentiriam?
- O que diriam?



	PASSIVO	AGRESSIVO	ASSERTIVO
Características do comportamento	Não expressa desejos, ideias e sentimentos ou expressa-os de forma auto-depreciativa. Objectivo: agradar	Expressa desejos, ideias e sentimentos à custa dos outros. Objectivo: dominar ou humilhar	Expressa desejos, ideias e sentimentos de forma directa e apropriada. Objectivo: comunicar
Sentimentos do próprio	Ansioso, desapontado consigo próprio. Frequentemente revoltado e amargurado depois do comportamento ocorrer.	Convencido da sua superioridade. Por vezes, envergonhado depois do comportamento ocorrer.	Confiante, sentimentos positivos acerca de si próprio quer no momento, quer depois do comportamento ocorrer.
Sentimentos do interlocutor	Irritação, pena, desgosto.	Revolta, desejo de vingança.	Habitualmente, respeito.
Efeito	Não alcança objectivos desejados. Aumento de revolta.	Alcança os objectivos desejados magoando os outros. Os outros encontram justificação para se "vingar".	Frequentemente alcança os objectivos desejados.
Resultado final	Evitamento de situações desagradáveis, evitamento de conflitos, tensão e confronto.	Descarga da revolta, sentimentos de superioridade.	Sentimentos positivos, respeito dos outros. Aumento de auto-confiança. Promoção dos relacionamentos.

Situações...

- ❑ Enganei-me no meu trabalho. O meu chefe começa a gritar comigo e a dizer que eu não faço nada direito.
- ❑ Recebi um telefonema de que me vão cortar a luz por não ter pago as últimas contas. Mas eu paguei-as todas.
- ❑ Fui a um café e encontro um amigo. Conversamos um pouco e ele oferece-me uma bebida.

Sessão 5: Criticar e ser criticado (Parte I)

Objetivo geral:

- Desenvolver a habilidade de saber fazer, lidar e reagir à crítica.

Objetivos específicos:

1. Compreender a importância da crítica nas relações interpessoais;
2. Abordar os tipos de críticas;
3. Aprender a fazer uma crítica.

Duração: 90min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da Tarefa inter-sessão:

É pedido aos utentes que partilhem as suas ideias sobre o que são os conflitos e sobre a sua importância na convivência em comunidade. Levantando este tema, diversas opiniões e, sendo uma habilidade que carece de trabalho e desenvolvimento, pretende-se gerar um debate de ideias e opiniões, onde as críticas predominarão, possibilitando assim, ao facilitador observar as dificuldades dos utentes, no que toca à formulação da crítica e à reação à mesma.

Duração: 20min

2. Compreender a importância da crítica nas relações interpessoais:

Partindo do debate anterior, pretende-se que os utentes reconheçam a importância da crítica, como forma de reconhecer os nossos próprios erros, permitindo assim, corrigi-los, como forma de ajudar o outro e como forma de expressarmos o que pensamos. Assim, é entregue aos utentes uma cartolina, onde estes registarão as suas ideias, no decorrer da sessão, iniciando com a importância da crítica, promovendo o trabalho em equipa, a crítica e a assimilação da informação.

Duração: 15 min

3. Abordar os tipos de crítica:

Nesse objetivo, o facilitador pretende desenvolver o conceito de crítica, quanto ao seu tipo, negativo ou positivo, e construtivo ou destrutivo. Incentivando os utentes a dar exemplos dos diferentes tipos de crítica, reconhecendo as suas diferenças e consequências para o outro. No final, serão descritas as ideias chave na cartolina, entregue anteriormente.

Duração: 15min

4. Aprender a fazer uma crítica:

Após conhecer os diferentes tipos de críticas, os utentes serão instruídos sobre a forma correta e adequada de fazer uma crítica, analisando os passos a ser seguidos e os determinantes de como elaborar a crítica. Na cartolina, ilustração da sessão, serão apontadas, pelos utentes, as ideias abordadas neste ponto.

Duração: 25min

5. Tarefa inter-sessão:

O utente deve refletir sobre a temática abordada na presente sessão, definindo formas de lidar e reagir à crítica, temática que será abordada na sessão seguinte.

Duração: 5min

6. Feedback:

Todos os utentes partilham o que sentiram na sessão, dando o seu feedback.

Duração: 10min

Material a usar:

- Documentos sobre a temática;
- Cartolina;
- Canetas de filtro.

Documento sobre a temática:

Críticas! Como fazer? Como lidar? Como reagir?

“Receber elogios é bem melhor do que ouvir críticas. Entretanto, há críticas que podem nos ajudar a crescer, melhorar ou nos corrigir.”

“O objetivo essencial da repreensão não é castigar, mas ajudar as pessoas a proceder melhor e a desenvolver a sua autonomia.”

Crítica: Toda a observação que é feita referente a determinado comportamento, que encoraja uma pessoa a melhorá-lo, reforçá-lo ou desenvolvê-lo.

A crítica pode ser positiva ou negativa:

- A positiva reforça o comportamento.
- A negativa visa corrigir ou melhorar o comportamento ou desempenho menos bom.
 - Contudo, ambas devem ser construtivas!

Exemplo de crítica positiva:

Exemplo de crítica negativa:

Crítica Construtiva VS Crítica Destrutivas

- Crítica construtiva:
 - Movida pela caridade, procura corrigir o outro, apontando-lhe os erros e ajudando-o a encontrar uma solução.
 - Pode ser dura, mas ao mesmo tempo pode ser dita de forma afável.
 - É livre de maldade e parte de pessoas equilibradas e maduras.

Exemplo de crítica construtiva:

- Crítica destrutiva:
 - Comentário maldoso, sem fundamento, geralmente baseado numa opinião própria.

- Normalmente surge de pessoas que se sentem ameaçadas e inseguras.

Exemplo de crítica destrutiva:

Como fazer uma crítica?

- Criticar construtivamente:
 - Analisar a situação;
 - Determinar o objetivo da crítica;
 - Ajustar-se à receptividade do outro;
 - Criar um ambiente propício;
 - Comunicar-se eficazmente;
 - Descrever o comportamento que gostava de ver alterado;
 - Descrever o que considera um comportamento correto;
 - Procurar soluções conjuntamente;
 - Concentrar-se no que considera bom;
 - Chegar a um acordo.
- Criticar diretamente;
- Criticar particularmente;
- Criticar amavelmente;
- Criticar brandamente;
- Criticar inteligentemente;
- Criticar racionalmente.

Sessão 6: Criticar e ser criticado (Parte II)

Objetivo geral:

- Desenvolver a habilidade de saber fazer, lidar e reagir à crítica.

Objetivos específicos:

1. Reconhecer diversas formas de lidar com a crítica;
2. Compreender a melhor forma de reagir à crítica;
3. Aprender a criticar de forma assertiva.

Duração: 90min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da tarefa Inter-Sessão:

Pretende-se ouvir a opinião de cada utente relativamente à forma como deve lidar e reagir a uma crítica, tendo em consideração o que foi abordado na sessão anterior.

Duração: 15min

2. Reconhecer diversas formas de lidar com a crítica:

Após a distribuição do documento, que contempla a informação relativa às formas de lidar com a crítica, são analisadas individualmente as variáveis, sempre acompanhadas de exemplos reais, da vida em comunidade, para melhor compreensão das mesmas, dados pelos utentes. Na cartolina, utilizada na sessão anterior, serão apontadas as ideias-chaves relativa ao presente objetivo.

Duração: 15min

3. Compreender a melhor forma de reagir à crítica:

Neste objetivo, os utentes serão questionados pela forma como reagem quando são criticados. Promovendo um momento de debate e reflexão acerca das dificuldades sentidas face às reações que apresentam e às conclusões que

chegam acerca da forma correta de reagir a uma crítica. Tais conclusões irão colmatar a cartolina, criada pelos utentes sobre a temática abordada, para posterior consulta, quando necessário, recorrendo ao documento de apoio sobre a temática.

Duração: 15 min

4. Aprender a criticar de forma assertiva:

Neste ponto, o grupo será dividido em pares e pretende-se promover e consolidar a abordagem feita ao tema, em conjunto com a assertividade (tema abordado anteriormente). Deste modo, o exercício de role-play, exposição e confronto, terá como objetivo criticar e ser criticado, de forma construtiva, especificamente, assertivamente.

Duração: 30min

5. Tarefa inter-sessão:

Para a sessão seguinte, o utente deve refletir sobre o impacto de stress na sua vida e em que medida este condiciona o seu bom funcionamento.

Duração: 5 min

6. Feedback:

Recorrendo à cartolina utilizada pelos utentes, agora completa, pretende-se que estes partilhem o seu feedback, face ao tema e à sessão.

