



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**.

Ângela Clara Braga Marques Ribeiro



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local do Estágio: **Projeto Homem**

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

Ângela Clara Braga Marques Ribeiro

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



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2013

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar, à minha supervisora/orientadora Doutora Eleonora Cunha pela orientação, disponibilidade, incentivo e apoio, em todos os momentos deste percurso educativo.

Ao meu orientador local, Dr. Alceu Dias pela partilha da sua experiência, pelo rigor e conhecimento transmitidos, pela ajuda e apoio no auxílio do meu trabalho.

A todos os meus colegas e amigos, que de diferentes formas estiveram envolvidos na minha formação e aprendizagem.

Por último, mas não menos importante, o meu mais profundo e especial agradecimento à minha filha, Leonor e ao Zé Mário pela presença constante e compreensão pelo tempo em que ficaram privados da minha companhia.

A todos, um muito obrigado...

Resumo

O presente relatório de estágio tem como finalidade descrever as atividades realizadas, ao longo do ano letivo de 2012/2013, que integra o 2º ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, lecionado pela Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia de Braga. O estágio realizou-se no Centro de Solidariedade Social - Projeto Homem, situado em Braga e teve uma duração de nove meses (500 horas). O estágio curricular constitui o momento por excelência de elevada aprendizagem na formação prática do estagiário. Assim, o presente estágio curricular teve como objetivo geral a aplicação das diferentes abordagens teóricas no contexto da prática da Psicologia Clínica e da Saúde e a aquisição de experiência e competências profissionais adequadas e autónomas. Este relatório encontra-se subdividido em quatro partes. Na primeira parte, encontra-se descrito uma breve caracterização do contexto institucional, bem como o papel do psicólogo integrado nesse contexto; na segunda parte procedemos à caracterização da observação e o levantamento das necessidades. Numa terceira parte, descrevemos as atividades realizadas no contexto e, por último, apresentamos a conclusão em que elaboramos uma reflexão integrativa sobre o estágio.

Palavras-chave: Estágio Curricular, Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Abstract

The present internship report aims to describe the activities carried out throughout the school year 2012/2013, as part of the 2nd year of the Master in Clinical and Health Psychology, taught in the Portuguese Catholic University - Faculty of Philosophy of Braga. The internship was held at the Centro de Solidariedade Social – Projeto Homem, located in Braga, and lasted nine months (500 hours). The curricular internship represents the excellence moment of higher learning in the practical training of the intern. Thus, this internship general objective was to apply the different theoretical approaches in the context of the practice in Clinical and Health Psychology along with the acquisition of skills and experience appropriate for professional and autonomous practice. This report is divided into four parts. In the first part there's a briefly description of the institutional context, along with the role of the psychologist integrated in that context; in the second moment we proceed with the characterization of the observation and the assessment of needs. In a third part, we describe the activities carried out in the context, and finally, we present the conclusion in which we elaborated an integrative reflection about the internship.

Keywords: Curricular internship, Master in Clinical and Health Psychology

Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo.....	II
Abstract.....	III
Índice.....	IV
Índice de Tabelas.....	V
Índice de Anexos.....	VI
1. Caracterização da Instituição.....	7
1.1. Acolhimento.....	8
1.2. Comunidade Terapêutica.....	8
1.3. Reinserção Social.....	9
1.4. Descrição do Contexto e do Papel do Psicólogo.....	9
2. Caracterização da Observação.....	11
2.1. Avaliação das Necessidades.....	11
2.2. Prioridades de Intervenção e Restrições do Contexto Institucional.....	11
3. Atividades de Intervenção.....	12
3.1. Intervenção Individual.....	12
3.2. Avaliação e Intervenção em Casos Clínicos.....	13
3.2.1. Estudo de Caso.....	13
3.2.2. Caso Clínico 2.....	27
3.2.3. Caso Clínico 3.....	36
3.2.4. Caso Clínico 4.....	45
3.3. Intervenção em Grupo.....	54
3.4. Ação de Formação.....	56
Conclusão.....	60
Referências Bibliográfica.....	62
Anexos.....	65

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Apresentação dos Resultados do Programa de Intervenção em Grupo	56
Tabela 2 – Apresentação dos Resultados da Avaliação da Ação de Formação	59

Índice de Anexos

Anexo I – Atividade de Intervenção em Grupo

Anexo II – Escala de Assertividade de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule, RAS)

Anexo III – *Power Point* da Ação de Formação

Anexo IV – Questionário de Avaliação da Ação de Formação

1. Caracterização da Instituição

O Centro de Solidariedade de Braga - Projeto Homem nasceu em 1991, através do apoio da Arquidiocese. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, intervém no âmbito da toxicod dependência, do alcoolismo e de duplo diagnóstico. Tem protocolos de cooperação celebrados com o Instituto da Droga e da Toxicod dependentes (I.D.T.) e com a Segurança Social (Mario Picchi, 1991).

O Projeto Homem tem origem em Itália, fundado em 1979 pelo padre italiano Don Mario Picchi como Centro Italiano de Solidariedade. As suas raízes assentam sobre os valores, estilo e filosofia do voluntariado com base no conceito de autoajuda dos Alcoólicos Anónimos, inspirado na metodologia de Daytop Village (1963) e da Comunidade Terapêutica Democrática de Maxwell Jones (1969) (Mario Picchi, 1991).

Com a sua evolução e as experiências adquiridas ao longo dos anos, formularam um Programa Educativo/ Terapêutico “Projeto Homem” orientado para a reabilitação e reinserção social de Toxicod dependentes. Este programa segue um modelo Biopsicossocial, com raízes humanistas, que visa o desenvolvimento de todas as áreas do indivíduo com vista à criação de um estilo de vida equilibrado, caracterizado por uma integração plena na sociedade (Mario Picchi, 1991).

O Centro também presta outros serviços, como o acompanhamento às famílias (através dos grupos de autoajuda e seminários), acompanhamento médico e psiquiátrico, acompanhamento social e jurídico para ajudar e orientar os utentes, na resolução dos seus problemas e apoia-los na reabilitação e reintegração social, realizam um Follow-up individual durante um ano para avaliar a integração dos ex utentes, e prestam voluntariado no estabelecimento prisional (Braga e Guimarães). Existe ainda, o Projeto “Fénix” cujo objetivo é criar condições facilitadoras de acesso a um emprego por parte dos consumidores de substâncias psicoativas em processo de reinserção, Projeto “Projetando vida” na tentativa de minimizar os danos e reduzir os riscos associados à prática do consumo de substância psicoativas, motivar para um novo estilo de vida, e o Projeto “Mais vale prevenir” tendo como objetivo a criação de um gabinete de apoio ao aluno e à família e promover estilos de vida saudáveis nos tempos livres das crianças e jovens.

A intervenção assenta nas correntes cognitivos comportamentais, nas dinâmicas de autoajuda e na autorresponsabilização da pessoa, e é desenvolvido de forma individualizada e contínua ao longo das três fases que compõem o programa:

Acolhimento, Comunidade Terapêutico, Reinserção Social.

Os critérios de admissão incluem ambos os sexos e o facto de durante a permanência na instituição não poderem consumir substâncias.

1.1. Acolhimento

O primeiro contacto com o toxicodependente dá-se no acolhimento. Esta fase tem como objetivos permitir ao utente a tomada de consciência dos problemas relacionados com o uso de substâncias, quer ao nível da dependência bem como das consequências que lhes estão subjacentes; proporcionar uma análise de si mesmo, das suas atitudes habituais e progressivamente, a um sentido mais profundo de responsabilidade pessoal; pertencer a uma estrutura dinâmica favorável à mudança de atitudes e comportamentos; reconhecer e enfrentar as dificuldades e o peso dramático dos seus problemas, como o medo, angustia, solidão, frustração, conflitos não resolvidos, vergonha, entre outros. Assim, a fase inicial do programa é uma etapa de reflexão profundamente consciente de si, voltada para a consciencialização da sua realidade, é o ponto de partida para o progresso nas fases seguintes e de perspectivarem o que querem fazer num futuro próximo.

Atualmente, a primeira fase do programa funciona em regime de internamento juntamente com a Comunidade Terapêutica, tendo uma duração prevista de três meses.

1.2. Comunidade Terapêutica

A Comunidade Terapêutica funciona em regime de internamento onde o contacto com o exterior é menor. A duração desta fase é de aproximadamente 12 meses e com capacidade para 60 utentes.

O seu objetivo assenta na realização de um trabalho de autoconhecimento e crescimento pessoal em vários níveis: a nível comportamental, na substituição dos comportamentos autodestrutivos para outros socialmente aceites; a nível cognitivo, desenvolver os mecanismos de *coping* para possível análise objetiva das situações problemáticas e na aplicação de estratégias eficazes para a sua resolução, aumentando assim a perceção da autoeficácia e autoconfiança; emocional/afetivo, apreender a identificar e gerir as emoções, desenvolver a sua capacidade de autocontrolo, apreender a dar e receber afetos numa relação; a nível existencial, experimentar um estilo de vida

tendo em conta os valores humanos, no sentido de alcançar uma percepção mais positiva de si próprio e dos que o rodeiam; e, por fim, a prevenção de recaídas, identificar as áreas de risco e desenvolver um conjunto de estratégias que possibilitem ao utente lidar com as mesmas de forma assertiva e sem pôr em causa a sua continuidade no processo de reabilitação/reintegração.

A valência é composta por doze profissionais (uma Diretora, oito Terapeutas e três monitores).

1.3. Reinserção Social

A reinserção social corresponde à última fase do programa, tem uma duração aproximadamente de nove meses e com capacidade para 50 utentes.

Esta valência encontra-se dividida em três subfases, nomeadamente a fase A, B e C. Na fase A funciona em regime de semi internamento, ou seja, durante a semana o utente permanece na instituição e vai a casa ao fim de semana; na fase B e na fase C o utente regressa à sua vida normal, social e laboral, frequentando a reinserção duas vezes por semana na fase B e uma vez por semana na fase C.

A reinserção social é um contínuo de todo o processo terapêutico, visa a promoção da autonomia pessoal, a reintegração do utente na estrutura familiar, laboral e social e a definir o seu projeto de vida.

1.4. Descrição do contexto e do papel do psicólogo

A toxicod dependência representa um fenómeno universal em ascensão, afetando centenas de milhares de pessoas em todo o mundo. Em território nacional, estudos recentes evidenciam números preocupantes relativamente ao consumo de substâncias aditivas (IDT, 2011). Repetto e Santos (1985; cit. in Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009) conceptualizam a toxicod dependência como uma doença crónica e recidiva.

A toxicod dependência relacionada com substâncias psicoativas causa prejuízos e complicações graves que resultam numa deterioração da saúde geral do indivíduo e produzem efeitos negativos no contexto pessoal, social e profissional. Para além de alterações ao nível percetivo, emocional, psíquico e comportamental, esta problemática também é caracterizada pela mudança progressiva da escala de valores do indivíduo,

onde o consumo de drogas se torna num valor de bem estar e de felicidade (Repetto & Santos, 1985; cit in Pacheco et al., 2009).

De facto, o individuo dependente sofre em diversas áreas as consequências dos seus atos. Desde logo, as suas relações com os mais próximos poderão entrar em rutura temporária ou até mesmo permanente, onde, por exemplo perderá o círculo de amigos que lhe são mais próximos e até mesmo os familiares mais chegados (e.g., divórcio), como ainda, sofrerá no mundo laboral com a possível perda do posto de trabalho, bem como, com a negação do seu próprio “ser” como pessoa, para já não referirmos as consequências ao nível de problemas de saúde e da própria autoestima. A dependência das drogas conduz portanto, a uma degradação do indivíduo com o mundo que o rodeia, ou seja, na relação com os outros e com o meio envolvente, e em especial, aquela que é o seu suporte existencial: a família. O próprio individuo sofre no mais profundo do seu “eu” pois deixa de ter capacidades emocionais (e.g. prazer, amor, etc.) capazes de o levar ao envolvimento com o “outro” que não se encontra envolvido no seu mundo, a toxicodependência (Ló, 2007).

Neste sentido, verifica-se que esta problemática afeta o individuo em várias dimensões, nomeadamente, afetivas, cognitivas e comportamentais (Martins & Jesus, s/d; cit. in Centro de Solidariedade Social, 2003). O processo de reabilitação de indivíduos consumidores de substâncias psicoativas, vai para além da abstinência do consumo de drogas, como tal, torna-se pertinente, tratar uma série de problemáticas relacionadas com a reestruturação relacional, afetivo-emocional e comportamental (Martins & Jesus, s/d; cit. in Centro de Solidariedade Social, 2003).

O psicólogo clínico e da saúde, na sua prática profissional deve assegurar uma avaliação rigorosa, fomentar a promoção e manutenção do bem estar físico e psicológico do individuo, a prevenção do mau funcionamento físico e psíquico e delinear estratégias de intervenções eficazes nos problemas que lhe são apresentados (Ribeiro & Leal, 1999).

De acordo com o supracitado e o programa implementado no processo terapêutico do Projeto Homem, torna-se fundamental que o psicólogo inserido no contexto da toxicodependência, possua capacidades para trabalhar e intervir especificamente nos processos de crescimento pessoal, na melhoria da autoestima, conhecimento pessoal, identificação e expressão de sentimentos, na promoção das relações interpessoais e modificação dos padrões de relacionamento, bem como desenvolver capacidades na gestão e resolução de conflitos. Desta forma, o individuo submetido ao programa

terapêutico torna-se capaz de se integrar na sociedade e adaptar-se a uma nova realidade, de forma adequada, autónoma e produtiva.

2. Caracterização da Observação

Durante o período de observação, que decorreu ao longo de todo o estágio, foi possível assistir a intervenções em grupo, nomeadamente a grupos de autoajuda, de exteriorização de sentimentos, formulação de objetivos, entre outros; a ações de formação direcionadas aos utentes da instituição e à observação de acompanhamentos psicológicos, de utentes com diversas patologias, designadamente, perturbações de ansiedade, de humor, da personalidade, entre outras.

2.1. Avaliação das necessidades

Para avaliar as necessidades da instituição procedeu-se inicialmente à observação das atividades e dinâmicas já desenvolvidas e implementadas, assim como a conversas informais com o orientador de estágio, terapeutas e utentes da instituição. Neste sentido, denotaram-se as seguintes necessidades: 1) persistência em atividades e intervenções de treino de competências sociais e de comunicação; 2) desenvolvimento de técnicas e estratégias que promovam a identificação e facilitem a expressão de sentimentos, a gestão emocional, alteração de condutas, resolução de problemas e a gestão de conflitos; e 3) necessidade de avaliação e intervenção a um maior número de utentes.

2.2. Prioridades de intervenção e restrições do contexto institucional

Atendendo às necessidades identificadas, procedeu-se à seleção das necessidades a colmatar. Relativamente à intervenção em grupo, estabeleceu-se como principal necessidade de intervenção, o treino de competências de comunicação interpessoal direcionada a um grupo de utentes adolescentes. No que concerne às necessidades de formação dentro da instituição, é de denotar que o Projeto Homem se encontra em constante avaliação de necessidades desenvolvendo ações de formação para técnicos, profissionais e utentes da instituição. Neste sentido, considerou-se de maior relevância, a formação de utentes adolescentes sobre questões específicas desta fase da vida como a

sexualidade, anticoncepção, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Devido a restrições do contexto institucional, não foi possível realizar avaliação e acompanhamentos de casos clínicos individuais com utentes adolescentes, bem como a impossibilidade de participar no apoio formal aos familiares dos utentes.

3. Atividades de Intervenção

Nesta parte serão descritas as atividades desenvolvidas no presente estágio, considerando as intervenções individuais, a intervenção de grupo e a ação de formação dirigidas aos utentes.

3.1. Intervenção Individual

Tendo em consideração que os processos de intervenção individual no presente estágio foram efetuados em utentes da instituição em processo de recuperação do consumo de substâncias e com planos de tratamento específicos para os seus problemas de consumo, as intervenções no âmbito do presente estágio versaram sobre problemas e queixas específicas dos utentes que ultrapassam os seus problemas de consumo. Todavia, em todas as consultas foi elaborada uma anamnese pormenorizada (recorrendo aos seus dados clínicos e institucionais, bem como aos dados recolhidos durante as consultas com o utente), e foram utilizados testes psicológicos para avaliar a sintomatologia psicopatológica (de forma a conceptualizar a sua gravidade), a personalidade (no sentido de tomar conhecimento do funcionamento geral do utente) e a inteligência (com o propósito de verificar a adequabilidade cognitiva das medidas de intervenção dirigidas ao utente).

Existiu sempre o cuidado de verificar a forma como o utente se apresentou, o seu estado de humor, a cooperação e o seu historial clínico, já que são fatores importantes a considerar na interpretação diagnóstica (Potter & Attix, 2006). Metodologicamente, na história clínica foram recolhidos os dados necessários a um bom processo diagnóstico, nomeadamente a determinação do começo do quadro clínico, os fatores antecedentes, as comorbilidades, os hábitos tóxicos, a valoração psicossocial e os traços de personalidade (Buela-Casal & Sierra, 2003). Na intervenção individual em contexto psicopatológico, utilizaram-se técnicas cognitivo-comportamentais, uma vez que no presente contexto e população têm resultados muito positivos (McHugh, Hearon &

Otto, 2010). Em seguida são descritos os casos clínicos individuais.

3.2. Avaliação e Intervenção em Casos Clínicos

Os casos clínicos descritos cumpriram os pressupostos de confidencialidade e anonimato inerentes à prática psicológica. Devido a tal facto, os nomes foram alterados e a autorização expressa do utente foi requerida para que as informações constassem do presente documento. De forma concreta, das cinco pessoas que foram seguidas no decorrer deste estágio, somente serão descritos quatro casos, sendo um deles o estudo de caso, uma vez que um dos utentes desistiu no início das sessões, não tendo sequer acabado de ser elaborada a sua anamnese. O utente V. poderia ter sido um caso interessante, uma vez que se encontra novamente em tratamento, após ter feito um tratamento no Projeto Homem em 2007, tendo acabado por recair. A desistência por parte do utente das sessões individuais de psicologia e da possível intervenção é um sério indicador de mau prognóstico, apontando para um cuidado clínico elevado que deve ser prestado a V. no âmbito do seu tratamento de reabilitação, no sentido de evitar futuras recaídas.

3.2.1. Estudo de Caso

Identificação

A. tem 34 anos, é solteiro e nunca teve filhos. Atualmente encontra-se desempregado, tendo sido anteriormente empregado de mesa. Vive com os pais e uma irmã de 30 anos.

Problema Apresentado

A. procurou apoio psicológico por se sentir demasiado ansioso em muitas circunstâncias do seu quotidiano, nomeadamente no que diz respeito ao seu tratamento e reinserção, ao facto de se encontrar desempregado, à relação com os familiares, especialmente com a mãe, e ao facto da perda de amigos o preocupar.

Dados da Anamnese

O utente apresentou-se sempre de aspeto normal e limpo e com uma atitude colaborante nas sessões. A. manifestou sempre humor eutímico e afeto apropriado às temáticas abordadas. O seu discurso era normal, refletindo um pensamento coerente, apesar de algumas vezes circunstanciado, e uma excessiva intelectualização na tentativa de não ser incompreendido. O utente manteve sempre um bom contato ocular e a sua idade aparente corresponde à idade real. Relativamente ao *insight*, A. demonstra ter crítica para a doença, sendo capaz de perceber claramente o seu mal-estar e as suas causas. Quanto ao estado de consciência, apresentou-se sempre vígil e orientado no tempo, espaço, autopsiquicamente e alopsiquicamente. De igual forma, nunca demonstrou a existência de delírios ou alucinações e, em termos cognitivos, a sua atenção e memória não aparentam qualquer problemática.

A. encontra-se sob tratamento de recuperação, sendo que no passado já havia estado em tratamento de recuperação no Projeto Homem em 2007, tendo regressado em 2010/2011. Em outubro de 2011 esteve também em tratamento noutra comunidade externa ao Projeto Homem, tendo voltado a esta instituição em 2012, onde permanece até hoje. Antes de estar em tratamento de recuperação forma, A. tentou lutar contra os consumos através da abstinência em casa, tendo poucos resultados. Relativamente ao seu histórico de doenças, o utente refere que teve hepatite A na infância e fora hospitalizado aos 2 anos por ter sido atropelado por um autocarro. Atualmente ostenta ainda uma grande cicatriz na cabeça em resultado desse processo. Em termos farmacológicos apresenta-se atualmente medicado para controlar os consumos e os níveis de ansiedade que refere serem elevados. Relativamente à sua história psiquiátrica, o utente mencionou que apenas passou a ser seguido em psiquiatria após ingressar no programa de recuperação. Nesse âmbito, foi-lhe dito que teve princípios de psicose tóxica devida aos consumos. No que diz respeito a tentativas de suicídio, o utente menciona que já pensou diversas vezes em pôr fim à vida, tendo tentado ativamente fazê-lo uma vez quando tinha 14 anos, devido à revolta e desespero pelo facto do pai não lhe ter dado dinheiro para o consumo.

