



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Relatório de Estágio

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

Pedro Miguel Ferreira da Cunha

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Relatório de Estágio

Local de Estágio: Projecto Homem

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

Pedro Miguel Ferreira da Cunha

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Paulo César
Azevedo Dias**

Índice

1.	Introdução.....	2
1.1	Caracterização da instituição	2
1.1.1	Centro de Solidariedade de Braga Projeto Homem: Comunidade Terapêutica.....	2
1.1.2	Centro de Dia dos Projetos PRI (Programa de Respostas Integradas) Famalicão.....	3
2.	Descrição do contexto e do papel do psicólogo	6
3.	Objetivo do estágio	7
4.	Levantamento de necessidades	7
5.	Atividades desenvolvidas	10
5.1.	Intervenções individuais	10
5.1.1.	Caso “A”.....	10
5.1.2.	Caso “B”.....	22
5.1.3.	Caso “C”.....	29
5.2.	Intervenção em grupo.....	37
5.2.1	A Intervenção.....	40
5.3.	Manual de Estimulação Cognitiva.....	44
5.4.	Acção de formação	44
6.	Conclusão	45
7.	Bibliografia.....	47
8.	Anexos.....	52

1. Introdução

Este documento visa descrever as atividades efetuadas ao longo do ano letivo 2019/2020 no estágio curricular desenvolvido no âmbito do segundo ano do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, em Braga. O estágio foi realizado no Centro de Solidariedade de Braga – Projecto Homem (CeSB/Projecto Homem), no Centro de Dia dos Projetos Programa de Respostas Integradas (PRI), em Vila Nova de Famalicão, com o objetivo de por em prática os conhecimentos adquiridos, de interagir com populações diversas e com diferentes problemáticas, nomeadamente consumos de substâncias e, em particular, no alcoolismo. É com a ajuda do psicólogo, mas também de uma equipa multidisciplinar, que se pode preparar, os dependentes de substância, e os alcoólicos, para uma mudança.

Uma vez conhecida a relevância do papel do psicólogo clínico e da saúde no contexto do Centro de Dia, as atividades a implementadas no presente estágio visam, não apenas para adquirir competências por parte do estagiário, mas contribuir para a promoção e bem-estar dos utentes apoiados pela instituição. Assim, as atividades que foram levadas a cabo durante o estágio contemplaram intervenções individuais, intervenções em grupo e ações de formação. Para dar a conhecer a metodologia e estrutura das atividades implementadas, este trabalho alude inicialmente à caracterização da instituição na qual foi efetuado o estágio e reflete acerca do papel do psicólogo nesse contexto. Posteriormente, faz um levantamento das necessidades e carências da instituição, finalizando com a explicação das atividades que foram desenvolvidas.

1.1 Caracterização da instituição

1.1.1 Centro de Solidariedade de Braga Projecto Homem: Comunidade Terapêutica

O Centro de Solidariedade de Braga/Projeto Homem (CeSB/Projeto Homem) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, fundada a 2 de Dezembro de 1991 pela Arquidiocese de Braga, Vigararia da Ação Sócio Caritativa e Cáritas Arquidiocesana de Braga. Esta instituição é especializada no tratamento, prevenção, redução de danos e reinserção de indivíduos com comportamentos aditivos e dependências. Enquanto Programa Educativo-Terapêutico assente no modelo biopsicossocial, o Projecto Homem fundamenta a sua ação numa visão antropológica, de matriz cristã, da defesa do respeito integral da dignidade e liberdade individuais (Picchi, 1991). O Programa Educativo-Terapêutico nasce em Roma (1979), no Centro Italiano de

Solidariedade, com inspiração nas Comunidades Terapêuticas de Daytop Village, nos Estados Unidos da América (1963) e de Maxwell Jones, em Inglaterra (1969), tendo sido implantado em Portugal, na cidade de Braga (1991), por determinação da Arquidiocese desta mesma cidade (Projecto Homem, 2018). Está licenciado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), com Convenção para a Comunidade Terapêutica e com Acordo de Cooperação com o Instituto da Segurança Social para a Reinserção Social.

A instituição tem como missão cuidar de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, promover a inclusão familiar, social e laboral, através do Programa Educativo-Terapêutico do Projecto Homem, intervir nos âmbitos da prevenção, tratamento, reinserção, redução de riscos e minimização de danos (Projecto Homem, 2018). Atualmente, o CeSB/Projecto Homem tem em funcionamento uma Unidade de Saúde na Comunidade Terapêutica Fundação Cupertino de Miranda, com programas específicos para as diferentes necessidades e problemáticas apresentadas, de acordo com o diagnóstico efetuado e com o tipo de dependência presente, respostas convencionadas com o SICAD. Em simultâneo, dispõe de uma resposta de Reinserção Social, com Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, a qual acolhe, temporariamente, pessoas com problemas ao nível dos comportamentos aditivos e dependências, em fase de abstinência prolongada. A pessoa é vista de forma integral (sistémica), procurando-se suprir as suas necessidades e potenciar as suas capacidades de forma a promover a sua autonomia.

1.1.2 Centro de Dia dos Projetos PRI: Famalicão

O Centro de Dia dos Projetos PRI está localizado em Vila Nova de Famalicão e recebe, temporariamente, pessoas com problemas ao nível dos comportamentos aditivos e dependências, em fase de abstinência prolongada. Acolhe indivíduos encaminhados por outras respostas sociais/entidades, como comunidades terapêuticas, estabelecimentos prisionais, centro de respostas integradas segurança social e outras instituições de solidariedade social e de saúde. Na instituição procura-se suprir as necessidades dos utentes e estimular as suas competências de forma a desenvolver a sua independência. No domínio da reinserção social, entendida como um processo de socialização personalizado e flexível (Picchi, 1991), visa envolver ativamente, responsabilizar, promover e facilitar o processo de autonomia, desenvolvimento e bem-estar social, de educação para a cidadania e participação cívica. Tem como principais objetivos a Integração social,

potenciando a autonomização e a inserção progressiva nas áreas familiar, social, laboral, económica, tempos-livres, entre outras; promoção da cidadania a autodeterminação e a consolidação de uma rede social de apoio, como a sua família ou outras pessoas significativas; a integração socio laboral, com o regresso ou início da atividade profissional e/ou formativa.

A reinserção social conta com uma equipa de 4 pessoas, com varias formações em psicologia, filosofia e politica social. Preconizam o modelo de mediação social e comunitário que tem vindo, desde 1993, a responder às diversas transformações da sociedade no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, inovando as suas práticas e modelos de intervenção para dar resposta às exigências/desafios presentes e futuros. Ao mesmo tempo, a Instituição desenvolve ações e projetos de prevenção, dirigidos às escolas, famílias e comunidade em geral, de redução de riscos e minimização de danos, com ações em contexto de rua, de (re)inserção socioprofissional com ações de apoio e orientação às famílias e em contexto prisional. De acordo com o *know-how* e conhecimentos técnicos e científicos adquiridos acerca da problemática das adições, a Instituição tem desenvolvido um conjunto de ações de sensibilização, formação e informação, no domínio dos comportamentos aditivos e dependências, em parceria com *stakeholders* estratégicos, designadamente a Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga.

No âmbito da sua intervenção comunitária, a instituição promove o projeto “Mais Vale Prevenir” para a prevenção do uso e abuso de substâncias psicoativas. Tem como principais objetivos evitar e retardar os consumos precoces. Intervém em meio escolar, extraescolar e recreativo e está estruturado de uma forma multissistémica, ambicionando melhorar a formação integral das crianças e dos jovens. Tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento pessoal de cada criança e jovem, de uma forma lúdica e dinâmica, promovendo e aumentando as suas competências pessoais e sociais. Desde 2008 o projeto envolveu, como população alvo, 8611 crianças e jovens e 991 Pais (Projecto Homem, 2018). Em dezembro de 2016 recebeu o Primeiro Prémio, no âmbito do prémio FNAS, atribuído pelo Fórum Nacional Álcool e Saúde, na área da intervenção Social/Comunitária ao Centro de Solidariedade/Projecto Homem, como reconhecimento das boas práticas deste projeto na intervenção nos problemas ligados ao Álcool. Em setembro de 2019 foi-lhe atribuído o Selo Famalicão Visão'25, edição de 2019, pela Câmara Municipal de Famalicão, assumindo-se o mesmo como uma boa prática que expressa e estimula os valores e a identidade do nosso território.

Outra iniciativa em curso é o Projeto “Fénix”, que se enquadra no eixo da reinserção e afirma-se como um projeto de desenvolvimento pessoal e inserção social de pessoas consumidoras de substâncias psicoativas, cujo grau de dependências não comprometa a sua empregabilidade. Este projeto, tendo em vista a satisfação de objetivos intermédios, como a diminuição dos consumos, a redução de comportamentos de risco, a melhoria da saúde física e psicológica, promove, concomitantemente, ações de sensibilização dirigidas aos sistemas sociais, sobre a importância da qualificação formativa e do acesso ao trabalho da população alvo, ao mesmo tempo que coopera na promoção de uma cultura solidária junto da comunidade em geral e no incremento da economia social, junto das organizações. Desde 2008, foram acompanhadas mais de 450 pessoas com comportamentos aditivos e dependências e famílias (Projecto Homem, 2018).

Outra ação, com uma equipa de rua, é designada por projeto “Projetando Vida”, com vista a Redução de Riscos e Minimização de Danos. O trabalho desenvolvido baseia-se no modelo de intervenção de proximidade *outreach*. A ação é centrada nos princípios do Humanismo e do Pragmatismo e executada de forma a diminuir, atenuar, limitar ou controlar, os efeitos negativos relacionados com os consumos problemáticos, de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. O projeto tem à disposição uma unidade fixa e uma unidade móvel. Desde 2008, foram acompanhadas mais de 400 pessoas com comportamentos aditivos e dependências (Projecto Homem, 2018).

Por fim, a instituição também faz intervenção em meio prisional, o Projecto “Livre de Drogas em Meio Prisional” é implementado nos Estabelecimentos Prisionais Regionais de Braga e de Guimarães, de acordo com os protocolos celebrados com a Direção Geral dos Serviços Prisionais. As ações educativas e formativas desenvolvidas no programa, visam contribuir para uma mudança, orientar para uma vida sem drogas e dotar o utente, através de propostas terapêuticas, educativas, formativas de competências e habilidades sociais que lhe permitam um desenvolvimento pessoal e o conduza a uma interação social tendente à autonomia. Em 2018, foram acompanhados 73 reclusos, dos quais cinco transitaram do Estabelecimento Prisional de Braga para a Comunidade Terapêutica do Projecto Homem e um para a Reinserção Social (Projecto Homem, 2018). Transitaram para 2019 um total de 34 indivíduos em acompanhamento.

2. Papel do Psicólogo na Instituição

De acordo com o manual orientador das práticas do Projecto Homem “Um programa terapêutico para toxicodependentes. Centro De Solidariedade de Braga” (Picchi, 1991), o Projecto Homem, tem um Programa Educativo - Terapêutico que orienta a recuperação e prevenção da toxicodependência e do alcoolismo, partindo da ideia que a pessoa é a protagonista da sua própria vida. Todos os técnicos são igualmente importantes, isto é, uma equipa multidisciplinar é o essencial para o programa terapêutico, contudo, a área da psicologia é a base, uma vez que os preceitos básicos do programa assentam em diferentes correntes desta área. Nesta instituição, o Psicólogo trabalha com pessoas com comportamentos aditivos e dependências, promove a inclusão familiar, social e laboral, intervém nos âmbitos da prevenção, tratamento, reinserção, redução de riscos e minimização de danos.

O trabalho efetuado é a partir da corrente humanista (Picchi, 1991), à luz de um modelo bio-psico-social, sendo que as referências da Psicologia Humanista são contínuas e muito variáveis ao longo do processo, pois este assenta numa dinâmica contínua de autoajuda. Este modelo, utilizado na comunidade terapêutica, defende que o ser humano é capaz, por si só, de descobrir os esquemas errados e corrigi-los. No entanto, existe um ambiente facilitador, e é importante que o haja, baseado sobretudo na compreensão incondicional que o programa tenta proporcionar na vivência em comunidade, e que implica a confiança e a partilha entre os membros que faz parte do processo terapêutico, incluindo os terapeutas.

Já no Centro de Dia dos projetos PRI de Famalicão, a intervenção era comunitária e com equipas de rua, focadas na prevenção e inclusão das pessoas, sendo essa a função dos terapeutas, incluindo os psicólogos, com o objetivo de permitir que o próprio individuo desenvolva a sua dinâmica, sobretudo no que concerne à restauração da sua autonomia (Nunes, 2010). Neste aspeto, a ajuda do terapeuta surge sobretudo ao nível da reestruturação de um modelo de vida redefinido. Este aspeto é muito evidente no trabalho que se realiza nas consultas em ambulatório. Outro aspeto que se retirou da teoria centrada no cliente é o papel da relação terapêutica (Fernandes, 2012) que assenta na proximidade e onde o terapeuta tem a preocupação em ser genuíno e exige o mesmo esforço ao utente, como premissa fundamental para o sucesso, não sendo ninguém superior. Será importante salientar, apesar de ser um projeto diferente mas sem menos importância, os projetos de prevenção que são feitos nas escolas e junto dos mais novos, onde os psicólogos se

deslocam às escolas para apresentação de medidas de prevenção, sem esquecer das medidas de promoção de qualidade de vida futura (Marlatt, 1999).

Neste sentido, o papel do psicólogo/a na instituição passa pela intervenção junto dos intervenientes, tanto a nível individual como a nível coletivo, nas escolas, no entanto, existem maioritariamente dinâmicas individuais. O/A psicólogo/a recolhe as informações mnésicas de todos os pacientes, individualmente e a respetiva intervenção (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2006). Promove uma série de atividades preventivas, para evitar repetir o que o paciente fez mal no passado, procurando descobrir o que pode fazer melhor hoje e o que poderá fazer no futuro. Executa com eles um trabalho com vista ao crescimento pessoal e posteriormente a uma autonomia, trabalhando várias áreas, tais como, comportamental, cognitiva, emocional/afetiva, existencial e a prevenção da recaída. Intervém junto das famílias ou pessoas próximas, quando necessário (Marlatt, 1999).

3. Objetivo do Estágio

O estágio tem como principal objetivo a aquisição de competências de avaliação e intervenção psicológica num contexto clínico e de saúde, nomeadamente junto de população com problemas ligados às dependências e comportamentos aditivos, desenvolver programas de prevenção, junto de população mais jovem. O estágio permite ainda a oportunidade de trabalhar em equipa com outros técnicos e a relacionar-se com os diferentes membros da comunidade. Permite a construção de um saber profissional marcado pela progressiva autonomia técnica e pelo sentido de responsabilidade. Neste sentido, as atividades a desenvolver dirigem-se à população com problemas ligados ao consumo de álcool no Centro de Dia dos Projetos PRI do Projecto Homem com base num levantamento de necessidades.

4. Levantamento das necessidades

Após a observação atenta das atividades efetuadas no centro de dia dos projetos PRI, foram avaliadas as necessidades a nível de funcionamento, a nível técnico, a nível de condições para a atuação da psicologia, entre muitos outros aspetos. Este processo iniciou-se através de conversas informais e formais com os técnicos e intervenientes e com a entrega de um questionário de levantamento de necessidades (Anexo A). Deste processo emergiu um conjunto de necessidades mais prementes, onde o estagiário poderá contribuir.

A nível de instituição parece denotar-se uma boa organização, uma vez que há programas estabelecidos, com protocolos com entidades locais, que permitem um trabalho eficaz dos colaboradores. Contudo, por vezes, não há as condições ideais para implementar esses programas, que tem sido avaliados como bastante eficazes (Projecto Homem, 2018). As condições para os psicólogos atenderem utentes são escassas. Por vezes não existe uma sala para o psicólogo fazer atendimentos, dada a escassez de salas, existem ruídos de fundo que provocam barreiras à comunicação e perturbam a atenção tanto do psicólogo como dos pacientes. Relativamente à consulta propriamente dita, esta é feita com uma mesa, onde o paciente se encontra de um lado e o terapeuta do outro, podendo produzir uma barreira à comunicação, a entrevista é feita em papel, e o psicólogo vai preenchendo à medida que o paciente vai falando, mais uma barreira à comunicação, tendo por vezes, o paciente esperar que o terapeuta acabe de escrever.

O trabalho de acompanhamento individual é escasso, pois apenas se faz encontros com pacientes com periodicidade quinzenal ou mensalmente. Isto justifica-se, em parte pelos horários de trabalho dos utentes, falta de transporte ou por falta de interesse/motivação para os acompanhamentos. Contudo, as sessões implicam uma avaliação de progressos, e um balanço desde o acompanhamento anterior, trabalhando na gestão de conflitos e dos sentimentos. Porém, há carência de terapias em grupo direcionadas, com sessões estabelecidas, com objetivos específicos, com população com determinadas necessidades, dentro da dependência e alcoolismo como existe na comunidade terapêutica, que se poderiam adequar a alguns utentes.