Duração: 10min

Materiais:

- Cartolina (utilizada na sessão anterior);
- Canetas de filtro;
- Documento sobre a temática.

Documento sobre a temática:

Como lidar com a crítica?

- Escutar a crítica até ao fim (respeito pelo outro);
- Aceitar a crítica;
- Não desanimar com a crítica;

- Não ficar condicionado com quem nos crítica;
- Não ver a crítica como um ataque pessoal;
- Encarar a crítica de forma positiva;
- Ignore as críticas depreciativas;
- Entender o ponto de vista do outro

Como reagir à crítica?

- Controlar a nossa primeira reação;
- Não agir em defesa;
- Ouvir o feedback de quem crítica;
- Conversar com quem criticou;
- Verificar se há fundamento na crítica que foi feita;
- Identificar o núcleo da questão;
- Estar disposto a mudar;
- Agradecer a crítica.

Criticar de forma assertiva!

- Estabelecer uma boa compreensão do processo de decisão;
- Tentar resolver a discordância em privado;
- Evitar que as críticas se acumulem;
- Ser concreto e preciso, descrever os fatos;
- Fazer uma crítica de cada vez;
- Não pedir desculpa;
- Evitar afirmações como “és sempre a mesma coisa” ou “fazes sempre o mesmo”;
- Não exigir o impossível.

Sessão 7: Gestão de stress: Menos stress, por favor!

Objetivo geral:

- Desenvolver capacidades de autogestão de stress.

Objetivos específicos:

1. Compreender e fomentar o conceito de stress;
2. Promover o conhecimento sobre os efeitos, causas e fontes de stress;
3. Definir soluções para combater o stress

Duração: 90min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da tarefa Inter-Sessão:

Pretende-se ouvir a reflexão realizada por casa utente, referenciando o impacto do stress na sua vida e no seu funcionamento quotidiano.

Duração: 15min

2. Compreender e fomentar o conceito de stress:

Pretende-se neste objetivo uma abordagem geral à temática, trabalhando e explorando as crenças e pensamentos negativos sobre o stress, levantando as seguintes questões: O stress é bom ou é mau para mim? Em que me pode ser útil o stress?

Duração: 15min

3. Promover o conhecimento sobre os efeitos, causas e fontes de stress:

Para um melhor entendimento sobre o tema, pretende-se, neste objetivo, que os utentes sejam capazes de reconhecer os efeitos do stress a nível subjetivo, comportamental, fisiológico, cognitivo e no contexto, bem como, as causas que podem levar ao stress e as suas fontes.

Duração: 15min

4. Definir soluções para combater o stress:

Pretende-se abordar um conjunto de soluções gerais de combate ao stress. No entanto, o ponto central e fulcral deste objetivo passa por, em meio de debate, encontrar as soluções ideais para cada utente, considerando as suas competências de gestão de stress, proporcionando, deste modo, um momento de auto e interajuda. Em jeito de conclusão, e para consolidar o tema abordado procede-se à visualização do vídeo “O que é o stress e como lidar com ele?”.

Duração: 30min

5. Tarefa inter-sessão:

É pedido aos utentes que identifiquem de que formam relaxam e que recursos utilizam para esse fim.

Duração: 5min

6. Feedback:

Referenciando o que retiraram do tema, é fechada a sessão com o feedback dos utentes.

Duração: 10 min

Materiais:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Documento PowerPoint da sessão;
- Vídeo “O que é o stress e como lidar com eles?”

Vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=-_VRZA-F_Co

GESTÃO DE STRESS: MENOS STRESS, POR FAVOR!

TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS | TÂNIA ANDRADE

O QUE É O STRESS?



Stress

- É a **reação emocional, física e cognitiva** que um indivíduo tem, para com uma situação que lhe exige demais dele próprio.
- O stress, pode ser provocado pela existência de **conflitos**, de ambiguidades ou ainda de estilos de gestão de conflitos pouco eficientes.

Stress

- O que são **stressores**?
 - São acontecimentos, estímulos, situações ou cognições que induzem uma emoção negativa



→ Stress

O Stress como Resposta

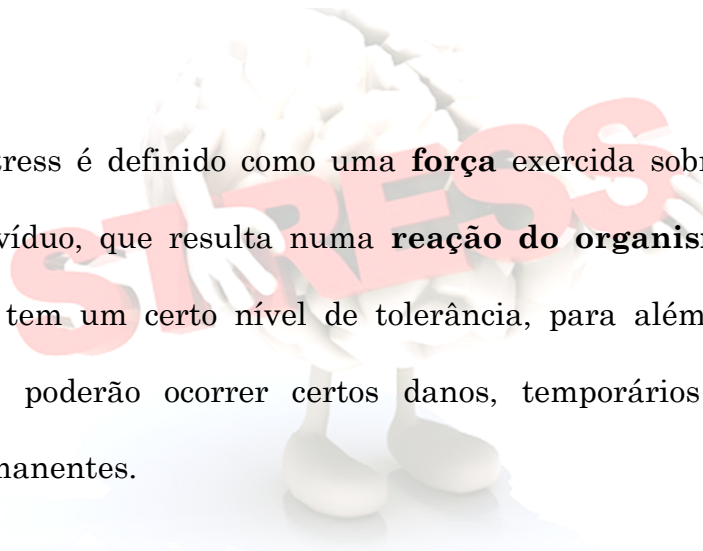
- O stress é a resposta do organismo a qualquer estímulo ou exigência externa.

- Reação de **alarme**
- Estádio de **resistência**
- Estádio de **exaustão**



O Stress como Estímulo

- O stress é definido como uma **força** exercida sobre o indivíduo, que resulta numa **reação do organismo**, que tem um certo nível de tolerância, para além da qual poderão ocorrer certos danos, temporários ou permanentes.



Efeitos do Stress

○ Efeitos Subjetivos:

- Ansiedade, agressividade, apatia, falta de paciência, depressão, fadiga, frustração, nervosismo, solidão, etc.

○ Efeitos Comportamentais:

- Instabilidade, consumo excessivo de substâncias, distúrbios emocionais, etc.



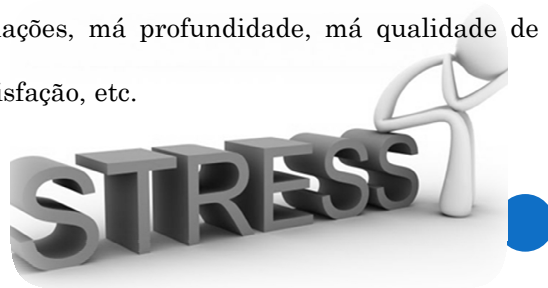
Efeitos do Stress

○ Efeitos Fisiológicos:

- Aumento da pressão arterial, suores, falta de ar, etc.

○ Efeitos sobre um contexto:

- Distração, más relações, má profundidade, má qualidade de desempenho, insatisfação, etc.



Efeitos do Stress

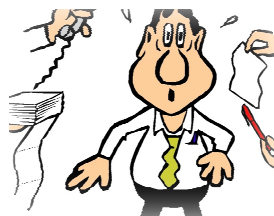
- **Efeitos Cognitivos:**

Falta de concentração, incapacidade para tomar decisões, lapsos de memória, etc.



Causas do Stress

- Pode ser causado por uma **adaptação ou mudança** no nosso meio atual.



Fontes de Stress

○ Fonte Externa:

- Exigências e pressões de que o indivíduo é alvo.



○ Fonte Interna:

- Exigências e pressão que o indivíduo exerce sobre si próprio.



Fontes de Stress

Fontes mais comuns de stress são:

Agitação, prazos a cumprir, falta de tempo;

Problemas financeiros, familiares;

Problemas na escola/ trabalho;

Morte de alguém próximo;

Dificuldades de se relacionar;

Amor não correspondido;

Problemas de saúde.



As Soluções!

Hábitos de vida saudáveis



As Soluções!



Alimentação Saudável



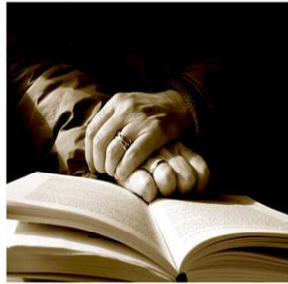
Atividade
Física



Atitude Positiva
E
Auto Estima



As Soluções!



Conhecimento



Tolerância e
Capacidade de
Adaptação



Administração do
Tempo



As Soluções!