O utente vive com os pais e uma irmã, sendo o único rapaz de três irmãos. O utente descreve a sua mãe como sendo uma pessoa “boa, manipulável, que gosta de ajudar e interessa-se pelos outros, não é firme, é fraca”. Relativamente à sua relação com a mãe, o utente menciona que desde pequeno a sua mãe esteve do seu lado,

defendendo-o na relação com o pai, a ponto das irmãs dizerem que ele era o “menino querido”, facto que o incomodava. Segundo o utente, a mãe encobria-o e nunca lhe faltou com nada, dando-lhe tudo o que ele quisesse. A mãe sempre o deixou à vontade para falar mas ele nunca teve coragem para falar com ela sobre os consumos. O utente menciona também que a sua mãe era isolada e fazia coisas às escondidas do pai, como compras, facto que deixava o utente revoltado pois achava que não tinha sido educado para esconder.

De igual forma, o utente enfatiza a humilde da mãe, mencionando que esta não enfrentava o pai e que ambos nunca tiveram uma conversa civilizada. O facto de a mãe esconder informações do pai parece ser importante para o utente, uma vez que enfatiza diversas vezes esse detalhe, mencionando por exemplo que a mãe lhes comprava roupa (a si e às suas duas irmãs) e mentia ao pai dizendo que lha haviam dado. O utente guardava o segredo da mãe devido ao medo que tinha do pai se zangar com a mãe. De facto, o utente diz que o pai “deitava a mãe abaixo”, sendo que ela própria fazia o mesmo, assumindo sempre as culpas de tudo, facto que o deixava irritado. Ainda relativamente à relação entre os pais, o utente menciona que quando ambos se desentendiam, o utente saía de casa pois nunca quis meter-se nas discussões deles. Argumenta ainda que muitas vezes os desentendimentos familiares eram devidos ao seu problema com a toxicodependência.

Ainda em termos familiares, o utente acha que falta diálogo na família, resumindo as suas recordações boas em festas e aniversários. A mãe aparenta ser a pessoa mais próxima do utente, mantendo a proximidade mesmo depois de saber dos seus problemas com a toxicodependência. De facto, o utente menciona que a mãe “arranjava dinheiro todos os dias e quando não tinha ia pedir ao avô, escondendo tudo do meu pai e irmãs. De igual forma menciona que a mãe foi o principal incentivo para ingressar no programa de reabilitação sendo que a desilusão que lhe possa causar é um dos seus maiores medos.

Relativamente ao pai, o utente considera-o uma “pessoa correta e exigente, desconfiada, que quer tudo certinho, tudo à sua maneira, agarrado ao núcleo familiar”. O utente menciona o facto de se esconder do pai, apesar de viverem na mesma casa. De igual forma, A. considera que o pai fez tudo pela família, mas quando se enervava também descarregava em todos, facto que ocorria vezes excessivas no entender do utente, especialmente quando as coisas “não são feitas como ele quer”. Esse comportamento do pai irritava e incomodava o utente. De igual forma, A. considera que

o pai transmitia pouco afeto aos filhos. Quando o pai começou a desconfiar do consumo a relação de ambos começou a piorar, passando a imperar a desconfiança, sendo que quando o pai teve a confirmação das suspeitas a relação passou a ser, nas palavras do utente, “do piorio”. Para A. a desconfiança permanece atualmente. De facto, o utente menciona que o pai chegava a apanhá-lo na rua e a bater-lhe em frente a toda a gente, chamando-lhe “drogado”. A partir de certa altura deixou de falar para o pai, apenas o cumprimentava. Atualmente, e apesar da desconfiança e medo que atribui ao pai, considera estarem mais próximos, baseando-se no facto de jogarem consola juntos, conversarem e relacionarem-se mais.

Ainda em termos familiares, o utente menciona que nunca teve grande relação de proximidade com as irmãs, mencionando que eram “todos muito independentes uns dos outros”. Segundo A., desde pequenos que se pegavam por tudo e por nada, sendo as suas relações pautadas por discussões, até mesmo em frente de outros familiares mais afastados. No entanto, desde que souberam do seu problema de toxicod dependência as suas irmãs ajudaram-no bastante. Tal relação foi especialmente importante com a irmã mais velha, que faleceu em 2011 devido a problemas de saúde, nomeadamente complicações associadas a uma cirurgia que envolveu a colocação de uma banda gástrica. O seu falecimento teve um grande impacto em A., que afirma sentir a sua falta, sentindo-se culpado pela sua morte. De facto, esse sentimento de culpa é também promovido pelos restantes familiares, que também o culpavam (“Também já me disseram que eu contribuí para a morte da minha irmã, que parte do sofrimento dela era devido a mim”). Outras pessoas significativas para o utente foram os avós maternos e um tio (irmão da mãe). A falecida avó era muito carinhosa com ele, e o utente sempre foi muito ligado a ela. Falava com ela de coisas que não era capaz de falar com os pais. O utente era manipulador para com a avó de forma a obter dinheiro, sentindo-se hoje mal por isso. A morte da avó foi muito dura para o utente, sendo que o mesmo passou a consumir ainda mais após esse evento que o utente considera traumático.

Apesar de solteiro, o utente teve duas relações amorosas significativas na sua vida. Afirma que sempre se deu bem com as mulheres mas afirma também que desde miúdo que sempre que se interessou por alguma lhe faltou a coragem para dar o primeiro passo, sendo que teve que esperar sempre muito tempo para conseguir declarar-se. Teve a primeira namorada séria aos 18 anos, tendo a relação durado dois anos. Sentia-se muito bem nessa relação e partilhava com a namorada os problemas. Ela sabia que ele consumia e não se importava, sendo que de vez em quando também

consumia com ele. A relação terminou porque o utente teve que ir estagiar três meses para Inglaterra. Davam-se bem, mas às vezes havia atritos por ele chegar tarde devido aos consumos. Ela também ficava chateada por o utente consumir drogas pesadas. Quando regressou de Inglaterra o utente vinha com esperanças de reatar a relação mas tal não aconteceu pois a antiga namorada estava grávida e numa nova relação, facto que o afetou e o fez passar a tratar as mulheres como objetos do ponto de vista sexual. As irmãs chegaram a conhecê-la, apesar dos pais nunca o terem feito.

A outra relação significativa foi com uma mulher quando o utente trabalhou no Gerês. O utente não sentiu o mesmo que sentiu pela namorada anterior, considerando que foi mais uma relação de “uso”, apesar de se darem bem um com o outro. O utente acabou por deixar de aparecer na casa da namorada e a mesma também acabou por ficar a saber dos seus problemas com as drogas duras e nunca mais o procurou. Estiveram juntos cerca de seis meses. Entretanto e devido aos consumos, o utente descreve as suas relações seguintes como “meramente sexuais, tendo em vista somente o contexto de consumo”. O utente afirma que “eram raparigas negativas ou prostitutas. Não havia dinheiro, era só sexo no meio do consumo e mais nada. Não havia nada ao nível afetivo”.

Durante a sua infância e antes de entrar na toxicod dependência, o utente costumava frequentar a igreja e praticar desportos (futebol e andebol). Também costumava juntar-se com amigos para jogar computador. Após iniciar os consumos passou a ocupar os tempos livres a consumir, a ouvir música ou a jogar na consola. Há cerca de três ou quatro anos que não sai à noite com os amigos, apenas o tem feito de forma esporádica, passando somente o tempo com os consumos. O utente menciona que “a droga afastou-me muito das pessoas e ainda hoje me sinto muito afastado”. Em termos de relacionamentos sociais, o utente afirma ter tido sempre o seu grupo de amigos, com quem se dava bem. Saíam juntos, acampavam e quando o utente começou a consumir, os amigos souberam, e nunca o discriminaram por isso, apenas lhe “chamavam a atenção e davam bons conselhos”. O utente diz ter-se desligado deste grupo de amigos (que considera positivos) quando se afundou mais nas drogas duras.

Na sua vida quotidiana, o utente sempre tentou dar a imagem de que não era toxicod dependente, andando sempre bem vestido e tendo cuidados de higiene. Em termos escolares, o utente tem o nono ano completo, tendo frequentado o 10º ano sem o terminar. Nunca reprovou até ao nono ano, apesar de sempre passar com o mínimo necessário. No 10º ano passou a não ter vontade de ir para as aulas e foi aí que começou

a consumir haxixe. Com a desistência do 10º ano entrou para um curso profissional de técnico de seguros, cuja duração era de três anos, tendo desistido ao final de um ano e meio, por achar o curso demasiado vago. Em 2000, decidiu tirar um curso subsidiado de hotelaria durante seis meses. Completou-o e gostou imenso de o ter frequentado. Após o curso fez o estágio de três meses em Inglaterra, tendo gostado imenso.

Em termos profissionais, o último trabalho que teve foi como empregado de mesa, tendo sido algo que gostou de fazer. Durante a vida teve outros dois trabalhos relacionados com a restauração, sendo que os deixou por problemas com o patrão, ou devido à sua falta de assiduidade (eg. chegava tarde, faltava, entre outros). Trabalhou também numa empresa de ar condicionado durante quatro meses, apesar de não gostar do trabalho, facto que o levou a abandoná-lo. Também trabalhou num Hotel do Gerês, tendo sido o trabalho que mais lhe agradou até à data. No Hotel conheceu um cliente que lhe ofereceu um emprego num restaurante em Lisboa, tendo lá permanecido um mês e meio até o patrão o encontrar alcoolizado e com haxixe. Após a incursão por Lisboa, voltou ao Hotel no Gerês, tendo sido despedido devido a terem sido descobertos os seus consumos. Segundo o utente, as portas do Hotel não estão fechadas após a sua recuperação.

No que concerne à sua história de consumos, o utente começou a consumir aos 15 anos na casa de um colega, após ter faltado às aulas. O colega tinha haxixe e o utente experimentou e gostou. Passado algum tempo passou a consumir diariamente haxixe. Eventualmente começou também a consumir casualmente *extase* e LSD, juntamente com o haxixe diário. Nas festas que frequentava, a que o utente se referia como “*raves*”, teve conhecimento da cocaína, sendo que as pessoas costumavam misturar as drogas químicas com a cocaína nessas festas. O utente começou também a inalar cocaína, mas a sua droga de eleição era o LSD. O utente afirma que vivia noutra mundo quando consumia essa droga. Três anos após o início dos consumos, o utente consumia diariamente haxixe, LSD e *extase*. O dinheiro para manter os consumos vinha maioritariamente do seu salário, sendo que também provinha das chantagens efetuadas à família, especialmente à mãe, e por vezes também vendia droga ou os seus bens (eg. CDs, aparelhagem, roupa, entre outros) para conseguir dinheiro para os seus consumos. No mesmo sentido, o utente menciona ter roubado ouro à sua mãe para conseguir dinheiro para consumir.

Com o aumento do consumo de cocaína o utente passou a frequentar muito menos as festas devido ao elevado custo associado aos seus consumos. Com a

proximidade de outros consumidores de cocaína, o utente começou também a consumir heroína. Apesar de o utente ter sempre acreditado que nunca se iria viciar em heroína, devido à forma “degradada” como via os outros consumidores, acabou por experimentar e ficar viciado, passando a consumi-la em excesso, mesmo consciente dos efeitos da “ressaca”. Nesta fase, os seus consumos diários passaram a ser de cocaína e heroína. Nas suas palavras, “a cocaína era para acelerar e a heroína para contrabalançar”. Em termos legais, o utente menciona ter sido apanhado pela polícia duas vezes com droga, tendo sido condenado, em ambas as situações, com pena suspensa.

Durante o último programa de tratamento, em 2011, o utente teve uma recaída na fase da reinserção. O utente menciona que ficou “assustado” quando foi para a reinserção e começou a desanimar pois sentia-se “desamparado por fazer as coisas sozinho”. Sentia-se “observado e inseguro”. Na reinserção o utente menciona que existiam “conversas negativas, consumos psicológicos e por vezes faziam-se gestos de consumo, simulações sem objetos”, enfatizando “tinham satisfação com essas brincadeiras”. Segundo o utente, inicialmente “começaram a vir conversas sobre consumos, as brincadeiras sobre os consumos e essas situações também mexiam”, sendo que posteriormente “começaram a vir as dúvidas”. No processo de reinserção, teve que começar a procurar trabalho e foi nessa altura que as coisas começaram a descontrolar-se: “Pressionado com os meus objetivos para falar com as pessoas e arranjar trabalho, comecei a ter um sentimento de frustração e insatisfação por não conseguir fazer isso”, facto que o deixou frustrado e a pensar que era um “fracassado, incapaz de lidar com a situação”. Após recair nos consumos de álcool e haxixe, o utente descreve os seus sentimentos como estando “desorientado e insatisfeito, com culpa por ter consumido”.

Avaliação Psicológica

Além da entrevista clínica detalhada, os instrumentos de avaliação psicológica para avaliar a sintomatologia de A. foram selecionados tendo em conta as suas queixas, no sentido de efetuar um correto diagnóstico e um plano de intervenção adequado. Assim, para avaliar a sua sintomatologia aplicou-se o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; aferido para a população portuguesa por Canavarro, 1996), que avalia sintomas psicológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia, nomeadamente somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três índices globais.

A. obteve resultados elevados no índice geral de sintomas (3,03) e no índice de sintomas positivos (3,03), bem como nas dimensões somatização (2,4), obsessivo-compulsivo (3,2), sensibilidade interpessoal (3,0), depressão (3,0), hostilidade (3,0), ansiedade (3,2), ansiedade fóbica (3,0), psicoticismo (3,2) e ideação paranoide (3,4). Estes resultados demonstram a presença de sintomatologia psicopatológica clinicamente significativa, bem como preocupações relacionadas com disfunção física; com impulsos, pensamentos ou ações que são irresistíveis, repetitivas, indesejadas e vistas como fora do controlo do utente; desconforto em situações interpessoais; sentimentos de solidão, perda de prazer, disforia, pessimismo, falta de motivação; com elevados níveis de ansiedade; com irritabilidade constante; com medo excessivo associado a pessoas, lugares e objetos; com sentimentos de suspeição e desconfiança; e alienação interpessoal. Destes resultados devemos ressaltar os elevados índices de sintomatologia ansiosa, uma vez que para além de representarem a principal queixa do utente, apresentam resultados elevados no BSI.

Foi utilizado também o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2; Hathaway & McKinley, 1991) para avaliar a personalidade de forma concreta, tendo o utente obtido resultados baixos nas escalas de mentira (T=47) e correção (T=38), e resultados elevados na escala de validade (T=83) e nas escalas clínicas de depressão (T=68), histeria (T=70), psicopatia (T=73), paranoia (T=95), esquizofrenia (T=73) e hipomania (T=73). O baixo resultado da escala de mentira indicam que o utente pretende dar uma imagem negativa de si, facto que é também fundamentado pelo baixo resultado da escala de correção; que indica que o utente pretende ser ajudado podendo estar a falsificar dados para criar a impressão de patologia; e pelo elevado resultado da escala de validade, que indica a tentativa de falsificação dos resultados por parte do utente. De facto, é notório que o utente tenta e ativamente pretende ser ajudado relativamente à sua sintomatologia ansiosa, sendo que no âmbito dessa procura ativa poderá estar a exagerar alguns dos sintomas com o objetivo de obter um maior apoio, sendo que se descarta a hipótese de manipulação ou falsificação dos resultados, uma vez que a sintomatologia é, de facto, real. Por outro lado, a elevação na escala de depressão apontam para a presença de sintomatologia depressiva, falta de otimismo e sentimentos de incapacidade. O elevado resultado verificado na escala de histeria aponta para a possibilidade de existência de sintomas conversivos, com a possibilidade de se tratar de uma personalidade histriónica. A elevação da escala de psicopatia aponta para uma incapacidade em ter reações

emocionais profundas por parte do utente, bem como fundamenta o seu egocentrismo e desprezo pelas normas sociais. De igual forma, a elevação na escala de paranoia fundamenta os sentimentos de desconfiança e tendências interpretativas apresentadas pelo utente. O valor elevado da escala de esquizofrenia aponta para a alienação da personalidade do utente e para a sua dificuldade na relação com o mundo externo. Por fim, a elevação da escala de hipomania fundamenta a instabilidade no humor do utente e a sua hiperatividade no pensamento e na ação.

Por fim, aplicaram-se também as Matrizes Progressivas de Raven (SPM) (Raven, Court & Raven, 1938) para avaliar a inteligência geral, tendo-se verificado que A. encontra-se intelectualmente na média (GRAU III, Percentil 50) no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio analógico. Este resultado indica um nível médio de inteligência geral e não-verbal, que pode implicar uma normal capacidade de perceção, de observação, de comparação e de raciocínio analógico, tal como uma normal capacidade exploratória, de comportamento comparativo e para utilizar duas ou mais fontes de informação. Os resultados aqui descritos vão de encontro aos dados recolhidos na anamnese, nomeadamente a presença de sintomatologia psicopatológica importante, nomeadamente no que diz respeito à sintomatologia ansiosa, a presença de um transtorno da ansiedade e o nível intelectual normativo do utente.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I:	304.30	Dependência de Cannabis, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F12.2X]
	304.20	Dependência de Cocaína, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F14.2X]
	304.50	Dependência de Alucinogénios, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F16.2X]
	304.00	Dependência de Opiáceos, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F11.2X]
	300.02	Perturbação de Ansiedade Generalizada [F41.1]
Eixo II:	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III:	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo IV:		Afastamento dos familiares e amigos; Tratamento das

dependências; Desemprego

Eixo V: AGF=50

Diagnóstico Diferencial

O presente diagnóstico foi efetuado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta os consumos de substâncias relatados pelo utente e a presença de sintomatologia apresentada pelo mesmo. Neste sentido, o diagnóstico de Dependência de Cannabis, Cocaína, Alucinogénios e Opiáceos prendem-se com os consumos de cannabis, cocaína, LSD e *extase*, e heroína, respetivamente. Os especificadores de evolução, nomeadamente a dependência fisiológica e a situação de ambiente controlado dizem respeito, por um lado, à tolerância desenvolvida pelo utente às substâncias, cujo consumo aumentou para atingir os mesmos efeitos psicotrópicos, e por outro, ao contexto atual do utente, uma vez que se encontra em tratamento numa instituição onde o consumo é proibido.

Os consumos apresentados pelo utente distinguem-se claramente da utilização não patológica de substâncias, uma vez que os padrões de consumo do utente constituem prova de utilização desadaptativa e excessiva das substâncias com impacto clínico, social e psicológico significativo. De facto, o utente costumava consumir quantidades superiores às que pretendia e durante mais tempo do que desejava. De igual forma, o utente, apesar de pretender diminuir os consumos, era incapaz de o fazer, despendendo enormes quantidades de tempo em torno do consumo (procurar a substância, consumir, procurar formas de obter dinheiro para comprar mais substância, entre outros). De igual forma, o padrão de consumo apresentado pelo utente traduz-se numa cada vez menor participação do mesmo em atividades sociais, ocupacionais e recreativas, bem como atividades profissionais.

De igual forma, o diagnóstico de dependências das diversas substâncias distingue-se claramente da utilização de fármacos, uma vez que o padrão de consumo transcende a utilização de fármacos, até pela utilização compulsiva das substâncias. No mesmo sentido o diagnóstico de dependências distingue-se do diagnóstico de intoxicação ou abuso de substâncias, pois o padrão de consumo do utente conta com diversas e recorrentes intoxicações e um constante padrão abusivo não esporádico.

Relativamente às queixas do utente e presença de sintomatologia ansiógena clinicamente significativa, o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada

deve distinguir-se da Perturbação de Ansiedade secundária a um estado físico geral ou secundária ao consumo de substâncias uma vez que, relativamente à primeira, o utente não apresenta nenhuma condição física que explique os sintomas e, relativamente à segunda, considerando que o policonsumo de substâncias possa afetar os mecanismos fisiológicos associados à ansiedade, as preocupações e sintomas ansiógenos do utente antecedem os consumos e permanecem longos períodos após abstinência de consumos, como acontece no programa de tratamento. No mesmo sentido, as preocupações do utente relacionadas com a saúde não são suficientemente graves, facto que permite descartar o diagnóstico de Hipocondria. Uma vez que não ocorre a presença de obsessões e/ou compulsões de forma clinicamente significativa, descarta-se a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. No mesmo sentido, e na ausência de ataques de pânico, descarta-se o diagnóstico dessa perturbação.

O atual diagnóstico distingue-se também da Perturbação Psicótica Delirante, uma vez que os sintomas psicóticos, além de não terem relevância clínica nem motivo de ansiedade, dizem respeito somente a curtas interpretações da vivência comum em sociedade, como o facto de pensar que as pessoas, olhado para si, poderiam desconfiar dos consumos. A entrada no tratamento reabilitação de A. decorreu segundo a sua vontade, sendo que a utente se sente feliz por estar envolvido no tratamento dos consumos, descartando-se assim um possível diagnóstico de Perturbação de Adaptação. No mesmo sentido, a ansiedade não está associada a acontecimentos de vida traumáticos, distinguindo-se assim da Perturbação de Pós-Stress Traumático. Por fim, o diagnóstico distingue-se também da depressão já que os utentes deprimidos apresentam geralmente um humor deprimido centrado em preocupações passadas, enquanto o utente centra as suas preocupações em situações futuras, como o encontrar trabalho, e apresenta geralmente um humor eutímico.