De acordo com os técnicos da instituição, para melhorar a experiência e efetividade no Projeto Fénix, seria bom alargar a intervenção, constituindo novas parcerias e redes interinstitucionais locais através dos Comissões Sociais Inter-Freguesias (CSIF's) da rede social do município e do banco local do voluntariado, para a melhoria das respostas de atividades ocupacionais. A intervenção em empresas também é importante, no sentido em que o psicólogo pode intervir nos problemas individuais de cada um, ou na empresa como um todo, para o seu melhor funcionamento geral. Para isto seria necessário a descentralização das ações e os canais de comunicação entre as empresas para permitir a intervenção em meio empresarial.

Seguindo as opiniões dos técnicos da instituição, uma das intervenções mais importantes a desenvolver, devido ao facto da existência de sequelas cognitivas em alguns utentes que o consumo de álcool foi excessivo, são as dirigidas às pessoas que apresentam défice cognitivo. Para isto seria importante a dinamização de ateliers/oficinas de

ocupação de tempo livre e/ou oficinas de potencialização de competências. Também seria importante apostar no trabalho da prevenção em contexto laboral.

Contudo, integrando as entrevistas de levantamento de necessidades realizadas aos técnicos nesta instituição, o estagiário deve procurar satisfazer algumas necessidades, sendo algumas destas a colaboração na construção do desenho da intervenção em contexto laboral, a atualização de conteúdos e perspetivas, a experimentação de outras estratégias e dinâmicas e uma avaliação (externa) mais objetiva. Um aspeto importante para o estagiário seria a satisfação de necessidades de intervenção com pessoas com debilidade cognitiva, com intervenções focalizadas, com dinamização de atividades de treino cognitivo, através do incentivo à criação das oficinas e de sessões de treino de competências.

Com isto, foi realizada uma análise SWOT, para tentar descobrir os pontos fortes (strengths), os pontos fracos (weaknesses), as oportunidades (opportunities) e as ameaças (threats) desta instituição. A análise encontra-se na tabela abaixo.

Tabela 1.

Análise SWOT

<p>Pontos Fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Boa localização das instituições; • Entidade com boa reputação; • A organização tem fortes valores éticos e uma declaração de missão ética. 	<p>Pontos Fracos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalações antiquadas; • Meios de trabalho desatualizados; • Falta de investimentos e oportunidades de mais parcerias; • Falta de intervenções focalizadas.
<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A instituição tem oportunidade de investir em mais polos ou na remodelação dos polos existentes; • Aumento de pessoas que procuram este tipo de instituição. 	<p>Ameaças:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opinião negativa irreal de algumas pessoas sobre a instituição; • Custo do investimento em tecnologia e infraestruturas.

5. Atividades desenvolvidas

5.1. Intervenções individuais

Relativamente ao acompanhamento individual dos utentes com perturbações de dependências que frequentam as consultas em ambulatório, este é feito quinzenalmente ou mensalmente. A nível individual, formalmente, é feita uma entrevista, onde se recolhem dados da história de vida e do problema, através da anamnese, sendo a intenção criar um ponto inicial no diagnóstico da sua perturbação. Com base na avaliação, é organizada a intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas para a prevenção redução do consumo e abstinência de pessoas com uso destas substâncias, no eixo da reinserção social, feita sempre em ambulatório.

Como já sabemos, há razões para afirmar que os psicólogos são particularmente apreciados pelo saber técnico e científico que permitem lidar com as problemáticas apresentadas ligadas ao álcool/drogas (Herzog, 2013). De facto, os tratamentos mais eficazes não são idiossincráticos aos problemas de uso de substâncias, e há muitas razões para esperar que as capacidades e o treinamento académico dos psicólogos seja de importância central no tratamento destes problemas comportamentais. Além disso, um grande conjunto de evidências mostrou consistentemente que os profissionais são mais eficazes do que outros no tratamento de vícios (Miller & Brown, 1997).

Contudo, houve oportunidade de seguir vários casos nesta instituição, e perceber como funciona o sistema de consultas e o processo terapêutico. Desses casos, retiraram-se três, pois, em relação aos outros, são considerados mais relevantes para o relatório, para além de que foram os utentes que tiveram mais em contacto com a instituição durante este tempo, sendo eles o caso “A”, o “B” e o “C”.

5.1.1. Caso “A”

Dados de identificação

A, conta atualmente com 27 anos de idade, é do sexo masculino, tem o 12.º ano de escolaridade completo. Solteiro. Reside no meio urbano com a mãe, sendo o pai já falecido. Atualmente frequenta as consultas em ambulatório no Projeto Fénix, onde efetua prevenção de recaída e reinserção, permanece nesta há sete meses. Está a tirar um curso de jardinagem, pois está com dificuldades à procura de novo emprego.

Razão do pedido

O utente foi encaminhado pela mãe, que teve referência do Projecto Homem através de uma instituição, já teve uma problemática de consumo excessivo de drogas, que causou desentendimentos e comportamentos agressivos, e neste momento encontra-se com quadro psicótico diagnosticado. Na consequência disto, o tribunal decretou a obrigação de um internamento compulsivo de um mês e meio por descompensação psicótica.

Estado mental e apresentação

O doente apresenta-se com bom aspeto e cuidado, na sua globalidade. No que respeita à orientação, o doente encontra-se bem orientado no tempo e no espaço. Em relação à orientação auto e alopsíquica, apresenta algumas disfunções. A vivência do tempo encontra-se normal.

No que toca à memória, esta encontra-se normal, com o doente sem dificuldades em recordar. A atenção e a concentração encontram-se, também, sem problemas, com o doente atento e concentrado. O pensamento é normal, com alguma lentificação, inibição, vazio, estreitamento, digressão, bloqueio, fragmentação ou incoerência, possivelmente devido à medicação anti-psicótica. O pensamento relacionado com o “Eu” é normal, sem problemas de difusão, roubo ou controlo do pensamento. A fala é lenificada, mas com um volume adequado. O discurso apresenta um ritmo normal, sem qualquer problema de articulação ou semântica. A nível de inteligências, apresenta uma inteligência normal, mas com o utente a apresentar dificuldade de adaptação aos contextos.

No que respeita à afetividade, o utente mostra-se triste, algo desanimado, com ausência de prazer e de alegria, sentimentos de insensibilidade em relação a si próprio e de vazio. Mostra-se, também, bastante ansioso, especialmente no início da entrevista, mostrando alguma tensão e inquietação, assim como alguma rigidez ansiosa.

No que diz respeito à percepção do doente, o seu juízo de realidade é bom e não apresenta qualquer alteração da percepção. A motricidade não apresenta qualquer problema. Apresenta como obsessões o futebol. Não apresenta fobias nem apetite diminuído, nem insónia. Não apresenta comportamentos sexuais anormais.

Problema apresentado e história do problema

O utente apresentava-se com um diagnóstico de esquizofrenia, que precipitou com o uso excessivo de drogas, nomeadamente haxixe, cannabis e álcool. Atualmente não consome e deixou de consumir depois do internamento compulsivo. Diz que as drogas lhe causaram vários danos na vida e que a situação começou a ficar mais complicada. Diz, inclusivamente que teve problemas com a mãe e financeiros nos tempos de consumo.

Diz, também, que quer refazer a sua vida, voltar a ter um emprego e uma vida normal, que tinha que terminar de uma vez por todas com a vida nas drogas. Diz, sentir-se mal e envergonhado pela vida que levou. Sente-se mal por ter arranjado problemas com a mãe e com amigos.

O início dos consumos iniciou-se aos 18 anos, com haxixe, e aos 20 anos com o álcool, consumia frequentemente. O utente convivía com consumidores e traficantes. Quando iniciou foi por brincadeira e para ver o que era, mas não tinha a noção dos efeitos e quando deu por si estava dar-lhe outros problemas mais sérios.

Aos 23 anos começou a fazer tratamento no psiquiatra, com a ajuda da mãe porque estava farta dos seus consumos, sentia-se muito abalado e estava com as “ideias trocadas”. Sentia-se triste, desiludido consigo, porque não era aquilo que queria para ele.

Esteve sem consumir e a tomar medicação e com acompanhamento psiquiátrico. Deixou completamente de consumir haxixe, e consumia esporadicamente álcool. Procurava sentir-se mais bem-disposto, ter prazer, porque sentia ansiedade e não falava com ninguém. Não se sentia preenchido com a sua vida nesta altura, tinha muitos sentimentos depressivos em relação à sua vida social e profissional.

Durante este último ano o utente refere que se sentia muito em baixo, desapontado com as coisas que não conseguiu fazer, sentia-se com raiva e culpa, desiludido e com medo de perder a família e não ter coragem para deixar as drogas e entrar por caminhos completamente incorretos. Não se sentia feliz com a vida que levava. Diz, que muitas vezes fez os tratamentos por causa da família, e se não fossem eles não teria tido coragem de parar. Refere que procurava com os consumos de drogas o preenchimento que não sentia na vida e com a vida que levava.

O utente refere que é importante a toma da medicação, mas está consciente da parte psicológica do tratamento. Refere que o comportamento de consumir drogas, não existe sozinho, existem outros comportamentos de personalidade que tem de mudar para não voltar a recair. Neste sentido, o utente parece motivado para o tratamento.

História bio-psico-social

“A” é o filho único, viveu com os avós até aos 6 anos, e depois viveu com os pais. O seu pai morreu cedo, com uma infeção no pâncreas, e tinha uma relação conflituosa com a mãe nos momentos de consumo. “A” refere que, na sua infância, a relação com os seus pais era normal. A relação com a mãe piorou quando soube que consumia frequentemente drogas, deixando de sentir tanto carinho por parte da mãe, pensa que esta ficou desiludida com ele, e a relação com esta piorou ainda mais quando o utente ficou agressivo, havendo violência física e verbal. “A” apontou na relação entre os progenitores desentendimentos e conflitos por causa da educação dos filhos, discussões constantes devido aos consumos por parte do utente.

Na sua infância, convivia com os primos e com um grupo de amigos, quase todos ligados ao clube de futebol da zona. Descreve-se como envergonhado. Sentia-se envergonhado com as raparigas, sentia-se complexado, tendo medo da rejeição, que as pessoas não gostassem dele, sentia medo da desilusão.

No que concerne ao percurso escolar, completou o 12o ano de escolaridade com dificuldade em terminar este último ano. Foi trabalhar depois da escola mas não conseguia durar muito tempo nos seus trabalhos.

Relativamente a complicações de saúde refere que muito cedo teve de fazer uma operação a um joelho, que o deixou muito triste porque teve de deixar o futebol durante um ano. Aos 23 anos foi internado por ter ideias de perseguição, não dormia e consumia haxixe, assim como fumava tabaco e bebia álcool. Após este internamento começou a ter acompanhamento psiquiátrico e a tomar medicação psiquiátrica.

Avaliação psicológica

MoCA (Freitas et al., 2010; Nasreddine et al., 2005). Foi concebido como um instrumento de rastreio, com finalidade de detetar o défice cognitivo ligeiro. Neste teste de rastreio os participantes realizam 11 tarefas, para um total de 30 pontos, sendo avaliados em diferentes domínios cognitivos. O instrumento avalia de forma breve a orientação, a alternância conceptual, as capacidades visuo-construtivas, a linguagem (nomeação, repetição e fluência verbal), a memória (evocação imediata e diferida), a atenção/concentração e a abstração. O tempo de aplicação total é de cerca de 15 minutos. A soma das pontuações permite-nos obter um valor geral de 26, que, depois comparado com um ponto de corte para verificação da existência ou não de um provável défice cognitivo, se verifica que está dentro dos valores normais. O procedimento de aplicação

e cotação (sendo os pontos de corte de acordo com a idade e anos de escolaridade do utente em causa) foi feito de acordo com o artigo de aferição do MoCA para a população portuguesa (Freitas et al., 2010).

BSI - O Brief Symptom Inventory (BSI) consiste em 53 itens, abrangendo nove dimensões dos sintomas: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoica e psicoticismo; e três índices globais de distress: Índice Global de Gravidade, Índice de distress de Sintomas Positivos e Total Positivo dos Sintomas. Os índices globais medem o nível atual ou passado de sintomatologia, intensidade dos sintomas e número de sintomas relatados, respetivamente.

IRP (Vaz-Serra, A. 1988). O Inventário de Resolução de Problemas de Adriano Vaz-Serra, permite-nos obter os dados referentes ao coping. A escolha deste inventário deveu-se ao facto de, na perspetiva de Vaz Serra (1998) ser um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar os mecanismos cognitivo-comportamentais do coping habitualmente usados em situações indutoras de tensão. O referido Inventário foi construído, aferido e validado para a população portuguesa em 1988 pelo Professor Doutor Adriano Vaz-Serra - Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo vindo a ser um instrumento utilizado em Portugal, em diversas áreas de investigação, para avaliação do coping.

O autor refere ter optado pela designação de Inventário de Resolução de Problemas porque para além de uma nota global, permite extrair vários índices que trazem consigo igualmente informação sobre a pessoa, de resolução de problemas porque o que se pretende é saber como a pessoa lida com os diferentes problemas apresentados, (Vaz Serra, 1988).

É uma escala de tipo Likert, formada por 40 questões diferentes, tendo cada uma a possibilidade de 5 hipóteses de resposta: não concordo; concordo pouco; concordo moderadamente; concordo muito; concordo muitíssimo. A cada resposta é atribuída uma pontuação de um a cinco, sendo que, de um modo geral, o Inventário está concebido de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita, embora nas questões elaboradas pela negativa as pontuações sejam revertidas. É pedido ao indivíduo que indique o seu comportamento usual, e não o que possa resultar do seu estado de espírito momentâneo, pelo risco de este não traduzir as estratégias de coping normalmente utilizadas, nomeadamente pelo facto de estar a ser inquirido.

STAI (Spielberger, et. al., 1970; Danilo & Sofia, 1997). State-Trait Anxiety Inventory é um inventário de relato pessoal composto por duas medidas, uma que avalia o estado e a outra o traço de ansiedade. No total existem quarenta itens que são respondidos recorrendo a uma escala de Likert com quatro pontos (1 - 4). As pontuações podem variar entre 20 e 80 pontos, em cada escala.

Diagnóstico e Diagnóstico diferencial

292.9 (F12.959) Perturbação Psicótica Induzida por Substâncias

300.02 (F41.1) Perturbação da Ansiedade Generalizada

A atribuição de um diagnóstico de perturbação psicótica resulta do consumo prévio de substâncias, nomeadamente cannabis e haxixe, e da análise dos sintomas característicos desta perturbação, mas também da distinção relativamente a outras psicopatologias. Excluímos a possibilidade do uso patológico de álcool, uma vez que A não consumia álcool em quantidades elevadas. Foi ainda rejeitada a hipótese de perturbação do uso de outras drogas, uma vez que estes não constam no plano farmacológico do utente. Por último, rejeitamos as perturbações do comportamento na infância e a perturbação antissocial da personalidade por não estarem satisfeitos os critérios (American Psychiatric Association, 2013).

Conceptualização do caso

A adolescência é um período em que o organismo ainda é imaturo, em desenvolvimento e com oscilação dos níveis de recetores (Marconil, et al, 2016). A exposição às substâncias nesta fase pode acarretar problemas, pois é apontado por vários autores como um dos possíveis mecanismos biológicos que conduzem à manifestação de perturbações psicóticas (Vindenes, Strand, Kristoffersen, Boix. & Mørland, 2013).

A história familiar é outro fator de risco relacionado à esquizofrenia induzida por drogas, sem contar com o padrão e a idade de início de consumo. Existem muitos estudos que apontam que consumidores de cannabis com história familiar de esquizofrenia, são potencialmente mais vulneráveis ao aparecimento de perturbações psicóticas (Nora, et al, 2015). Contudo, Rajiv, Samuel e Deepak (2016) afirmam que existe um risco de desenvolvimento de psicose induzida por cannabis 2.5 vezes maior para as crianças em que as mães apresentam esquizofrenia. Estes mesmos autores também repararam que quem tem antecedentes de negligência/abuso na infância, associados ao consumo de cannabis, está mais propenso ao aparecimento de psicose (Rajiv, Samuel, & Deepak.

2016). Não é difícil de perceber, da história bio-psico-social, e do que “A” revelou sobre si, que levou uma infância complexa. Importa ressaltar que as dificuldades parentais vividas por “A” na sua adolescência, dificultaram as possibilidades evolutivas e maturativas, sendo que este respondeu com comportamentos desviantes (Marcelli & Braconnier, 2005).

O recurso de “A” às drogas, vai servir como “solução” para alguns problemas. Um deles é a morte do pai e posteriormente, conflitos com a mãe, que desta forma passam a ser suportados. Outra, são as dificuldades de identificação com o pai, pois foi pouco acessível (Bergeret, 2004). Um outro aspeto é o facto de não se sentir bem numa fase da sua vida, em que não se sentia bem consigo, envergonhado, complexado e ter baixa autoestima. A procura de novas sensações, isto é, a necessidade de sensações e de experiências variadas, novas e complexas, tal como a desinibição era um aspeto essencial para o refúgio às drogas (Marcelli & Braconnier, 2005).

O facto de nunca ter gostado de si, de sempre manter uma baixa autoestima pode refletir-se na relação com os amigos/conhecidos, uma vez que não se sente bem consigo, não se sente bem com o outro. “A” usou sempre a droga para se refugiar do que sentia, para esconder o mal-estar sentido interiormente. Primeiro porque não se sentia bem consigo mesmo, na escola e na relação com os colegas, por ter baixa autoestima (Fontaine, Harvé, & Morél, 1998).