Estratégia contra a
Sobrecarga



Estratégia contra a
Frustração



Estratégia contra a
Ansiedade



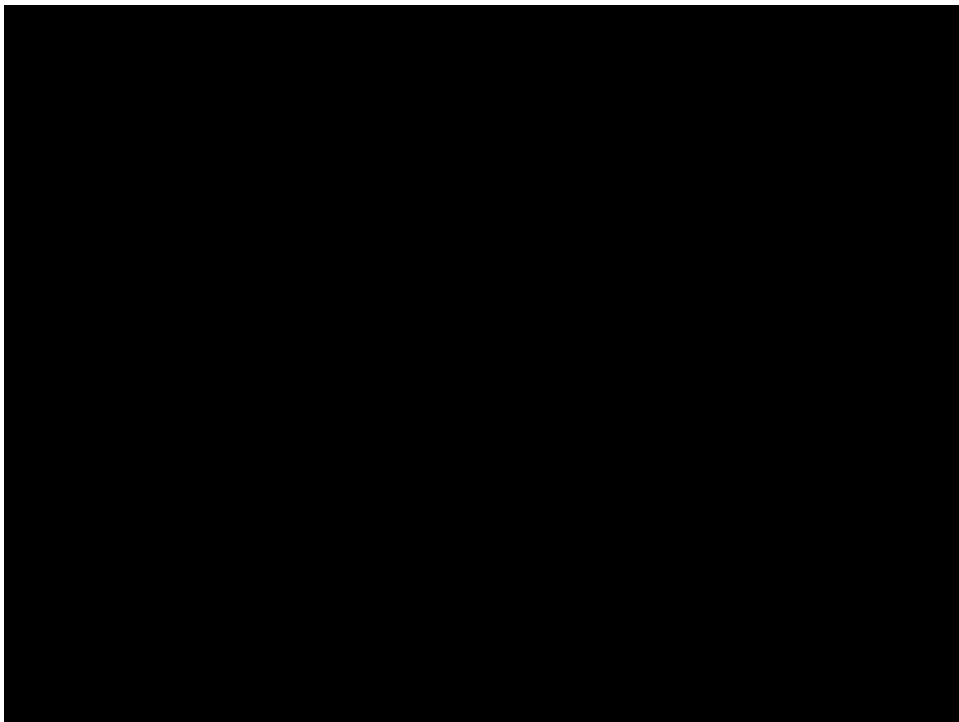
As Soluções!



Entusiasmo e Humor



Acompanhamento
Psicológico



Sessão 8: Gestão de stress: Vamos relaxar!

Objetivo geral:

- Desenvolver a capacidade de relaxar, como forma de gestão de stress.

Objetivos específicos:

1. Desenvolver a temática do relaxamento;
2. Compreender os benefícios do relaxamento;
3. Aprender diferentes tipos de relaxamento;
4. Experimentar o relaxamento.

Duração: 90min

Atividades e Procedimentos

Descrição das atividades:

1. Revisão da tarefa Inter-Sessão:

Pretende-se que os utentes partilhem que recursos têm e de forma é que atingem o relaxamento em situações de stress.

Duração: 10min

2. Desenvolver a temática do relaxamento:

É feita uma abordagem inicial ao relaxamento, elucidando os utentes sobre o conceito referido, permitindo a estes reconhecerem a importância de relaxar em momentos de tensão, stress e ansiedade.

Duração: 10 min

3. Compreender os benefícios do relaxamento:

A exposição dos benefícios que o relaxamento pode trazer, é ponto de partida para um pequeno debate sobre “O que melhoraria na minha vida se eu introduzisse o relaxamento como método de gerir o stress que sinto?”.

Duração: 10min

4. Aprender diferentes tipos de relaxamento:

Nesta fase, o utente irá adquirir conhecimento sobre os tipos de relaxamento, permitindo-lhe, posteriormente, realizar o autorelaxamento: respiração diafragmática, muscular progressivo de Jacobson, por visualização e treino autogénico de Schultz. Após uma breve explicação sobre cada relaxamento, serão debatidas as formas de ajustamento dos mesmos à sua rotina diária.

Duração: 20min

5. Experimentar o relaxamento:

Terminadas as abordagens teóricas sobre o relaxamento, os utentes terão oportunidade de experienciar os efeitos do relaxamento, passando pelo treino autogénico de Shultz.

Duração: 20min

6. Tarefa inter-sessão:

Pede-se aos utentes que até à próxima sessão reflitam sobre a temática “tomada de decisão”, levantando questões inerentes a este processo, que serão respondidas posteriormente.

Duração: 5min

7. Feedback:

Pede-se aos utentes que deem o seu feedback em relação à sessão e ao estado de relaxamento que experienciaram.

Duração: 15 min

Materiais:

- Computador;
- Projetor de vídeo;
- Documento PowerPoint da sessão;
- Ficheiro de áudio “Relaxamento Schultz”.

Fonte: <http://oficinadepsicologia.com/recursos/treino-autogenico-schultz>



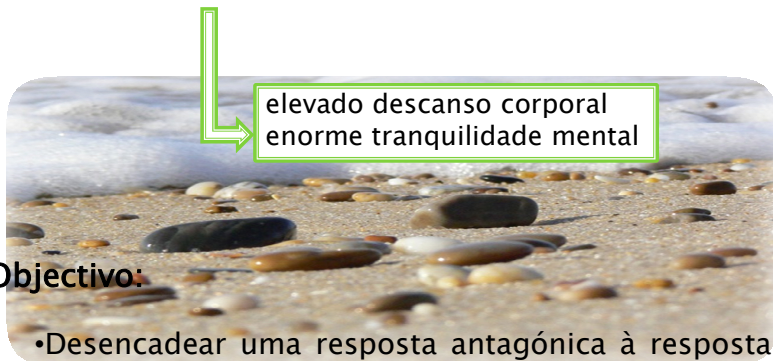
GESTÃO DE STRESS:

VAMOS RELAXAR!

TREINO DE HABILIDADES SOCIAIS | TÂNIA ANDRADE

Relaxamento

- Estado de reduzida ativação fisiológica.



elevado descanso corporal
enorme tranquilidade mental

Objectivo:

- Desencadear uma resposta antagónica à resposta de stress, de luta ou fuga.

Resposta ao Stress vs Resposta ao Relaxamento

Pico de activação

Dificuldades de concentração
Preocupação
Incapacidade para tomar decisões
Sensação de confusão mental
Dificuldade de memorização



Relaxamento profundo

Maior capacidade de concentração
Menos preocupação
Maior capacidade para tomar decisões
Clareza mental
Maior capacidade de memorização

Benefícios do Relaxamento



Em que situações se utiliza o Relaxamento?

RELAXAMENTO



Controlo da **ansiedade**

Pode ser utilizado só por si ou como meio para aplicação de outras técnicas

Sujeitos mais **emotivos** (tendem a responder de forma exagerada aos problemas de menor intensidade)

O relaxamento poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “**diálogos internos**” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade no que diz respeito a determinados contextos

Respiração Diafragmática

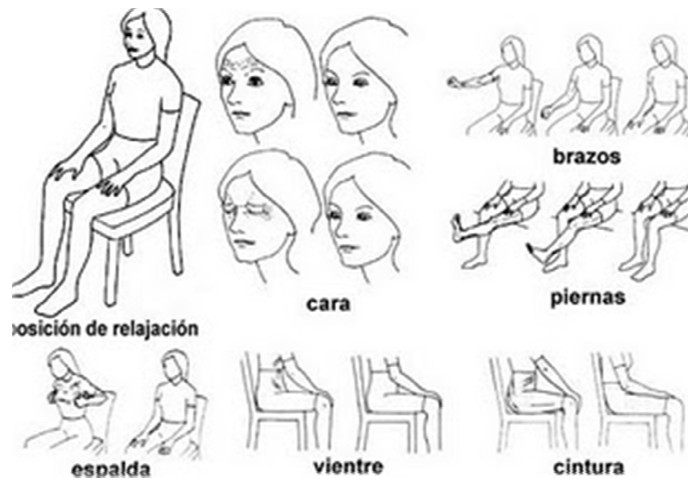
O ciclo da respiração diafragmática:



1) Quando inspiramos, empurramos o abdômen para fora

2) Ao expirarmos, encolhemos a barriga e há pouca ou nenhuma movimentação do tórax. Isso garante maior concentração de oxigênio, acalma e relaxa.

Relaxamento Progressivo de Jacobson



Relaxamento por Visualização



Treino Autogénico de Schultz



- Anexo III-

Inventário de Habilidades Sociais

IHS – Inventário de Habilidades Sociais

Leia atentamente cada item que se segue. Cada um deles apresenta uma ação ou sentimento diante de uma situação. Avalie a frequência com que se sente como o descrito no item, colocando um X no espaço correspondente.