Conceptualização Clínica

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Dependência de Substâncias (cannabis, cocaína, opiáceos e alucinogénios) é definida como um padrão desadaptativo da utilização de substâncias que conduzem a um défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestando-se por um aumento dos consumos da substância e da sua tolerância, mesmo contra a vontade do utente em aumentar os consumos, fundamentados por um desejo persistente e incontrolável associado ao consumo. O

utente perde grandes quantidades de tempo em torno dos consumos (quer à procura, quer a arranjar forma de obter) e vê a sua participação social diminuir, deixando de fazer atividades comumente efetuadas antes dos consumos, tendo efeitos físicos, psicológicos, sociais e económicos.

De facto, o utente demonstra a ocorrência de todos esses fatores, uma vez que após iniciar o consumo das diversas substâncias teve que aumentar gradualmente os níveis de consumo para obter os mesmos efeitos iniciais, apesar da sua vontade em controlar-se e até diminuir os consumos, tendo sido incapaz de o fazer. A vida do utente girou em torno dos consumos, envolvendo-se em diversos negócios para obter as substâncias, deixando de fazer atividades sociais que até aí tinha e pondo em causa toda a sua relação com amigos, familiares, tendo impacto direto na sua vida profissional e amorosa.

Relativamente à Perturbação de Ansiedade Generalizada, o DSM-IV-TR (APA, 2002), define-a como sendo constituída por preocupações irreais ou excessivas e persistentes acerca de duas ou mais circunstâncias da vida durante pelo menos seis meses. De forma concreta, as preocupações versam geralmente sobre fatores familiares, económicos, laborais ou patológicos. De facto, o utente preocupa-se de forma exacerbada com a família (e.g., será que a sua mãe se irá desiludir com ele se ele não for capaz de ter êxito no tratamento?), com os amigos (e.g., será que o afastamento dos amigos irá aumentar?) e com a situação laboral (e.g., o que acontecerá se não conseguir arranjar um emprego). Estas preocupações são acompanhadas por inquietação, fadiga e problemas de sono.

Segundo Berkovec (1994, cit in Buela-Casal & Sierra, 2001) o desenvolvimento desta perturbação relaciona-se com acontecimentos vitais traumáticos e com as relações afetivas iniciais. A esse respeito, o utente afirma que a sintomatologia piorou após o falecimento da avó, repercutindo-se também no aumento dos consumos para tentar lidar com a ansiedade associada ao acontecimento traumático. De igual forma, a morte da irmã e conseqüente culpa tanto autoimposta como atribuída no âmbito familiar parece ser um fator preponderante no aumento da sintomatologia do utente. No mesmo sentido, os valores familiares, os métodos de disciplina, a modelagem, a influência social e cultural, a herança biológica e o significado dado pela pessoa a tudo isso durante o crescimento, parecem também constituir fatores influentes na génese desta perturbação (Peurifoy, 1993, cit in Buela-Casal & Sierra, 2001). A relação do utente com o pai afastado e preocupado com fatores económicos e sociais, cujos castigos passavam por

agressão física, associado à presença de uma mãe apática e submissa, e irmãs emocionalmente afastadas, parece ter sido um fator preponderante no seu atual funcionamento (e.g., necessidade de controlo, alta sensibilidade a críticas e a rejeição ou a ser ignorado). De facto, os problemas de consumo parecem ter servido como um escape para o utente, sendo que o mesmo acredita ter sido um fator de aproximação familiar (e.g., as irmãs passaram a preocupar-se mais com ele, assim como o pai).

Intervenção

Relativamente à dependência de substâncias, a intervenção foi feita no âmbito do programa de reabilitação do qual o utente faz parte e que é constituída por terapia farmacológica e intervenção comportamental e emocional através de terapias de grupo e individuais, bem como diversas atividades específicas no âmbito do tratamento para a dependência das substâncias. Nesse âmbito, e considerando que as dependências de substâncias estavam a ser tratadas num âmbito mais vasto e multidisciplinar no cerne da instituição, a intervenção individual com este utente versou somente sobre os sintomas de ansiedade, que constituíam a sua queixa inicial.

Assim, a intervenção com o utente iniciou com uma análise aprofundada do caso, constituída por uma entrevista com o utente, pela observação comportamental do mesmo nas atividades da instituição e pela aplicação de testes psicológicos orientadores de diagnóstico. Relativamente à elaboração da anamnese, existiu o cuidado de mostrar ao utente que tinha liberdade de mencionar factos ou acontecimentos que o poderiam envergonhar ou incomodar, pretendendo-se com isto estabelecer uma relação de confiança pautada pela empatia e confidencialidade, na qual se deu ênfase à não emissão de juízos ou ideias que fizessem o utente sentir-se avaliado (Beck & Freeman, 1990; cit in Caballo, 2007). De forma concreta, as perguntas foram inicialmente formuladas de forma aberta, dando liberdade ao utente para facultar informação em maior quantidade e qualidade. Numa fase posterior, e no sentido de delinear com segurança o problema, foram utilizadas perguntas mais específicas e fechadas (Buela-Casal & Sierra, 2001).

Relativamente ao plano de tratamento, e à semelhança do proposto por Caballo (2007), as primeiras sessões foram dirigidas à psicoeducação do utente, abordando-se pedagogicamente o seu problema. Nesse sentido, e tratando-se de um problema de ansiedade, foram especificados os componentes da perturbação, nomeadamente

comportamentais, cognitivos e fisiológicos, tendo-se enfatizado a emergência dos sintomas enquanto resposta de maior intensidade aprendida, podendo ser reaprendida de forma mais adequada e adaptativa. Neste âmbito, utilizou-se a reestruturação cognitiva para conceptualizar a estruturação emocional e comportamental do utente. Para ajudar, foi utilizada uma folha de registo de pensamentos disfuncionais, na qual o utente apontava situações que lhe provocavam ansiedade, e as emoções, pensamentos e comportamentos que tais situações lhe causavam. Após identificação dos conteúdos ansiógenos, foi demonstrada ao utente a relação entre cognição, emoção e comportamento, tendo-se promovido a modificação desses conteúdos desadaptativos, por outros mais adaptativos, no decorrer da intervenção.

Tendo em conta que os sintomas de ansiedade são fisiológicos e comportamentais, foram também utilizadas estratégias comportamentais para fazer face à ansiedade associada aos contextos sociais do utente, nomeadamente relativamente à sua participação nas atividades da instituição, da sua relação com a família e da sua procura por trabalho. Nesse sentido utilizaram-se técnicas de relaxamento, dessensibilização sistemática e treino de competências sociais. No que diz respeito às técnicas de relaxamento, sendo uma componente necessária ao tratamento de qualquer transtorno de ansiedade (Buela-Casal & Sierra, 2001) foram utilizadas técnicas de relaxamento progressivas, e técnicas de respiração diafragmática, tendo-se incumbido o utente de efetuar diariamente exercícios. Com isto, pretendeu-se que o utente tivesse maior controlo dos sintomas fisiológicos da ansiedade (e.g., ritmo cardíaco acelerado, respiração). Relativamente à dessensibilização sistemática, construiu-se uma hierarquia de medos com o utente de forma a intervir-se gradualmente nas situações temidas (Caballo, 2007).

Quanto ao treino de competências sociais, foram enfatizados fatores como o ensaio de comportamentos, as instruções, os reforços e as tarefas para casa foram enfatizados (Buela-Casal & Sierra, 2001). Através da utilização destas técnicas, o utente treinou formas de interagir socialmente em contexto específico (e.g., como se comportar numa entrevista de emprego, usar assertividade). No decorrer da intervenção foi sempre enfatizada e utilizada a reestruturação cognitiva, sendo importante na manutenção das novas competências adquiridas pelo utente (Caballo, 2007).

3.2.2. Caso Clínico 2

Identificação

AR. tem 32 anos, é solteiro e nunca teve filhos. Atualmente encontra-se desempregado. Vive com os pais.

Problema Apresentado

AR. procurou apoio psicológico por se sentir demasiado triste e sem vontade de fazer nada.

Dados da Anamnese

O utente apresentou-se sempre de aspeto normal e limpo, com bastante cuidado com a aparência, e com uma atitude colaborante nas sessões. De igual forma, manifestou sempre humor eutímico e afeto apropriado às temáticas abordadas. O seu discurso era pouco fluente, sendo que quando questionado demorava a começar a responder, parando por vezes no meio da frase e aparentando um certo descontrolo na tonalidade da voz, iniciando o discurso com um tom mais elevado e posteriormente adquirindo uma tonalidade normal. Tal facto demonstra, por um lado, a necessidade de controlo do discurso, que apesar de pouco fluente apresenta-se coerente, e por outro, a dificuldade auditiva apresentada pelo utente em ambos os ouvidos, sendo que AR usa aparelho auditivo no ouvido esquerdo.

Relativamente ao contacto ocular, o utente manteve na maior parte das vezes um pobre contacto ocular, indicador da sua tendência introvertida. A sua idade aparente corresponde à idade real. Relativamente ao *insight*, AR. demonstra ter crítica para a doença, sendo capaz de perceber claramente o seu mal-estar e as suas causas. Quanto ao estado de consciência, AR. apresentou um estado vígil e orientado no tempo, espaço, autopsiquicamente e alopsiquicamente. No mesmo sentido, não demonstrou a existência de delírios ou alucinações e, relativamente às funções cognitivas, a sua atenção e memória não aparentaram qualquer problema.

AR. passou os seus primeiros anos de vida, especialmente até à entrada na escola primária, a cargo dos avós maternos, devido ao facto do pai trabalhar e da mãe ter

diversos problemas de saúde que a obrigavam a constante tratamento hospitalar, nomeadamente problemas de bexiga, que a obrigaram a andar muito tempo com uma algália. Este facto deixava o utente preocupado e triste, sendo que quando ela não estava no hospital, o utente passava mais tempo com a mãe e sentia-se “acarinhado e protegido”. Nesse período, a sua relação com os avós era boa. A avó materna bebia em excesso, tendo falecido de cirrose. Relativamente à mãe, o utente descreve-a como uma pessoa “boa, carinhosa, preocupada comigo e com os meus irmãos”. A mãe foi operada pela primeira quando AR. tinha nove anos, tendo voltado a ser operada quando o utente tinha 17.

Na primeira operação da mãe, AR. teve que cuidar dos irmãos mais novos, devido ao facto dos irmãos mais velhos trabalharem. Assim, era a AR. que cabiam as funções de cozinhar para eles, dar-lhes o almoço e o lanche, bem como olhar por eles. Apesar de estar na escola, o utente cuidava dos irmãos depois das aulas, facto que não o afetou, uma vez que “gostava muito de estar com eles”. De facto, o utente enfatiza que “gostava muito de crianças, e muitas vezes mesmo com a mãe em casa ajudava-a a cuidar deles. Dessa forma, a sua infância foi maioritariamente passada a cuidar dos irmãos. O utente tinha uma boa relação com todos os irmãos especialmente com uma irmã mais velha com quem tinha uma relação mais próxima.

Aos seis anos, o utente esteve um mês internado no hospital devido a um acidente que lhe provocou um hematoma na cabeça. O utente pendurou-se numa carrinha, tendo esta travado, levando o utente a bater com a cabeça. Durante a estadia, o utente era visitado pela mãe, sendo que quando ela tinha que ir embora AR. ficava triste e chorava. O utente descreve a experiência da seguinte forma: “sentia-me triste e eu chamava muito pela minha mãe e sentia-me só e chegaram a prender-me á cama porque eu arranquei o soro com os dentes, sentia-me sozinho, com falta da minha mãe”. Tal facto aponta para uma vinculação insegura e resistente. Relativamente a outros problemas de saúde apresentados pelo utente, AR. sofre atualmente de sinusite crónica e quando tinha 22 anos uma bateria de um camião explodiu ao pé dele, tendo-lhe provocado uma incapacidade visual de 50% no olho direito e danos na audição, que tem gradualmente diminuído desde o acidente. Atualmente usa um aparelho auditivo apenas no ouvido esquerdo (ouvido que tem melhor audição).

Relativamente à relação com o pai, o utente afirma que nunca teve uma boa relação achando-se totalmente diferente do pai. Tal diferença levou-o a questionar-se se não teria sido adotado. AR., descreve o pai como “uma pessoa fria, dura, não me sentia

acarinhado por ele”. Quando o utente tinha 12 anos, o pai agrediu o seu irmão, tendo este precisado de cuidados médicos. Tal facto deixou AR. angustiado, triste e constrangido. As agressões ao irmão continuaram, tendo-o levado a sair de casa, culpa que o utente atribui ao pai, e que o afetou pois era próximo do irmão. O utente afirma também que o pai era muito mais carinhoso com as irmãs do que com os irmãos, com quem “berrava muito”. A mãe geralmente defendia o pai, dizendo que se tratava do seu feitio, mas AR. sentia-se “angustiado, revoltado”. A agressividade do pai não era apenas voltada para os filhos, por vezes também era dirigida à mãe, facto que deixava o utente revoltado e angustiado. O ambiente hostil vivido em casa do utente era maioritariamente promovido pelo pai.

De facto, quando o utente começou a trabalhar, aos 16 anos, face ao ambiente que vivia, evitava estar em casa, refugiando-se maioritariamente com os seus amigos. Apesar deste facto, o utente considera a sua infância como um período feliz. Em termos sociais, o utente foi uma criança que convivia com facilidade com as outras crianças, sendo que se relacionava mais com as raparigas do que com os rapazes, na escola, pois sentia-se mais escutado e entendido pelas raparigas. Em termos escolares, o utente não gostava de estudar, preferindo estar com os seus tios no campo com o gado, sendo obrigado pela irmã a ir para a escola. Na escola primária como não estudava e não tinha interesse, chegou a chumbar de ano. O utente só estudou até ao sexto ano, tendo desistido dos estudos para trabalhar e ter o seu próprio dinheiro aos 15 anos. Durante a infância fez parte de grupos de jovens, sentindo-se sempre integrado e acarinhado pelos colegas, especialmente pelas raparigas, com quem se sentia melhor, sendo por vezes gozado pelos colegas do género masculino. Relativamente a este facto, o utente afirma: “Os meus colegas por vezes diziam-me que estava mais com as raparigas do que com os rapazes, e eu dizia-lhes que me identificava mais com as raparigas”. Esta maior proximidade ao grupo do sexo oposto manteve-se também no contexto laboral, sendo que o utente enfatiza a sua heterossexualidade.

Relativamente aos relacionamentos amorosos, o utente teve a sua primeira namorada aos 16 anos, sendo uma relação pautada pela falta de sentimentos, uma vez que o utente gostava de outra pessoa. Aos 18 anos apaixonou-se por uma rapariga, mas esse relacionamento foi complicado devido ao facto da família dela não concordar com o namoro, que acabou por nunca acontecer. Tal facto conduziu a uma tentativa de suicídio por parte do utente, que “desiludido e angustiado acabei por tomar medicação em excesso para me matar e acabei por ir para o hospital”. Após o incidente, o utente

passou a tratar as mulheres como objetos, tendo recorrido a prostituição. Aos 25 anos o utente teve outra relação em Espanha, com uma mulher com um filho de 16 anos, tendo passado a viver juntos após sete meses de relacionamento. Este facto marcou o início da degradação da relação, sendo pautada por discussões e pelo elevado consumo de álcool da namorada. A relação acabou por terminar quando o utente voltou para Portugal. Após essa relação, o utente envolveu-se com uma mulher mais velha, de 62 anos, que lhe pagava para que dormisse com ela. Para conseguir estar com ela, o utente drogava-se ou bebia em excesso.

No que diz respeito aos consumos, o utente começou a fumar aos 16 anos, considerando-se uma pessoa influenciável nessa altura, tendo iniciado o consumo do tabaco para não ser excluído do grupo de amigos. Um ano depois, aos 17, iniciou o consumo de drogas, nomeadamente haxixe, justificando esse consumo com os problemas que vivia em casa, nomeadamente as discussões que tinha com o pai. Nesta altura, começou também a quebrar regras de casa, tendo aumentado os seus problemas familiares. Aos 18 anos passou a traficar haxixe para ter dinheiro e iniciou os consumos de cocaína, que rapidamente passaram a ser diários. O utente passou a afastar-se cada vez mais das pessoas, com medo que o vissem alterado e com vergonha dos consumos. Antes dos pais terem conhecimento dos seus consumos, o irmão descobriu tendo-se revoltado com o utente. Nesta altura os seus consumos eram maioritariamente ao fim de semana.

De igual forma, o utente passava muito tempo com esse irmão, especialmente após o divórcio deste, frequentando discotecas e casas de alterne, sendo que o utente mantinha os consumos escondidos do irmão. Numa das saídas, o irmão bebeu demais e acabou por ter um acidente de carro, a partir do qual acabou por falecer. O utente soube do que se passou por amigos e bombeiros, pois nesse dia tinha recusado a boleia do irmão, tendo-lhe sido dito que ele estava bem. Em casa, AR. contou o sucedido aos pais, dizendo que o irmão estava bem. Quando regressaram do hospital os pais estavam revoltados com o utente pois o irmão falecera: “a minha mãe começou a dizer que eu lhe tinha mentido, enganado, quando eu lhe disse aquilo que os bombeiros me tinham dito”. A morte do irmão foi uma situação traumática e nunca tratada no âmbito familiar. De acordo com o utente “a morte dele foi muito difícil de encarar e senti-me perdido, foi como tivesse perdido um pai, era como um pai para mim. Sinto muita angústia e senti-me culpado pela morte dele e acho que se estivesse lá não acontecia nada, andava sempre com efe e naquele dia não estava, e custa-me muito conformar-me com a perda

dele”. Após a morte do irmão, o utente começou a consumir mais álcool e drogas.

De facto, antes do episódio, AR. praticamente não bebia, sendo que posteriormente começou a andar mais de noite, não aparecia durante dias em casa e não falava com ninguém. Simplesmente se sentia “mal, triste, angustiado, sem vontade de fazer nada, sem paixão pela vida”. Antes da morte do irmão, aos 19 anos, também uma das irmãs faleceu com 10 anos, devido a ter-se afogado numa piscina. Este acontecimento também foi muito marcante para o utente. O utente sentiu-se também culpado por este incidente, tendo afirmado: “quando vim para casa não consegui nem sequer apoiar a minha mãe, sentia-me frustrado e culpado por ter ficado a trabalhar mais tarde naquele dia, porque se eu não tivesse ficado a trabalhar chegava a casa mais cedo e quando chegasse dava falta deles e ia procura-los e podia ter impedido os meus irmãos de terem ido para esta piscina”. Este acontecimento levou o utente a fechar-se durante vários dias no seu quarto.

Devido à situação familiar complicada, o utente acabou por emigrar para Espanha aos 23 anos, tendo lá permanecido três anos, visitando a família ao fim de semana até iniciar o consumo de cocaína, tendo passado também a jogar em máquinas de jogo. Nesta altura os pais sabiam do seu consumo de haxixe e estavam a começar a desconfiar de que consumia também drogas mais pesadas devido ao seu comportamento. A descoberta deu-se devido ao utente ter sido preso em posse de drogas mais pesadas. De acordo com o utente, a sua mãe “ficou destroçada” e o seu pai “culpava a mãe” por esses consumos. Este facto teve impacto em toda a família, tendo até os irmãos se distanciados do utente. Além desta situação o utente não teve mais nenhum problema com a justiça, apesar de fazer pequenos roubos no âmbito familiar para sustentar os consumos.

Aos 29/30 anos o utente voltou a emigrar, agora para França, tendo ido mais revoltado e a sentir-se culpado consigo próprio pela complicação familiar, vendo a emigração como uma forma de se afastar e evitar problemas à família. Tendo lá permanecido três anos, mantinha contacto telefónico com frequência com a mãe, sendo que muitas vezes pedia para falar com o pai, sendo a conversa recusada por este. Lá conheceu uma mulher com quem manteve um relacionamento amoroso que não era aceite pela sua mãe, uma vez que a mulher “bebia demais”, nas palavras do utente. Em França acabou por ser internado numa clínica de desintoxicação devido ao excesso a que os consumos de álcool e drogas chegaram. De França veio para o programa atual no Projeto Homem, onde justifica os consumos com o facto de se sentir sozinho e

associando-os ao propósito de esquecer o que sentia (“comigo mesmo sentia-me sozinho e com solidão, sentia-me vazio”).

Avaliação Psicológica

Para além da entrevista clínica detalhada, foram utilizados instrumentos de avaliação psicológica para avaliar de forma concreta a sintomatologia de AR. Esses testes foram selecionados tendo em conta as suas queixas, com o objetivo de efetuar um correto diagnóstico e um plano de intervenção adequado. Assim, para avaliar a gravidade da sintomatologia foi aplicado o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; aferido para a população portuguesa por Canavarro, 1996), que avalia sintomas psicológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia, nomeadamente somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três índices globais. AR. obteve resultados elevados no índice geral de sintomas (2,40) e no índice de sintomas positivos (2,40), bem como nas dimensões obsessivo-compulsivo (2,7), sensibilidade interpessoal (2,5), depressão (2,5), hostilidade (2,4), ansiedade (2,2), psicoticismo (2,8) e ideação paranoide (2,8). Estes resultados demonstram a presença de sintomatologia psicopatológica clinicamente significativa, assim como preocupações relacionadas com impulsos, pensamentos ou ações que são irresistíveis, repetitivas, indesejadas e vistas como fora do controlo do utente; desconforto em situações interpessoais; sentimentos de solidão, perda de prazer, disforia, pessimismo, falta de motivação; com elevados níveis de ansiedade; com irritabilidade constante; com sentimentos de suspeição e desconfiança; e alienação interpessoal.