Darcourt (1994), explica estes comportamentos através da abordagem psicodinâmica geral, à luz do modelo do apaziguamento das tensões. Isto é, a carência de mecanismos de defesa contra a angústia, uma crueza dos fantasmas provocam uma tensão difícil de acalmar e, por vezes, mesmo intolerável. Esta tensão muito significativa ou que não pode ser apaziguada, a não ser transitoriamente, encontra no comportamento aditivo um meio que o sujeito não pode encontrar em si próprio (Marcelli & Braconnier, 2005).

De forma a compreender melhor o caso de “A”, torna-se oportuno recorrer ao modelo cognitivo comportamental para explicar a perturbação de ansiedade generalizada que o utente apresenta. Neste seguimento, Caballo (2008) refere que os pacientes que apresentam perturbação de ansiedade generalizada usualmente preocupam-se exageradamente com o futuro e cometem vários erros do pensamento, como a catastrofização, por exemplo, por ter dificuldade de raciocinar com base na realidade. Desta forma, as suas interpretações dos acontecimentos atingem grandes proporções, exagerando os seus efeitos, enfatizando os aspetos negativos e ignorando os positivos.

Por essa razão, são pessoas que têm dificuldades para tomar decisões, para solucionar problemas, para mudanças, entre outras aspetos que estão presentes em “A”.

De acordo com Beck (1997), quem tem uma perturbação de ansiedade tem uma tendência aumentada a cometer distorções ao processar o real interno e externo, além de uma rigidez que o levaria, uma vez cometida uma distorção, a resistir à consideração de interpretações alternativas. Efetivamente, em termos de estruturas cognitivas, o ansioso tem tipicamente crenças disfuncionais focalizadas em ameaça física ou psicológica ao próprio individuo ou aos seus significativos, que refletem um sentido aumentado de vulnerabilidade. Em relação ao modo de processamento cognitivo, o ansioso processa seletivamente sinais de ameaça, derivados da sua superestimação da própria vulnerabilidade, e descarta elementos contrários. A sua atenção auto - focalizada aumenta, o que reflete a tentativa de controlar o estímulo ameaçador. Os seus pensamentos automáticos, refletem uma negatividade ou pessimismo geral, focalizam em ameaça ou perigo a si ou aos seus significativos, e são orientados para o futuro, em forma de pensamentos negativos antecipatórios. As suas cognições pré-conscientes refletem rigidez; o seu pessimismo dá origem ao caráter excessivamente catastrófico das suas interpretações, complementado pela rigidez, que o leva a parar nessa primeira interpretação e resistir ao reconhecimento de interpretações alternativas (Beck, 1997; Beck, Wright, Newman et al., 1993), indo ao encontro do caso “A”.

“A” apresenta também alguns sintomas de personalidade antissocial uma vez que este sente remorso por ter arranjado conflitos com a mãe e amigos (American Psychiatric Association, 2013), contudo manifesta algumas das características tais como impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro, irresponsabilidade consciente, indicada por ter repetido fracasso em manter um comportamento laboral consciente ou de honrar obrigações financeiras. Os autores Petras, Kellan, Brown, Muthén, Ialongo e Poduska (2008), citaram que a perturbação de personalidade antissocial e as perturbações por uso de substancias demonstram várias associações entre atitudes antissociais, algumas como, agressividade, impulsividade (Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007), irresponsabilidade e incapacidade de enfrentamento de situações problemáticas, início prematuro de abuso de drogas (Fridell, Hesse, & Billsten, 2007), vários danos psicológicos, mentais e de saúde (Goldstein, Compton, Pulay, Ruan, Pickering, Stinson, & Grant, 2007).

“A”, apresenta, também, características de personalidade evitante, tais como extrema sensibilidade interpessoal, isolamento nas relações interpessoais, reserva nas

relações íntimas por medo do ridículo ou de ser envergonhado, preocupação em ser criticado ou rejeitado em situações sociais, inibição em novas situações interpessoais devido a sentimentos de inadequação (APA, 2013).

Beck (1997) refere que um dos ciclos viciosos para a manutenção de quadros de ansiedade, são os chamados comportamentos de busca de segurança (evitação, fuga, controle excessivo, monitoramento permanente, alerta, neutralização), aos quais o indivíduo recorre em resposta da sua avaliação catastrófica do estímulo inicial, impedindo a desconfirmação da atribuição exagerada de ameaça ou perigo ao estímulo, mantendo assim a manutenção do quadro de ansiedade. Desta forma, pode-se explicar os comportamentos do utente. Este através de comportamentos evitantes, aumenta o quadro de ansiedade.

Neste sentido, os principais problemas ocorrem nos funcionamentos social e ocupacional (Nunes, 2011). A baixa autoestima e a excessiva sensibilidade à rejeição estão associadas com a existência de contactos interpessoais restritos. Esses indivíduos podem tornar-se relativamente isolados e em geral não dispõem de uma ampla rede de suporte social que possa ajudá-los a amenizar as suas crises (Nunes & Jóluskin, 2010).

Proposta de intervenção

Foi desenvolvida e aplicada uma intervenção ao utente que segue o modelo cognitivo-comportamental, isto por ser um modelo que tem demonstrado eficácia na intervenção em adições (Rahoui & Reynaud, 2008). Estas terapias destacam o reforço e a eficácia pessoal, sendo que o terapeuta procura também elevar a autoconfiança dos utentes, os objetivos terapêuticos são nitidamente definidos, assim como os recursos usados para os avaliar. Neste contexto, a avaliação frequente dos crescimentos do utente permite ajustar o tratamento à medida que ocorre (Rotgers, 2003 cit in Rahoui & Reynaud, 2008).

Contudo, apesar de terem sido suspensas as consultas em ambulatório depois da pandemia, o estagiário conseguiu assistir 8 sessões com o utente que duraram cerca de uma hora cada, em que duas destas foram administradas pelo estagiário, e reparou-se certas intervenções serão preciso fazer com “A”, como desenvolver a autoestima, no sentido de o fazer sentir-se bem consigo próprio, não tendo que se apoiar nos consumos (Wilkinson, Moore, & Moore, 2005), trabalhando o seu sistema de crenças (Rahoui & Reynaud, 2008), para promover a autoaceitação, especialmente a introversão, ajustando alguns dos comportamentos inerentes à introversão, isto é, fazer o utente compreender

que mesmo introvertido ele consegue ter uma relação social e afetiva normal. Em suma, deve-se afastar as ideias negativas que o utente apresenta de si mesmo, através da reestruturação cognitiva, valorizando e desenvolvendo as atitudes e os pensamentos positivos. Estes são passos essenciais da terapia para afastar o utente das drogas, utilizando o feedback positivo (Rahoui & Reynaud, 2008).

Com as consultas em ambulatório suspensas, os acompanhamentos passaram a ser feitos por telefone, mas sem intervenção dos estagiários. Sendo assim, não foi possível ao estagiário aplicar intervenção direta com o utente. Contudo existe outro tipo de proposta de intervenção que seria importante partilhar com o utente, que devido à situação epidemiológica que atravessamos se consegue fazer sem contacto direto com o utente. Esta seria a desenvolvida por David D. Burns (1981), um dos maiores especialistas em terapia cognitivo-comportamental da história, que também trabalhou com Beck, este que foi o autor que desenvolveu o Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, 1997). Burns (1981), explicou 10 erros cognitivos, que muitos se refletem em “A” nos seus pensamentos automáticos, sendo eles:

All-or-Nothing Thinking (Pensamento Tudo ou Nada): entende-se por ver tudo no preto e no branco. Quando alguém se considera bom naquilo que faz, uma vez que o desempenho não seja perfeito, conclui que é um fracasso. Este é um tipo de pensamento automático percebido em “A”.

Overgeneralization (Generalização excessiva): Este erro repara-se em “A”, pois ele entende uma única ocorrência negativa como um padrão contínuo de fracasso. Pode fazer tudo direito no seu trabalho, mas se falhar uma vez, passa a pensar que se trata de mais um fracasso, considerando-se como tal. Incorremos a este tipo de erro quando usamos as palavras SEMPRE (“eu faço SEMPRE as minhas vendas.” e NUNCA (“Eu NUNCA serei demitido por mau desempenho.”).

Mental Filter (Filtro Mental): Aqui seguimos na direção contrária da generalização excessiva. Escolhemos uma ocorrência negativa e parece que não vemos mais nada que a contradiga, e esta ocorrência passa a pautar o nosso julgamento sobre aquele tipo de evento. É o exemplo de quando nos chateamos com uma pessoa, parece que a partir daí nada do que ela fizer de bom nos fará mudar de opinião (aliás é por causa disto que devemos ter cuidado com a primeira impressão que causamos nas pessoas).

Discounting the positive (Desqualificação do positivo): “A”, descarta bastante as experiências positivas porque as considera sem importância ou porque acha que elas “não contam”.

Jumping to Conclusions (Conclusões precipitadas): Este é um tipo de comportamento que se rapara bastante em “A”. Existem duas subcategorias: A leitura mental, quando “A” imagina que o outro irá reagir de uma determinada forma, ou que está a pensar em algo que nem passa pela sua cabeça (“O meus colegas não me cumprimentaram hoje, portanto não devem gostar de mim.”), e a previsão do futuro, quando “A” prevê que as coisas vão acontecer de uma determinada forma, o que o faz desistir de experimentar algo diferente ou difícil.

Magnification (Amplificação exagerada): “A” Exagera na importância que dá a um evento minoritário, que para as outras pessoas não tem tanta importância.

Emotional Reasoning (Raciocínio emocional): Foi reparado nas consultas em ambulatório que “A” julga-se a si mesmos ou as suas circunstâncias exclusivamente com base nas suas emoções, e age a partir desta percepção, identificando-se em demasia com as suas emoções. Conclui-se assim que nem todas as nossas emoções se refletem na realidade.

“Should” Statements (Afirmações “tem que/devia ser assim”): Por vezes acreditamos que a única maneira certa de fazer alguma coisa é a nossa, e que quem fizer diferente está errado. Quando fazemos da nossa maneira e dá errado, sentimo-nos péssimos, e quando alguém não faz da nossa maneira reclamamos, mesmo quando a pessoa consegue o resultado esperado (aqui entra o “Filtro Mental”).

Labelling (Rotulagem): Aqui falamos dum problema da sociedade atual, do preconceito: em algum momento da vida fazemos um julgamento sobre nós ou outra pessoa e nunca mais aceitamos rever a nossa posição. Criamos rótulos para as pessoas, que nos recusamos e repensar, seguindo a nossa opinião com base nesse rótulo. Em outras palavras: assumimos de certa forma que nada nem ninguém é capaz de mudar.

Personalization and Blame (Personalização e culpa): Arranjamos maneira de culpar outras pessoas ou nós mesmos por algo mau que tenha acontecido, quando na verdade naquele contexto a culpa ou responsabilidade é compartilhada.

Depois da partilha destes 10 erros mentais, seria importante explicar a “A” a diferença entre pensamentos automáticos, que são um fluxo de pensamentos que coexiste com um fluxo de pensamentos mais manifestos (Beck, 1997), e respostas racionais. Por fim criava-se um exercício para o utente fazer, em que dividia uma folha em duas colunas, em que numa coluna teria de identificar os pensamentos automáticos e atribuir-lhe o erro apropriado, e de seguida ajudar a criar uma resposta racional (Burns, 1981). É

indispensável clarificar e indicar quais os fatores de risco e de proteção, atitudes e pensamentos que põe “A” em risco e os pensamentos e atitudes que o ajudam a proteger-se (Rahoui & Reynaud, 2008).

Assim, com esta variedade de técnicas, promove-se a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, em uma tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Reflexão sobre o caso

Apesar de não ter tido oportunidade de acompanhar o utente desde o início do processo, o utente mostrava pouca vontade e outras vezes apresenta-se bastante motivado, ao contrário do modo como entrou, desmotivado e triste. Foram notórias as mudanças do utente. Inicialmente, provavelmente por efeito dos consumos, apresentava-se bastante perturbado psicologicamente e emocionalmente, tendo melhorado ao longo dos acompanhamentos. A sua relação familiar está melhor, conseguiu aproximar-se da mãe, algo que o utente esperava imenso. Contudo, socialmente sente-se ainda um pouco envergonhado e introvertido, mas foi instruído com estratégias para lidar com estas situações, esperando-se que as ponha em prática.

Assim sendo, nesta situação da pandemia, “A” continuará na mesma a ter consultas, mas realizadas à distância. Neste sentido, sugere-se a “A” que continue nos Projetos PRI no nível do processo de ressocialização. A nível terapêutico segundo o modelo cognitivo-comportamental seria pertinente trabalhar crenças irracionais (Rahoui & Reynaud, 2008), como, discriminação e uma preocupação excessiva por causar sempre boa impressão nos outros. Continuar o treino de competências sociais, treino de relaxamento, exposição e utilizar a reestruturação cognitiva sempre que necessário (Heimberg, 2001).

No momento, não apresentava vontade de consumir, porém vai continuar no processo terapêutico, duas vezes por mês, até se conseguir reinserir na sociedade com o seu sistema de crenças bem reformulado. Contudo, “A” refere que está um homem diferente e que vai começar uma vida que nunca teve. Neste sentido, acreditamos que “A” possui ferramentas necessárias para manter a sua abstinência.

Este foi um caso que acompanhamos, tendo sido uma experiência enriquecedora, uma vez que houve progressos por parte do utente, mas também, aprendemos que a

esquizofrenia é surpreendente, cada minuto é diferente, no entanto, a mudança é lenta, mas notória a longo prazo.

5.1.2. Caso “B”

Dados de identificação

B, conta atualmente com 50 anos de idade, é do sexo masculino, tem o 4.º ano de escolaridade completo. Solteiro. Reside no meio urbano. Atualmente frequenta as consultas em ambulatório no Projeto Fénix, onde efetua acompanhamento psicossocial e reinserção há 10 meses. Está a fazer voluntariado numa instituição com trabalhos de jardinagem. Recebe pensão dos pais.

Razão do pedido

O utente foi encaminhado pela Reinserção Social do Projecto Homem, apresentava-se com uma problemática de consumo excessivo de álcool. Após internamento na comunidade terapêutica do Projecto Homem de um ano, foi encaminhado para o Projeto Fénix (projeto de reinserção), para prevenção de recaída, tendo deixado de consumir quando deu entrada na comunidade terapêutica.

Estado mental e apresentação

O utente apresenta-se com bom aspeto e cuidado, na sua globalidade. No que respeita à orientação, encontra-se bem orientado no tempo, no espaço, auto e alopsiquicamente. A vivência do tempo encontra-se normal.

O pensamento é normal, sem problemas de lentificação, inibição, vazio, estreitamento, digressão, bloqueio, fragmentação ou incoerência. O pensamento relacionado com o “Eu” é, também, normal, sem problemas de difusão, roubo ou controlo do pensamento. A fala é normal, com um volume adequado. O discurso apresenta um ritmo adequado, sem qualquer problema de articulação ou semântica. O nível de inteligência apresenta uma inteligência normal, com o doente a apresentar boa compreensão e adaptação aos contextos.

B demonstrou uma atitude colaborante, procurando fornecer informações relevantes acerca das suas dificuldades. Tem insight e juízo crítico face aos seus problemas. Sempre manteve contacto ocular durante as sessões, apresentando humor eufónico. A sua postura e tom de voz foram adequados. O utente revelou um discurso e linguagem apropriado e não tem alterações do pensamento. Ao longo dos

acompanhamentos não foi constatada ideação suicida. Relativamente à memória, atenção e concentração, foram apresentadas algumas dificuldades, acabando por se verificar complicações ao longo da avaliação em criar uma coerência de conteúdos e em estabelecer períodos de tempo.

No que diz respeito à percepção do utente, o seu juízo de realidade é bom e não apresenta qualquer alteração da percepção. A motricidade não apresenta qualquer problema. Não apresenta obsessões. Não apresenta fobias nem apetite diminuído, nem insónia. Não apresenta comportamentos sexuais anormais.

Problema apresentado e história do problema

O utente apresentava-se com um problema de dependência de álcool, com historial de internamento na comunidade terapêutica do Projecto Homem. Atualmente não consome e deixou de consumir antes de entrar em tratamento na comunidade terapêutica. Diz que o álcool lhe causou vários danos na vida e que a situação começou a ficar mais complicada.

Diz também que quer refazer a sua vida, voltar a ter um emprego e uma vida normal, que tinha que terminar “de uma vez por todas” com a vida no álcool. Diz, sentir-se mal e envergonhado pelos problemas familiares que causou, como desentendimentos e casos de violência com os pais. Sente-se mal por ter sido agressivo com os pais várias vezes para pedir dinheiro.

O início dos consumos iniciou-se muito cedo quando saiu da escola, com cerca de 10 anos, com álcool, por incentivo dos pais que também bebiam com ele. Tinha uma relação complexa com os progenitores, muito incutido por estes, pois não tinha afetividade, ocorriam conflitos e situações de agressividade quando não havia dinheiro. Quando tirou a carta, esta que foi “comprada” pois o utente não tinha capacidades para a tirar. O utente conduzia alcoolizado, o que lhe causou um acidente com atropelamento de outra pessoa.