A – Nunca ou raramente

B - Com pouca frequência

C – Regularmente

D – Muito frequentemente

E – Sempre ou quase sempre

		A	B	C	D	E
1	Num grupo de pessoas desconhecidas, fico à vontade, conversando naturalmente.	0	1	2	3	4
2	Quando um dos meus familiares insiste em dizer o que eu devo fazer, contrariando o que penso, acabo aceitando para evitar problemas.	4	3	2	1	0
3	Ao ser elogiado(a) sinceramente por alguém, respondo-lhe agradecendo.	0	1	2	3	4
4	Numa conversa, se uma pessoa me interrompe, solicito que aguarde até eu acabar o que estava dizendo.	0	1	2	3	4
5	Quando um(a) amigo(a) a quem emprestei dinheiro, esquece de me devolver, arranjo um jeito de lembrá-lo(a).	0	1	2	3	4
6	Quando alguém faz algo que eu acho bom, mesmo que não seja diretamente a mim, faço menção a isso, elogiando-o(a), na primeira oportunidade.	0	1	2	3	4
7	Ao sentir desejo de conhecer alguém a quem não fui apresentado(a), eu mesmo(a) me apresento a essa pessoa.	0	1	2	3	4
8	Mesmo junto a conhecidos, encontro dificuldades em participar numa conversa.	4	3	2	1	0
9	Evito fazer exposições ou palestras a pessoas desconhecidas.	4	3	2	1	0
10	Na minha casa, expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos aos meus familiares.	0	1	2	3	4

11	Numa sala de aula ou reunião, se o “chefe” faz uma afirmação incorreta, exponho o meu ponto de vista.	0	1	2	3	4
12	Se estou interessado(a) numa pessoa para um relacionamento sexual, consigo abordá-la para iniciar uma conversa.	0	1	2	3	4
13	No meu trabalho ou escola, se alguém me faz um elogio, fico envergonhado(a) sem saber o que dizer.	4	3	2	1	0
14	Faço exposições ou palestras (por exemplo), quando sou solicitado(a).	0	1	2	3	4
15	Quando um familiar me critica injustamente, expresso o meu aborrecimento diretamente a ele.	0	1	2	3	4
16	Num grupo de pessoas conhecidas, se não concordo com a maioria, expresso verbalmente a minha discordância.	0	1	2	3	4
17	Numa conversa com amigos, tenho dificuldades em encerrar a minha participação, preferindo aguardar que os outros o façam.	4	3	2	1	0
18	Quando um dos meus familiares, por algum motivo, me critica, reajo de forma agressiva.	4	3	2	1	0
19	Mesmo encontrando-me próximo(a) de uma pessoa importante, a quem gostaria de conhecer, tenho dificuldade em abordá-la para iniciar uma conversa.	4	3	2	1	0
20	Quando gosto de alguém com quem tenho saído, tomo a iniciativa de expressar-lhe os meus sentimentos.	0	1	2	3	4
21	Ao receber uma mercadoria com defeito, dirijo-me até à loja onde a comprei e exijo uma substituição.	0	1	2	3	4
22	Ao ser solicitado(a) por um colega para colocar o seu nome num trabalho que ele não o fez, acabo aceitando mesmo achando que não devia.	4	3	2	1	0
23	Evito fazer perguntas a pessoas desconhecidas.	4	3	2	1	0
24	Tenho dificuldade em interromper uma conversa ao telefone, mesmo com pessoas conhecidas.	4	3	2	1	0
25	Quando sou criticado, de maneira direta e justa, consigo me controlar admitindo os meus erros ou explicando a minha posição.	0	1	2	3	4
26	Em campanhas de solidariedade, evito tarefas que	4	3	2	1	0

	envolvam pedir donativos ou favores a pessoas desconhecidas.					
27	Se um(a) amigo(a) abusa da minha vontade, expresso-lhe diretamente o meu desagrado.	0	1	2	3	4
28	Quando um dos meus familiares consegue alguma coisa importante, pela qual se empenhou muito, eu o elogio pelo seu sucesso.	0	1	2	3	4
29	Na escola ou trabalho, quando não compreendo uma explicação sobre algo que estou interessado(a), faço as perguntas que julgo necessárias ao meu esclarecimento.	0	1	2	3	4
30	Numa situação de grupo, quando alguém é injustiçado, reajo em sua defesa.	0	1	2	3	4
31	Ao entrar num ambiente, onde estão várias pessoas desconhecidas, cumprimento-as.	0	1	2	3	4
32	Ao sentir que preciso de ajuda, tenho facilidade em pedi-la a alguém do meu círculo de amizades.	0	1	2	3	4
33	Quando o(a) meu(minha) parceiro(a) insiste em ter relações sexuais sem preservativo, concordo para evitar que ele(ela) fique irritado(a) ou magoado(a).	4	3	2	1	0
34	No trabalho ou na escola, concordo em fazer as tarefas que me pedem e que não são da minha obrigação, mesmo sentindo um certo abuso nesses pedidos.	4	3	2	1	0
35	Se estou sentindo-me bem (feliz), expresso isso aos meus amigos.	0	1	2	3	4
36	Quando estou com uma pessoa que acabei de conhecer, sinto dificuldade em manter uma conversa interessante.	4	3	2	1	0
37	Se preciso pedir um favor a um colega, acabo desistindo da ideia de o fazer.	4	3	2	1	0
38	Consigo “levar na boa” o gozo dos meus colegas de escola ou trabalho, a meu respeito.	0	1	2	3	4

- Anexo IV -

Resultados da Avaliação da Intervenção em Grupo

Fator	Habilidade Avaliadas	Pré-Teste	Pós-Teste
F1 – Enfrentamento e autoafirmação com risco	1 – Manter conversa com desconhecidos	1	1.8
	5 – Cobrar dívida de amigo	1.8	2.2
	7 – Apresentar-se a outra pessoa	1	1.2
	11 – Discordar de autoridades	2.2	2.2
	12 – Abordar para relação sexual	1.6	1.6
	14 – Falar a público conhecido	0.8	1
	15 – Lidar com críticas injustas	2.8	2.2
	16 – Discordar do grupo	1.2	1.2
	20 – Declarar sentimentos amorosos	1.2	1.8
	21 – Devolver mercadoria defeituosa	3.4	3.4
	29 – Fazer pergunta a conhecidos	1.8	1.8
F2 – Autoafirmação na expressão de sentimentos positivos	3 – Agradecer elogios	1.6	2.4
	6 – Elogiar outrem	1.4	2
	8 – Participar numa conversa	1.2	1.2
	10 – Expressar sentimento positivo	1.8	2.4
	28 – Elogiar familiares	2.6	2.6
	30 – Defender outrem em grupo	1.6	1.8
	35 – Expressar sentimento positivo	2.2	2.2
F3 – Conversação e desenvoltura social	13 – Reagir a elogio	0.8	0.8
	17 – Encerrar uma conversa	1.6	1.6
	19 – Abordar a autoridade	0.6	1.6
	22 – Recusar pedidos abusivos	1.4	2.6
	24 – Encerrar conversa ao telefone	1.4	2.6
	36 – Manter conversa	0.8	2.2
	37 – Pedir favores a colegas	1.2	2.2
F4 – Autoexposição a desconhecidos e situações novas	9 – Falar a público desconhecido	0.4	0.6
	14 – Falar a público conhecido	0.8	1
	23 – Fazer pergunta a desconhecido	1.6	2.2
	26 – Pedir favores a desconhecidos	1.6	2
F5 – Autocontrolo da	18 – Lidar com críticas da família	1.2	1.6
	31 – Cumprimentar desconhecidos	0.6	2

agressividade	38 – Lidar com o gozo	0.8	1.4
Outros	2 – Pedir mudança de conduta	1.8	2.4
	4 – Interromper a fala do outro	1.2	1.6
	25 – Lidar com críticas justas	1.4	1.6
	27 – Expressar desagrado a amigos	1.8	2
	32 – Pedir ajuda a amigos	1.4	1.4
	33 – Negociar uso de contraceção	2	2
	34 – Recusar pedido abusivo	1.4	2