Para avaliar a personalidade do utente foi utilizado o Mini-Mult (Kincamon, 1968), tendo o utente obtido resultados baixos nas escalas de mentira (T=44), e resultados elevados nas escalas clínicas de hipocondria (T=59), depressão (T=68), histeria (T=66), psicopatia (T=68), paranoia (T=67), psicastenia (T=56), esquizofrenia (T=64) e hipomania (T=62). O baixo resultado da escala de mentira indica que o utente pretende dar uma imagem negativa de si, o que pode indicar que o utente procura ser ajudado podendo estar a falsificar dados para criar a impressão de patologia. Por outro lado, a elevação na escala de hipocondria demonstra uma preocupação exacerbada do utente com a sua saúde. De igual forma, a elevação na escala de depressão aponta para a presença de sintomatologia depressiva, falta de otimismo e sentimentos de

incapacidade. O elevado resultado verificado na escala de histeria aponta para a possibilidade de existência de sintomas conversivos.

A elevação da escala de psicopatia aponta para uma incapacidade em ter reações emocionais profundas por parte do utente, bem como fundamenta o seu egocentrismo e desprezo pelas normas sociais. De igual forma, a elevação na escala de paranoia fundamenta os sentimentos de desconfiança e tendências interpretativas apresentadas pelo utente. A elevação na escala de psicastenia aponta para a presença de fadiga física e intelectual, bem como a possível existência de fobias ou compulsões (facto comprovado pela sua necessidade e cuidado com o visual). O valor elevado da escala de esquizofrenia aponta para a alienação da personalidade do utente e para a sua dificuldade na relação com o mundo externo. Por fim, a elevação da escala de hipomania fundamenta a instabilidade no humor do utente e a sua hiperatividade no pensamento e na ação.

Por fim, foram também aplicadas as Matrizes Progressivas de Raven (SPM) (Raven, Court & Raven, 1938) para avaliar a inteligência geral, tendo-se verificado que AR, encontra-se intelectualmente abaixo da média (GRAU IV, Percentil 10) no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio analógico. Este resultado indica um nível baixo de inteligência geral e não-verbal, que pode implicar dificuldades na capacidade de perceção, de observação, de comparação e de raciocínio analógico, tal como dificuldades na capacidade exploratória, de comportamento comparativo e para utilizar duas ou mais fontes de informação. Este resultado demonstra, fundamenta por um lado a baixa vocação e interesse nos estudos, e por outro aponta para a existência de uma perturbação do humor que possa estar a enviesar a execução dos testes. Em suma, os resultados aqui descritos vão de encontro aos dados recolhidos na anamnese, nomeadamente a presença de sintomatologia psicopatológica importante, nomeadamente no que diz respeito à sintomatologia depressiva e o nível intelectual baixo do utente.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I: 304.30 Dependência de Cannabis, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F12.2X]
304.20 Dependência de Cocaína, com Dependência Fisiológica, em

		Ambiente Controlado [F14.2X]
	300.4	Perturbação Distímica, início tardio [F34.1]
Eixo II:	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III:	473.9	Sinusite crónica
Eixo IV:		Morte dos familiares; Tratamento das dependências; Desemprego
Eixo V:	AGF=50	

Diagnóstico Diferencial

O presente diagnóstico foi efetuado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta os consumos de substâncias relatados pelo utente e a presença de sintomatologia apresentada pelo mesmo. Neste sentido, o diagnóstico de Dependência de Cannabis e Cocaína, prendem-se com os consumos dessas mesmas substâncias. Os especificadores de evolução, nomeadamente a dependência fisiológica e a situação de ambiente controlado dizem respeito à tolerância desenvolvida às substâncias, e ao atual contexto de tratamento do utente. Os consumos apresentados pelo utente distinguem-se da utilização não patológica de substâncias. No mesmo sentido, o diagnóstico de dependência de substâncias distingue-se também da utilização de fármacos, já que os consumos antecedem a utilização de fármacos. Também se distingue do diagnóstico de intoxicação ou abuso de substâncias, pois o padrão de consumo do utente conta com diversas e recorrentes intoxicações e um constante padrão abusivo não esporádico.

Relativamente ao diagnóstico de Perturbação Distímica, a menor intensidade da sintomatologia e a sua cronicidade distinguem-na da Perturbação Depressiva Major, uma vez que o utente nunca teve episódios dessa perturbação. No mesmo sentido, a ausência de pensamentos delirantes e alucinações, afasta o diagnóstico de Perturbação Psicótica Crónica. Também o diagnóstico de Perturbação do Humor Induzida por Substâncias é descartado, uma vez que a sintomatologia de que o utente se queixa se mantém na abstinência e é independente dos consumos. Por fim, e considerando o contexto de tratamento em que se encontra o utente, poder-se-ia ponderar a presença de uma Perturbação de Adaptação, no entanto, a sintomatologia do utente antecede o contexto de tratamento, sendo melhor explicada pela Perturbação Distímica de início tardio, por ser clinicamente mais significativa na idade adulta, apesar de existir na adolescência.

Conceptualização Clínica

De acordo com Spanenberg e Juruema (2004), a distímia é uma forma de depressão crónica e não episódica, com uma etiologia complexa e multifactorial, onde estão envolvidos mecanismos tanto biológicos, como a hereditariedade e o género, como psicológicos. Nesse sentido, o facto de AR. ter perdido uma irmã e um irmão relativamente cedo, no final da adolescência e início da idade adulta, associado à doença da mãe e ao facto de ter sido obrigado a cuidar dos irmãos mais novos, pode ter sido um fator importante no aparecimento posterior de sintomatologia distímica no utente. De igual forma, os consumos e a problemática social e económica a si associada parece também ocupar um papel importante na sintomatologia depressiva. De facto, também a hereditariedade parece ter algum peso, na medida em que AR. diz que a sua mãe também apresentava um funcionamento e sintomas semelhantes. Por fim, a necessidade de adaptação constante às mudanças ocorridas no seu ciclo de vida, associadas à constante alteração de contextos, nomeadamente a emigração e consequente afastamento de amigos e familiares, reforçam a sintomatologia, cuja etiologia parece ser anterior a tais acontecimentos.

Intervenção

Na presente intervenção, e tal como indicado por Buéla-Casal e Sierra (2001), foram utilizadas técnicas como a reestruturação cognitiva e a planificação de atividades prazerosas com o objetivo de por um lado diminuir a sintomatologia depressiva apresentada pelo utente, e por outro, dotá-lo com as competências necessárias para fazer face às circunstâncias sociais em que está inserido. Neste sentido, e após elaboração detalhada da anamnese, as sessões dirigidas à intervenção passaram inicialmente pela explicação psicoeducativa da patologia, de forma a que o utente pudesse compreender as causas da sua sintomatologia e os fatores que lhe estão associados e a fundamentam.

A utilização da técnica de reestruturação cognitiva levou em consideração o fraco funcionamento cognitivo verificado no utente, tendo sido adequado ao impacto da sintomatologia nos processos cognitivos do utente de forma a atingir pensamentos e crenças negativas ou cristalizadas. Desta forma, promoveu-se a melhoria cognitiva do utente através de estratégias cognitivas que o ajudassem a lidar com o contexto terapêutico e familiar que o afetava. No mesmo sentido, foi utilizada a planificação de

atividades prazerosas que promovessem um menor isolamento social e familiar. Esta estratégia teve efeitos diretos na sintomatologia depressiva do utente, que decresceu com a sua maior aproximação e comunicação familiares.

3.2.3. Caso Clínico 3

Identificação

H. tem 25 anos, é solteiro e tem dois filhos. Atualmente encontra-se desempregado. Vive com a namorada.

Problema Apresentado

H. procurou apoio psicológico devido a problemas associados ao consumo de cannabis e a impulsividade e descontrolo que põe em causa a sua relação afetiva.

Dados da Anamnese

O utente apresentou-se em todas as sessões com uma atitude colaborante e com um aspeto normal e limpo, com uma idade aparente coincidente com a real. No mesmo sentido, apresentou-se com humor eufímico e afeto apropriado às temáticas abordadas. O seu discurso era normal e fluente, demonstrando boa capacidade para comunicar e mantendo o constante contacto ocular. No que diz respeito ao *insight*, H. demonstra ter crítica para a doença, sendo capaz de perceber claramente o seu mal-estar, apesar de não contextualizar claramente a sintomatologia. Quanto ao estado de consciência, o utente apresentou um estado vígil com boa orientação no tempo, espaço, assim como autopsiquicamente e alopsiquicamente. A este respeito, H. não demonstrou a existência de delírios ou alucinações durante as sessões, apesar de mencionar conteúdo delirante no decorrer da anamnese. No que concerne às funções cognitivas, a sua atenção e memória não apresentaram quaisquer problemas.

Relativamente à sua infância, quando H. tinha 10 anos os pais divorciaram-se, tendo esse acontecimento sido muito difícil de lidar, apesar de atualmente perceber os motivos da separação dos pais. De facto, o utente afirma que nos últimos anos do casamento dos pais, a mãe era constantemente agredida fisicamente, facto que pode ter

contribuído para a revolta que pautou a sua infância. De facto, relativamente a si próprio durante a infância, H. descreve-se como “muito rebelde”, afirmando que tal rebeldia piorou com o passar do tempo, passando a ter vontade de “destruir”.

No que diz respeito às relações familiares, H. descreve a mãe como uma pessoa que sempre esteve presente e uma boa prestadora de suporte, considerando-a a “pessoa mais importante da vida”. H. sempre teve abertura para falar com ela sobre tudo, e afirma que a mesma sempre o acompanhou em tudo, ocupando um lugar de “amiga, companheira, mulher e mãe”. Por outro lado, H. afirma que o pai era mais manipulador e “jogava muito com os sentimentos dos filhos”. Após o divórcio, a sua relação com o pai limitava-se aos fins-de-semana, sendo descrita pelo utente como “estranha” e desprovida de prazer, sendo pautada por um afastamento cada vez maior até ter quebrado. O utente explica esse afastamento com o facto de o pai não ter “cultivado os filhos como filhos mas sim como amigos” e acrescenta que “ele tentava envenenar-nos contra a minha mãe ao passo que a minha mãe nos incentivava a estar com ele”.

H. afirma também sentir-se magoado com o pai por este nunca tentar reatar a relação. H. descreve o pai como uma pessoa “egoísta, um ser vazio e completamente frio”. Quando H. tinha treze anos a minha mãe voltou a casar, situação com que H. teve dificuldade em lidar, opondo-se constantemente. H. fundamenta essa oposição afirmando que “tinha medo que ele voltasse a fazer á minha mãe o que o meu pai lhe tinha feito”. Com o tempo, o novo parceiro da mãe tornou-se uma pessoa importante para o utente, na medida em que “fazia a minha mãe feliz, e sempre se preocupou comigo e com o meu irmão”. De facto, H. afirma que fora o padrasto que descobriu acerca dos seus consumos de drogas, bem como do seu irmão, tendo contado à sua mãe. Atualmente a relação entre ambos é descrita pelo utente como “boa, apesar de ser uma relação um bocado fechada e da desconfiança por parte dele, pelo que eu fiz á minha mãe”.

H. tem um irmão cinco anos mais velho, com quem sempre teve uma boa relação, apesar de durante a infância o irmão deixá-lo algumas vezes de parte e dedicar-se mais aos seus amigos, facto que fazia o utente sentir-se sozinho. Quando o irmão foi para a universidade houve um rompimento muito forte, que o utente lidou “como se fosse uma perda”. H. sente um pouco de inferioridade relativamente ao irmão devido a nunca ter alcançado o seu “estatuto”, apesar de ter as mesmas “capacidades”, referindo-se ao contexto académico do irmão e acrescentando que “o sentimento de inferioridade acontece não só ao nível material, mas também pessoal e ao nível de beleza”. Esse

sentimento de inferioridade é muitas vezes motivo de discussões entre ambos, afirma o utente. De facto, para o utente, as diferenças entre ambos (“eu sou mais sensível e ele é mais frio”), pautam as discussões, nas quais o utente acaba por nunca dizer tudo o que quer devido a não querer magoar o irmão, enquanto o irmão “usa a superioridade” para o magoar. Relativamente à sua irmã, com 13 anos, o utente afirma ter-se sempre dado muito bem com ela, sendo um “verdadeiro irmão mais velho” e “muito protetor”.

No que diz respeito aos avós, o utente descreve os avós como “pessoas muito simples e humildes”. A utente especifica a relação com uma avó, descrevendo-a como inicialmente turbulenta, “porque ela sempre me disse as verdades”, acrescentando que sempre foi a avó de quem mais gostou e com quem viveu até aos doze anos. Durante esse período, o utente diz ter-se sentido mais seguro perto da avó do que dos pais, devido a todas as complicações que se passavam entre os pais.

Relativamente às relações interpessoais, o utente afirma que inicialmente na escola primária, sempre foi fácil para si arranjar amigos e sempre teve amigos. A partir do quinto ano, o utente mudou de escola tendo-se sentido um pouco “vazio”. O utente descreve-se como uma pessoa “muito influenciável” e “um bocado levado pelos amigos para a rebeldia” nesta fase da vida. De facto, o utente afirma que a maior parte dos seus amigos eram rebeldes e que ele próprio procurava a rebeldia (“sempre foi assim, sempre procurei companhias mais rebeldes, para combater o meu vazio e porque não sabia lidar com a rotina”). Depois de sair da escola, o utente não manteve os mesmos amigos.

Em termos de estudos, H. reprovou diversas vezes, nomeadamente no quinto, sétimo e décimo ano, tendo atualmente o nono ano concluído. A este respeito, quando andava no nono ano, foi convidado a sair da escola, não só por falta de aproveitamento, mas também por mau comportamento e por comportamentos associados às drogas. Em seguida entrou num curso de artes gráficas, onde voltou a associar-me a pessoas mais rebeldes. Nesta altura, o utente já vendia droga em grandes quantidades, tendo querido desistir depois de saber que tinha engravidado uma rapariga. Apenas a mãe o demoveu da desistência, mas o facto de ver a rapariga na escola incomodava-o tendo o utente acabado por ir trabalhar, aos 17 anos, sendo que a partir daí teve diversos trabalhos esporádicos.

Relativamente à sua experiência laboral, o utente começou a trabalhar em restaurantes até aos 23 anos, sendo que durante esse tempo foi mudando algumas vezes de local de trabalho, ou desistia. De facto, o utente afirma que se “cansava facilmente da rotina”. Aos 23 foi trabalhar para a Petrogal, onde gostava do que fazia, apesar de

considerar “um pouco maçante”, tendo acabado por ser despedido por ter sido “apanhado a fumar um charro”, associado à falta de obediência e à falta de respeito. Depois, H. trabalhou num hotel durante três meses, tendo sido despedido após o período experimental. Em seguida foi trabalhar para outro restaurante, durante oito meses, de onde foi demitido por ter alugado um filme para ver durante o trabalho. Depois disso nunca mais trabalhou até à data.

No trabalho, a sua relação com os colegas foi marcada por alguns conflitos devido ao facto de o utente ser “extremamente exigente” e devido aos problemas com as drogas. Relativamente a situações agressivas, o utente afirma que nunca passou por situações de violência com os colegas de trabalho, mas que descarregava nos que estavam mais próximos. De facto, o utente afirma que teve diversas situações de agressividade e impulsividade com amigos, apesar de sempre tentar evitar a violência. Relativamente à sua relação com os amigos, o utente afirma que “neste momento não tenho nenhum amigo sem ser do lado negativo, e espero trabalhar essa área e começar do zero a esse nível”. No que diz respeito aos comportamentos disruptivos, o utente afirma que já traficou em grandes quantidades e já roubou (nomeadamente um café, uma casa, cobre, garagens, entre outros) devido a não ter coragem de pedir dinheiro à mãe para manter os consumos. No entanto, apesar destes comportamentos, o utente nunca teve problemas com a justiça, nunca tendo sido preso.

Relativamente aos seus comportamentos de consumo, o utente experimentou tabaco aos dez anos, tendo passado a fumar regularmente aos doze. Apesar do período de consumo coincidir com o divórcio dos meus pais, o utente especifica que o consumo não foi para chamar a atenção: “foi porque que eu quis, o tabaco nunca foi um refúgio e não fumei porque estava mal, até estava bem, estava um pouco ligado ao meu grupo de amigos, mas não foi para me sentir integrado, eu era rebelde e juntava-me aos rebeldes, queria sempre sobressair pelo lado negativo, e conseguia-o, e por isso só chamava a atenção às pessoas negativas”. Aos 15/16 anos o utente experimentou haxixe, devido ao facto dos colegas dizerem que “era bom e fazia rir”. Nesta altura o utente passava por uma fase de maior irreverência, e explica o consumo devido ao seu cariz “aventureiro”.

Aos 17/18 começou a consumir haxixe mais regularmente e a aumentar regularmente os consumos para atingir os mesmos efeitos. O utente pensava que era melhor pessoa com os consumos e que os mesmos que estavam a fazer bem. Os consumos aumentaram ainda mais quando teve o primeiro filho. No entanto, nas alturas em que estava mal consumia muito mais, e tornava-se ainda mais agressivo e impulsivo

(“que já são características minhas mas que ficavam mais acentuadas com os consumos”). A ansiedade e o descontrole eram uma constante, nunca andava descansado, nunca estava num equilíbrio, perdia muito rápido o controle, era sempre muito impulsivo e agressivo. Além do haxixe o utente nunca consumiu outras substâncias. Em relação ao álcool também nunca foi um consumidor abusivo, tendo maiores picos de consumo quando usava o álcool em substituição do haxixe, quando não dispunha da droga. De facto, o utente nota que consumia mais álcool quando fazia paragens no consumo de haxixe, principalmente ao fim de semana.

Em termos afetivos, o utente teve a sua primeira namorada aos dez anos, sendo que a primeira relação séria ocorreu aos 17 anos. Esta relação foi com uma mulher mais velha, de 22 anos, que o utente descreve como “inicialmente boa”, mas que com o tempo passou a ser pautada pelos “ciúmes desnecessários” e pela “obsessão” do utente. De facto, o utente afirma que “os ciúmes tornavam-me muito impulsivo e embirrava muito na mesma coisa [...], e no fim da relação tornei-me um pouco agressivo, não no sentido de lhe bater, mas de a apertar, pelos ciúmes e pelo descontrolo da minha parte”. O utente acabou por ir viver com a namorada durante cinco meses, no entanto, devido ao facto dela ir passar os fins-de-semana a casa, os ciúmes aumentaram ainda mais, tendo acabado por se separarem. Três meses após a separação ele contou ao utente que estava grávida dele, que ia ter o filho mas que não queria ter mais nada com H., tendo-se afastado definitivamente. O utente nunca viu pessoalmente o seu primeiro filho e também não sente vontade de o conhecer. De facto, o utente não o perfilhei devido aos “gastos”, e também não houve insistência dela para que isso acontecesse.

Depois desta relação o utente passou algum tempo sozinho, tendo aos 21 anos iniciado uma relação com uma colega de trabalho. Esta nova relação seguiu o padrão da anterior, com o eventual envolvimento dos ciúmes, da impulsividade e do descontrolo do utente a destruírem a relação, na sua opinião. Apesar da dificuldade da relação, ambos decidiram ter um filho de forma a salvar a nossa relação. Nessa altura foram morar juntos para perto dos pais dela. Após o nascimento do filho o utente manteve a mesma rotina das drogas e os problemas continuaram. O utente descreve a experiência de ter tido o filho como “complicada”, devido ao facto de não saber como lidar com a situação, abandonando constantemente a casa para se “refugiar”. Quando o filho tinha um ano e meio a namorada começou a gostar de outra pessoa, tendo deixado o utente. Esta experiência afetou o utente, tendo deixado as drogas durante algum tempo numa tentativa de reatar a relação, no entanto o consumo voltou após constatar que a tentativa

de deixar não tinha surtido efeito na relação. Atualmente o utente não tem contacto com o filho, apesar de que gostava de reatar a relação.

Após esta relação o utente teve outra relação, desta vez ligada à droga, uma vez que o casal traficava junto. No entanto esta relação não durou muito, uma vez que o utente conheceu outra pessoa por que se apaixonou. Tal como das restantes vezes, esta nova relação começou a degradar-se com o tempo devido aos ciúmes, impulsividade e descontrolo do utente. No entanto, desta vez o utente pretende investir seriamente na relação, tendo por isso entrado no programa e iniciado o tratamento dirigido aos consumos. De facto, o utente afirma que “decidi parar e por isso é que estou aqui, porque sentia que a podia perder, e nesse momento vim mais por ela do que até por mim porque não queria que as histórias anteriores se repetissem”. O utente afirma estar mais á vontade nesta relação, onde pode falar com a namorada das coisas que o preocupam e onde sente mais apoio e preocupação. No mesmo sentido, o utente descreve a namorada como uma pessoa que “não é tão fria” e que o “valoriza”.