Andava com uma prima que o ajudava nos momentos mais difíceis, mas na altura refugiava-se muito no álcool. Devido aos consumos abusivos e às situações de violência, começou a ter problemas judiciais, e o tribunal sentenciou-o a um internamento compulsivo na Comunidade Terapêutica do Projecto Homem com a ajuda da prima. Ainda antes de entrar na CT, tentou fazer tratamento no num centro social onde residia, mas os pais não deixaram. Já teve casos de epilepsia em que era internado e acabava por

fugir do hospital. Nesta altura já era acompanhado na psiquiatria e na neurologia devido aos casos de epilepsia e à sua debilidade mental causada pelo álcool.

Quando entrou no tratamento de reabilitação da toxicod dependência, tinha vários problemas de fígado. O utente refere que é importante a toma da medicação, mas está consciente da parte psicológica do tratamento. Refere que o comportamento de consumir álcool, não existe sozinho, existem outros componentes da personalidade que tem de mudar para não voltar a recair. Neste sentido, o utente parece motivado para a abstinência.

Historia bio-psico-social

“B” é o filho de pais alcoólicos, que faleceram durante o seu tratamento no Projeto Homem. O pai morreu com 74 anos, depois de três AVC, e mais um ano depois, com 75 anos, faleceu a sua mãe. Antes de entrar na comunidade vivia com eles.

“B” refere que na sua infância a relação com os seus pais era pouco afetiva. Caracteriza o pai como arrogante e severo, sentia muita pressão e autoridade por parte dele, não sentia qualquer tipo de afeto. Existiam discussões entre os pais e situações de violência. “B” apontou na relação entre os progenitores, desentendimentos e conflitos por causa da educação, discussões constantes devido aos consumos por parte do utente e dos pais. A morte do pai foi sentida como uma grande perda, apesar da relação não ser muito boa. Contudo a relação com a sua mãe piorou ainda mais e, um ano mais tarde, esta acabou por falecer.

O utente refere que não tem muitas memórias sobre a sua infância, bebia bastante álcool com os pais, e apenas tinha uma prima que gostava e que o ajudava, esta que o ajudou a entrar na CT. No que concerne ao percurso escolar, completou o 4.º ano de escolaridade. Foi trabalhar cedo, pois ele gostava de jardinagem. Esteve sempre ligado à jardinagem durante a vida. “B” não tem mulher nem filhos.

Relativamente a complicações de saúde refere que desde novo que tem debilidade mental devido aos consumos prematuros. Refere não ter conseguido tirar a carta de condução e que teve de pagar 5000€ para a ter, e que mais tarde, atropelou uma pessoa quando estava alcoolizado. Nesta altura, “B” tinha cerca de 20 anos, e começou a ter crises epiléticas, foi quando deu início aos acompanhamentos em psiquiatria e neurologia. Tentou fazer reabilitação numa associação, mas os pais não deixaram.

Proposta de avaliação psicológica

Os instrumentos usados em “B” já foram descritos no primeiro caso, sendo eles o MoCA (Freitas et al., 2010; Nasreddine et al., 2005) um instrumento de rastreio, com finalidade de detetar o défice cognitivo ligeiro, e o IRP (Vaz-Serra, 1988), o Inventário de Resolução de Problemas de Adriano Vaz-Serra (1988), que nos permite obter os dados referentes ao coping.

Diagnóstico e Diagnóstico diferencial

291.89 (NA) Perturbação Neurocognitiva Ligeira Persistente Induzida por Álcool

A álcool envolvido, bem como a duração, o alcance e a precocidade do uso, é capaz de produzir o prejuízo neurocognitivo, mesmo em situação de abstinência. Contudo B já não apresenta os critérios para a perturbação de uso de álcool, pois como descrito pelo utente, já não havia consumos exagerados, chegando a passar vários meses sem consumir, não preenchendo os critérios para este diagnóstico.

Não apresenta perturbação de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Não é melhor explicada pela perturbação do comportamento na infância e perturbação antissocial da personalidade pois a perturbação de uso de álcool teve início devido a fatores externos (pais alcoólicos).

Conceptualização do caso

A problemática de “B”, como pode ser deduzido da sua história biopsicossocial, é de grande gravidade, e tem influência na vida do utente a múltiplos níveis. Começamos com o problema do alcoolismo dos pais. B tinha episódios de grande violência (sob o efeito do álcool), tanto em relação aos pais como amigos. Crescer com pessoas com problemas de consumo de álcool / perturbação de uso de substâncias, com uma figura paterna e materna com essa perturbação, pode deixar marcas indeléveis (Hagström, 2019). Além dos traumas que constituíram a vivência destes episódios, as figuras paterna (o pai simbólico) e materna, ficaram distorcidas, passando a ser percebida como perigosa, fria e ausente (Mao, 2020). O lado bom da figura do pai, pouco presente no pai real que ele teve, ficou encoberto, oprimido sob a figura do mau pai. Isto criou uma falha grave no imaginário e no mundo afetivo de “B” (Bergeret, 2004). Um outro aspeto é a aprendizagem que fez dos consumos de álcool. O pai foi o seu modelo, assim como para a sua mãe, eles aprenderam com o modelo (Ferreira – Borges & Filho, 2007).

Neste sentido, Bandura (1977) explica este comportamento através do modelo de aprendizagem de aprendizagem por observação /modelagem. Este refere que também se aprende através da observação dos comportamentos de pessoas significativas (Ogden, 2004). A modelagem está fortemente implicada no desenvolvimento dos comportamentos aditivos (Rahoui & Reynaud, 2008), como se constatou no utente. Tem-se orientado o utente nas consultas em ambulatório no Projeto Fénix pois, segundo a teoria do condicionamento clássico, o encontro inapropriado com um antigo amigo consumidor pode desencadear o desejo compulsivo de consumir (resposta incondicional), sem esquecer também o efeito das relações (pessoais e simbólicas) sobre o utente que pode originar a recaída (Rahoui & Reynaud, 2008).

Neste seguimento, Pelc (1977) distinguiu alguns dos fatores que contribuam para o consumo excessivo de álcool, entre eles são: fatores sociais dependentes do peso e do meio, a procura de um efeito estimulante ou do efeito inicial do produto e a procura de um efeito antidepressivo ou do evitamento das dificuldades psicológicas, indo ao encontro dos fatores que levaram “B” a consumir.

A dependência de álcool pode explicar-se através do modelo de prosseguimento do comportamento aditivo desenvolvido por Beck e colaboradores (1993). Deste modo, o ciclo cognitivo-comportamental foi desencadeado por um estímulo, que pode ser interno ou externo (por exemplo a aceitação). Este estímulo ativa um esquema cognitivo feito de expectativas e crenças (por exemplo, “sou melhor aceite consumo”). Este esquema disfuncional acionou esquemas automáticos (o consumo faz-me bem) que permite a manifestação do desejo compulsivo de consumir. Entrando também a intervenção de crenças permissivas para o comportamento da procura da substância ser iniciado e conduzir ao consumo. Alguns fatores cognitivos como a autoimagem, o comportamento de resolução de problemas (Ogden, 2004), os mecanismos de coping pessoais e as atribuições podem também ter contribuído para o aparecimento deste comportamento de dependência de “B” (Rahoui & Reynaud, 2008).

Proposta de intervenção

De acordo com Rahoui e Reynaud (2008), a prevenção da recaída distingue tradicionalmente as intervenções específicas das intervenções globais. As intervenções específicas centram-se nas determinantes imediatas da adição e pretendem:

- Munir o doente de novas atitudes para identificar, antecipar, evitar ou superar situações de risco específicas mas também elementos gerais causadores de stress, sensíveis às abordagens clássicas (relaxamento, autoafirmação);

- Evitar a progressão para uma recaída integral em Caso de “passo em falso”, sensibilizando o doente para os fatores cognitivos que favorecem o processo;

- Aumentar a sensação de eficácia pessoal do doente.

As intervenções globais correspondem a uma mudança global de estilo de vida e visam:

- Identificar os elementos stressantes do estilo de vida atual; identificar e alterar os hábitos prejudiciais para a saúde;

- Descobrir e praticar atividades agradáveis e valorizantes, adotar comportamentos saudáveis, gerir melhor o horário para preencher o vazio muitas vezes deixado pelo abandono do produto.

Neste sentido, intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo- comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahoui & Reynaud, 2008), segundo o modelo de Prevenção de recaída de Marlatt e Gordon (1993).

“B” encontra-se em acompanhamento, no Projecto Fénix, sendo que a problemática apresentada já não é devido a problemas com consumo de álcool em excesso como da altura que se encontrava na CT, desta forma, não se pode ter como base da intervenção a história biopsicossocial, mas sim os motivos que a estavam a encaminhar para uma possível recaída.

Trabalhou-se basicamente estratégias de prevenção de recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007). Entre elas trabalhou-se estratégias tais como: como lidar com afetividade, como lidar com a relação familiar/social presente e como lidar com a falta de emprego, uma vez que estas podem levar a uma recaída.

É pertinente intervir através do reforço do sentimento de eficácia, aquisição de competências e de estratégias, técnicas de resolução de problemas, autoafirmação, (Marlatt, 1999), a reflexão de sentimentos, a sugestão, reestruturação cognitiva e o feedback (Ferreira-Borges & Filho, 2007). Será igualmente importante o reforço do treino de competências biopsicossociais, socio-emocionais, a realização de exercícios de identificação de sentimentos, treino da tomada de decisão, pensamento criativo, pensamento crítico, comunicação eficaz, capacidades de relacionamento interpessoal, auto- conhecimento, empatia, lidar com emoções e lidar com stress.

Neste sentido, empregou-se uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, em uma tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional (Beck, 1997).

Reflexão sobre o caso

O caso de “B” foi particularmente diferente de outros casos, uma vez que não se tratava de uma problemática com dependência, mas sim prevenção de recaída no consumo de álcool. O utente já fez tratamento na comunidade terapêutica do Projecto Homem.

Partiu-se logo do princípio que seria mais fácil este caso, visto que já tinha efetuado um tratamento anterior e que já tinham sido trabalhadas outras problemáticas, restando apenas para este tratamento a verificação das falhas no seu processo de reinserção social que o levaria a uma recaída. Neste sentido, o utente cooperou muito no seu processo, e notaram-se mudanças no seu comportamento, melhorando e sua postura e colaboração ao longo dos acompanhamentos, e a nível afetivo com a família e com os próprios terapeutas. Na relação familiar “B” parece apresentar-se melhor, apesar de apenas manter uma relação forte com a prima, já não mostra comportamentos agressivos.

Não apresenta vontade de beber álcool, podendo concluir-se que “B” obteve algumas mudanças na sua vida e também perspectiva emprego. Estamos confiantes no sucesso do utente, que este se mantenha abstinente de álcool e que consiga lidar com a instabilidade familiar que apresenta.

5.1.3. Caso “C”

Dados de identificação

C, conta atualmente com 60 anos de idade, é do sexo masculino, tem o 6.º ano de escolaridade completo. Divorciado. Reside numa casa partilhada arrendada. Atualmente frequenta as consultas em ambulatório no Projeto Fénix (Projeto de acompanhamento psicossocial de reinserção) e foi encaminhado para consultas de tratamento para a equipa técnica Centro de Respostas Integradas de Santo Tirso (CRI), onde efetua tratamento de reabilitação de comportamentos aditivos e reinserção, há 3 anos. É desempregado e recebe o Rendimento Social de Inserção (RSI). Encontra-se a fazer um curso de primeiros socorros.

Razão do pedido

O utente foi encaminhado pela equipa de rua do Projecto Homem, apresentava-se com uma problemática de consumo excessivo de álcool. Pendia sobre si também um processo judicial por violência doméstica. C pedia dinheiro nas ruas, foi encaminhado para o Projeto Fénix, para prevenção de recaída, estando atualmente sem consumir álcool há quatro meses, havendo consumos pontuais (Época Natalícia).

Estado mental e apresentação

O doente apresenta-se com aspeto cuidado, na sua globalidade. Tem uma saliência no olho, está à espera de consulta de oftalmologia. No que respeita à orientação, o doente encontra-se bem orientado no tempo, no espaço, auto e alopsiquicamente. A vivência do tempo encontra-se normal.

No que toca à memória, esta encontra-se, também, normal, com o doente sem dificuldades em recordar. A atenção e a concentração encontram-se, também, sem problemas, com o doente atento e concentrado. O pensamento é normal, sem problemas de lentificação, inibição, vazio, estreitamento, digressão, bloqueio, fragmentação ou incoerência. O pensamento relacionado com o “Eu” é, também, normal, sem problemas de difusão, roubo ou controlo do pensamento. A fala é normal, com um volume adequado.

O discurso apresenta um ritmo adequado, sem qualquer problema de articulação ou semântica. O nível de inteligência apresenta uma inteligência normal, com o doente a apresentar boa compreensão e adaptação aos contextos. Relativamente à afetividade, ao modo de se encontrar perante os outros e si mesmo o utente mostra-se em pouco desinteressado, mas sempre em cooperação com o terapeuta. Já no que diz respeito à perceção do doente, o seu juízo de realidade é bom e não apresenta qualquer alteração da perceção. A motricidade apresenta um problema na anca, que aguarda operação. Não apresenta obsessões. Não apresenta fobias nem apetite diminuído, nem insónia. Não apresenta comportamentos sexuais anormais.

Problema apresentado e história do problema

O utente apresentava-se com um problema de dependência do álcool, sem nenhuma tentativa de desintoxicação. Atualmente não consome e deixou de comprar álcool para os seus colegas de casa. O álcool causou-lhe vários danos na vida e a situação começou a ficar mais complicada quando teve um processo judicial por violência doméstica. Diz, inclusivamente que teve problemas com a ex-esposa.

Iniciou acompanhamento no Projeto Fenix em 2017, por problemas ligados ao consumo abusivo de álcool. O utente foi encaminhado pela equipa de Redução de riscos e Minimização de Danos (RRMD)- Projeto Projetando Vida- Equipa de Rua por apresentar problemas ligados ao consumo de álcool. Iniciou consumos de álcool na juventude, sendo que no seu primeiro casamento iniciou os consumos abusivos, perto dos 20/30 anos. Estes consumos de álcool provocaram vários problemas de saúde, problemas familiares, como consequência divórcio do 1º casamento e separação no 2º casamento, culminado com uma medida judicial de vigilância eletrónica, por situações de violência doméstica. Ainda é acompanhado no Projeto Fénix e foi encaminhado para resposta de tratamento de problemas ligados ao álcool na equipa técnica do centro de respostas integradas de Santo Tirso. Reduziu o consumo de álcool, deixando de ter consumos abusivos, apenas pontuais. O utente não apresentou ideiação suicida ao longo do processo de acompanhamento. Não apresenta consumos de substâncias psicoativas, apenas toma medicação para hipertensão, controlo do potássio e terapêutica de controlo de consumo de álcool.

Os pais de “C” já faleceram. Do primeiro casamento, teve uma filha, na altura já de maior de idade (30 anos), mas com a qual não tem qualquer relação. Após o divórcio deixou de ter contacto com a filha. Voltou, mais tarde a ter uma relação afetiva, onde teve dois filhos, menores, de 8 e 7 anos.

“C” já esteve a viver na rua, em condição de sem abrigo e atualmente está a viver num quarto numa habitação, onde tem um quarto arrendado. Beneficia de prestação social- Rendimento de Inserção Social (RSI), e está a beneficiar de apoio de refeições diárias. É desempregado de longa Duração. Frequentou o 2º ciclo. Tem frequentado vários cursos de formação ao abrigo de medidas do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), para desempregados de longa duração. “C” não tem histórico psiquiátrico próprio nem tem conhecimento da parte da família.

Historia bio-psico-social

C é natural de Mirandela, viveu com o Pai até ter ido para Famalicão, depois de ter casado pela 1ª vez. A mãe faleceu quando C tinha 13 anos e ficou a viver com o Pai e duas irmãs. Tem três irmãos, sendo o segundo da fratria. O irmão mais velho na altura em que a mãe faleceu foi com uma tia para França e C ficou com o Pai e as duas irmãs. Refere que “foi cuidado pela Vida”. O Pai tinha uma maneira de lidar com os filhos. Teve uma infância e juventude difícil.

Começou a trabalhar ainda jovem e vendia produtos alimentares, rissóis, bolinhos de bacalhau e vendia na zona de Famalicão. Conheceu a primeira esposa e pouco tempo depois casou. Este foi o casamento que teve uma filha, mas que não tem contacto com ela. A relação com os irmãos é distante, por vezes fala com uma irmã que vive no Porto, no entanto já não fala com ela há um ano.

O pai faleceu há sensivelmente cinco anos. A mãe faleceu com problemas cardíacos. Nem os pais nem os irmãos tinham problemas ligados ao álcool. Menciona ter iniciado consumos abusivos depois do segundo casamento. No entanto, refere que já bebia desde o primeiro casamento, mas não em excesso, no entanto, afirma que o primeiro casamento terminou por problemas no ligados ao consumo de álcool por parte de “C”.

Avaliação psicológica

Alguns instrumentos utilizados neste utente, já foram descritos nos casos anteriores, sendo eles o MoCA (Freitas et al., 2010; Nasreddine et al., 2005) que é um instrumento de rastreio, com finalidade de detetar o défice cognitivo ligeiro, e o IRP (Vaz-Serra, A. 1988), o Inventário de Resolução de Problemas de Adriano Vaz-Serra, que nos permite obter os dados referentes ao coping.