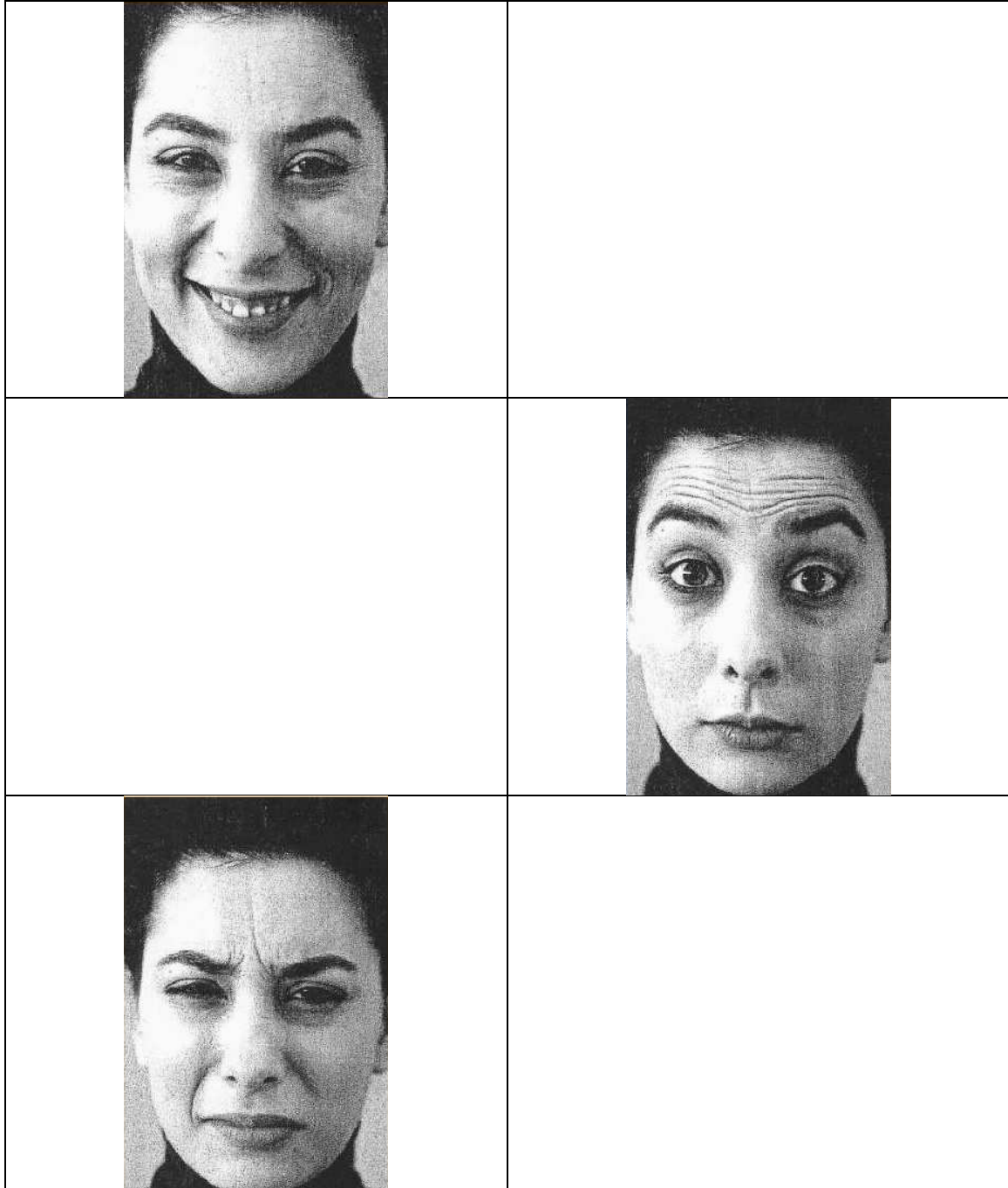
- Anexo V-

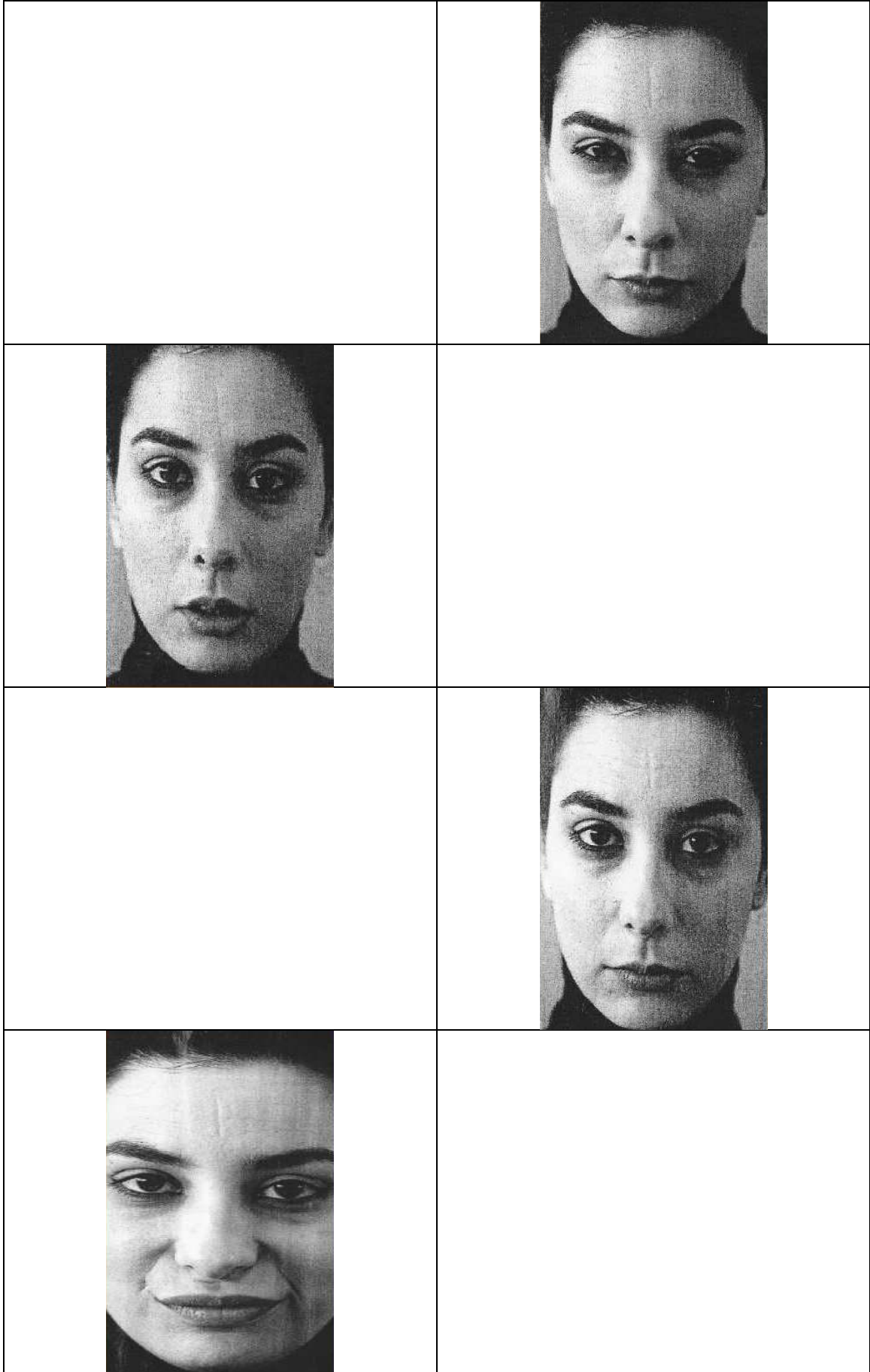
Material da Ação de Formação

“Sentimentos & Emoções”

Dinâmica 1 – Parte I

Sei reconhecer as emoções nos outros?





Dinâmica 2 – Parte I

O que sinto perante o que vejo?