Avaliação Psicológica

Além da entrevista clínica detalhada, foram utilizados instrumentos de avaliação psicológica no sentido de corretamente conceptualizar a sintomatologia de H. Os testes utilizados foram selecionados tendo em conta as queixas do utente, com o objetivo de efetuar um correto diagnóstico e um plano de intervenção adequado. Assim, para avaliar a gravidade da sintomatologia foi aplicado o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; aferido para a população portuguesa por Canavarro, 1996), que avalia sintomas psicológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia, nomeadamente somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três índices globais. H. obteve resultados elevados no índice geral de sintomas (2,34) e no índice de sintomas positivos (2,34), bem como nas dimensões obsessivo-compulsivo (2,2), sensibilidade interpessoal (3,0), depressão (3,2), hostilidade (2,6), ansiedade (2,2), psicoticismo (3,0) e ideação paranóide (2,8). Estes resultados demonstram a presença de sintomatologia psicopatológica clinicamente significativa, assim como preocupações relacionadas com impulsos, pensamentos ou ações que são irresistíveis, repetitivas, indesejadas e vistas como fora do controlo do utente; desconforto em situações interpessoais; sentimentos de solidão, perda de prazer, disforia, pessimismo, falta de

motivação; com elevados níveis de ansiedade; com irritabilidade constante; com sentimentos de suspeição e desconfiança; e alienação interpessoal.

No sentido de avaliar a personalidade de H. foi utilizado o Mini-Mult (Kincamon, 1968), tendo o utente obtido resultados baixos nas escalas de mentira (T=36), e resultados moderados na escala de correcção (T=62) e nas escalas clínicas de depressão (T=65), paranóia (T=64) e psicastenia (T=62). Por fim, o utente apresentou valores elevados nas escalas clínicas de histeria (T=70), psicopatia (T=82), e muito elevados na escala clínica de esquizofrenia (T=79). O baixo resultado da escala de mentira indica que o utente pretende dar uma imagem negativa de si, o que pode indicar que o utente procura ser ajudado podendo estar a falsificar dados para criar a impressão de patologia. Tal facto é ainda comprovado pela elevação da escala de correcção. Por outro lado, a elevação na escala de depressão aponta para a presença de sintomatologia depressiva, falta de otimismo e sentimentos de incapacidade. De igual forma, a elevação na escala de paranóia fundamenta os sentimentos de desconfiança e tendências interpretativas apresentadas pelo utente, especialmente no que diz respeito aos relacionamentos afetivos.

A elevação na escala de psicastenia aponta para a presença de fadiga física e intelectual, bem como a possível existência de fobias ou compulsões. O elevado resultado verificado na escala de histeria aponta para a possibilidade de existência de sintomas conversivos. A elevação da escala de psicopatia aponta para uma incapacidade em ter reações emocionais profundas por parte do utente, bem como fundamenta o seu egocentrismo e desprezo pelas normas sociais, comprovadas pela sua necessidade em quebrar as regras. O valor muito elevado da escala de esquizofrenia aponta para a alienação da personalidade do utente e para a sua dificuldade na relação com o mundo externo, facto comprovado pela sua incapacidade em manter amizades fora do contexto de desrespeito pelas normas.

Por fim, aplicaram-se as Matrizes Progressivas de Raven (SPM) (Raven, Court & Raven, 1938) para avaliar a inteligência geral, tendo-se verificado que H, encontra-se intelectualmente acima da média (GRAU II, Percentil 75) no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio analógico. Este resultado indica um nível elevado de inteligência geral e não-verbal, que aponta para uma boa capacidade de perceção, de observação, de comparação e de raciocínio analógico, tal como boa capacidade exploratória, de comportamento comparativo e para utilizar duas ou mais fontes de informação.

Em suma, os resultados aqui descritos vão de encontro aos dados recolhidos na anamnese, nomeadamente a presença de sintomatologia psicopatológica importante de cariz ansioso e impulsivo, nomeadamente no que diz respeito à sintomatologia psicótica e ao nível intelectual elevado do utente.

Diagnóstico Multiaxial

- Eixo I: 304.30 Dependência de Cannabis, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F12.2X]
292.11 Perturbação Psicótica Induzida por Cannabis, com Atividade Delirante, com início durante a intoxicação [F12.51]
- Eixo II: V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]
- Eixo III: V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]
- Eixo IV: Tratamento das dependências; Desemprego; problemas no relacionamento afetivo.
- Eixo V: AGF=70

Diagnóstico Diferencial

O presente diagnóstico foi efetuado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta os consumos de substâncias relatados pelo utente e a presença de sintomatologia psicótica clinicamente relevante. Neste sentido, o diagnóstico de Dependência de Cannabis, prende-se com os consumos dessa substância. Os especificadores de evolução, nomeadamente a dependência fisiológica e a situação de ambiente controlado dizem respeito à tolerância desenvolvida às substâncias, e ao atual contexto de tratamento do utente.

Os consumos apresentados pelo utente distinguem-se da utilização não patológica de substâncias. No mesmo sentido, o diagnóstico de dependência de substâncias distingue-se também da utilização de fármacos, já que o utente não se encontra sob qualquer medicação. Também se distingue do diagnóstico de intoxicação ou abuso de substâncias, pois o padrão de consumo do utente conta com diversas e recorrentes intoxicações e um constante padrão abusivo não esporádico.

Relativamente ao diagnóstico de Perturbação Psicótica Induzida por Cannabis, este fundamenta-se na presença sintomatologia psicótica, sob a forma de conteúdo

delirante, nomeadamente nos delírios de ciúme apresentados pelo utente nos relacionamentos afetivos, que ocorrem concomitantemente ao padrão de consumo de cannabis do utente, sendo mais graves quando existem maiores consumos e em abstinência não são clinicamente significativos. De igual forma, descarta-se a influência de medicamentos, ou quaisquer outros químicos, pois a sintomatologia apenas parece ser importante na ocorrência de consumo de cannabis. Pelo mesmo motivo descarta-se também o diagnóstico de Perturbação Psicótica não induzida por substâncias, uma vez que a sintomatologia aparece associada ao consumo de cannabis.

No mesmo sentido, a sintomatologia descrita pelo utente é excessiva, distinguindo-se em gravidade da mesma sintomatologia associada aos diagnósticos de intoxicação e abstinência de substâncias. Tal distinção é também verificada no teste de realidade do utente relativamente à sintomatologia, uma vez que o mesmo não a atribui aos efeitos da cannabis, tal como aconteceria se o diagnóstico fosse intoxicação ou abstinência de cannabis, com alterações perceptuais.

Conceptualização Clínica

De acordo com Hall e Degenhardt (2000), o consumo de substâncias, nomeadamente a cannabis, pode conduzir ao aparecimento de psicoses. De facto, verifica-se que a sintomatologia psicótica apresentada pelo utente torna-se clinicamente significativa na presença do consumo de cannabis, apesar de a sintomatologia existir de forma mais leve na ausência da mesma substância. De acordo com o utente, a gravidade na sintomatologia segue o padrão de consumo, sendo mais grave quando o consumo é mais massivo. O consumo de cannabis do utente aparece associado por um lado, à sua vontade em quebrar as normas e por outro como mecanismo de *coping* para lidar com a ansiedade contextual. De facto, o utente menciona que em algumas circunstâncias utilizou a cannabis como factor protector, mencionando mesmo que com o consumo da substância era uma pessoa melhor.

Tal facto contrasta com a falta de *insight* relativamente à sintomatologia psicótica, nomeadamente os delírios de ciúme, que o utente não associa directamente à utilização da cannabis, apesar de reconhecer o efeito da substância no aumento da gravidade sintomatológica. Os sentimentos de inferioridade apresentados pelo utente relativamente ao irmão, associados à separação dos pais podem ter constituído um fator importante na necessidade do utente em ser diferente e em quebrar as regras, tentando o

reconhecimento por essa via, como o mesmo afirma. Tal padrão de funcionamento pode ter sido o veículo que o conduziu ao consumo de cannabis que, através do gradual aumento do consumo, potenciou a já presente sintomatologia psicótica (descrita através do conteúdo delirante associado ao sentimento de inferioridade e ciúme) até níveis clinicamente significativos e social e afetivamente debilitantes.

Intervenção

No presente caso clínico não existiu uma intervenção directamente dirigida ao utente devido não só ao diagnóstico (que está intimamente associado ao consumo de substâncias) mas também à dinâmica da instituição e às atividades associadas ao tratamento do consumo de cannabis em que H. se encontra envolvido e que por si só já fazem face às problemáticas apresentadas pelo utente. No entanto durante as sessões foram tratados alguns sintomas associados à ansiedade e impulsividade associados ao conteúdo delirante. Para tal, e tal como indicado por Buela-Casal e Sierra (2001), foram utilizadas técnicas como a psicoeducação e a reabilitação cognitiva, fazendo uso do elevado nível intelectual do utente com o objetivo de o dotar com o conhecimento relativo à sua condição e de promover uma modificação cognitiva que o levasse a reconhecer e enfrentar o conteúdo delirante.

3.2.4. Caso Clínico 4

Identificação

S. tem 33 anos, é separado e tem uma filha. Atualmente encontra-se desempregado. Vive com o irmão mais velho.

Problema Apresentado

S. procurou apoio psicológico devido a problemas associados ao consumo de substâncias e aos sentimentos de ansiedade e impulsividade associados à abstinência em que se encontra desde que iniciou o programa de tratamento.

Dados da Anamnese

O utente apresentou-se em todas as sessões com um aspeto normal e limpo, com uma idade aparente coincidente com a real. Relativamente à colaboração, o S. mostrou-se sempre cooperante, à exceção de uma situação durante a anamnese em que manifestou uma atitude de revolta, frustração, nervosismo e falta de controlo, tendo saído da sala e continuado apenas no dia seguinte. Tal acontecimento deveu-se à conversa acerca da relação de S. com o pai e quando foi abordada a temática das suas vivências de consumo e roubos. No que diz respeito ao humor, S. apresentou-se eufórico e com afeto apropriado às temáticas abordadas.

O seu discurso foi sempre normal e fluente, demonstrando boa capacidade para comunicar e mantendo o constante contacto ocular. No que diz respeito ao *insight*, S. demonstra ter crítica para a doença, sendo capaz de perceber claramente o seu mal-estar e as suas causas. Quanto ao estado de consciência, S. apresentou um estado vígil com boa orientação no tempo, espaço, autopsiquicamente e alopsiquicamente. No mesmo sentido, não demonstrou a existência de delírios ou alucinações durante as sessões e a sua atenção e memória não aparentaram quaisquer problemas.

Na infância, o que mais revoltava S. eram as discussões a que assistia entre o pai e a mãe. O utente afirma que enquanto criança se sentia incapaz de fazer o que quer que fosse, limitando-se a chorar por não gostar de ver a forma como a mãe era tratada. Por vezes o utente via a mãe chorar, facto que o deixava devastado. O utente referindo-se a estes períodos afirma que “vivía a ansiedade de crescer rápido para poder decidir viver ou não aquilo, para fazer parar a situação”. A sua relação com o pai sempre foi distante devido a este estar ausente, em função da profissão de pescador. De facto, o utente via pouco o pai, sendo que este passava temporadas de três e seis meses fora de casa. Quando o pai de S. estava em casa costumava alcoolizar-se com frequência, facto que deixava o utente triste, pois nessas alturas o pai deixava-o de parte. Na infância, as preocupações do pai em relação a S. eram apenas dirigidas aos estudos. Após ter começado os consumos, a relação com o pai permaneceu distante, sendo que atualmente pouca ou nenhuma relação existe entre ambos.

A relação entre ambos sempre foi pautada pela discórdia, com o utente a ser determinantemente contra o pai em todas as circunstâncias. Para ilustrar, o utente recorda uma situação em que o pai o chamou de “malandro” por não ter ido a um recado da mãe. Tal facto afetou o utente, tendo o mesmo ido revoltado para o quarto do pai,

onde com um murro partiu a porta do guarda-vestidos. O pai, apercebendo-se de que tal ato era dirigido a si, pegou numa vassoura, tendo-a partido no pescoço de S. Em resposta, S. perguntou ao pai se se sentia satisfeito, não demonstrando o medo que sentia por ele, mostrando-se capaz de o enfrentar. No entanto, o utente justifica as atitudes do pai pela educação que o mesmo teve.

A influência do pai em S. é para si evidente. A este propósito, S. afirma que “sempre quis ser como o pai, com poder sobre a mulher e os filhos, ser o rei da casa, ser pescador como ele, ter dinheiro, comprar o que quisesse, ir para onde quisesse, entrar em casa à hora que quisesse, mesmo sabendo que não devo o meu lemo é: eu quero, eu tenho e eu posso. Relativamente à relação com a mãe, o utente afirma ser muito mais próxima e aberta. De facto, S. afirma que “falava tudo com a minha mãe, o que eu queria, o que eu pensava, partilhava com ela tudo”. O utente sempre se sentiu protegido pela mãe, considerando-a a pessoa mais importante da sua vida. A este propósito, S. afirma que sempre procurou a mãe nos momentos mais difíceis por saber que podia contar com ela, por se sentir apoiado, enfatizando que é a única pessoa em quem o utente confia.

Com quatro/cinco anos quem tomava conta de S., enquanto a mãe trabalhava e o pai estava no mar, era o seu irmão mais velho. Segundo o utente, a relação entre ambos era um pouco complicada, sendo que o irmão mais velho batia-lhe e ameaçava-o, tendo chegado a tentar sufoca-lo com uma almofada e a passar-lhe uma corda ao pescoço tendo-o pendurado no teto. Nestas ocasiões o utente fazia de morto para o irmão parar. O utente justifica o comportamento do irmão com os acontecimentos que se passavam entre os pais. A este propósito o utente menciona que sempre que o pai estava em casa e S. brincava com o irmão, fazendo um pouco mais de barulho, o pai pegava num chicote de chumbo ou num cinto e batia no irmão, sendo que S. ficava a chorar e a pedir ao pai para parar.

Toda a relação familiar era “atípica e complicada”, nas palavras do utente, usando como exemplo uma situação em que o irmão mais velho, quando já tinha a sua independência, agrediu o pai e chegou a cortar-se a si próprio em frente aos pais. A relação de S. com o irmão melhorou quando este atingiu a maior idade, altura a partir da qual passou a levar S. para o café. Atualmente mantém uma boa relação com o irmão, onde se sente apoiado. O utente tem também um irmão mais novo, com o qual nunca teve grande relação. Quando o irmão mais novo nasceu, S. tinha dez anos, e no início sentiu ciúmes dele, porque a mãe passava mais tempo com ele. Eventualmente começou

a gostar do irmão, mas nunca lhe ligou muito. O utente justifica a falta de relação com o irmão mais novo com o facto de ter iniciado os consumos de cannabis aos 14 anos, altura em que o irmão tinha quatro anos, e o utente tinha outras preocupações. A relação entre ambos só começou a crescer quando o irmão mais novo começou a trabalhar. Atualmente têm uma relação normal, sendo que o utente afirma que o irmão “tem bom coração”.

Relativamente aos avós, o utente nunca conheceu os avós paternos, uma vez que faleceram quando S. era muito pequeno. Com os avós maternos, S. mantinha uma relação mais próxima, tendo sido com eles que passou a maior parte da infância. O utente gostava de ir para casa dos avós pois sentia-se em casa. Atualmente a relação permanece, sendo que S. visita os avós algumas vezes. No que diz respeito às relações interpessoais, o utente afirma que sempre se deu bem com toda a gente desde a infância, apesar de mencionar que sempre se juntou aos que queriam fazer mal, fazer o contrário, quebrar normas e regras. Tal facto fazia o utente sentir-se “o maior”.

Quando S. foi para o ciclo adorava fazer o proibido: “queria fumar, queria namorar, fugir à escola”. Nesta altura, às vezes faltava à escola: “não queria saber da escola para poder estar com uma rapariga”. No final do 6º ano, devido a não querer estudar mais, o utente foi para uma escola de marinho/pescador. Nesta altura passou a fumar droga com os amigos, iam para as discotecas, salão de jogos, praia, entre outros. S. não chegou a acabar o curso de marinho, tendo desistido quando iniciou outro curso, um curso de pescador de 4 meses, tendo-o terminado e conseguido a cédula para poder trabalhar no mar. Em termos profissionais, o utente já exerceu funções como pintor e como pescador. Relativamente ao primeiro, o utente gostava do trabalho, tendo desistido devido a não lhe pagarem. Com 16 anos, o utente foi trabalhar para o mar, como pescador, tendo sido uma experiência “dura e complicada, devido à violência da profissão”. No início o utente pensou em desistir, tendo acabado por conseguir manter-se.

Relativamente às relações afetivas, o utente enquanto adolescente via as relações com as mulheres como um meio de atingir fins. De facto, o utente gostava de ter relações onde poderia experimentar, cansando-se e passando em seguida para outra de forma a poder mostrar e gabar-se aos amigos, não levando as relações muito a sério. Em termos sexuais, o utente teve a sua primeira relação aos 14/15 anos com uma rapariga que já tinha tido relações antes. Após a experiência, o utente afirma ter andado “meses obcecado com a experiência até ter necessidade de experimentar com outra mulher, para

ver se era igual, se era diferente e comecei a imaginar como era ter relações com outras mulheres”.

Aos 16 anos, S. teve a sua primeira relação séria com uma rapariga que conheceu numa discoteca. A relação entre ambos não chegou a ser sexual, pois o utente não sentia pressa e achava que o que sentia era diferente e mais importante que as relações sexuais. A este propósito, S. afirma que “não queria fazer as coisas apressadas, não queria ser antecipado, queria que fosse mágico esse momento para mim e para ela”. Esta relação durou dois meses, tendo acabado quando o irmão da namorada a obrigou a deixá-lo e quando S. foi trabalhar para o mar durante uns meses. Após esta relação, S. afirma ter ficado “magoado”, passando a reservar-se mais e a ver as relações meramente como “troca de companhia e sexo”.

Dois anos depois o utente conheceu uma mulher com quem viria a casar. Inicialmente, S. gostava dela, achando-a uma pessoa “certinha, uma mulher de casa”, facto que o fascinava por ser tão diferente de si. Casaram quando S. tinha 21 anos, porque estavam na Alemanha e ela não trabalhava e para ela poder ficar lá tinham que casar, no entanto essa não era a vontade do utente. Passado 4 ou 5 meses a mulher engravidou. A partir daí o utente passou a ser a única pessoa a trabalhar, facto que o revoltou, sendo que a partir daí começaram as discussões. Um ano após o casamento separaram-se. Passado uma semana S. começou a sair com outras raparigas, apesar de não ter relações significativas.

Posteriormente iniciou uma relação com a irmã de um tio na Alemanha, tendo chegado a viver juntos. Essa relação durou quatro anos e inicialmente, sendo inicialmente marcada pela partilha de gostos e consumos, no entanto a relação acabou por terminar devido às diferenças de perspectiva acerca do futuro que ambos nutriam, nomeadamente o facto de o utente promover uma vida mais “boémia” e a namorada querer algo mais estável. Após esta relação, o utente voltou a Portugal, onde reatou a relação com a ex-mulher e manteve-se perto da filha. No entanto, com o tempo, S. ficou “saturado”, tendo acabado a relação. Em seguida teve uma relação de três anos com uma mulher com quem também partilhava tudo, exceto os consumos de droga, mas com o avançar da relação começou a ignorar cada vez mais a namorada, procurando-a somente sob influência da droga, tendo a relação eventualmente terminado.

No que diz respeito às vivências dos consumos, o utente começou a consumir haxixe aos 14 anos com um amigo mais velho. Com o tempo, os consumos passaram a ser diários. Aos 17/18 anos, o utente passou a pastilhas alucinogénias (extasy e ácidos) e

a “snifar” cocaína. De facto, a droga de eleição do utente é a cocaína. A este respeito menciona que “quando não se tem cocaína é-se capaz de se fazer tudo para a ter, é-se capaz de roubar, de matar e de vender droga, tudo até arriscar a vida”. Assim, o utente afirma ter recorrido a assaltos para obter dinheiro para manter o consumo. O utente teve problemas com a justiça, devido a ter ameaçado verbalmente o pai, tendo o utente passado a andar com uma pulseira eletrónica para não se aproximar da casa dos pais até ao julgamento.

Avaliação Psicológica

Na avaliação psicológica do presente caso, e além da anamnese detalhada, foram utilizados instrumentos de avaliação psicológica, de forma a estudar concretamente a relevância da sintomatologia apresentada por S. Nesse sentido, e de forma a avaliar a gravidade e relevância clínica da sintomatologia foi aplicado o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; aferido para a população portuguesa por Canavarro, 1996), que avalia sintomas psicológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia, nomeadamente somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo, e três índices globais.