AUDIT (Cunha, J. 2002)- O Alcohol Use Disorders Identification Test é um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido realizada a validação da versão portuguesa deste questionário em 2002, e sua utilização têm-se revelado importante para a adequada triagem e diagnóstico de Problemas Ligados ao Álcool.

Foi desenhado como um questionário, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada. Este questionário de deteção pode ser aplicado a todas as pessoas abrangidas por serviços de saúde. Dada a inviabilidade de um rastreio global, podem ser selecionadas algumas situações específicas como homens jovens até à meia-idade e situações clínicas especiais, mas também os serviços especializados e os serviços hospitalares de urgência, de saúde mental - a pessoas com depressão ou que tenham tentado o suicídio, de especialidades médicas - principalmente na área de perturbações associadas à dependência de álcool), serviços judiciais e prisionais, assim

como a pessoas abrangidas por programas de intervenção em meio laboral e de intervenção social.

A soma das pontuações permite-nos obter um valor geral de 21, que, depois comparado com um ponto de corte para verificação da existência ou não de uma provável dependência, se verifica que está dentro dos valores de alto risco. O procedimento de aplicação e cotação foi feito de acordo com a Organização Mundial da Saúde, na versão adaptada para português (Cunha, J. 2002).

Diagnóstico e Diagnóstico diferencial

303.90 (F10.20) - Perturbação de uso de álcool, moderada, em ambiente não controlado (APA, 2013).

A atribuição de um diagnóstico de uso de álcool resulta da análise dos sintomas característicos desta perturbação, mas também da distinção relativamente a outras psicopatologias. Excluimos a possibilidade do uso não patológico de álcool, uma vez que C. consumia doses que lhe provocavam mal-estar clinicamente significativo. Foi ainda rejeitada a hipótese de perturbação do uso de sedativos e hipnóticos, uma vez que estes não constam no plano farmacológico do utente. Por último, rejeitamos as perturbações do comportamento na infância e a perturbação antissocial da personalidade pois a perturbação de uso de álcool teve início devido a fatores externos (separação da companheira (V61.10 Problema conjugal [Z63.0]); afastamento dos filhos; viver em situação de sem abrigo) (APA, 2013).

Conceptualização do caso

Não é difícil de perceber, da história bio-psico-social, e do que “C” revelou sobre si, que a sua infância possa ter sido complicada. A relação conflituosa entre os pais é passível de lhe ter transmitido um padrão disfuncional de relação conjugal e amorosa, além de uma vinculação precária (Guedeney & Guedeney, 2004). O excessivo temor que “C” revela em relação à imagem do pai, ainda tendo em conta que o pai está morto, faz suspeitar uma grande agressividade interiorizada, assim como um luto pouco realizado (Parkes, Laungani & Young, 2003). A relação familiar é um dos pilares, quando esta unidade é ameaçada ou desestruturada, observa-se uma regressão em cada um dos membros do grupo familiar com recurso aos processos defensivos obsoletos (clivagem, denegação, projeção), tornando-se desta forma uma ameaça para “C” no que respeita aos seus desejos de vida autónoma, as suas contestações dos sistemas de ideias parentais, das

suas escolhas de objetos novos (Marcelli & Braconnier, 2005). O padrão familiar disfuncional é mais uma vez confirmado pela relação distante com os irmãos (Barker, 2000).

O recurso de “C” ao álcool, vai servir como “solução” para alguns problemas. Um deles é a relação conflituosa com o pai e posteriormente a morte prematura mãe, que desta forma passa a ser suportada. Outra, são as dificuldades de identificação com o pai, pouco acessível e de carácter pouco controverso (Bergeret, 2004).

Para se compreender melhor o caso “C”, isto é, o comportamento aditivo do utente, passa-se a explicar o modelo de prosseguimento do comportamento aditivo desenvolvido por Beck e colaboradores (1993). Deste modo, o ciclo cognitivo-comportamental foi desencadeado por um estímulo, que pode ser interno ou externo. Este estímulo ativa um esquema cognitivo feito de expectativas e crenças (por exemplo, “sinto-me melhor quando consumo”). Este esquema disfuncional acionou esquemas automáticos (o consumo faz-me bem) que permite a manifestação do desejo compulsivo de consumir. Entrando também a intervenção de crenças permissivas (só uma vez não faz mal) para o comportamento da procura da substância ser iniciado e conduzir ao consumo. Os fatores cognitivos como a autoimagem, o comportamento de resolução de problemas, os mecanismos de coping e as atribuições também podem ter contribuído para a aquisição do comportamento de dependência de “C” (Ogden, 2004; Rahioui & Reynaud, 2008).

Proposta de intervenção

A intervenção elaborada e proposta para o utente segue o modelo cognitivo-comportamental, isto por ser um dos melhores modelos explicativos das adições (Rahioui & Reynaud, 2008), segundo o modelo de Prevenção de recaída de Marlatt & Gordon (1993). De acordo com Rahioui e Reynaud (2008), a prevenção da recaída distingue tradicionalmente as intervenções específicas das intervenções globais. As intervenções específicas centram-se nas determinantes imediatas da adição e pretendem promover o doente de novas atitudes para identificar, prevenir, evitar ou ultrapassar situações de risco específicas mas também elementos gerais causadores de stress, sensíveis às abordagens clássicas (relaxamento, autoafirmação); Evitar a progressão para uma recaída integral em Caso de “passo em falso”, sensibilizando o doente para os fatores cognitivos que favorecem o processo e aumentar a sensação de eficácia pessoal do utente.

As intervenções globais correspondem a uma mudança global de estilo de vida e tem como principal foco identificar os elementos stressantes do estilo de vida atual;

identificar e alterar os hábitos prejudiciais para a saúde; Descobrir e praticar atividades agradáveis e valorizantes, adotar comportamentos saudáveis e gerir melhor o horário para preencher o vazio muitas vezes deixado pelo abandono do produto.

“C” encontra-se em acompanhamento, no Projecto Fénix, sendo que a problemática apresentada já não é devido a problemas com consumo de álcool em excesso, desta forma, não se pode ter como base da intervenção a história biopsicossocial, mas sim os motivos que a estavam a encaminhar para uma possível recaída.

Focou-se basicamente na implementação das estratégias de prevenção de recaída (Ferreira-Borges & Filho, 2007). Entre elas trabalhou-se estratégias tais como: como lidar com afetividade, como lidar com a relação familiar/social presente, como lidar com a falta de emprego e a relação com os companheiros de casa que consumiam álcool, uma vez que estas podem levar a uma recaída.

É importante intervir através do reforço do sentimento de eficácia, aquisição de competências e de estratégias, técnicas de resolução de problemas, autoafirmação, (Marlatt, 1999), ao trabalho na reflexão de sentimentos, a sugestão, reestruturação cognitiva e o feedback (Ferreira-Borges & Filho, 2007). Será também prevalente o reforço do treino de competências biopsicossociais, socio-emocionais, treino da tomada de decisão, pensamento criativo, a realização de exercícios de identificação de sentimentos, pensamento crítico, comunicação eficaz, capacidades de relacionamento interpessoal, lidar com emoções e stress, auto- conhecimento e a empatia.

Sendo assim, implementam-se uma diversidade de práticas para desenvolver a generalização das estratégias obtidas durante o tratamento clínico e das novas maneiras de entender e responder ao real, intensificando-se o novo sistema de esquemas e crenças, numa tentativa de garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional e de prevenir recaídas (Beck, 1997).

Reflexão sobre o caso

O caso de “C” tratava-se de uma problemática com dependência ou consumo mas que já não era excessivo, procurando agora principalmente prevenir a recaída no álcool. O utente já bebeu muito devido as situações precárias que viveu, e o importante agora seria identificar esses estímulos que o fariam beber, de modo a contrariar esses pensamentos automáticos evitando recaída.

Contudo, partiu-se logo do princípio que teriam de ser trabalhadas outras problemáticas, tendo em conta neste tratamento a verificação das falhas no seu processo

de reinserção social que o levaria a uma recaída. Neste sentido, o utente cooperou muito no seu processo, e notou-se mudanças no seu comportamento com os terapeutas e a nível afetivo. Na relação familiar “C” parece apresentar-se melhor, com mais estratégias para lidar com a situação e de se relacionar com a família.

Contudo aprendi que um ambiente social desadequado para viver pode influenciar bastante uma pessoa a consumir, algo que estava a acontecer com “C”, mas que depois de ser acompanhado nas consultas em ambulatório do Projecto Fénix, deixou de apresentar vontade de beber álcool, podendo concluir-se que “B” obteve algumas mudanças na sua vida. Estamos confiantes no sucesso do utente, que este se mantenha consumos controlados de álcool e que consiga lidar com a instabilidade familiar que apresenta.

5.2. Intervenção em Grupo

No que concerne às intervenções em grupo, as atividades consideraram as necessidades da instituição e foram calendarizadas por esta, mediante a disponibilidade dos terapeutas/utentes. Sendo assim, estava prevista a realização de intervenções no decorrer deste ano e possivelmente todas as semanas, com o tema “Estimulação Cognitiva em pessoas com problemas ligados ao álcool”. A estimulação cognitiva traduz-se num conjunto de estratégias e práticas que visam desenvolver a otimização e eficácia do funcionamento cognitivo do sujeito, nas diversas funções como a perceção, a atenção, a memória, a linguagem, a abstração e a orientação (Gamito, et al, 2016). Assim, podem ser estabelecidos uma serie de exercícios e atividades que se traduzem num programa de estimulação cognitiva. A literatura tem demonstrado os benefícios associados à implementação de programas de estimulação cognitiva (Amodeo, Netto, & Fonseca, 2010).

Em outros estudos, Gamito e colaboradores (2014) verificaram os efeitos de um programa de estimulação cognitiva em indivíduos com perturbações por uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas com o uso de jogos digitais, realizados em aplicações móveis, comparativamente ao modelo tradicional que é feito em papel e lápis. Esta amostra foi constituída por 66 indivíduos, dos quais 61 tinham problemas ligados ao álcool e cinco problemas ligados ao consumo de heroína, tendo sido igualmente aplicada avaliação neuropsicológica pré e pós aplicação do programa. Os indivíduos com problemas ligados ao álcool foram divididos em três grupos, grupo com estimulação restrita ao uso dos jogos digitais, grupo com estimulação tradicional e grupo de controlo.

Os indivíduos com problemas ligados ao consumo de heroína apenas utilizaram o método do telemóvel. Contudo, os resultados referem que, em geral, quem foi sujeito a um programa de estimulação cognitiva consegue um melhoramento nas funções cognitivas, particularmente nas funções executivas, no grupo de pessoas com problemas ligados ao álcool, assim como no grupo de sujeitos dependentes de heroína (Gamito, et al, 2014). Podemos então concluir que os programas de estimulação cognitiva são uma ferramenta que deve ser utilizada em indivíduos com problemas ligados às substâncias. A estimulação cognitiva pretende preservar ou melhorar o desempenho ou as funções cognitivas dos indivíduos.

Este tema é de grande importância pois o álcool, para além da elevada taxa de mortalidade, também tem efeitos negativos na plasticidade cerebral, ou seja, no desenvolvimento dito “normal” do cérebro. A perturbação de dependência do álcool tem sido relacionada com a disfunção cerebral, mais especificamente no córtex pré-frontal, que está associado ao funcionamento cognitivo (Chan, Shum, Touloupoulou, & Chen, 2008). De facto, as evidências disponíveis afirmam que o abuso de álcool produz uma diminuição de competências cognitivas específicas, particularmente aquelas associadas a funções executivas (Moselhy, Georgiou, & Kahn, 2001). Muitos estudos descobriram ainda uma correlação positiva entre a integridade da matéria branca e o desempenho cognitivo em adolescentes e um efeito negativo da dependência prolongada de álcool nos adultos (Elofson, Gongvatana, & Carey, 2013). Isso sugere que o uso de álcool está relacionado à redução da substância cinzenta, pois a integridade da substância cinzenta depende da substância branca funcional, em particular o fascículo longitudinal superior. Isto influencia as funções executivas do cérebro, ou seja as habilidades cognitivas que nos permitem controlar e regular os nossos pensamentos, as nossas emoções e as nossas ações perante os conflitos ou as distrações.

Além disso, vários estudos com amostras da população em geral indicam que o córtex pré-frontal é particularmente vulnerável aos efeitos neurotóxicos do álcool (Oscar-Berman, & Marinkovi, 2007).

Neste sentido, torna-se pertinente a realização dum conjunto de estratégias e técnicas que visem promover a otimização e eficácia do funcionamento cognitivo do sujeito, ao nível de diversas funções (percepção, atenção, memória, linguagem, abstração e orientação) (Gamito, et al, 2016). Para isto, são estabelecidos uma serie de exercícios e atividades que se traduzem num programa de estimulação cognitiva (PEC) (da Fontoura, Tisser, Bueno, Bolognani, & Frison, 2020). Existem duas abordagens distintas: a

abordagem funcional (da Cunha, Cintra, da Cunha, da Silva, & Couto, 2011) que se reflete na terapia orientada para a realidade e na terapia de reminiscência; E a abordagem cognitiva que se traduz na terapia neuropsicológica individual. A Terapia Orientada para a Realidade foi desenvolvida em 1968 por James Folson, com o intuito de orientar o sujeito para a realidade do dia-a-dia, permitindo que este se oriente ao nível da orientação alopsíquica (orientação da pessoa em relação ao tempo e ao espaço) e autopsíquica (identificação pessoal e características pessoais do indivíduo, e.x.: idade, estado civil, nome, profissão, etc.). A Terapia de Reminiscência tem como objetivo estimular no indivíduo o trabalho da sua memória episódica autobiográfica (recordar eventos da vida e históricos significativos associados a sentimentos e emoções) e memória semântica (capacidade de reconhecer conceitos fixos do dia-a-dia, independentes da história individual de cada um, ex: reconhecer o nome das cores). A Terapia Neuropsicológica Individual (Ávila, 2004), esta já pertencente à abordagem cognitiva, tem como objetivo a obtenção de um perfil neuropsicológico, permitindo a seleção das áreas cognitivas comprometidas em detrimento das outras, promovendo assim uma intervenção focalizada e específica para cada pessoa. Esta terapia encontra-se muitas vezes associada à plataforma digital, através de jogos online.

A estimulação cognitiva pretende preservar ou melhorar o desempenho ou as funções cognitivas dos indivíduos, sendo assim, no presente estudo, o método neuropsicológico estudado baseou-se na estimulação cognitiva, cuja intervenção centra-se em todos os domínios cognitivos e também nas funções cognitivas que, mais visivelmente, estão em défice em cada indivíduo.

5.2.1 A Intervenção

No sentido de promover, é necessário avaliar os participantes, com recurso a um instrumento de rastreio que nos permita avaliar se existe ou não a possibilidade de défice cognitivo ligeiro, para isto utilizou-se o MoCA (e.g., Freitas et al., 2010; Nasreddine et al., 2005), que foi concebido como um instrumento de rastreio, com finalidade de detetar o défice cognitivo ligeiro. Neste teste de rastreio os participantes realizam 11 tarefas, para um total de 30 pontos, sendo avaliados em diferentes domínios cognitivos. O instrumento avalia de forma breve a orientação, a alternância conceptual, as capacidades visuo-constructivas, a linguagem (nomeação, repetição e fluência verbal), a memória (evocação imediata e diferida), a atenção/concentração e a abstração. O tempo de aplicação total é de cerca de 15 minutos. A soma das pontuações permite-nos obter um valor geral, que

será depois comparado com um ponto de corte para verificação da existência ou não de um provável défice cognitivo. O procedimento de aplicação e cotação (sendo os pontos de corte de acordo com a idade e anos de escolaridade do utente em causa) foi feito de acordo com o artigo de aferição do MoCA para a população portuguesa (Freitas et al., 2010).

Quadro 1.

Áreas cognitivas avaliadas através do Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Função espacial	<p>visuo É responsável pela perceção visual de objetos e da relação espacial entre estes, análise de imagens e navegação mental.</p> <p>Mecanismo complexo responsável pela capacidade ao nível das habilidades visuais e espaciais.</p>
Memória	<p>A memória é uma das funções cognitivas mais complexas, estando relacionada com diversas funções e sistemas neuronais, permitindo o registo, codificação, consolidação, retenção, armazenamento, recuperação e evocação de informação. A função mnésica é essencial para que o ser humano seja capaz de assegurar ações básicas de sobrevivência, tais como: alimentação.</p> <p>Tipos de memória:</p> <p>Curto prazo: processo de retenção inicial de informação, entre segundos a alguns minutos, após este tempo a informação retida é esquecida ou passa a memória a longo prazo ex: memorizar uma matrícula até que esta seja anotada.</p> <p>Longo prazo: processo de retenção duradouro ou permanente, ao qual só conseguimos aceder de forma voluntária e consciente.</p> <p>Subtipos da memória de longo prazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semântica: referente ao conhecimento geral e da semântica das palavras ex: recordação de cidades e tabuada, respetivamente. • Episódica: sistema de memória com referencial temporal e espacial, implicada na recordação de episódios ex: festa de aniversário.