1



2



3



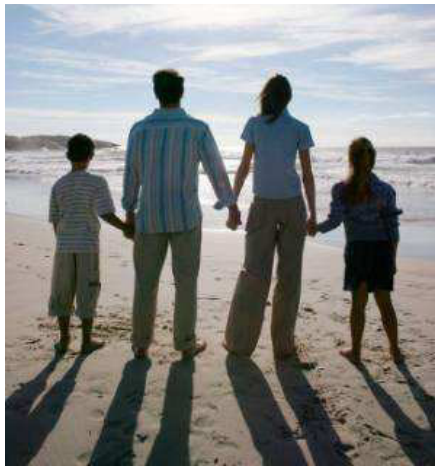
4



5



6



7



2004 Clothing Calendar - November - Jaylen and Alexandra

8



9



10



11



12

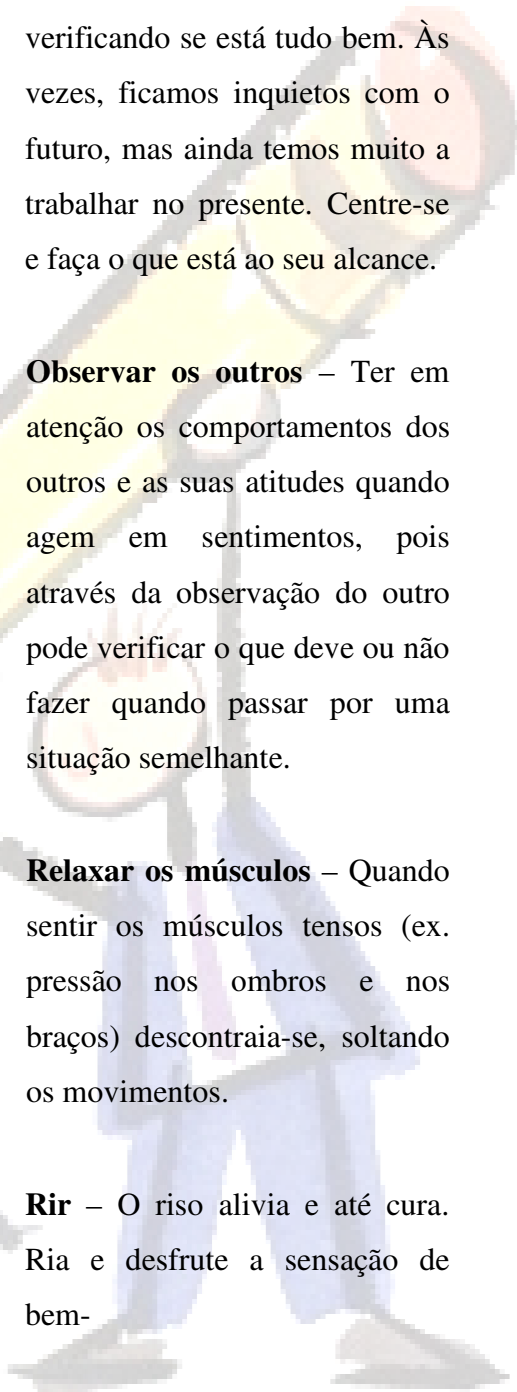
Estratégias para lidar com Sentimentos & Emoções

- **Acreditar que somos capazes** – Às vezes, não agimos por falta de uma crença, esperança e confiança na possibilidade de encontrarmos uma solução para os nossos problemas. Acredite de que é capaz e faça-o.
- **Ajudar o outro** – Muitas vezes, é mais fácil nos desligar dos sentimentos intensos que estamos a sentir direcionando a atenção para outra pessoa.
- **Algo de bom?** – Pergunte-se: "O que essa emoção pode trazer de benéfico para mim?". Veja sempre o lado positivo do sentir.
- **Auto conhecimento** – "Em que estou pensando?", "O que estou sentindo?". A simples consciencialização do processo de pensamento pode resolver e proporcionar informações importantes para agir corretamente.
- **Brainstorm** – Pegue num papel e numa caneta e escreva tudo que lhe vier à cabeça sobre determinado sentimento ou emoção desagradável. Depois rasgue e deite tudo fora.
- **Controlar a respiração** – As emoções refletem-se no corpo e controlando o corpo pode-se controlar e acalmar os sentimentos que irão surgir. Uma forma de o fazer é direcionando sua atenção para a respiração. Fazendo um pequeno relaxamento através do controlo da respiração (respirar fundo, inspirar, sustar a respiração e expirar).
- **Controlar as expectativas** – Muitas vezes, a causa do problema da manutenção dos sentimentos e emoções são as expectativas frustradas, que acabam por manter o estado que passaria naturalmente se elas não existissem. Mantenha-se consciente de que tudo leva o seu tempo.
- **Esperar e acalmar** – Há momentos em que o melhor a fazer é retirarmo-nos da

situação, esperar que os sentimentos não estejam tão intensos e então, depois refletir e agir.

- **Fazer coisas de que gostamos** – Pense em alguma coisa que lhe dê muito prazer e que esteja acessível, no contexto onde está inserido. Sentir-se-á bem consigo mesmo depois de o fazer.
- **Fazer uma coisa de cada vez** – "O sábio faz pequenas coisas", por isso, ao ter muitas tarefas para cumprir e assuntos para resolver é necessário fazer uma lista (mentalmente ou em papel), estabelecendo prioridades, de modo, a solucionar-se cada uma delas a seu tempo.
- **Gastar energia** – Faça desporto para gastar a energia acumulada.
- **Mudar a postura** – Outra forma de controlar os sentimentos e emoções através do corpo é manter uma postura correta. Endireite a coluna e os ombros.

- **Observar o presente** – Direcione a sua atenção para o momento presente e o ambiente externo. Olhe em volta, verificando se está tudo bem. Às vezes, ficamos inquietos com o futuro, mas ainda temos muito a trabalhar no presente. Centre-se e faça o que está ao seu alcance.
- **Observar os outros** – Ter em atenção os comportamentos dos outros e as suas atitudes quando agem em sentimentos, pois através da observação do outro pode verificar o que deve ou não fazer quando passar por uma situação semelhante.
- **Relaxar os músculos** – Quando sentir os músculos tensos (ex. pressão nos ombros e nos braços) descontraia-se, soltando os movimentos.
- **Rir** – O riso alivia e até cura. Ria e desfrute a sensação de bem-





SENTIMENTOS & EMOÇÕES

Ação de Formação - Parte I | Tânia Andrade

O QUE SÃO EMOÇÕES?



Uma emoção surge subitamente (situações novas, insólitas e inesperadas) e dura apenas alguns instantes.

Desenvolve-se em três etapas:



- ◉ Existe uma grande diversidade de emoções.
- ◉ As emoções estão sempre associadas a uma situação ou contexto específico.
- ◉ Cada emoção tem um significado e uma função adaptativa. Manifestam-se acompanhadas de reações fisiológicas.

Pré-emoções	Emoções Básicas	Emoções Cognitivas Primárias	Emoções Cognitivas Secundárias
Bem-estar	Felicidade	Contentamento	Amor Alegria
		Satisfação	
Desconforto	Medo	Ameaça	Vergonha Ciúme Inveja
		Ansiedade	
	Raiva	Irritação	Fúria Desprezo
		Frustração	
	Tristeza	Deceção	Luto
		Prostração	

COMPONENTES DA EMOÇÃO



ELEMENTOS	MANIFESTAÇÕES	COMENTÁRIOS
Modificações fisiológicas	<p>Aceleração do ritmo cardíaco Aumento da tensão arterial Sudação Secura da boca Tensão muscular</p>	<p>As reações do tipo fisiológico podem seguir um de dois caminhos, a ativação ou a inibição</p>
Sensações agradáveis ou desagradáveis	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	<p>Todas as emoções têm um carácter agradável ou desagradável e são elas que orientam os comportamentos no sentido da procura ou do evitamento</p>
Expressões faciais	<p>Sobrolho franzido Olhos semicerrados Maxilares e músculos tensos Ombros projetados para trás</p>	<p>Em todas as emoções existem expressões a nível da face e do corpo. Estas expressões têm a característica de serem universais.</p>
Comportamentos adaptativos	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	<p>Este tipo de comportamentos é desencadeado para garantir a sobrevivência. Está associado a comportamentos específicos.</p>
Avaliação cognitiva	<p>Valores Ideais Princípios</p>	<p>Determina se a situação se apresenta como aceitável, se é correta ou incorreta justa ou injusta, bela ou feia.</p>

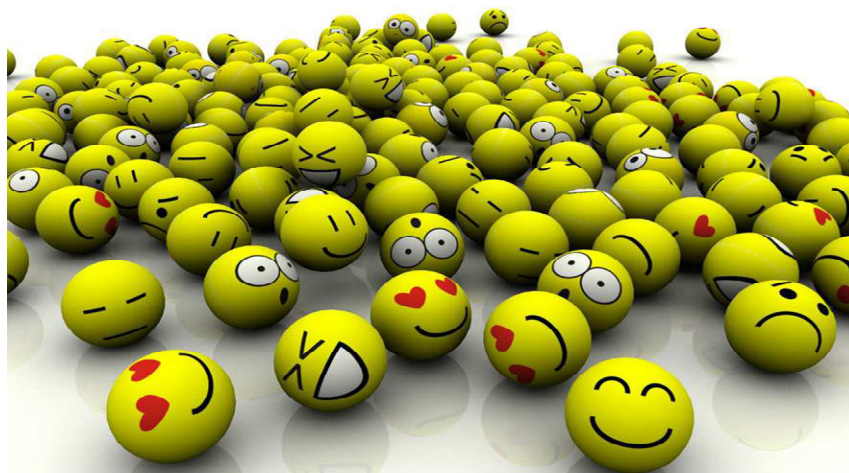
ELEMENTOS	MANIFESTAÇÕES	COMENTÁRIOS
Modificações fisiológicas	<p>Aceleração do ritmo cardíaco Aumento da tensão arterial Sudação Secura da boca Tensão muscular</p>	<p>As reações do tipo fisiológico podem seguir um de dois caminhos, a ativação ou a inibição</p>
Sensações agradáveis ou desagradáveis	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	<p>Todas as emoções têm um carácter agradável ou desagradável e são elas que orientam os comportamentos no sentido da procura ou do evitamento</p>
Expressões faciais	<p>Sobrolho franzido Olhos semicerrados Maxilares e músculos tensos Ombros projetados para trás</p>	<p>Em todas as emoções existem expressões a nível da face e do corpo. Estas expressões têm a característica de serem universais.</p>
Comportamentos adaptativos	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	<p>Este tipo de comportamentos é desencadeado para garantir a sobrevivência. Está associado a comportamentos específicos.</p>
Avaliação cognitiva	<p>Valores Ideais Princípios</p>	<p>Determina se a situação se apresenta como aceitável, se é correta ou incorreta justa ou injusta, bela ou feia.</p>