S. obteve resultados elevados nas dimensões obsessivo-compulsivo (2,2), sensibilidade interpessoal (2,0), depressão (1,8), hostilidade (2,2), ansiedade (1,8) e ideação paranóide (2,2). Estes resultados demonstram a presença de sintomatologia relacionada com impulsos, pensamentos ou ações que são irresistíveis, repetitivas, indesejadas e vistas como fora do controlo do utente; desconforto em situações interpessoais; sentimentos de solidão, perda de prazer, disforia, pessimismo, falta de motivação; com elevados níveis de ansiedade; com irritabilidade constante; com sentimentos de suspeição e desconfiança.

De forma a avaliar a personalidade de S. foi utilizado o Mini-Mult (Kincamon, 1968), que é uma versão simplificada do MMPI, para avaliar a personalidade de forma rápida, distinguindo oito escalas clínicas, nomeadamente hipocondria, depressão, histeria, desvio psicopático, paranoia, psicastenia, esquizofrenia e mania. S. obteve um resultado baixo na escala de mentira (T=36) e um resultado moderado na escala F (T=64), sendo a escala de correção normativa (T=46). Estes resultados apontam para a tentativa do utente em dar uma imagem negativa de si próprio, no entanto o resultado

moderado da escala de mentira e o resultado normativo da escala de correção apontam para uma real descrição da problemática por parte do utente, demonstrando honestidade e balanceamento adequado entre autoproteção e autorrevelação, apontado para um bom prognóstico terapêutico. Relativamente às escalas clínicas, S. obteve um resultado baixo na escala de hipocondria (T=35) e obteve resultados elevados nas escalas de psicopatia (T=73), paranoia (T=67), esquizofrenia (T=74) e hipomania (T=67).

O baixo resultado da escala de hipocondria indica que S. não apresenta grandes preocupações com a saúde, facto comprovado pela sua indiferença associada aos consumos. A elevação da escala de psicopatia aponta para uma incapacidade em ter reações emocionais profundas por parte do utente, fundamentando o seu egocentrismo comprovadas pela sua necessidade em quebrar as regras e de instrumentalizar as relações afetivas. A elevação da escala de paranoia aponta para a presença de desconfiança, rigidez e tendências interpretativas, facto que é fundamentado pela tendência do utente em justificar tudo de forma clara para evitar duplas interpretações. O resultado elevado da escala de esquizofrenia aponta para a alienação da personalidade do utente e para a sua dificuldade na relação com o mundo externo, facto comprovado pela sua incapacidade em seguir as normas. Por fim, a elevação da escala de hipomania aponta para a hiperatividade do pensamento e da ação, bem como para instabilidade de humor, que é comprovada para a constante tendência interpretativa utilizada pelo utente no seu quotidiano.

De forma a avaliar a inteligência geral foram aplicadas as Matrizes Progressivas de Raven (SPM) (Raven, Court & Raven, 1938), tendo-se verificado que S. encontra-se intelectualmente na média (GRAU III, Percentil 50) no que concerne à inteligência geral não-verbal e raciocínio analógico. Este resultado indica um nível normativo de inteligência geral e não-verbal, que aponta para uma normal capacidade de perceção, de observação, de comparação e de raciocínio analógico, tal como normal capacidade exploratória, de comportamento comparativo e para utilizar duas ou mais fontes de informação. Em conclusão, os resultados aqui descritos vão de encontro aos dados recolhidos na anamnese, nomeadamente no que diz respeito ao comportamento do utente, demonstrando uma tendência para a presença de sintomatologia ansiosa e impulsiva, bem como ao nível intelectual normativo de S.

Diagnóstico Multiaxial

Eixo I:	304.30	Dependência de Cannabis, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F12.2X]
	304.20	Dependência de Cocaína, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F14.2X]
	304.50	Dependência de Alucinogénios, com Dependência Fisiológica, em Ambiente Controlado [F16.2X]
Eixo II:	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo III:	V71.09	Sem diagnóstico [Z03.2]
Eixo IV:		Tratamento das dependências; Desemprego; problemas familiares e afetivos.
Eixo V:	AGF=70	

Diagnóstico Diferencial

O presente diagnóstico foi efetuado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta os consumos de substâncias relatados por S. Neste sentido, o diagnóstico de Dependência de Cannabis, Cocaína e Alucinogénios devem-se aos consumos de cannabis, cocaína, LSD e extase descritos pelo utente. Relativamente aos especificadores de evolução, nomeadamente a dependência fisiológica e a situação de ambiente controlado dizem respeito à tolerância desenvolvida pelo utente às substâncias, cujo consumo aumentou para atingir os mesmos efeitos psicotrópicos, e ao atual contexto de S., que se encontra em tratamento numa instituição onde o consumo é proibido. No mesmo sentido, os consumos apresentados pelo utente distinguem-se claramente da utilização não patológica de substâncias, uma vez que os padrões de consumo do utente constituem prova de utilização desadaptativa e excessiva das substâncias com impacto clínico, social e psicológico significativo.

De igual forma, o diagnóstico de dependências das diversas substâncias distingue-se claramente da utilização de fármacos, já que o padrão de consumo antecede e é independente da utilização de fármacos, até pela utilização compulsiva das substâncias. No mesmo sentido o diagnóstico de dependências distingue-se do diagnóstico de intoxicação ou abuso de substâncias, pois o padrão de consumo do utente conta com diversas e recorrentes intoxicações e um constante padrão abusivo não

esporádico. Relativamente á sintomatologia ansiógena e impulsiva descrita por H. esta não parece ser clinicamente significativa nem afetar o normal funcionamento do utente, estando apenas associada ao presente contexto de abstinência do consumo das substâncias. Dessa forma, distingue-se claramente do diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada pois a ansiedade é circunscrita aos pensamentos de consumo, assim como se distingue da Perturbação de Ansiedade secundária a um estado físico geral ou secundária ao consumo de substâncias uma vez que, relativamente à primeira, o utente não apresenta nenhuma condição física que explique os sintomas e, relativamente à segunda, os sintomas estão presentes no período de abstinência de consumos. No mesmo sentido, e tendo em consideração que a sintomatologia não afeta claramente o utente de forma significativa e não ocorre a presença de obsessões e/ou compulsões, descarta-se também a Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

A entrada no tratamento reabilitação de S. decorreu segundo a sua vontade, estando o utente feliz por estar envolvido no tratamento dos consumos, descartando-se assim um possível diagnóstico de Perturbação de Adaptação. No mesmo sentido, a ansiedade não está associada a acontecimentos de vida traumáticos, distinguindo-se assim da Perturbação de Pós-Stress Traumático. Por fim, o diagnóstico distingue-se também da depressão já que os utentes deprimidos apresentam geralmente um humor deprimido centrado em preocupações passadas, enquanto o utente centra as suas preocupações na situação presente de abstinência apresentando geralmente um humor eutímico.

Conceptualização Clínica

Os transtornos de ansiedade e os transtornos de uso de substâncias estão entre os transtornos mentais mais comuns. De igual forma, os transtornos devido ao uso de substâncias e os sintomas de ansiedade coexistem frequentemente (Andrews et al., 2001). De facto, verifica-se a presença de sintomatologia ansiosa em S., apesar de a mesma não ser clinicamente significativa nem afetar a vida normal do utente, sendo apenas um sintoma desconfortável no decorrer do tratamento. Tal facto é claramente demonstrado pelo utente que menciona a necessidade de apenas controlar a sintomatologia ansiosa que por vezes o faz temer a eventual ocorrência de comportamentos impulsivos, como recaídas. Este facto demonstra o elevado *insight* de S., que vê a ansiedade como um elemento fulcral no sucesso do seu tratamento,

apontando para um bom prognóstico associado ao tratamento.

Intervenção

Tendo em conta as atividades e dinâmicas institucionais em que S. se encontra envolvido, assim como a ausência de um diagnóstico além do consumo de substâncias, não foi efetuada uma intervenção no utente aqui descrito. De facto, as queixas do utente, além de não serem clinicamente significativas devido a não afetarem psicologicamente ou socialmente o utente, constituindo somente uma preocupação preventiva, são trabalhadas no âmbito do tratamento a si dirigido no cerne da instituição. Ainda assim, e tendo conhecimento do tratamento da sintomatologia dentro do programa individual de reabilitação, foi elaborado um plano de tratamento com vista a abordar os sintomas ansiosos do utente, com o pressuposto da sua possível inclusão no plano de tratamento institucional, com vista à reabilitação de S.

Assim, e usando como referência o trabalho de Caballo (2007), num plano inicial a intervenção sobre os sintomas ansiosos deve incidir na psicoeducação, de forma a dotar o utente com os conhecimentos relativos à ansiedade, nomeadamente no que diz respeito às suas componentes comportamentais, fisiológicas e cognitivas. De igual forma, poder-se-á fazer uso da reestruturação cognitiva, no sentido de abordar qualquer pensamento disfuncional que promova a sintomatologia. Por fim, para abordar a componente fisiológica da ansiedade poder-se-á fazer uso de técnicas de relaxamento, nomeadamente das técnicas de relaxamento progressivo e de respiração diafragmática (Buela-Casal & Sierra, 2001). Desta forma, e em caso de aumento da sintomatologia para níveis clinicamente significativos com a abstinência no decorrer do tratamento de reabilitação dos consumos, o utente poderá estar dotado com técnicas cognitivas, comportamentais e fisiológicas necessárias para face à sua situação, constituindo assim uma estratégia dirigida a um ainda melhor prognóstico.

3.3. Intervenção em Grupo

Tendo em conta a existência de utentes com problemas relacionados à assertividade, no presente estágio promoveu-se a intervenção nesta área, tendo sido elaborado um programa de intervenção dirigido aos utentes, tendo em vista a melhoria dos níveis de assertividade dos participantes. De facto, a utilização do conceito de

assertividade com populações mais jovens tem sido uma área de crescente interesse na pesquisa de prevenção primária relativamente ao consumo de substâncias (Wils, Baker & Botvin, 1989). A adolescência é um período intermédio que demarca a passagem da infância à idade adulta, começando por volta dos 12 anos e continuando até ao final da segunda década de vida. Segundo Sadock e Sadock (2007), os comportamentos de risco nesta população consistem maioritariamente na utilização de drogas, álcool e tabaco, apesar de existirem outros comportamentos de risco que também foram alvo de intervenção no presente estágio (e.g., ação de formação dirigida aos problemas da sexualidade na adolescência).

Na literatura científica, o consumo de substâncias surge na adolescência associada a algumas das características psicológicas. Neste sentido, o consumidor adolescente costuma ser uma pessoa com baixa autoestima, baixo sentimento de satisfação, baixa assertividade, confiança social, controle pessoal e autoeficiência. Em especial a assertividade parece ocupar um papel importante no consumo de substâncias entre os adolescentes, sendo que na socialização com outros consumidores, a falta de assertividade promove uma boa atitude relativamente ao consumo das substâncias, por parte dos consumidores adolescentes (Vatankhah et al, 2013). De facto, o comportamento assertivo corresponde à capacidade do indivíduo em afirmar-se nas interações sociais, defender os seus direitos, expressar as suas opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações e solicitar mudanças de comportamento das outras pessoas, sem desrespeitar os direitos das mesmas (Bandeira & Ireno, 2002). Por esse motivo e com o propósito de aumentar a assertividade e diminuir a atitude positiva relativamente ao consumo de drogas por parte dos utentes, foi implementado a presente intervenção em grupo.

Neste sentido, e á semelhança do proposto por Vatankhah e colaboradores (2013) a presente intervenção foi realizada em grupo (constituído por seis utentes adolescentes) e incluiu a reestruturação cognitiva, de forma a conceptualizar a problemática e a desconstruir crenças dos utentes, o planeamento de atividades e o treino de assertividade em diversos âmbitos da comunicação, nomeadamente na comunicação verbal e não-verbal. O programa de intervenção em grupo teve uma periodicidade semanal, com a duração de uma hora por sessão, tendo sido dirigido a um grupo de seis adolescentes. Os objetivos gerais versaram a consciencialização do utente relativamente à comunicação e assertividade. Para tal, foram implementadas oito sessões, cuja descrição individual pode ser consultada no Anexo I.

Em termos metodológicos específicos, na elaboração da intervenção fez-se uso de técnicas cognitivas e comportamentais, utilizando jogos de interação com vista ao estímulo da percepção e implementação da comunicação assertiva (Vatankhah et al, 2013). De igual forma, a intervenção de grupo foi avaliada com a utilização da Escala de Assertividade de Rathus (*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS) (cf. Anexo II), que tem como objetivo principal medir o comportamento assertivo com base na avaliação de 30 afirmações feitas pelo sujeito numa escala de Likert de seis pontos (entre 0 e 5), que vai desde “Nada característica” até “Muito característica” (Detry & Castro, 1996). A aplicação da escala efetuou-se na primeira (pré-teste) e última (pós-teste) sessão do programa de intervenção em grupo.

Neste sentido, os resultados do pré-teste vão de encontro aos achados da literatura científica que apontam para baixos resultados na assertividade dos jovens adolescentes consumidores de substâncias (Vatankhah et al., 2013), sendo que a média do nível de assertividade dos participantes foi de 0.6, indicando uma elevada falta de assertividade. Após a intervenção, no pós-teste, verificou-se que o valor médio inicial baixou para 0.2, facto que, apesar de ainda se encontrar dentro dos valores de baixa assertividade, aponta para um ganho, ou melhoria, na assertividade por parte dos participantes. Desta forma, podemos inferir que a intervenção teve um efeito positivo na assertividade dos participantes, apontando para o eventual efeito positivo de um reforço da intervenção com mais sessões, com vista a impactar ainda mais a assertividade futuramente. A tabela 1 descreve os resultados do programa de intervenção na assertividade, medidos pela Escala de Assertividade de Rathus.

Tabela 1: Resultados médios do programa de intervenção na assertividade (N=6)

Instrumento	Pré-teste	Pós-teste
Escala de Assertividade de Rathus (RAS)	0.6	0.2

3.4. Ação de Formação

As atividades de formação tiveram como alvo principal os utentes mais jovens nas valências da instituição em que decorreu o estágio, nomeadamente os utentes adolescentes. Neste sentido, e tendo em conta os objetivos do presente estágio bem como a população alvo, foi elaborada uma ação de formação (cf. Anexo III) dirigida aos

utentes adolescentes de forma a incidir numa problemática comum nesta população, nomeadamente a sexualidade e problemáticas associadas.

Neste sentido, a ação de formação intitulada “Sexualidade na Adolescência” (cf. Anexo III) teve a duração de uma hora e trinta minutos e abordou uma problemática de saúde importante na população alvo considerada. De facto, a adolescência é um período especial do desenvolvimento humano, marcando a passagem da infância para a vida adulta, e sendo caracterizada pelo intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta não apenas em termos anatómicos, mas também em termos fisiológicos, psicológicos e sociais (Brêtas, Ohara, Jardim, Junior & Oliveira, 2011).

Desta forma, e com o progressivo amadurecimento associado ao processo da adolescência, os adolescentes confrontados com as novas mudanças físicas, psicológicas e sociais por que estão a passar, passam a preocupar-se mais com o corpo e a valorizá-lo, especialmente em termos de aparência, adotando e enfatizando comportamentos sociais e sexuais específicos de cada género (Aberastury & Knobel, 1981; cit in Brêtas et al., 2011).

Neste contexto, a sexualidade é algo premente e incontornável, sendo construída e aprendida, constituindo parte integrante do desenvolvimento da personalidade e sendo capaz de interferir não só no processo de aprendizagem, mas também afetando a saúde mental e física do indivíduo (Brêtas, 2004). Assim, e tendo em conta que os problemas de sexualidade são um dos aspetos mais fundamentais da existência humana, relacionando-se diretamente com o bem-estar físico e psicossocial de um indivíduo (Shittu, Zachariah, Ajayi, Oguntola, Izegebu & Ashiru, 2007), o seu impacto na adolescência é inegável, especialmente entre adolescentes com problemas de consumo de substâncias (Hallfords, Waller, Bauer, Ford, & Halpera, 2005).

Neste sentido, com a implementação desta atividade, pretendeu-se não apenas aumentar o conhecimento dos jovens utentes relativamente a essas problemáticas tão presentes nas suas vidas, mas também oferecer-lhes estratégias de prevenção que os ajude a enfrentar tais condições de uma forma saudável e responsável. Neste sentido, a participação dos utentes ao longo da formação foi importante, tendo os mesmos sido incentivados a participar através da partilha das suas dúvidas e crenças, de forma a poder-se abordar e desfazer mitos que muitas vezes condicionam os adolescentes na forma como abordam tais problemáticas.

Relativamente aos objetivos e pertinência da ação de formação, por um lado pretendia-se atingir as crenças dos participantes relativamente à problemática em

questão e por outro aumentar-lhes a percepção pessoal de vulnerabilidade relativamente às problemáticas inerentes à sexualidade na adolescência. De igual forma, pretendeu-se dotar os participantes com competências de *coping* relativamente à problemática da sexualidade, de forma a que pudessem aprender estratégias que lhes permitissem abordar essa problemática de forma realista nas suas vidas.

Como vimos atrás, os participantes da ação de formação constituem uma população em especial risco, pois trata-se de adolescentes com problemas associados ao consumo de substâncias, e dotada de poucas competências ao nível da assertividade. Neste âmbito, esta intervenção sob a forma de ação de formação é extremamente relevante na população descrita, uma vez que lhe permitirá fazer face e tomar conhecimento de uma problemática que, de forma pouco consciencializada, faz parte das suas vidas.

Em termos técnicos, na criação, seleção e utilização dos conteúdos (e.g., imagens, preservativo feminino, preservativo masculino, entre outros) utilizados na ação de formação, foram utilizados especificamente dois modelos, nomeadamente o modelo de crenças em saúde e a teoria da motivação protetora, devido à complexidade da temática. O modelo de crenças em saúde descreve o comportamento como sendo o resultado de um conjunto de crenças associadas às problemáticas, nomeadamente a suscetibilidade para a doença, a severidade, os custos psicológicos que apresenta, os benefícios e as pistas internas ou externas para a ação (Rosenstock, 1990; cit in Ogden, 2007).

A teoria da motivação protetora expande a teoria anterior acrescentando outros fatores, como a autoeficácia, a eficiência das respostas, a gravidade da problemática, a vulnerabilidade percebida e a resposta emocional de medo (Rogers, 1983; cit in Ogden, 2007). Neste sentido, a presente formação versou sobre as variáveis de autoeficácia, crenças e vulnerabilidade percebida. Assim, a teoria da motivação protetora fundamenta e justifica apresentação de algumas imagens que incitam a uma resposta emocional de medo nos participantes, sendo que o modelo de crenças em saúde justifica e fundamenta a abordagem incisiva nas crenças dos participantes. De facto, a formação pretendeu por um lado desconstruir algumas das crenças dos participantes relativamente à temática abordada, e por outro alterar não só a visão da problemática por parte dos participantes, mas também o seu comportamento relativamente à sexualidade e suas complicações.

Para a avaliar a formação, foi utilizado um questionário (cf. Anexo IV), elaborado para o efeito no formato Likert de cinco pontos, no qual o valor 1

correspondeu a “Nada Satisfatório”, o 2 a “Pouco Satisfatório”, o 3 a “Satisfatório”, o 4 a “Bastante Satisfatório” e o 5 a “Extremamente Satisfatório” e cujos resultados apontam para o sucesso e pertinência da formação. Assim, os participantes consideraram como extremamente satisfatórios a clareza dos objetivos, a importância da temática e a sua utilidade no dia-a-dia. Relativamente ao formador, os participantes consideraram a escolha dos temas, a relação com grupo, o despertar de interesse, a prestação de esclarecimentos solicitados e a utilização de uma metodologia facilitadora de aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos, como extremamente satisfatórios.

Os participantes consideraram também que o formador teve uma prestação bastante satisfatória na motivação da participação do grupo, na clareza com que fez a comunicação e na utilização de exemplos práticos para expor o conteúdo das temáticas abordadas. De notar também que os participantes consideram ter adquirido formalmente conhecimento, aumentando o seu nível de conhecimento da temática abordada do início para o final da sessão, facto que comprova a utilidade da ação de formação. A tabela 2 descreve os resultados da formação de forma concreta.

Tabela 2: Resultados médios da ação de formação “Sexualidade na Adolescência” (N=6)

Itens	Resultado
<i>Objectivos</i>	
Os objectivos desta ação de formação foram claros?	5
Os objectivos propostos foram claros?	5
<i>Desenvolvimento / utilidade</i>	
Considera que esta ação de formação foi importante?	5
Considera que os temas tratados são úteis no seu dia-a-dia?	5
<i>Auto-avaliação de conhecimentos</i>	
Nível de conhecimento no início da ação	3
Nível de conhecimento no final da ação	5
<i>Formador</i>	
Escolha dos temas tratados	5
Motivou a participação do grupo	4
Relação com o grupo	5
Despertou o interesse	5
Clareza da comunicação	4
Prestou os esclarecimentos solicitados	5
Recorreu a exemplos e exercícios para expor os temas	4
Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos	5

Conclusão

Analisando retrospectivamente este percurso, esta experiência constituiu uma fase crucial no desenvolvimento de diversas competências, desde a capacidade de estabelecer uma boa relação terapêutica, de análise clínica, de avaliação até à seleção de estratégias de intervenção adequadas a cada problemática. Esta foi, portanto, uma experiência muito enriquecedora que nos proporcionou momentos determinantes para a nossa formação, permitindo a aquisição de um conjunto de aprendizagens que se foram consolidando ao longo deste ano.