	<ul style="list-style-type: none"> • Autobiográfica: referente a todos os acontecimentos de vida, permitindo-nos conhecermo-nos e às nossas características sociodemográficas. <p>Implícita ou de procedimentos: referente a sequências motoras automatizadas realizadas quase de forma instantânea, de forma involuntária e inconsciente (ex: conduzir)</p> <p>Percetiva: referente a memórias sensoriais e que permite distinguir estímulos familiares, acesso de forma inconsciente ex: lembrar da sensação de tocar em papel</p>
Atenção	A atenção é uma função cognitiva complexa e dinâmica responsável pelo processo de seleção da informação que chega ao sistema nervoso, selecionando os estímulos externos (ex: imagens, sons) e os estímulos internos (ex: pensamentos).
Linguagem	<p>A linguagem é uma função usada de forma diária, através da qual comunicamos de forma verbal ou não verbal, com o mundo e seus componentes.</p> <p>A linguagem verbal compreende a capacidade de expressão oral, de compreensão oral, de expressão escrita e de compreensão escrita. Possui diversos componentes, tais como o processamento fonológico, a sintaxe e a semântica e mesmo a capacidade de articulação das palavras.</p> <p>Existem alterações da linguagem, afasias, que se caracterizam pelas lesões cerebrais em áreas relacionadas com a linguagem</p>
Orientação	<p>A orientação é a capacidade de reconhecer o ambiente pessoal em relação a variáveis temporais e espaciais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação temporal é a capacidade do indivíduo se situar em função da sucessão dos acontecimentos (antes, após, durante) ou da duração dos intervalos de tempo • Orientação espacial é a capacidade do indivíduo se situar no espaço físico envolvente
Funções executivas	As funções executivas são responsáveis pelo controlo da cognição e pela regulação da conduta humana. Através de

processos cognitivos que associam o comportamento, emoção e a atividade cognitiva.

Abstração

O **pensamento abstrato** caracteriza-se pela capacidade do indivíduo de se abstrair de um determinado elemento, conseguindo alcançar uma relação não evidente sobre esse elemento e.x., quando calculamos mentalmente um desconto

Este teste deve ser igualmente aplicado no fim do programa, com a finalidade de avaliar se o utente evoluiu em algum dos domínios trabalhados.

Relativamente aos participantes, estes foram seleccionados de acordo com uma revisão prévia sobre quais as características mais eficazes para um maior aproveitamento face aos conteúdos abordados. Posto isto, o grupo é homogéneo nas suas características, ou seja, ao nível do défice cognitivo apresentado na pré-avaliação, para que se possa avaliar de forma fidedigna o aproveitamento obtido após a aplicação do treino. Deve-se igualmente ter em conta outras características tais como: o tipo de substância de abuso e história clínica de doenças neurológicas ou psiquiátricas que possam interferir com o desempenho cognitivo.

As sessões foram realizadas por um período de entre 45 a 60 minutos, por um período total de oito semanas, sendo realizadas uma sessão semanal. Os domínios a serem trabalhados são os seguintes: capacidade visuo espacial, função executiva, memória, atenção/cálculo, linguagem, abstração e orientação. A sessão deve ser dinamizada por um terapeuta, e caso haja a possibilidade da existência de um co dinamizador, quando o grupo é constituído por seis ou mais utentes.

Foi ainda feito um trabalho de casa para os intervenientes, que é uma parte fundamental do treino de estimulação cognitiva. Este deve ser realizado de forma independente pelo participante a par da estimulação grupal, não só para que o dinamizador observe se o utente é capaz de interiorizar os conteúdos trabalhados ao longo das sessões, como para não haver intervalos prolongados onde não sejam realizados exercícios de estimulação.

5.3. Manual de Estimulação Cognitiva em Pessoas com Comportamentos

Aditivos

Na sequência do que foi referido anteriormente, criou-se um manual para se poder replicar o programa de intervenção. Com a realização deste manual, conseguimos perceber o que é e para que serve a estimulação cognitiva, assim como a sua pertinência. Será esclarecido também os efeitos do álcool e doutras drogas no cérebro, e posteriormente será clarificado todo o programa desde os seus objetivos e instrumentos de avaliação, até à aclaração do número de sessões e trabalhos de casa. O material encontra-se no anexo B (Manual de Estimulação Cognitiva).

5.4. Ação formação

No que concerne às ações formativas, estas foram feitas em juntas de freguesia do concelho de Famalicão, a uma população específica de cada zona. Foram preparadas duas ações de formação no decorrer deste ano com o tema “Promoção da Saúde e Bem Estar” (Anexo C) que tem como principal objetivo procurar o atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que iniba, reduza ou atenua a probabilidade ter comportamentos de risco, que podem comprometer tanto a saúde física como mental. Aqui abordaram-se assuntos como a importância da saúde e do bem-estar, consequências dos comportamentos de risco, fatores de risco e protetores, bem como a importância de passatempos e exercício físico.

Este tipo de atividade é uma opção informativa plausível para as pessoas com problemas ligados à toxicodependência e ao álcool. O consumo está associado a uma série de problemas de saúde somáticos e psiquiátricos. Como o uso pesado de álcool geralmente está associado a marcadores inflamatórios elevados (Morris et al. 2015), a adoção de um estilo de vida saudável pode reduzir os problemas em pacientes com dependência do uso de álcool, levando a melhores estados de humor e menor ansiedade. O exercício também é mostrado para regular a reatividade ao stress. Esses efeitos são bem visíveis, pois o stress e a ansiedade percebidos estão ligados ao desejo e recaída do álcool (Sinha, 2012). Uma literatura emergente demonstra que a atividade física e o álcool ativam vias semelhantes de recompensa no cérebro, que o exercício regular aumenta a concentração de neurotransmissores que contribuem para a recompensa induzida pelo exercício, e uma metanálise mostrou que o exercício aumenta o fator neurotrófico derivado do cérebro mais do que as condições de controlo (Kerling et al. 2017). A ocupação dos tempos livres com hobbies ou passatempos também provoca a neurogênese

do hipocampo (Firth et al. 2018), um processo que pode afetar positivamente os distúrbios relacionados ao stress e possivelmente à dependência do álcool.

A formação teve cerca de 20 participantes, foi feita de um modo interativo com os participantes através de perguntas e respostas, com recurso ao PowerPoint, e foi bem aceite por estes. No final da apresentação deu para concluir que os intervenientes ficaram bastante interessados em criar novos hábitos saudáveis, pois mostravam-se muito interessados através das perguntas e dos comentários que faziam, sendo que criou-se bastante empatia com eles, e entendeu-se que a intervenção foi bem aceite por todos, podendo assim, motivar os participantes a criar rotinas saudáveis. No final de toda a ação formação, passou-se um questionário de satisfação (Anexo D), que fez entender que o grau de satisfação dos intervenientes foi bastante elevado, e um diploma de finalização do PEC (Anexo E).

Conclusão

Este é o momento de refletir acerca da experiência enquanto estagiário e futuro Psicólogo. Relativamente ao local de estágio, este revelou-se uma agradável surpresa. Foi possível perceber, durante o tempo de estagio no Projecto Homem, o apoio e colaboração de toda a equipa. Desde o primeiro dia, em que os estagiários foram amavelmente recebidos pela Dra. Isabel Pinheiro e posteriormente pelo Dr. Paulo Santos, até ao fim do percurso, não lhes faltando apoio. Contou-se com o suporte, a orientação e a amabilidade de uma excelente orientadora de estágio, a Dra. Isabel Pinheiro, psicóloga na Comunidade Terapêutica, que providenciou o geral do acompanhamento. Também se contou com a colaboração e o apoio da restante equipa técnica, que ajudou sempre que se precisou de alguma coisa.

Relativamente à população, trabalhar com esta foi bastante gratificante quando existe sucesso terapêutico, no entanto é uma população com bastante instabilidade, cada momento e segundo é uma surpresa. Os comportamentos e atitudes mudam repentinamente. É gratificante e muito recompensador trabalhar com as pessoas com dependências e comportamentos aditivos e também de conviver com elas, nas consultas em ambulatório proporcionadas pelo Projecto Fénix.

Por parte dos utentes, observa-se um grande carinho e afeição por a equipa e também bastante confiança. Surpreendeu positivamente os comportamentos dos utentes, a educação e o respeito que vigorava nestes, característica que por vezes pode não se esperar de uma pessoa com problemas de dependência, pois muitas vezes temos uma

imagem preconceituosa e estereotipada, até pela nossa sociedade, porque os comportamentos que verificamos são derivados de condutas desajustadas, consequências de adição, esquecendo a parte humana (valores, vivências, princípios, etc...), à parte da questão da adição. Quando se tem a oportunidade de ter um contacto mais pormenorizado e com a possibilidade de fazer esta distinção, percebemos que são pessoas que padecem de uma carência a nível afetivo com bastante dificuldade na gestão de sentimentos e emoções que os levam ao consumo.

Neste seguimento, as atividades desempenhadas no estágio foram: a promoção de um seminário, intervenções em grupo, acompanhamentos individuais e participação em consultas em ambulatório. Foi possível ainda participar também em festas de natal, aniversários e em outras atividades efetuadas na Comunidade Terapêutica.

Esta experiência foi muito enriquecedora quer a nível pessoal como profissional, na medida em que permitiu aprender a gerir emoções que são cruciais de modo a não influenciar o desempenho enquanto profissional, e conhecer e aplicar técnicas terapêuticas que fizeram evoluir a nível profissional. Apesar da pandemia ter ocorrido nesta fase, ainda foi possível perceber o funcionamento da instituição, porém, seria interessante mais tarde ter a oportunidade de repetir esta experiência por total, na comunidade terapêutica, pois aí existe um contacto acrescido com os utentes, originando também mais experiência/aprendizagem. Admirei o tempo que passei com os utentes e as histórias de vida que tive o privilégio de escutar. Tudo o que vi, ouvi e senti ajudou-me a refletir e a perceber o quão gratificante é trabalhar com e para as pessoas.

6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amodeo, M. T., Netto, T. M., & Paz, R. F. (2010). Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idosos: modalidades da Literatura e da Neuropsicologia. *Letras De Hoje*, 45(3). disponível online em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/8121>
- Ávila, R. (2004). *Reabilitação neuropsicológica dos processos de memória e das atividades da vida diária em pacientes com doença de Alzheimer leve e moderada* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). <https://10.11606/D.5.2004.tde-24082005-150424>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Orrville: Pretice Hall.
- Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A., Wright, E., Newman, C. & col. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nova Iorque: Guilford press.
- Bergeret-Galley, C. (2004). Comparison of resorbable soft tissue fillers. *Aesthetic Surgery Journal*, 24(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.asj.2004.01.006>
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Burns, D. D. (1981). *Feeling good*. Signet Book. United States of America: New American Library, A Division of Penguin Books.
- Chan, R. C., Shum, D., Toulopoulou, T., & Chen, E. Y. (2008). Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 201-216. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.08.010>
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de Transtornos de Personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos.
- Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul. Disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2017/414079.php> Consultado em 29 de Setembro de 2020

- da Cunha, F. C. M., Cintra, M. T. G., da Cunha, L. C. M., da Silva, H. M., & Couto, É. D. A. B. (2011). Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer avançada: relato de caso. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(2), 145-152.
- da Fontoura, D. R., Tisser, L., Bueno, O., Bolognani, S., & Frison, T. (2020). *Teoria e prática na reabilitação neuropsicológica*. Vetor Editora.
- Darcourt, G. (1994). Current therapeutic approaches to panic and other anxiety disorders: Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum, *Regional Workshop, Monte Carlo*, November 20-22, 1993 (Vol. 8). S Karger Pub.
- dos Psicólogos Portugueses, O. (2006). *Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool*. Retirado em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_psicologica_nos_problemas_ligados_ao_alcool_2016.pdf
- Elofson, J., Gongvatana, W., & Carey, K. B. (2013). Alcohol use and cerebral white matter compromise in adolescence. *Addictive Behaviors*, 38(7), 2295-2305. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.001>
- Fernandes, F. A. D. (2012). Relação terapêutica: uma análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em sessões iniciais de terapia. Master's Dissertation, Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.47.2012.tde-05122012-151034>
- Ferreira-Borges, H. & Filho, C. (2007). *Intervenções breves, usos e abusos álcool e outras drogas, dependências. Estratégias de ajuda para mudar o comportamento*. Local: Climepsi Editores.
- Firth J, Stubbs B, Vancampfort D, Schuch F, Lagopoulos J, Rosenbaum S, Ward PB (2018) Effect of aerobic exercise on hippocampal volume in humans: a systematic review and meta-analysis. *Neuroimage*, 166, 230–238. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.11.007>
- Freitas, Sandra, et al., (2010) – Estudos de Adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a População Portuguesa. *Avaliação Psicológica* [Em linha]. Vol. 9, no 3, p. 345- 357. [Consult. 17 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<[URL:http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf)>.
- Fridell, M., Hesse, M. & Billsten, J. (2007). Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *American Journal on Addictions*, 16(1), 10-14. <https://doi.org/10.1080/10550490601077734>

- Kerling A, Kuck M, Tegtbur U, Grams L, Weber-Spickschen S, Hanke A, Stubbs B, Kahl KG (2017) Exercise increases serum brain-derived neurotrophic factor in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 215:152–155
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D. & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645-666. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.4.645>
- Gamito, P., Oliveira, J., Lopes, P., Brito, R., Morais, D., Silva, D., ... & Deus, A. (2014). Executive functioning in alcoholics following an mHealth cognitive stimulation program: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 16(4), e102. <https://10.2196/jmir.2923>
- Gamito, P., Oliveira, J., Lopes, P., Brito, R., Morais, D., Rebelo, S., Silva, D., Caçoete, C., & Deus, A. (2016). Cognitive stimulation through mHealth-based program for patients with Alcohol Dependence Syndrome – a randomized controlled study.
- Goldestein, R. B., Compton, W. M., Pulay, A. J., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(2-3), 145-158. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.023>
- Guedeney, A. & Guedeney, N. (2004). *Vinculação: Conceitos e Aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hagström, A. S. (2019). Childhood narratives about the experience of growing up with alcoholic parents. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3), 299-301.
- Herzog, A., & Wendling, M. I. (2013). Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos. *Aletheia*, (42).
- Mao, M., Zang, L., & Zhang, H. (2020). The Effects of Parental Absence on Children Development: Evidence from Left-Behind Children in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6770. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186770>
- Marcelli, D. & Braconnier, A. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of

- Mario Picchi, P. (1991). Um programa terapêutico para toxicodependentes. Centro De Solidariedade de Braga – Projecto Homem.
- Marlatt, G. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W. R., & Brown, S. A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist*, 52(12), 1269. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1269>
- Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B., & Sousa, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*.
- Morris NL, Ippolito JA, Curtis BJ, Chen MM, Friedman SL, Hines IN, Haddad GE, Chang SL, Brown LA, Waldschmidt TJ, Mandrekar P, Kovacs EJ, Choudhry MA (2015) Alcohol and inflammatory responses: summary of the 2013 alcohol and immunology research interest group (AIRIG) meeting. *Alcohol* 49:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.07.018>
- Moselhy HF, Georgiou G, Kahn A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol* 36(5):357-368. <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.357>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nora D. Volkow, MD; James M. Swanson, PhD; A. Eden Evins, MD; Lynn E. DeLisi, MD; Madeline H. Meier, PhD; Raul Gonzalez, PhD; Michael A. P. Bloomfield, MRCPsych; H. Valerie Curran, PhD; Ruben Baler, PhD (2015). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3278>
- Nunes, L. M. (2011). *Droga – Crime Desconstruções*. Edições Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Nunes, L. & Jóluskin, G., (2010). *Drogas e comportamentos de adição*. Porto: Edições: Universidade Fernando Pessoa.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Oscar-Berman M, Marinkovi K. (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychol Rev Sep*;17(3):239-257. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9038-6>
- Parkes, C. M., Laungani, P. & Young, B. (2003). *Morte e Luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi.
- Pelc, I. (1977). Psychothérapie dynamico-comportamentale de l'alcoolisme chronique. *Actu. Psychiatry*, 1, pp.5-9.
- Pereira, J. C. S. (1999). Locus de Controlo e Toxicodependência. *Revista referencia*, no3.
- Petras, H., Kellan, S. G., Brown, C. H., Muthén, B. O., Jalongo, N. S. & Poduska, J. M. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first-and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), 545-559. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.10.015>
- Projecto Homem, (2018). Briefing. Centro De Solidariedade de Braga – Projecto Homem.
- Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T., & D'Souza, D. C. (2016). Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 5, 54. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00054>
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias cognitivo-comportamentais e adições*. Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas. Climepsi editores.
- Silva, D. & Correia, S. (1997) – *STAI – “O Inventário de Estado-Traço de Ansiedade”*.
- Sinha R. (2012). How does stress lead to risk of alcohol relapse?. *Alcohol research : current reviews*, 34(4), 432–440.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory (“self-evaluation questionnaire”)*. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press.
- Vaz-Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clinica*, 9(4), 301-316
- Vindenes, V., Strand, D. H., Kristoffersen, L., Boix, F., & Mørland, J. (2013). Has the intake of THC by cannabis users changed over the last decade? Evidence of increased exposure by analysis of blood THC concentrations in impaired drivers. *Forensic Science International*, 226(1-3), 197-201. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.01.017>

Walsh, Z., Allen, L. C. & Kosson, D. S. (2007). Beyond social deviance: substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 273-288. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.273>

Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*. Local: Climepsi editores.

7. Anexos

Anexo A – Levantamento de necessidades

Levantamento de Necessidades do Centro de Solidariedade de Braga Projeto Homem

Nome: _____

Formação: _____

O que faz no Projeto Homem? Quais as suas funções?