ELEMENTOS	MANIFESTAÇÕES	COMENTÁRIOS
Modificações fisiológicas	<p>Aceleração do ritmo cardíaco Aumento da tensão arterial Sudação Secura da boca Tensão muscular</p>	As reações do tipo fisiológico podem seguir um de dois caminhos, a ativação ou a inibição
Sensações agradáveis ou desagradáveis	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	Todas as emoções têm um carácter agradável ou desagradável e são elas que orientam os comportamentos no sentido da procura ou do evitamento
Expressões faciais	<p>Sobrolho franzido Olhos semicerrados Maxilares e músculos tensos Ombros projetados para trás</p>	Em todas as emoções existem expressões a nível da face e do corpo. Estas expressões têm a característica de serem universais.
Comportamentos adaptativos	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	Este tipo de comportamentos é desencadeado para garantir a sobrevivência. Está associado a comportamentos específicos.
Avaliação cognitiva	<p>Valores Ideais Princípios</p>	Determina se a situação se apresenta como aceitável, se é correta ou incorreta justa ou injusta, bela ou feia.

ELEMENTOS	MANIFESTAÇÕES	COMENTÁRIOS
Modificações fisiológicas	<p>Aceleração do ritmo cardíaco Aumento da tensão arterial Sudação Secura da boca Tensão muscular</p>	As reações do tipo fisiológico podem seguir um de dois caminhos, a ativação ou a inibição
Sensações agradáveis ou desagradáveis	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	Todas as emoções têm um carácter agradável ou desagradável e são elas que orientam os comportamentos no sentido da procura ou do evitamento
Expressões faciais	<p>Sobrolho franzido Olhos semicerrados Maxilares e músculos tensos Ombros projetados para trás</p>	Em todas as emoções existem expressões a nível da face e do corpo. Estas expressões têm a característica de serem universais.
Comportamentos adaptativos	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	Este tipo de comportamentos é desencadeado para garantir a sobrevivência. Está associado a comportamentos específicos.
Avaliação cognitiva	<p>Valores Ideais Princípios</p>	Determina se a situação se apresenta como aceitável, se é correta ou incorreta justa ou injusta, bela ou feia.

ELEMENTOS	MANIFESTAÇÕES	COMENTÁRIOS
Modificações fisiológicas	<p>Aceleração do ritmo cardíaco Aumento da tensão arterial Sudação Secura da boca Tensão muscular</p>	As reações do tipo fisiológico podem seguir um de dois caminhos, a ativação ou a inibição
Sensações agradáveis ou desagradáveis	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	Todas as emoções têm um carácter agradável ou desagradável e são elas que orientam os comportamentos no sentido da procura ou do evitamento
Expressões faciais	<p>Sobrolho franzido Olhos semicerrados Maxilares e músculos tensos Ombros projetados para trás</p>	Em todas as emoções existem expressões a nível da face e do corpo. Estas expressões têm a característica de serem universais.
Comportamentos adaptativos	<p>Alegria Prazer Dor Calma Apatia</p>	Este tipo de comportamentos é desencadeado para garantir a sobrevivência. Está associado a comportamentos específicos.
Avaliação cognitiva	<p>Valores Ideais Princípios</p>	Determina se a situação se apresenta como aceitável, se é correta ou incorreta justa ou injusta, bela ou feia.

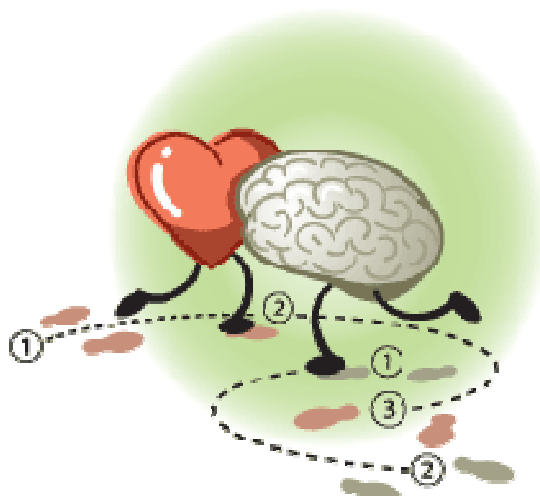
O QUE SÃO SENTIMENTOS?



- ◉ Não são observáveis, são privados e relacionam-se com o interior.
- ◉ Prolongam-se no tempo e são de menor intensidade de expressão que as emoções.

- ◉ Não se associam a nenhuma causa imediata.
- ◉ Surgem quando tomamos consciência das nossas emoções.

FUNÇÕES DAS EMOÇÕES E SENTIMENTOS



- ◉ Têm um valor adaptativo, permitem garantir a sobrevivência da espécie e comunicar com os outros salvaguardando o equilíbrio e bem-estar individual e social.
- ◉ Têm um papel importante na aprendizagem de valores e regras sociais.
- ◉ Preparam-nos para a ação, relacionando estímulos do meio externo com as nossas respostas comportamentais.
- ◉ Permitem-nos moldar o nosso comportamento futuro.
- ◉ Ajudam-nos a regular a interação social.
- ◉ Ajudam-nos a tomar decisões.

- ◉ As emoções traduzem-se por uma atitude corporal.
 - Que se exterioriza por gestos, pela voz, pelo olhar e também por determinados sinais do rosto, que permitem às pessoas reconhecer a emoção no outro.
- ◉ As emoções e sentimentos são universais a todos os seres humanos, possuem uma base cultural e conseqüentemente uma função social.
 - São afetados pelos ideais culturais, visto que surgem de significados humanos. Por conseguinte, a expressão e a aceitação social destas variam consoante a cultura.



SEI RECONHECER AS EMOÇÕES NOS OUTROS?



Alegria

Tristeza

Raiva, ódio



Medo

Desprezo

Surpresa

Aversão, nojo



~~Alegria~~

Medo

Tristeza

Desprezo

~~Surpresa~~

Raiva, ódio

Aversão, nojo



~~Alegria~~

Medo

Tristeza

Desprezo

~~Surpresa~~

~~Raiva, ódio~~

~~Aversão, nojo~~

O ser humano comunica através de emoções primárias com base em expressões faciais

Micro expressões

Com carácter involuntário, impossíveis de serem disfarçadas e com uma duração inferior a 1 segundo

MEDO

- » Emoção negativa
- » Função protetora

...MICRO EXPRESSÃO!!



levantamento das pálpebras superiores

lábios esticados na horizontal e para trás

sobrancelhas levantadas

NOJO



- » Emoção negativa
- » Perante situações desagradáveis

...MICRO EXPRESSÃO!!



nariz enrugado

bochechas levantadas

lábio superior levantado

RAIVA



- » Emoção negativa
- » Útil para contrabalançar o medo

...MICRO EXPRESSÃO!!



descer das sobrancelhas e a junção das mesmas

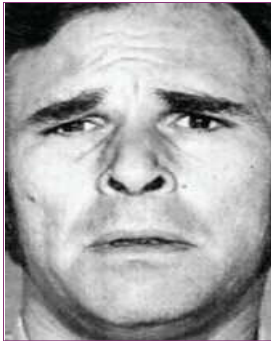
olhos bem abertos com pálpebras a empurrar as sobrancelhas

pressionar dos lábios

TRISTEZA

- » Emoção negativa
- » Sentida em diversas situações com intensidades diferentes

...MICRO EXPRESSÃO!!



cantos da boca para baixo

cantos interiores das
sobrancelhas para cima

testa junta no meio

ALEGRIA

- » Emoção positiva
- » Sensação de bem estar físico e psicológico
- » Varia em tipo e em intensidade

...MICRO EXPRESSÃO!!



cantos dos lábios puxados para
cima e para trás (lábios podem
ou não ser separados, com os
dentes expostos ou não)

bochechas sobem

pálpebras inferiores são
levantadas com formação de
rugas abaixo destas



**O QUE
SINTO
PERANTE O
QUE VEJO?**



**Que sentimento
representa?**

Que sentimento vivi?