Esta etapa de formação contribuiu de variadíssimas formas para o nosso desenvolvimento pessoal e enquanto futura profissional. Em primeiro lugar, o facto de nos ter sido dada a oportunidade de eleger o nosso local de estágio, permitiu-nos aprofundar mais detalhadamente uma área que provavelmente não teríamos hipótese de explorar e aprofundar tão detalhadamente – a Toxicodependência, bem como as perturbações psicológicas que lhe estão associadas. Por outro lado, a possibilidade de observação e interação com os utentes em vários contextos da sua vida diária permitiu-nos uma visão mais profunda e complexa do ser humano.

Tivemos a oportunidade de assistir e acompanhar casos diversificados e complexos que nos permitiu a construção de uma nova visão acerca do processo e da relação terapêutica. De forma breve, salientamos a perceção adquirida de que mudança e o sucesso terapêutico não derivam apenas da aplicação de técnicas específicas (Botello, 2001). As estratégias são apenas, e passamos a citar, “âncoras possíveis...” (Fernandes et al., 2009 pp. 7) que o cliente usa para mudar. Esta perspetiva reporta para a ideia de que a terapia é um processo bidirecional que não depende unicamente do terapeuta, mas sim da relação que se cria neste contexto e das particularidades e idiosincrasias de cada caso. Finalmente, recordamos a desistência momentânea de um dos utentes que acompanhamos, aquando a realização da anamnese, em que a insegurança, a frustração e a dúvida estiveram presentes sendo pessoalmente assumido como consequência direta da nossa inexperiência. Contudo, através do contexto da supervisão, aprendemos a refletir sobre os obstáculos, limitações e particularidades de cada caso, aprendemos a estar atentas a possíveis erros nossos e a lidar com eles.

Os fatores limitadores na nossa experiência prendeu-se ao facto de não ter sido possível concretizar atividades de intervenção em todos os casos clínicos, considerando as dinâmicas e atividades desenvolvidas e implementadas pela instituição, o tempo e o

abandono do programa por parte dos utentes, como é frequente neste tipo de população,

A introspeção realizada no final da experiência do estágio, sentimos que caminhamos para uma nova etapa profissional com uma “bagagem” perdurável, construída a partir dos casos que acompanhamos, do contacto com a instituição que nos acolheu e das pessoas que a representam. É o final de um percurso, mas ao mesmo tempo é o início de um novo desafio. Assim, considero toda a experiência bastante positiva.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association – APA. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Overview of the Australian national mental health survey. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 145–53.
- Bandeira, M., & Ireno, E. (2002). Reinserção social de psicóticos: Avaliação global do grau de assertividade em situações de fazer e receber crítica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *15*, 665-675.
- Brêtas, J. (2004). A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. *Temas sobre Desenvolvimento*, *12* (72), 29-38.
- Brêtas, J., Ohara, C., Jardim, D., Junior, W., & Oliveira, J. (2011). Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, *16* (7), 3221-3228.
- Buela-Casal, G., & Sierra, J. (2001). *Manual de Evaluación Y Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. (2007). *Manual para o Tratamento Cognitivo-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*, Volume II.
- Detry, B., & Castro, S. L. (1996). A escala de assertividade de Rathus: Versão portuguesa. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado, & M. Simões (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 4, pp. 357-363). Braga: Apport.
- Hallfords, D., Waller, M., Bauer, D., Ford, C., & Halpera, C. (2005). Which comes first

- in adolescence – sex and drugs or depression? *American Journal of Preventive Medicine*, 29 (3), 163-170.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 26–34.
- Hathaway, S., & McKinley, J. (1991). *MMPI-2. Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Kincannon, J. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.
- McHugh, R., Hearon, B., & Otto, M. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 33 (3), 511–525.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology. A Textbook*. (4^a ed.). Berkshire: McGraw-Hill.
- Picchi, P. M. (1991). *Projeto Homem – Um programa terapêutico para toxicodependentes*. Braga: Centro de Solidariedade de Braga.
- Potter, G., Attix, D. (2006). An Integrated Model for Geriatric Neuropsychological Assessment. In Attix, D., Welsh-Bohmer, K. (Ed.), *Geriatric Neuropsychology – Assessment and Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Saddock, B., & Saddock, V. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10^a Ed.) New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shittu, L., Zachariah, M., Ajayi, G., Oguntola, J., Izegebu, M., & Ashiru, O. (2007). The negative impacts of adolescent sexuality problems among secondary school students in Oworonshoki Lagos. *Scientific Research and Essay*, 2 (1), 23-28.
- Spanemberg, L. & Juruena, M. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas

e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria, RS*, 26 (3), 300-311.

Vatankhah, H., Zadeh, S., Yavarifar, H., & Porghorbanali, F. (2013). The Effect of Assertive Skill Training on Changing the Good Attitude toward Drug Abuse and General Health in Students. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 3(1), 463-466.

Wils, T., Baker, E. & Botvin, G. (1989). Dimensions of Assertiveness: Differential Relationships to Substance Use in Early Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (4), 473-478.

- ANEXOS -

- ANEXO I -
Atividade de Intervenção em Grupo

INTERVENÇÃO EM GRUPO

Sessão1: Apresentação e Iniciação

Objetivos específicos:

- Avaliação pré-intervenção;
- Fornecer informação global acerca do programa;
- Definir as regras de funcionamento do grupo
- Criar um clima de confiança e uma relação de empatia entre os participantes e o dinamizador;
- Integração;
- Propiciar um clima de descontração e maior conhecimento entre os elementos do grupo;

Material:

- Uma tira de papel bem larga para cada participante;
- Lápis de cor, marcadores, etc.

Desenvolvimento:

Dinâmica 1: “Este Sou Eu”

O dinamizador distribui as tiras de papel pelos participantes solicitando que escrevam no centro do papel o seu nome de forma bem legível.

Após cada participante ter escrito o nome, solicitar que desenhe na parte superior direita um símbolo que o represente. Feito isso, solicitar que cada participante escreva na parte superior esquerda uma qualidade sua ou uma qualidade que ele mais admira nas pessoas.

Solicitar que cada participante escreva na parte inferior direita o que mais gosta de fazer.

E na parte inferior esquerda um lugar onde gostaria de estar.

Após todos terminarem, o dinamizador pede a cada participante que apresente ao grupo o que registou na respectiva tira de papel: o seu nome, símbolo, qualidade, o que mais gosta de fazer, onde gostaria de estar.

Comentários dos elementos do grupo sobre a dinâmica.

No final, proceder-se-á ao preenchimento de um questionário de medida pré-teste.

Sessão2: Comunicação

Objetivos específicos:

- Conhecer os diferentes tipos de comunicação;
- Tomar consciência da importância de ouvir os outros e das atitudes demonstrativas desse interesse;
- Saber identificar atitudes através de comportamentos.

Material:

- Uma caneta;
- Ficha de atividade.

Desenvolvimento:

- Breve apresentação de como comunicar através do comportamento.

Dinâmica 1: “O que é comunicar?”

A atividade começa com um “brainstorming” sobre os significados possíveis para a palavra comunicar. As ideias que vão surgindo são escritas num papel de cenário. Depois desta pequena reflexão acerca do conceito é realizada a *Ficha de Atividade*. Esta consiste na leitura e análise de um texto sobre o que é comunicar. A *Ficha de Atividade* é distribuída pelos elementos do grupo e realizada individualmente. Existe um conjunto de frases para completar e verificar a compreensão do texto. Após a correção do texto, é realizado um agrupamento das palavras que resultaram da “brainstorming”, segundo os vários significados para a palavra “comunicar” encontrados no texto.

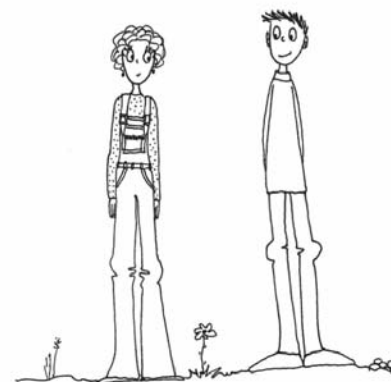
Reflexão sobre o tema apresentado (e.g., as várias formas de comunicar, o tipo de comunicação que acham ser mais importante, o que comunicam com mais frequência aos outros: os sentimentos, o que pensam ou a ideias, etc.)

FICHA DE ACTIVIDADE – O QUE É COMUNICAR

Lê o texto acerca do significado de comunicar e completa as frases abaixo para ver se já sabes:

Comunicar implica receber e dar mensagens. Esta mensagem pode ser o que pensas acerca de um assunto (por exemplo pensares “esta loja tem a roupa cara demais para a qualidade dos tecidos”), as tuas ideias (por exemplo, lembrares-te de uma forma ótima para arranjar dinheiro para uma pessoa que precisa), ou os teus sentimentos (por exemplo, o quanto ficas zangado quando implicam com o teu aspeto físico).

Todos enviamos mensagens aos outros, mesmo quando não o estamos a fazer de propósito.



Por exemplo, se chegas a casa e estás chateado com várias coisas que se passaram durante o dia, a tua mãe pode perceber e perguntar o que se passa e, mesmo que digas que não se passa nada, ela sabe que se passa alguma coisa. O mesmo se passa em relação aos outros: não é necessário que falem para receberem muita informação. Por exemplo, se entras num elevador onde já se encontra uma pessoa e ela não olha para ti permanecendo com o olhar no chão, sabes que não é vontade dela falar, mesmo que ela não o tenha dito. Ou por exemplo uma rapariga chamada Maria que está interessada em conhecer o João. Ela pode ir até ao pé dele e dizer “Olá João, como vai isso?”, pode simplesmente sorrir para ele e esperar que ele perceba os sinais, ou deixar-lhe um recado perfumado com um convite para uma festa. Estes são caminhos de comunicação da sua mensagem: eu estou interessada em ti! Isto pode ser com palavras faladas, escritas, ou sem palavras.

Estamos permanentemente a enviar mensagens às outras pessoas. E se tu olhares... vêes que as outras pessoas estão sempre a comunicar mensagens para ti também.

O que é comunicação?

1. A comunicação envolve _____ e _____ mensagens.
2. Estas mensagens podem ser acerca do que tu _____, as tuas _____ ou o que tu _____ acerca de alguma coisa.
3. As pessoas podem comunicar umas com as outras através das _____ nas suas faces.
4. O comportamento das pessoas pode também ser um meio de passar _____ aos outros.
5. A comunicação pode ser feita através de _____, palavras escritas, ou mesmo _____ palavras.

Sessão 3: Comunicação Não Verbal

Objetivos específicos:

- Perceber a importância da aparência física nas relações interpessoais;
- Promover a tolerância face à aparência dos outros e à própria aparência.

Material:

- Uma caneta;
- Cartão com diversas situações.

Desenvolvimento:

- A atividade é iniciada com um pequeno diálogo de sensibilização ao tema da aparência.

Dinâmica 1: “A minha aparência”

O dinamizador estimula os jovens a partilharem acerca do que cada um sente em relação às questões da aparência. Posteriormente, o grupo é convidado a aprofundar o tema partilhando as suas ideias em relação ao seguinte:

- Situações em que julgaram, ou foram julgados pelos outros, de uma forma errada através de uma primeira impressão;
- Situações com as quais temos mais cuidado, e gostamos de dar uma impressão específica;
- Referir situações de vida em que a aparência se torna muito importante.

Dinâmica 2: “Como te vestiras na seguinte situação?”

O dinamizador entrega a cada participante um cartão dos descritos em baixo, verificando como cada um se vestiria tendo em conta as diferentes situações:

- Numa saída à noite com os teus amigos...;
- Num casamento...;
- Num almoço com os teus pais...;
- Num funeral...;
- Numa ida às compras num centro comercial...;
- Numa aula de educação física...;
- Num jantar romântico...;
- Numa entrevista de emprego.

Reflexão sobre o tema apresentado (e.g., se têm cuidado com a aparência; as consequências de não se apresentarem de forma adequada em certas situações; se é importante em todas as situações, ou há situações em que aparência é mais importante que em outras, etc.).

Sessão 4: Comunicação Não Verbal

Objetivos específicos:

- Experienciar e refletir acerca da importância do contacto ocular e da expressão facial enquanto veículo de estabelecimento de relações e de transmissão de mensagens;
- Transmitir mensagens através da comunicação não verbal.

Material:

- Cartões com expressões faciais (alegre, triste, zangado, surpreendido)

Desenvolvimento:

- Breve apresentação do processo da comunicação não verbal e a importância de utilizar o corpo como meio de comunicação para evitar discrepâncias ou ambiguidades na transmissão das mensagens.

Dinâmica 1: “Expressão facial”

O dinamizador mostra os cartões com várias expressões faciais para os participantes adivinharem e explicarem o que elas transmitem. Em seguida, o dinamizador solicita que representem outras expressões faciais para os restantes participantes adivinharem. Quem acertar deve explicar o significado daquela expressão e explicar qual a postura mais indicada para aquelas situações. Por fim, os participantes devem representar as expressões faciais mais indicadas para as seguintes situações: ver um filme cómico, um filme de terror, ir a um funeral, quando uma pessoa se magoa, quando nos apresenta alguém.

Dinâmica 2: “Expressão corporal, mímica facial e contacto ocular”

Os participantes dispõem as cadeiras em semicírculo. De seguida, cada participante é convidado a exprimir uma das situações abaixo citadas ou uma determinada necessidade através do uso total do corpo, incluindo a mímica facial e o olhar. O resto do grupo tem como tarefa reconhecer a mensagem e notar uma eventual discrepância na comunicação não verbal:

- Pedir atenção
- Comunicar o próprio cansaço
- Manifestar afeto
- Exprimir cólera
- Comunicar impaciência

Seguidamente, cada um verbaliza o que experimentou durante o exercício.

Por fim e em pares, devem olhar um para o outro 2-3 minutos, tentando observar e examinar o que sentem nessa experiência de olhar e ser olhado. Quando terminar o tempo, devem refletir sobre o que sentiram nas duas experiências.

Sessão 5: Comunicação Verbal

Objetivos específicos:

- Refletir sobre os fatores que interferem com o processo de comunicação;
- Identificar falhas de comunicação e refletir como se podem evitar.

Material:

- Folha de papel;
- Lápis

Desenvolvimento:

- A atividade é iniciada com um pequeno diálogo sobre o tema.

Dinâmica 1: “O segredo”

O dinamizador coloca os participantes em círculo indicando-lhes que não poderão falar nem fazer perguntas. A tarefa que cada um dos participantes terá que executar será ouvir o “segredo” que lhe contam e transmiti-lo, ao ouvido, ao colega seguinte.

O dinamizador conta ao primeiro elemento do círculo um “segredo”. O “segredo” vai passando de ouvido em ouvido até chegar ao último elemento. Este diz em voz alta o que ouviu. O primeiro elemento diz qual foi o “segredo” inicial, comparando-se com o que chegou ao fim do círculo.

No final, reflete-se sobre a dinâmica desenvolvida e sobre os problemas que podem existir no processo de comunicação.

Dinâmica 2: “ O mal entendido”

O dinamizador elege um elemento do grupo para descrever aos seus colegas um desenho com figuras geométricas. É-lhe pedido que olhe para a imagem atentamente para poder descrevê-la aos seus companheiros, de forma que estes o possam reproduzir corretamente. Os participantes devem escutar atentamente as instruções do seu companheiro e desenhar com a maior precisão possível o que descreve; não poderão fazer nenhuma pergunta.

Em seguida, o dinamizador solicita ao mesmo elemento do grupo que descreva novamente o desenho, mas neste caso os restantes participantes são informados que poderão fazer perguntas. Posteriormente, faz-se a comparação dos dois desenhos realizados com o original, sem e com perguntas.

No final, debate-se sobre o tema desenvolvido, assim como algumas estratégias que se podem utilizar para evitar mal entendidos.

Sessão 6: Comunicação Verbal

Objetivos específicos:

- Conhecer os diferentes estilos de comunicação;
- Consciencializar para o impacto dos vários estilos de comunicação no relacionamento interpessoal.

Material:

- Folha de papel
- Lápis

Desenvolvimento:

- Breve introdução sobre os diferentes estilos comunicativos.

Dinâmica 1: “Como reagiria”

Os participantes sentam-se formando pares. O dinamizador distribui por cada par uma folha de papel e um lápis. Na folha de papel escrevem as respostas para cada uma das situações, a seguir mencionadas, que correspondam ao estilo: passivo, agressivo e assertivo.

1- Compraste uma aparelhagem numa loja. Quando chegaste a casa, verificaste que não funcionava bem.

2- Estás com os teus amigos numa fila para comprar bilhetes. Alguém tenta meter-se á tua frente.

3- Um professor descobre que um aluno tirou fotocópia ao teste da próxima semana que se encontrava na sua mala. O professor acusa-te de teres sido tu o responsável, mas tu sabes quem foi o responsável que tirou o teste ao professor.

Posteriormente abre-se uma discussão acerca das respostas apresentadas, em que são explorados os vários estilos de comunicação, destacando-se o estilo assertivo.

Por fim, o dinamizador solicita aos participantes para estabelecerem uma comparação com aquilo que foi abordado no trabalho de grupo, salientando o impacto de cada um dos estilos de comunicação no relacionamento interpessoal, através da partilha de vivências experimentadas.

Sessão 7: Treino de Assertividade

Objetivos específicos:

- Reconhecer que todas as pessoas, quando se relacionam com os outros, têm direitos que se devem respeitar;
- Conhecer o que é a assertividade e praticar comportamentos assertivos;
- Proporcionar a oportunidade de exprimir agrado pelos colegas;
- Desenvolver o espírito crítico e de observação.

Material:

- Guião para a prática de comportamentos assertivos.

Desenvolvimento:

- Breve apresentação do tema.

Dinâmica 1: “Condutas assertivas”

O dinamizador propõe um brainstorming sobre os direitos básicos que as pessoas têm, quando se relacionam com os outros. Posteriormente, é solicitado aos participantes que ponham em prática condutas assertivas em situações em que é necessário defender os próprios direitos, expressar descontentamento, responder a críticas e negar fazer algo que não desejam fazer, seguindo um guião específico para cada uma delas.

No final, o dinamizador incentiva a discussão no grupo, tendo em conta o reforço dos aspetos positivos e relembre que as críticas realizadas deverão ser acompanhadas por sugestões de melhoria e salientar a importância em saber expressar o desagrado, responder às críticas e negar-se a fazer algo que não se deseja de uma forma assertiva, evitando dar respostas agressivas ou passivas.

Dinâmica 2: “Dar e receber elogios”

Os participantes devem observar algumas qualidades, algum comportamento ou peça de vestuário do seu colega da direita, este ao outro e assim sucessivamente de modo a percorrer todos os elementos do grupo. Ao mesmo tempo que os participantes recebem o elogio devem agradecer da forma mais adequada.

No final da dinâmica os participantes devem refletir no que sentiram ao dar e receber elogios.

Sessão 8: Treino de Assertividade

Objetivos específicos:

- Potenciar a assertividade e a capacidade de lidar com opiniões diferentes;
- Desenvolver competências de tomada de decisão e de resolução de problemas;
- Criar novas expectativas em relação a algum problema de difícil solução;
- Compreender o processo na resolução de um problema;
- Avaliação pós intervenção

Material:

- Sala ampla

Desenvolvimento:

- Breve apresentação do tema.

Dinâmica 1: “Viagem de finalistas”

O dinamizador descreve a seguinte situação: “imaginem que são finalistas de um curso. O vosso coordenador de turma resolveu organizar uma viagem de finalistas. Minutos antes da partida, recebem a informação de que houve um erro informático aquando a venda de bilhetes e portanto não existe lugares para todos. Apenas x (menos dois sobre o nº de participantes na dinâmica) poderão entrar no avião.”

Em seguida, cada participante deverá proceder a sua decisão individual, expondo de que forma resolveria o problema. No final, o grupo deverá tentar estabelecer o seu consenso, decidindo, também, a solução para o problema.

Com a finalidade de avaliar a eficácia do programa proceder-se-á à replicação dos instrumentos.