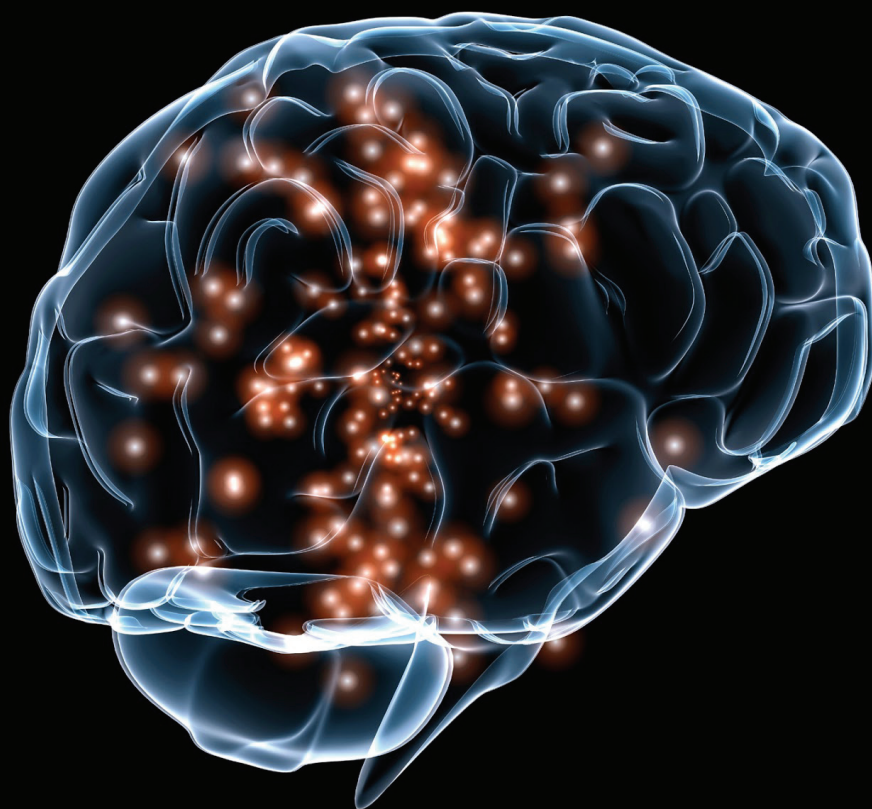
Como descreveria o Projeto Fénix?

O que faria para melhorar a experiencia e a efetividade no Projeto Fénix?

Em que medida um estagiário pode satisfazer as necessidades?

Anexo B- Manual de Estimulação Cognitiva em Pessoas com
Comportamentos Aditivos

Manual de Estimulação Cognitiva



*Centro de Solidariedade de Braga
Projecto Homem*

Manual de Estimulação Cognitiva em Pessoas com Comportamentos Aditivos

O que é a Estimulação Cognitiva?

A estimulação cognitiva traduz-se num conjunto de estratégias e práticas que visam desenvolver a otimização e eficácia do funcionamento cognitivo do sujeito, nas diversas funções como a perceção, a atenção, a memória, a linguagem, a abstração e a orientação. Assim, são estabelecidos uma serie de exercícios e atividades que se traduzem num programa de estimulação cognitiva. A literatura tem demonstrado os benefícios associados à implementação de programas de estimulação cognitiva (Amodeo, Netto, & Fonseca, 2010).

Em estudos mais recentes, Gamito e colaboradores (2014) verificaram os efeitos de um programa de estimulação cognitiva em indivíduos com perturbações por uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas com o uso de jogos digitais, realizados em aplicações moveis, comparativamente ao modelo tradicional que é feito em papel e lápis. Esta amostra foi constituída por 66 indivíduos, dos quais 61 tinham problemas ligados ao álcool e 5 problemas ligados ao consumo de heroína, tendo sido igualmente aplicada avaliação neuropsicológica pré e pós aplicação do programa. Os indivíduos com problemas ligados ao álcool foram divididos em 3 grupos, grupo com estimulação restrita ao uso dos jogos digitais, grupo com estimulação tradicional e grupo de controlo. Os indivíduos com problemas ligados ao consumo de heroína apenas utilizaram o método do telemóvel. Por fim, os resultados demonstram que, de um modo geral, os indivíduos sujeitos a programa de estimulação cognitiva obtêm uma melhoria das funções cognitivas em geral, nomeadamente nas funções executivas, no grupo dos alcoólicos sujeitos a estimulação com recurso a telemóvel, assim como no grupo de sujeitos dependentes de heroína (Gamito, et al, 2014).

A pertinência de um Programa de Estimulação Cognitiva na reabilitação do utente

A reabilitação é caracterizada por um processo ativo que visa a capacitação do utente, maximizando as funções cognitivas por meio do bem-estar psicológico, da funcionalidade na realização de atividades diárias, e do relacionamento social, atuando através de um processo de plasticidade neuronal, ou seja, através da adaptação e recuperação cerebral na sua morfologia. Assenta ainda num modelo biopsicossocial onde todos os intervenientes são elementos fulcrais no processo de reabilitação (utente, familiares, meios circundantes e fatores situacionais). A reabilitação neuropsicológica assenta em três princípios: restituição, substituição e compensação.



A estimulação cognitiva pretende preservar ou melhorar o desempenho ou as funções cognitivas dos indivíduos, sendo assim, no presente manual, o método neuropsicológico estudado baseou-se na estimulação cognitiva, cuja intervenção centra-se em todos os domínios cognitivos e também nas funções cognitivas que, mais visivelmente, estão em défice em cada indivíduo. Podemos então concluir que os programas de estimulação cognitiva são uma ferramenta que deve ser utilizada em indivíduos com problemas ligados às substâncias. A estimulação cognitiva pretende preservar ou melhorar o desempenho ou as funções cognitivas dos indivíduos.

O Álcool e os seus efeitos no cérebro

Este tema é de grande importância pois o álcool, para além da elevada taxa de mortalidade, também tem efeitos negativos no cérebro. A perturbação de dependência do álcool tem sido relacionada com a disfunção cerebral, mais especificamente no córtex pré-frontal, que está associado ao funcionamento cognitivo (Chan, Shum, Touloupoulou, & Chen, 2008). De facto, as evidências disponíveis afirmam que o abuso de álcool produz uma diminuição de habilidades cognitivas específicas, particularmente aquelas associadas a funções executivas (Moselhy, Georgiou, & Kahn, 2001). Muitos estudos descobriram ainda uma correlação positiva entre a integridade da matéria branca e o desempenho cognitivo em adolescentes e um efeito negativo da dependência prolongada de álcool na integridade da matéria branca em adultos (Elofson, Gongvatana & Carey, 2013). Isso sugere que o uso de álcool está relacionado à redução da substância cinzenta,

pois a integridade da substância cinzenta depende da substância branca funcional, em particular o fascículo longitudinal superior. Além disso, vários estudos com amostras da população em geral indicam que o córtex pré-frontal é particularmente vulnerável aos efeitos neurotóxicos do álcool (Oscar-Berman & Marinkovi, 2007).

Neste sentido, torna-se pertinente a realização dum conjunto de estratégias e técnicas que visem promover a otimização e eficácia do funcionamento cognitivo do sujeito, ao nível de diversas funções (percepção, atenção, memória, linguagem, abstração e orientação).

Quais as partes do cérebro mais afetadas pelo uso de substâncias?

O uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, pode levar a alterações importantes ao nível das regiões cerebrais, promovendo a compulsividade e levando ao comportamento aditivo.

Regiões afetadas:

- **Gânglios de base:** desempenham um papel importante na formação de formas positivas de motivação, tais como comida, socialização e atividade sexual, estando ainda presentes na formação de hábitos e rotinas.
- **Amígdala estendida:** desempenha funções ao nível da regulação de sentimentos stressantes, tais como ansiedade, irritabilidade e desconforto, sentimentos estes associados à abstinência levando o sujeito à repetição do consumo na tentativa de cessar tais sentimentos. Com o uso prolongado, este sistema fica com maior sensibilidade promovendo no sujeito um aumento dos comportamentos de busca, não tanto para obtenção do prazer mais sim para a cessação desta sensação.
- **O córtex pré-frontal:** possibilita a capacidade para pensar, planear, tomar decisões, resolver problemas, e exercer autocontrolo sobre os impulsos. É igualmente a última parte do cérebro a atingir a maturação, potenciando a vulnerabilidade nos jovens e adolescentes.

A interação entre estes três componentes explica a compulsividade associada ao comportamento aditivo e a falta de controlo e/ou impulsividade.

Características individuais de cada substância nos domínios cognitivos

Domínios Tipo de substância	Funções executiva/visuoespacial	Memória	Linguagem	Atenção
Álcool	Tomada de decisão, flexibilidade mental, resolução de problemas, memória de trabalho, resposta inibitória e capacidade visuoespacial (Marsha E. Bates, Labouvie, & Voelbel, 2002) (Green et al., 2010)	Memória de trabalho, memória de trabalho imediata e aprendizagem.	Fluência verbal	Controlo da atenção sustentada (Naim-Feil, Fitzgerald, Bradshaw, Lubman, & Sheppard, 2014)
Cocaína	Tomada de decisão, dificuldade em prever consequências, planeamento visuoespacial (Yücel et al., 2007)	Memória de trabalho, memória declarativa (Yücel et al., 2007)	Interferência semântica	Atenção visual, atenção sustentada, flexibilidade e <i>shifting</i> (Yücel et al., 2007)
Heroína	Controlo inibitório, tomada de decisão e pensamento estratégico, capacidade visuoperceptivas, associações visuoespaciais (Yücel et al., 2007) (Fishbein et al., 2007)	Memória de trabalho espacial, aprendizagem	Fluência verbal fonológica	Atenção seletiva
Cannabis	Incapacidade de interiorizar conceitos, controlo inibitório, inibição e impulsividade motora, tomada de decisão	Memória de trabalho, memória de trabalho espacial, memória episódica, memória verbal imediata	Fluência verbal (Grant, Chamberlain, Schreiber, & Odlaug, 2012)	Atenção seletiva, capacidade de filtrar informação importante a reter

Quadro referentes as áreas cognitivas avaliadas através do Montreal Cognitive Assesment (MoCA)

Função espacial visuo	<p>É responsável pela percepção visual de objetos e da relação espacial entre estes, análise de imagens e navegação mental. Possibilita a compreensão das dimensões 2 e 3D.</p> <p>Mecanismo complexo responsável pela capacidade ao nível das habilidades visuais e espaciais, tais como: estimar a distância e a profundidade, reconhecer o claro e o escuro, identificar complexos ângulos de interseção, reproduzir desenhos ou utilizar peças para construir objetos e formas, reconhecer a forma dos rostos.</p> <p>Exemplos de situações no dia-a-dia onde utilizamos a função visuo espacial: dar indicações e estabelecer rotas, reconhecer figuras geométricas, avaliar distâncias, profundidades e dimensões.</p>
Memória	<p>A memória é uma das funções cognitivas mais complexas, estando relacionada com diversas funções e sistemas neuronais, permitindo o registo, codificação, consolidação, retenção, armazenamento, recuperação e evocação de informação. A função mnésica é essencial para que o ser humano seja capaz de assegurar ações básicas de sobrevivência, tais como: alimentação. Desempenha um papel de destaque na formação do indivíduo em sociedade, permitindo o estabelecimento de padrões de socialização, comportamento, personalidade e exercendo assim um papel essencial na interação com o meio.</p> <p>Devido ao facto de ser uma função cognitiva que se relaciona em rede torna-se difícil o seu comprometimento total (ex:lesões), no entanto, é ao mesmo tempo frágil a várias condições patológicas.</p> <p>Tipos de memória:</p>

Curto prazo: processo de retenção inicial de informação, entre segundos a alguns minutos, após este tempo a informação retida é esquecida ou passa a memória a longo prazo ex: memorizar uma matrícula até que esta seja anotada.

Longo prazo: processo de retenção duradouro ou permanente, ao qual só conseguimos aceder de forma voluntária e consciente.

Subtipos da memória de longo prazo:

- **Semântica:** referente ao conhecimento geral e da semântica das palavras ex: recordação de cidades e tabuada, respetivamente.
- **Episódica:** sistema de memória com referencial temporal e espacial, implicada na recordação de episódios ex: festa de aniversário.
- **Autobiográfica:** referente a todos os acontecimentos de vida, permitindo-nos conhecermo-nos e às nossas características sociodemográficas.

Implícita ou de procedimentos: referente a sequências motoras automatizadas realizadas quase de forma instantânea, de forma involuntária e inconsciente (ex: conduzir)

Percetiva: referente a memórias sensoriais e que permite distinguir estímulos familiares, acesso de forma inconsciente ex: lembrar da sensação de tocar em papel

Atenção

A **atenção** é uma função cognitiva complexa e dinâmica responsável pelo processo de seleção da informação que chega ao sistema nervoso, selecionando os estímulos externos (ex: imagens, sons) e os estímulos internos (ex: pensamentos) destinados a realizar uma determinada atividade sensorial, cognitiva ou motora, permitindo a abstração de estímulos irrelevantes e selecionando de forma consciente outros. Envolve áreas como o nível de acesso de consciência, orientação, concentração, velocidade de processamento, motivação, seletividade ou alternância.

<p>Linguagem</p>	<p>A linguagem é uma função usada de forma diária, através da qual comunicamos de forma verbal ou não verbal, com o mundo e seus componentes. Traduz-se na organização de palavras e ideias com recurso a regras gramaticais que se pretende implementar num determinado.</p> <p>A linguagem verbal compreende a capacidade de expressão oral, de compreensão oral, de expressão escrita e de compreensão escrita. Possui diversos componentes, tais como o processamento fonológico, a sintaxe e a semântica e mesmo a capacidade de articulação das palavras.</p> <p>Existem alterações da linguagem, afasias, que se caracterizam pelas lesões cerebrais em áreas relacionadas com a linguagem</p>
<p>Orientação</p>	<p>A orientação é a capacidade de reconhecer o ambiente pessoal em relação a variáveis temporais e espaciais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação temporal é a capacidade do indivíduo se situar em função da sucessão dos acontecimentos (antes, após, durante) ou da duração dos intervalos de tempo • Orientação espacial é a capacidade do indivíduo se situar no espaço físico envolvente
<p>Funções executivas</p>	<p>As funções executivas são responsáveis pelo controlo da cognição e pela regulação da conduta humana. Através de processos cognitivos que associam o comportamento, emoção e a atividade cognitiva.</p> <p>Processos cognitivos envolvidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de objetivos • Resolução de problemas • Planificação de conduta • Formulação de conceitos abstratos e pensamento conceptual • Memória de trabalho • Programação motora • Regulação verbal do comportamento • Autoconsciência pessoal

	<ul style="list-style-type: none"> • Integridade da personalidade • Consciência ética • Habilidade para interagir com terceiros e adequação da conduta às normas sociais
Abstração	O pensamento abstrato caracteriza-se pela capacidade do indivíduo de se abstrair de um determinado elemento, conseguindo alcançar uma relação não evidente sobre esse elemento ex: quando calculamos mentalmente um desconto

Metodologia

Introdução

O Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) é um programa desenhado com base em experiência prévia através da aplicação de um conjunto de exercícios que abrangem diversas áreas cognitivas, com pessoas em tratamento de problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Este treino foi delineado com o intuito de restaurar e melhorar a flexibilidade cognitiva, com o propósito de obter resultados mais consistentes no comprometimento pessoal dos mesmos em relação ao seu processo terapêutico e conseqüentemente prevenção de recaídas.

Instrumentos de avaliação

Antes de iniciar o programa é necessário avaliar os participantes, com recurso a um instrumento de rastreio que nos permita avaliar se existe ou não a possibilidade de défice cognitivo ligeiro, para isto utilizou-se o MoCA (Freitas et al., 2010; Nasreddine et al., 2005), que foi concebido como um instrumento de rastreio, com finalidade de detetar o défice cognitivo ligeiro. Neste teste de rastreio os participantes realizam 11 tarefas, para um total de 30 pontos, sendo avaliados em diferentes domínios cognitivos. O instrumento avalia de forma breve a orientação, a alternância conceptual, as capacidades visuo-construtivas, a linguagem (nomeação, repetição e fluência verbal), a memória (evocação imediata e diferida), a atenção/concentração e a abstração. O tempo de aplicação total é de cerca de 15 minutos. A soma das pontuações permite-nos obter um valor geral, que será depois comparado com um ponto de corte para verificação da existência ou não de um provável défice cognitivo. O procedimento de aplicação e cotação (sendo os pontos de corte de acordo com a idade e anos de escolaridade do utente em causa) foi feito de

acordo com o artigo de aferição do MoCA para a população portuguesa (Freitas et al., 2010).

Este teste será igualmente aplicado no fim do programa, com a finalidade de avaliar se o utente evoluiu em algum dos domínios trabalhados.

Seleção dos participantes

Os participantes foram selecionados de acordo com uma revisão prévia sobre quais as características mais eficazes para um maior aproveitamento face aos conteúdos abordados. Posto isto, o grupo deverá ser homogéneo nas suas características, ou seja, ao nível do défice cognitivo apresentado na pré avaliação, para que se possa avaliar de forma fidedigna o aproveitamento obtido após a aplicação do treino. Deve-se igualmente ter em conta outras características tais como: o tipo de substância de abuso e história clínica de doenças neurológicas ou psiquiátricas que possam interferir com o desempenho cognitivo.