O que me fez recordar?



**PARA
REFLETIR!**

- ◉ **Alegria é um sentimento. Euforia é emoção.**
 - A alegria é espontânea, na maioria das vezes não depende de um motivo ou causa, ela simplesmente acontece e transborda.
 - A euforia, por vezes, é inadequada e incômoda.
- ◉ **Tristeza é um sentimento. Depressão é emoção.**
 - A tristeza é inevitável em algumas situações da vida, mas ela pode ser vivenciada juntamente com a paz, porque pode acontecer a compreensão de que tudo é passageiro e transitório.
- ◉ **Medo é um sentimento. Pânico é emoção.**
 - Os medos são muitos e até servem como autoproteção, auto preservação ou alerta.

◉ **Raiva é um sentimento. Ódio é emoção.**

- Este sentimento deve ser rápido e passageiro. Não deixe que a raiva se transforme em mágoa, rancor ou ódio, pois este é o caminho da autodestruição.

◉ **Amor é um sentimento. Paixão é emoção.**

- O Amor anima e liberta. Com a Paixão vem o ciúme, a dor, a insegurança e a possessividade.

Sentimentos & Emoções



Aprender a lidar com...

Ser mais “forte”!



Ação de Formação – Parte II | Tânia Andrade

Aprender a gerir...

- Aprender a gerir sentimentos e emoções permite-nos:
 - Tomar decisões corretas;
 - Adaptarmo-nos melhor às circunstâncias da nossa vida;
 - Lidar de forma eficaz com os outros e com situações complicadas;
 - Manter o equilíbrio emocional.



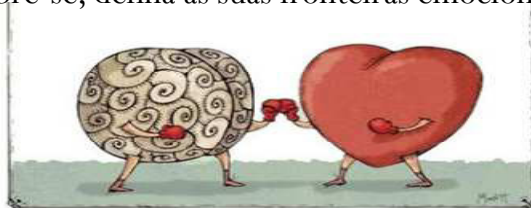
É necessário:

- Conhecer os próprios sentimentos;
- Ter empatia;
- Aprender a controlar as emoções;
- Remediar danos;
- Interação emocional:
 - capacidade de estar em sintonia com os sentimentos daqueles que o cercam, sentir os seus estados emocionais e interagir eficazmente com eles.



Treinar a nossa Força Emocional

- 1º passo: Estabelecer limites
 - Definir os limites emocionais:
 - Determinar o que queremos sentir, e saber o que estamos dispostos a aceitar. Saiba o que está disposto a fazer para começar a sentir-se emocionalmente forte. E lembre-se, defina as suas fronteiras emocionais.



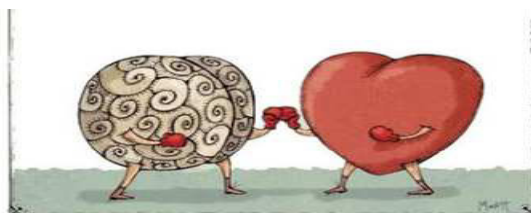
Treinar a nossa Força Emocional

- 2º passo: Ultrapassar o passado
- Desprendermo-nos da bagagem emocional negativa, paralisante e depreciativa que temos vindo a transportar ao longo do tempo.
- Esse treino só pode começar quando nos libertarmos do peso desnecessário que transportamos dentro de nós e permitirmo-nos caminhar sem o passado “às costas”.



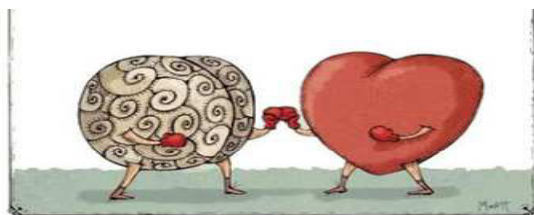
Treinar a nossa Força Emocional

- O passado é passado e deve ser usado como lição para o futuro, nunca para bloquear o nosso estado emocional.
- Evitar definir-nos pelas coisas menos boas que aconteceram no passado, mesmo que tenhamos contribuído para isso.



Treinar a nossa Força Emocional

- Aprender a perceber o que podemos fazer de diferente, ou ao invés o que podemos evitar fazer. Não deixar que os acontecimentos negativos e traumáticos nos definam enquanto pessoas.



Elementos importantes...

Condicionamento mental:

Tome decisões conscientes para fortalecer os nossos sentimentos.

Atividade física:

Permite melhorar o humor através da libertação de endorfinas (químicos que provocam bem-estar) na corrente sanguínea, dando energia

Elementos importantes...

Expressar as emoções no seu círculo de amigos e pessoas de confiança.

Isso pode ajudar a aliviar a ansiedade, raiva ou stress. Permite ainda ter a oportunidade de trabalhar e processar os seus sentimentos.

No início da interação com as outras pessoas **estabelecer expetativas baixas** até que elas ganhem o nosso respeito e confiança.

Elementos importantes...

Aprender a apreciar o que temos e deixarmos de nos concentrar demasiado no que não temos.


Abrir a nossa mente e preparar-nos para novas informações.

Não ser vingativo.

Aprender a aceitar alguns acontecimentos que até possam ter sido injustos e permitir-nos sentir paz e harmonia.

Elementos importantes...

Permita que os **pensamentos positivos** possam substituir a negatividade.



A capacidade de ir treinando a substituição dos pensamentos negativos que lhe passam na cabeça por pensamento positivos, permite que também reforce a sua habilidade de perceber até que ponto os sentimentos negativos que suportam a negatividade estão a atrapalhar o foco na procura de soluções e de ações que possam criar bem-estar emocional.

Elementos importantes...

“Não vamos esquecer que as emoções são os grandes capitães de nossas vidas, nós obedecemos-lhes sem nos apercebermos.”

“Assuma o controle das suas emoções mais consistentes e comece conscientemente e deliberadamente a remodelar a sua experiência diária de vida.”

Estratégias para lidar com os Sentimentos & Emoções



- Acreditar que somos capazes;



- Ajudar o outro;



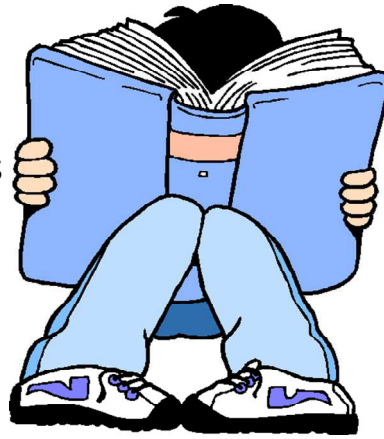
- Algo bom?;

- Auto conhecimento;

- Brainstorm;



- Controlar a respiração;
- Controlar as expectativas;
- Esperar e acalmar;
- Fazer coisas de que gostamos;
- Fazer uma coisa de cada vez;
- Gastar energia;



- Mudar postura;
- Observar o presente;
- Observar os outros;
- Relaxar os músculos;
- Rir.



- Anexo VI-

Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Questionário de Avaliação da Ação de Formação

Ação de Formação: *“Sentimento & Emoções”*

Após concluída e apresentada a ação de formação, importa refletir a aprendizagem conseguida e dinâmicas utilizadas. A opinião do formando considera-se fundamental e de extrema importância, para melhorar o desempenho e eficácia de futuras ações. Assim, pedimos que preencha o questionário que se segue, de forma **anónima e voluntária**, colocando um **X** na coluna que melhor traduz o que pensa sobre cada item.

Nada satisfatório	Pouco satisfatório	Satisfatório	Bastante satisfatório	Extremamente satisfatório
0	1	2	3	4

1. Objetivos	0	1	2	3	4
Os objetivos desta formação foram claros?					
Foram cumpridos os objetivo propostos?					
2. Desenvolvimento / Utilidade	0	1	2	3	4
Consideras que esta ação de formação foi importante?					
Consideras que os temas tratados são úteis no dia-a-dia?					
3. Autoavaliação de conhecimentos	0	1	2	3	4
Nível de conhecimentos no início da ação de formação.					
Nível de conhecimentos no final da ação de formação.					
4. Formador	0	1	2	3	4
Escolha dos temas.					
Relação com o grupo.					
Promoveu a motivação do grupo?					
Mostrou clareza na exposição do tema?					
Prestou os esclarecimentos necessários aos formandos?					
Recorreu a exercícios para explicar o tema?					
A metodologia utilizada facilitou a aprendizagem?					