- ANEXO II –

Escala de Assertividade de Rathus
(*Rathus Assertiveness Schedule*, RAS)

Escala de Assertividade de Rathus

Indique em que modo as seguintes afirmações são características ou descritivas do seu comportamento. Partindo da escala abaixo indicada atribua uma nota a cada afirmação:

- 5-Muito característica
- 4-Característica
- 3-Mais ou menos característica
- 2-Pouco característica
- 1-Muito pouco característica
- 0- Nada característica

	Muito Característica	Característica	Mais ou menos Característica	Pouco Característica	Muito pouco Característica	Nada Característica
1-Parece que a maior parte das pessoas são mais agressivas e defendem melhor os seus direitos do que eu.	5	4	3	2	1	0
2- Acontece-me, por timidez, hesitar na altura de marcar ou ser convidado para um encontro.	5	4	3	2	1	0
3- Quando a comida num restaurante não me satisfaz queixo-me ao empregado ou empregada.	5	4	3	2	1	0
4- Tenho cuidado em não ferir os sentimentos dos outros mesmo quando sinto que eles me magoaram.	5	4	3	2	1	0

5- Se um vendedor teve muito trabalho para me mostrar um artigo que não me convém perfeitamente torna-se-me difícil dizer não.	5	4	3	2	1	0
6- Quando me pedem para fazer qualquer coisa insisto para saber a razão.	5	4	3	2	1	0
7- Há ocasiões em que procuro uma boa e vigorosa discussão.	5	4	3	2	1	0
8- Luto para, na minha profissão, me sair tão bem como os outros	5	4	3	2	1	0
9- Para falar com franqueza, as pessoas tiram muitas vezes partido de mim.	5	4	3	2	1	0
10- Dá-me prazer estabelecer conversa com recém-conhecidos ou estranhos.	5	4	3	2	1	0
11- Muitas vezes não sei o que dizer a pessoas atraentes do sexo oposto.	5	4	3	2	1	0
12- Hesitaria em telefonar para um grande estabelecimento comercial ou para uma administração.	5	4	3	2	1	0
13- Preferia candidatar-me a um emprego por carta em vez de o fazer por uma entrevista pessoal.	5	4	3	2	1	0
14- Sinto-me embaraçado ao devolver uma mercadoria.	5	4	3	2	1	0

15- Se um familiar próximo e respeitado me aborrece eu escondo os meus sentimentos em vez de exprimir a minha má disposição.	5	4	3	2	1	0
16- Já me aconteceu evitar pôr questões com medo de parecer estúpido.	5	4	3	2	1	0
17- Durante uma discussão acesa tenho, muitas vezes, medo de ficar perturbado ao ponto de começar a tremer.	5	4	3	2	1	0
18- Se um conferencista famoso e conceituado diz qualquer coisa que eu acho inexacto gostaria que o publico ouvisse, também, o meu ponto de vista.	5	4	3	2	1	0
19- Evito discutir os preços com os representantes e vendedores.	5	4	3	2	1	0
20- Quando faço qualquer coisa importante e válido procuro que os outros tomem conhecimento disso.	5	4	3	2	1	0
21- Sou aberto e franco no que diz respeito aos meus sentimentos.	5	4	3	2	1	0
22- Se alguém espalhou histórias falsas e de mau gosto a meu respeito vou imediatamente procurá-lo para uma explicação.	5	4	3	2	1	0

23- Sinto muitas vezes dificuldade quando tenho de dizer não.	5	4	3	2	1	0
24- Tenho mais tendência a controlar as emoções do que a entrar em confronto.	5	4	3	2	1	0
25- Apresento queixas quando fico mal servido num restaurante ou noutra local.	5	4	3	2	1	0
26- Muitas vezes não sei que dizer quando me fazem um elogio.	5	4	3	2	1	0
27- No cinema, no teatro ou numa conferência se há duas pessoas perto de mim a falarem em voz alta, peço-lhe que se caíem ou mudem de lugar.	5	4	3	2	1	0
28- Alguém que tenta passar à frente numa fila arrisca-se a ter que me dar uma boa explicação.	5	4	3	2	1	0
29- Sou rápido na expressão das minhas opiniões.	5	4	3	2	1	0
30- Há momentos em que não sei o que dizer.	5	4	3	2	1	0

- ANEXO III -

***Power Point* da Ação de Formação**

“Sexualidade na Adolescência”

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA



SEXUALIDADE

O QUE É?



SEXUALIDADE

Um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de dar e receber afeto, de expressar, de estabelecer laços, da descoberta de si mesmo e do outro e de viver o amor humano.



Parte integrante do desenvolvimento da personalidade e da identidade

SEXUALIDADE

- É a maior fonte de satisfação e prazer do ser humano (não apenas sexual, mas num âmbito mais alargado sinónimo de bem estar, de gratificação, de satisfação, de felicidade...);
- Desperta nas pessoas as emoções mais profundas;
- É um aspeto central do ser humano, que se constrói e está presente ao longo da vida;
- Abrange: a reprodução, a imagem corporal, identidade, género, afetos, a construção das relações interpessoais, intimidade, desenvolvimento sexual e orientação sexual.

SEXUALIDADE

- É uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade;
- Integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados;
- É ser-se sensual e ser-se sexual;
- Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.

(OMS)

SEXUALIDADE

A sexualidade é uma manifestação psicoafetiva individual e social que transcende a sua base biológica (sexo) e cuja expressão é normatizada pelos valores sociais vigentes.

Entende-se, desta forma, que a sexualidade humana envolve várias dimensões:

- Fisiológica;
- Emocional;
- Afetiva;
- Social;
- Cultural.

SEXUALIDADE

Antes:

- Genitais;
- Procriação;
- Homem – Mulher;
- Adultos



Visão
Reduzida

Atualmente:

- Implica a totalidade da pessoa;
- Diferentes fins (fonte de prazer, de comunicação e de bem estar);
- Não só Homem – Mulher;
- Ao longo de toda a vida;



Visão Ampla e
Diversificada

SEXUALIDADE

- Existe em todos os seres humanos ao longo de toda a vida;
- Permite-nos comunicar, estabelecer laços, dar e receber afeto, prazer e é com todo o corpo que a experienciamos.



Infância



Adolescência



Adultos



Idosos

AFETIVIDADE

É um conjunto de fenómenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções e sentimentos que a pessoa tem capacidade de experimentar ao longo de toda a sua vida, acompanhados sempre da sensação de:

- Dor ou prazer;
- Satisfação ou insatisfação;
- Agrado ou desagrado;
- Alegria ou tristeza

AFETIVIDADE

Para transmitir emoções através dos afetos de forma honesta, respeitando o outro e a si mesma, é necessário:

- Conhecer as minhas emoções;
- Conhecer e explorar a minha forma de pensar;
- Ser capaz de decidir os meus comportamentos;
- Estar disposto a conhecer e respeitar o outro.

Inteligência Emocional

- Capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções (identificar emoções através dos seus estados físicos e psicológicos, identificar emoções nos outros);
- Capacidade de aceder e/ou gerir sentimentos quando facilitam o pensamento (Perceber as causas e as consequências das emoções; usar os estados emocionais para facilitar a resolução de problemas e potenciar a criatividade);
- Capacidade de compreender as emoções (Perceber as causas e as consequências das emoções; compreender emoções complexas, o seu encadeamento e relação entre as várias emoções);

Inteligência Emocional

- Capacidade de controlar as emoções (estar aberto aos sentimentos, positivos e negativos; gerir as próprias emoções e as dos outros; envolver-se, prolongar ou abandonar um determinado estado emocional).



Promove o crescimento emocional e intelectual



Estabilidade emocional



Bom preditor do nível de felicidade e bem estar

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Adolescência

As alterações físicas, essência da puberdade, e o desenvolvimento dos órgãos sexuais e da capacidade reprodutiva são vividos pelos adolescentes como o aparecimento de um novo papel, que passa por adaptações sucessivas do ponto de vista pessoal, familiar e social.

Adolescência

Período de rápidas mudanças:

- **Físicas:** alterações do tamanho e das formas do corpo;
- **Psicológicas:** percepção de si e dos outros, qualidade das relações que estabelecem entre si e com os outros (e.g., amigos, adultos), alterações rápidas de humor e de vontade, mudanças cognitivas e emocionais, etc.);
- **Sociais:** adaptação ao modo como os outros o veem e lidam com ele pelo facto de se estar a tornar adulto, relação com os pares de ambos os sexos, capacidade de revelação aos outros para o estabelecimento de relações afetivas e perspectivas sociais diferentes, etc.).

Gravidez na adolescência

Para além das mudanças físicas, psicológicas e sociais que o adolescente atravessa, tem igualmente que se adaptar a um outro vasto conjunto de mudanças que a gravidez implica, assim como para lidar com as exigências que tais mudanças obrigam.

Gravidez na adolescência

Fatores de risco:

- Exclusão do sistema escolar e do emprego;
- Dificuldades económicas;
- Baixos níveis de escolaridade;
- Falta de conhecimentos a respeito da sexualidade;
- Institucionalização precoce;
- Uso pouco frequente de contraceção / desconhecimento de métodos anticoncepcionais ;

Gravidez na adolescência

Fatores de risco:

- Não relacionar o ato com a gravidez;
- Procura de relações afetivas, ou devido à experimentação sexual;
- Abuso sexual;
- Instabilidade, inadequação ou falta de supervisão familiar;
- Início precoce da atividade sexual;
- Atitudes negativas em relação ao sexo.

Gravidez na adolescência

Consequências:

- Abandono escolar;
- Baixo nível de escolaridade;
- Desemprego/ emprego mal remunerado/ instabilidade no emprego
- Dificuldades económicas;
- Monoparentalidade;
- Exclusão social;
- Depressão;
- Baixa autoestima;
- Isolamento social.

Gravidez na adolescência

Crianças de mães adolescentes

↑ Probabilidade:

- Complicações obstétricas;
- Problemas médicos;
- Baixo peso à nascença;
- Prematuridade;
- Mortalidade neonatal;
- Atrasos no desenvolvimento cognitivo;
- Baixo rendimento escolar;
- Problemas de comportamento.

Métodos Contracetivos

MÉTODOS CONTRACETIVOS

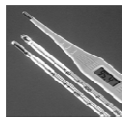
Quatro tipos de contraceção:

- ❖ Natural
- ❖ **Hormonal** (Pílula, anel vaginal, implante contraceptivo, dispositivo intrauterino, adesivo e injetável)
- ❖ **Local/barreira** (Preservativo, diafragma, espermicidas)
- ❖ **Esterilização** (laqueação, vasectomia)



Contraceção natural

- Abstinência
- Método do calendário
- Método da temperatura
- Método do muco
- Coito interrompido
- Lactação prolongada



NENHUM DESTES MÉTODOS É SEGURO!!!!

Contraceção oral

Pílula

Muito eficaz quando utilizada corretamente;



Os comprimidos devem ser tomados diariamente, sempre à mesma hora;

Perde a eficácia com a toma de alguns antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos e ainda, em caso de vômitos ou diarreia;

Protege contra as doenças sexualmente transmissíveis: Não

Contraceção hormonal

Anel vaginal

Eficácia bastante elevada;

A mulher só aplica uma vez em cada ciclo Menstrual;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção hormonal

Implante contraceutivo

Eficácia bastante elevada;

Permite a contraceção de longa duração (3 anos);

Não é necessária qualquer toma diária de medicamentos ou atuação preventiva antes de se ter relações;

Protege contra as DST's: Não



Contraceção hormonal

DIU – Dispositivo intrauterino

Eficácia muito elevada;

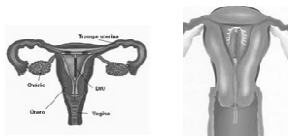
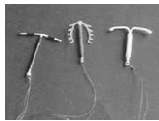
Eficaz durante 5 anos;

Pequeno aparelho de cobre ou de polietileno, colocado no interior do útero;

Indicação e aplicação médica;

Pode ser removido em qualquer altura;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção hormonal

Adesivo contraceutivo

Eficácia bastante elevada;

Adesivo muito fino, quadrado que pode ser usado em 4 áreas da pele: nádegas, abdómen, parte superior do tórax (peito e costas) e parte externa do membro superior;

Deve ser regularmente substituído, a cada 7 dias;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção hormonal

Injetável

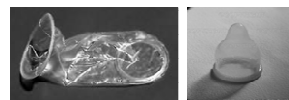
Eficácia muito elevada;

Efeito contraceutivo durante 3 meses;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção local/barreira



Preservativo masculino /feminino



Diafragma



Espermicidas

Contraceção local/barreira

Preservativo masculino

Método bastante eficaz quando utilizado corretamente;

Membrana fina de látex;

Deve ser colocado quando o pénis está ereto e antes de qualquer contacto entre os órgãos genitais;

Protege contra as DST's: Sim.



Contraceção local/barreira

Preservativo feminino

Método bastante eficaz quando utilizado corretamente;

Membrana plástica muito fina. Em ambas as extremidades existe um anel aberto de um lado e fechado do outro;

Método de barreira introduzido na vagina, antes da relação sexual;

Protege contra as DST's: Sim.



Que cuidados se deve ter com o preservativo?

- Verificar sempre a data de **validade** e o estado de **conservação da embalagem**;
- Certificação de qualidade;
- Nunca usar mais que **uma vez**;
- Abrir a embalagem com cuidado, sem utilizar **objetos cortantes** e evitar que as **unhas** rompam o preservativo.
- Se necessária lubrificação adicional utilizar **lubrificantes aquosos** e não à base de óleo ou álcool (óleo para bebés, vaselina, cremes cosméticos, óleos de massagem) pois podem danificar ou enfraquecer o látex;
- Não usar o preservativo masculino e feminino em simultâneo.

Contraceção local/barreira

Diafragma

Relativamente eficaz quando bem utilizado;

Membrana de latex ou silicone (alergias) colocado à entrada do útero;

A escolha do diafragma e o ensino da sua aplicação devem ser feitos por um médico;

Inserir antes do ato sexual junto com espermicida;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção local/barreira

Espermicidas

Baixa eficácia quando utilizado isoladamente. Deve ser utilizado como complemento do preservativo, diafragma, entre outros;

Apresentam-se sob várias formas: gel, espuma, comprimido vaginal, esponja e tampão;

Introduz-se na vagina, algum tempo antes (20 a 30 min.) de cada relação sexual;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção por esterilização

Esterilização feminina

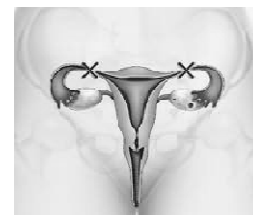


Laqueação ou bloqueio das Trompas de falópio

Eficácia bastante elevada (99,9%);

Procedimento cirúrgico;

Protege contra as DST's: Não.



Contraceção por esterilização

Esterilização masculina - Vasectomia



Canais deferentes são laqueados ou bloqueados impedindo a passagem dos espermatozoides. Continua a ejacular normalmente mas o sêmen deixa de ter espermatozoides;

Eficácia muito elevada (99,9%);

Procedimento cirúrgico;

Protege contra as DST's: Não.



Métodos Contraceptivos

Qual a melhor opção?

Dupla proteção (conjugação de um método hormonal com um método de barreira)



Método de primeira eleição: **PRESERVATIVO**



Único que previne a transmissão das infeções sexualmente transmissíveis

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

O QUE SÃO?

- Doenças contagiosas que se contraem, cujo contacto é feito, frequentemente, por via sexual (oral, anal, vaginal);
- São provocadas por microrganismos (bactérias, fungos, vírus,...);
- Muitas vezes a doença não é visível, mas está lá!!!

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)



DST

- VIH/SIDA
- Gonorreia
- Sífilis
- Herpes genital
- Clamídia
- Tricomoníase
- Candidíase
- Hepatite B
- Papiloma vírus humano (HPV)


VIH/SIDA
Vírus da Imunodeficiência Humana

- O vírus da imunodeficiência humana (VIH) destrói o sistema imunitário do organismo, deixando as pessoas que são infetadas, vulneráveis a uma variedade de doenças fatais.
- Atualmente é a 6ª causa de morte entre os jovens na América e Europa;


Doente com SIDA → Sofrimento físico
 → Procura isolamento (por vezes com sentimentos de culpa e vergonha que discriminação social fomenta).

VIH/SIDA
Vírus da Imunodeficiência Humana


NÃO SE TRANSMITE O VIH:



PARTILHA DE COPOS E TALHERES



BEIJO



CONTACTOS SOCIAIS

VIH/SIDA
Vírus da Imunodeficiência Humana

NÃO SE TRANSMITE A SIDA QUANDO:



CASA DE BANHO



SEXO SEGURO



TROCAR DE ROUPA

Formas de transmissão do VIH/SIDA

Via sexual


- Relações sexuais, ou em que haja troca de secreções entre órgãos genitais, com uma pessoa infetada;
- Quanto maior for o número de parceiros sexuais diferentes, maior o risco de contrair o vírus;

Prevenção: Uso efetivo e persistente do preservativo em todas as relações sexuais.

Formas de transmissão do VIH/SIDA

Via sanguínea

- Partilha de seringas, ou outro tipo de material de injeção, pode ser um modo de transmissão do vírus se um dos utilizadores deste material estiver infetado pelo VIH.



Prevenção: Não partilhar material injetável (e.g. agulhas ou seringas).

Formas de transmissão do VIH/SIDA

Via perinatal (mãe - filho)

- Durante a gravidez, parto ou amamentação a mãe infetada pelo VIH pode transmitir ao seu filho.



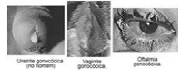


Prevenção: Consultar o médico para uma consulta de pré conceção a fim de realizar análises. Parto por cesariana e inibição láctea para que a mãe VIH não amamente o seu filho

DST

Gonorreia

- É uma doença causada por uma bactéria, que tem como sintomas a dificuldade em urinar, acompanhadas de corrimento (pus). Estas queixas podem estar ausentes na mulher;
- Pode causar meningite e infertilidade e no recém-nascido pode provocar a cegueira;
- Tem cura.



DST

Sífilis

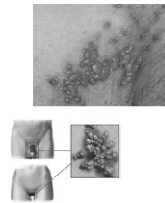
- É uma doença causada por uma bactéria;
- Começa por aparecer feridas nos genitais, seguidas de caroços nas virilhas, axilas e pescoço e finalmente manchas no peito, nas costas, nas mãos e pés;
- Tem tratamento e cura, se não for tratada pode causar lesões graves no cérebro e no coração, ou pode mesmo levar à morte. Na grávida pode provocar mal formações no feto.



DST

Herpes genital

- É uma doença causada por um vírus, que provoca uma infecção dolorosa, sem graves consequências, que se pode repetir ao longo da vida;
- Caracteriza-se por bolhas nos órgãos genitais externos;
- Pode ser tratada, mas não tem cura definitiva;
- Pode contagiar o feto.



DST

Clamídia

- É uma doença causada por uma bactéria, que raramente dá sintomas e, por isso, é difícil diagnosticar para posteriormente ser tratada;
- Caracteriza-se por corrimento dos órgãos genitais (acinzentado e espumoso), dor ao urinar no homem;
- É uma das causas de infertilidade, a mulher pode transmitir ao feto no parto;
- Se diagnosticada tem cura.

DST

Tricomoníase

- É uma doença causada por um protozoário;
- Caracteriza-se pela sensação de prurido e ardência ao urinar, fluxo vaginal de cor amarelo esverdeado, com mau cheiro, dor durante o ato sexual e coceira nos órgãos sexuais. A maioria dos homens não apresenta sintomas;
- Pode levar ao crescimento anormal das células cervicais e causar infertilidade.



DST

Candidíase

- É uma doença causada por um fungo;
- Caracteriza-se por ardor e corrimento vaginal, prurido e picadelas ao urinar;
- Tem cura.



DST

Hepatite B

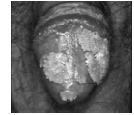
- É uma doença causada por um vírus;
- Caracteriza-se pela cor amarelada dos olhos e da pele e escurecimento da urina;
- Existe vacina para prevenir a doença;
- Pode provocar graves problemas no fígado e mesmo levar à morte no caso de não haver tratamento.



DST

Papiloma vírus humano (HPV)

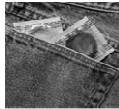
- É uma doença causada por um vírus;
- Caracteriza-se pelo aparecimento de verrugas genitais, anais e na garganta;
- Pode causar cancro do colo do útero e do pênis, para além de desconforto e dores intensas a nível genital;
- Atualmente existe vacina para prevenir a doença.



DST

Algumas não têm cura, mas TODAS têm prevenção!!!

- Usar preservativos;
- Diminuir o número de parceiros sexuais;
- Consultas médicas de rotina;
- Observar o nosso corpo.



↓
Medidas de prevenção contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis.

“ Mais vale prevenir que remediar...”



- ANEXO IV -

**Questionário de Avaliação da Ação de
Formação**

QUESTIONÁRIO DO FORMANDO

Ação de Formação: “Sexualidade na Adolescência”

Data: 04-04-2013

Uma vez terminada esta acção de formação, importa refletir sobre a aprendizagem e a dinâmica estabelecida. A tua opinião sobre a acção reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia em futuras ações. Assim, solicitamos o preenchimento deste questionário **anónimo e confidencial**. Responde a cada item colocando uma cruz na coluna com o número que melhor traduz o que pensas. Obrigado pela tua colaboração.

Nada Satisfatório	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bastante Satisfatório	Extremamente Satisfatório
1	2	3	4	5

1. OBJECTIVOS	1	2	3	4	5
Os objectivos desta acção de formação foram claros?					
Os objectivos propostos foram claros?					
2. DESENVOLVIMENTO / UTILIDADE	1	2	3	4	5
Consideras que esta acção de formação foi importante?					
Consideras que os temas tratados são úteis no teu dia-a-dia?					
3. AUTO-AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	1	2	3	4	5
Nível de conhecimento no início da acção					
Nível de conhecimento no final da acção					
4. FORMADOR	1	2	3	4	5
Escolha dos temas tratados					
Motivou a participação do grupo					
Relação com o grupo					
Despertou o interesse					
Clareza da comunicação					
Prestou os esclarecimentos solicitados					
Recorreu a exemplos e exercícios para expor os temas					
Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem e utilidade prática dos conteúdos					