Desenho das sessões

As sessões deverão ser realizadas por um período de entre 45 a 60 minutos, por um período total de 15 semanas, sendo realizada uma sessão semanal. Os domínios a serem trabalhados são os seguintes: capacidade visuo espacial, função executiva, memória, atenção/cálculo, linguagem, abstração e orientação. A sessão deve ser dinamizada por um terapeuta, e caso haja a possibilidade da existência de um co dinamizador, quando o grupo é constituído por 8 ou mais utentes.

Trabalhos de casa

O trabalho de casa é uma parte fundamental do treino de estimulação cognitiva. Este deve ser realizado de forma independente pelo participante a par da estimulação grupal, não só para que o dinamizador observe se o utente é capaz de interiorizar os conteúdos trabalhados ao longo das sessões, como para não haver intervalos prolongados onde não sejam realizados exercícios de estimulação. O trabalho de casa varia de utente para utente, dependendo das suas dificuldades.

Plano das Sessões de Intervenção em Grupo

Nº da Sessão	Objetivos Específicos	Atividades
Avaliação Inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e seleção dos participantes; • Apresentar os elementos participantes na intervenção e os formadores; • Explicação sobre o objetivo do treino em geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do MoCA
1ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão • Estimular a orientação temporal, espacial e auto-psíquica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de orientação temporal, espacial e auto-psíquica.
2ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular a memória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de memória imediata, recente, remota e prospetiva; • Potencialização da memória através de objetos, imagens, palavras, histórias e conhecimentos gerais.
3ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Potencializar o vocabulário e conhecimentos. <p>(https://www.fonocom.com.br/nomeacao)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de memória remota; • Nomeação de objetos ou imagens.
4ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular funções perçetivas e sensoriais; • Promover uma melhor interação com o meio; • Gnosias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análise visual, táctil e auditiva; • Exercícios de evocação categorial e de reconhecimento visual.

5ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular a capacidade de atenção; • Estimular a orientação, visualização especial, capacidade construtiva, concentração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cópia de desenhos; • Exercícios de sequências lógicas; • Estimulação da capacidade de atenção.
6ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular a linguagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de categorias específicos.
7ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Aplicação do jogo digital Rehab+. (http://a53865.dsi.uminho.pt/all/spl.html) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de memória, orientação e cálculo.
8ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Treino da capacidade abstração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de semelhanças e diferenças.
9ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular a capacidade de atenção e de cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de cálculo e atenção.
10ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular a linguagem e a memória. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo STOP
11ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Potencialização da memória e escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de nomeação.
12ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular a capacidade de abstração. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de interpretação de imagens.
13ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Estimular capacidade de interpretação, linguagem e escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Texto e perguntas de interpretação.
14ª Sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o objetivo da sessão; • Potencializar a capacidade de atenção e raciocínio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício de letras e números.

Avaliação Final

- Avaliar possíveis ganhos cognitivos decorrentes das sessões de intervenção em grupo.

- Aplicação do MoCA.

Sessão 1

Objetivos:

- ✓ Breve apresentação dos utentes e equipa dinamizadora
- ✓ Explicação sobre o objetivo do treino em geral
- ✓ Estimular as funções executivas;
- ✓ Estimular a interação social e a orientação.

Atividades:

1. Apresentação – atividade onde os elementos participantes do grupo estão reunidos e se conhecem e apresentam. Na apresentação os participantes referem o nome, idade, estado civil, profissão e o que mais gosta de fazer. Esta atividade permite estimular a interação entre os participantes à medida que se apresentam.

2. Exercícios de Orientação para a Realidade – com a finalidade de orientar o paciente para o dia da semana em que estávamos, assim como o dia do mês, ano, estação do ano e local onde nos encontrávamos.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Considerações para o dinamizador: é normal que numa primeira sessão o grupo se apresente relutante à prática dos exercícios, pela dificuldade inerente à realização dos mesmos, e pela falta de hábitos em exercitar as suas capacidades cognitivas. É importante saber gerir sentimentos de frustração e recusa por parte de alguns participantes, auxiliando os mesmos, de forma individual, na realização dos exercícios. Ao longo das sessões espera-se observar um aumento da motivação e empenho por parte dos participantes.

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 2

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Estimular a memória imediata, recente, prospetiva e remota;
- ✓ Potenciar redes de interação social e valorizar sabedoria popular.

Atividades:

1. Exercícios de estimulação da memória – com a finalidade de potencializar a capacidade que o cérebro tem de reter e evocar informações acerca deles próprios e do mundo em geral.

2. Exercício “As Categorias”- nesta atividade foram utilizados um conjunto de cartões com imagens das seguintes categorias: frutas (laranja, banana, maçã, pera, kiwi) animais (gato, cão, rato, burro, cavalo) e transportes (autocarro, carro, barco, avião, bicicleta). Os cartões foram misturados e posteriormente foi pedido aos participantes que agrupassem as imagens por categorias.

3. Exercício “Recorda As Categorias” - nesta atividade foi pedido aos participantes que recordassem quais as categorias do exercício anterior, assim como as imagens que as constituíam.

4. Recomendações úteis para estimular a memória – Potencialização da memória através de objetos, imagens, palavras, histórias e conhecimentos gerais

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Trabalho de casa: é pedido ao utente que relembre uma coisa diferente que fez no fim-de-semana, com o objetivo de trabalhar a memória.

Materiais:

- ✓ Conjunto de 15 cartões, caneta, exercícios.

Sessão 3

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Potencializar o vocabulário e conhecimentos.
- ✓ É uma tarefa que requer que o participante identifique, de forma escrita, qual o objetivo ou animal que se encontra representado

Atividades:

1. Exercícios de nomeação de objetos ou imagens – nesta atividade, o utente realiza um exercício de vocabulário e nomeação.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Computador e projetor (<https://www.fonocom.com.br/nomeacao>).

Sessão 4

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Estimular a orientação e funções sensoriais;
- ✓ Promover interação com o meio;
- ✓ Estimular funções cognitivas remanescentes..

Atividades:

1. Exercícios de Orientação para a Realidade – com a finalidade de orientar o paciente para o dia da semana em que estávamos, assim como o dia do mês, ano, estação do ano e local onde nos encontrávamos.

2. Exercícios Olfativos – nesta atividade recorreu-se ao uso de especiarias e condimentos utilizados na gastronomia portuguesa, com o objetivo de serem identificados pelos participantes assim como lembrarem qual a sua aplicabilidade.

3. Exercícios Táteis – nesta atividade recorreu-se ao uso de materiais do dia a dia, com o objetivo de serem identificados pelos participantes assim como lembrarem qual a sua aplicabilidade.

4. Exercícios Visuais – nesta atividade dispuseram-se materiais em cima da mesa e de seguida pediu-se ao utente para os assinalar.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Trabalho de casa: é pedido ao utente que na sessão seguinte lembre cinco cheiros diferentes, cinco objetos diferentes que tenha utilizado e que fale um pouco deles.

Materiais:

- ✓ Copos de plástico;
- ✓ Canela + Café + Cebola + Limão + Laranja;
- ✓ Cadeira + Escova + Caneta + Moeda + Anel;

Sessão 5

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Estimular a orientação, visualização especial, capacidade construtiva, concentração e capacidade de atenção;

Atividades:

1. Exercício “Copia o Desenho”- nesta atividade foram utilizados cartões com figuras geométricas representadas, onde os utentes tinham de reproduzir essas mesmas figuras.

2. Exercício de sequência lógica- nesta atividade usaram-se um conjunto de exercícios em que os utentes teriam de descobrir a sequencias corretas.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Papel;
- ✓ Marcadores;

- ✓ Conjunto de exercícios.

Sessão 6

Objetivos:

- ✓ Estimular a linguagem, vocabulário e a memória

Atividades:

1. Exercícios de Categorias– com a finalidade de estimular a memória do paciente e vocabulário.

2. Exercícios de uma letra específica.- nesta atividade procurou-se orientar o utente para pensar num numero de palavras que comecem por uma letra específica.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, lápis;

Sessão 7

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Aplicação do jogo digital Rehab+.

Atividades:

1. Exercícios de Memória, Orientação e Cálculo – com a finalidade de estimular estas funções cognitivas.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Computador, projetor.

Sessão 8

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar da capacidade abstração.

Atividades:

1. Exercício Diferenças e Semelhanças- nesta atividade serão utilizados um conjunto de palavras, onde os participantes terão de identificar quais as diferenças e semelhanças das mesmas.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 9

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar da capacidade de cálculo e atenção.

Atividades:

1. Exercício de contas simples- nesta atividade serão utilizados um conjunto de problemas, onde os participantes terão de os resolver com cálculos simples.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 10

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar a memória, linguagem e escrita.

Atividades:

1. Jogo STOP- nesta atividade será dada uma letra e 8 categorias diferentes, onde os participantes terão dizer uma palavra para cada categoria que comece pela letra correspondente durante o tempo estimado.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 11

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar a memória, linguagem e escrita.

Atividades:

1. Exercícios de nomeação- nesta atividade será dada uma pergunta, e os utentes terão que responder corretamente.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 12

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar a capacidade de abstração.

Atividades:

1. Exercícios de interpretação de imagens- nesta atividade será dada uma imagem com um sentimento associado, e os utentes terão que responder corretamente.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 13

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar a capacidade de interpretação de textos, escrita e leitura.

Atividades:

1. Exercícios de interpretação de uma notícia- nesta atividade será dada uma notícia com uma história associada, e os utentes terão que responder corretamente às perguntas de interpretação..

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Sessão 14

Objetivos:

- ✓ Explicação sobre o objetivo da sessão (área cognitiva a trabalhar, exercícios a realizar);
- ✓ Treinar a capacidade de raciocínio e atenção..

Atividades:

1. Exercício de atribuição de um número a uma letra- nesta atividade será dada um conjunto de letras, e os utentes terão que atribuir corretamente os números indicados a cada letra, e depois fazer o cálculo total.

Tempo previsto: 45 a 60 minutos

Materiais:

- ✓ Conjunto de exercícios, caneta.

Anexos

(Do Manual de Estimulação Cognitiva)

Anexo A- Programa de Estimulação Cognitiva- Sessões

Sessão 1

Nome:

Data de Nascimento:

Idade:

Morada:

Informações: Preencha a tabela seguinte com as informações corretas.

Hoje...	Amanhã...	Marque a hora atual no relógio
<input type="text" value="Dia da Semana"/>	<input type="text" value="Dia da Semana"/>	
<input type="text" value="Dia do Mês"/>	<input type="text" value="Dia do Mês"/>	
<input type="text" value="Mês"/>	<input type="text" value="Mês"/>	
<input type="text" value="Ano"/>	<input type="text" value="Ano"/>	
<input type="text" value="Estação do Ano"/>	<input type="text" value="Estação do Ano"/>	
<input type="text" value="À minha direita está"/>		Marque a hora do jantar
<input type="text" value="À minha esquerda está"/>		
<input type="text" value="À minha frente está"/>		
<input type="text" value="Atrás de mim está"/>		

Sessão 2

Exercício Memória Remota

Instruções: Resolva o seguinte exercício sobre tempo, horas dias, etc.

Quantos dias tem uma semana? Quais são?
Quantos meses tem um ano? Quais são?
Quantas estações tem um ano? Quais são?
Quantos dias tem um ano?
Quantos dias tem um mês?
Quantas horas tem um dia?
Quantos minutos tem uma hora?
Quantos segundos tem um minuto?

Exercício Memória Imediata

Instruções: Repita as seguintes frases, primeiro pela ordem que ouviu e depois invertendo a ordem das palavras na frase.

Vou comer
Tenho frio
Hoje está sol
Amanhã é domingo
O céu está encoberto
Depois vamos ao cinema
O Manuel está com a Ana
Sábado é dia de festa na aldeia
O Rui teve más notas a matemática
Se amanhã não chover vamos à praia

Memória Remota

Item	Lembrou-se sem ajuda	Lembrou-se com ajuda

Memória Imediata

Direto	Sozinho	Com Ajuda	Inverso	Sozinho	Com Ajuda

Orientação

Orientação da pessoa
Como te chamas?
Quantos anos tens?
É casado/solteiro/viúvo?
Em que ano nasceu?
Qual a data do teu aniversário?
Tens filhos? Quantos filhos tens?
Como se chamam os teus filhos?
Tens netos? Quantos netos tens? E qual a idade destes?

Orientação temporal
Em que dia da semana estamos?
Em que dia do mês estamos?

Em que mês estamos?

Em que ano estamos?

Em que estação do ano estamos?

Em que dia se celebra a véspera de natal?

Que dia é hoje?

Orientação espacial

Como se chama este edifício?

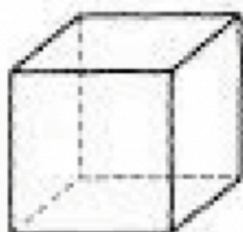
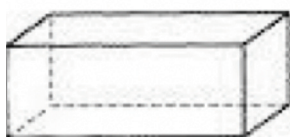
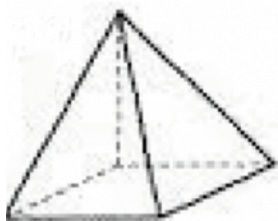
Em que cidade estamos?

Em que freguesia resides?

Em que país estamos?

Cópia o Desenho

Instruções: Desenhe as figuras o mais igual possível ao lado.



Exercício: Semelhanças e Diferenças

		Semelhanças	Diferenças
1. Cão	Pássaro		
2. Carro	Camião		
3. Banana	Pera		
4. Garfo	Faca		
5. Televisão	Rádio		
6. Casaco	Calças		
7. Nota	Moeda		
8. Caneta	Lápis		
9. Banco	Cadeira		
10. Olho	Nariz		
11. Carro	Barco		
12. Futebol	Andebol		
13. Janela	Porta		
14. Vinho	Água		

Instruções: Distinguir as semelhanças e diferenças nos seguintes pares de palavras:

|

Instruções: Irão ser apresentadas diversas questões às quais deverá dar resposta. Registe os cálculos que precisou de efetuar para chegar à resposta considerada correta.

1) A Maria decidiu fazer algumas remodelações na sua mobília. Entre elas tem-se a pintura das suas cadeiras: pintou 6 cadeiras com 3 latas de tinta. Quantas latas precisa para pintar 8 cadeiras?

2) 1 Kg de batata marca continente custa 55 cêntimos. Quanto pagaria o João se quisesse comprar 2kg e meio de batata da mesma marca?

3) A Joana comprou 3 sacos de pães-de-leite. Cada saco tinha 23 pães. Quantos pães-de-leite tinha a Joana no total?

4) O Pedro perdeu uma aposta com 4 amigos seus e por isso ficou de lhes oferecer reбуçados. Decidiu comprar duas dúzias para repartir por cada um dos amigos. Quantos reбуçados deu a cada um?

5) A Maria fez uma festa de aniversário e convidou 11 amigos. Dois deles comeram 3 fatias de bolo cada um, um deles comeu duas fatias de bolo e os restantes apenas comeram uma fatia de bolo cada um. Quantas fatias a Maria teve que partir?

6) A Joana comeu 8 gomas, ofereceu 3 à irmã mais nova e ainda ficou com 16 gomas. Quantas gomas ela tinha no início?

7) A Mafalda está com um problema de saúde que a obriga a ir à casa de banho de 2h em 2h. Quantas vezes por dia a Mafalda vai à casa de banho?

8) A Joana e a sua amiga Maria foram comprar rebuçados. A Joana como tinha mais dinheiro comprou o triplo dos rebuçados comparativamente com a Maria. A Joana comprou 18 rebuçados. Quantos rebuçados tem a Maria?

9) O Filipe gosta muito de brincar com berlindes e por isso preocupa-se sempre em arrumá-los depois de brincar. Ele arruma sempre da seguinte maneira: 3 sacos com 22 berlindes cada; 4 sacos com 25 berlindes cada e 2 sacos apenas com 10 berlindes cada. Quantos berlindes tem o Filipe no total?

10) Numa paragem de autocarro saíram 14 pessoas e entraram 36. No total ficaram 63 pessoas. Antes de ser efetuada a paragem, quantas pessoas estavam a viajar no autocarro?

Total	
Cidades	
Países	
Marcas	
Frutos	
Cores	
Objetos	
Animais	
Nomes	

Nomeie os locais corretamente

Onde se compra o pão?

Onde se compram os medicamentos?

Onde se compra flores?

Onde se compra a carne?

Onde se compra o peixe?

Onde se compra o café?

Onde se compra o arroz?

Onde se compra a roupa?

Onde se compra os sapatos?

O que se usa para pentear?

Onde vemos as horas?

Onde dormimos à noite?

Onde se houve música?

Onde cozinhamos?

Onde guardamos os alimentos frescos?

Que usamos para fritar alimentos?

Com que bebemos água?

Com que cortamos a carne?

Com que lavamos o cabelo?

Com que varremos o chão?

Onde guardamos a roupa?

Onde vamos à missa?

Sessão 11

Que objetos usamos para pintar?

Com que objetos se pregam pregos na parede?

Onde se guardam os alimentos congelados?

Que objeto usamos quando esta chover?

Com que objeto se espremem as laranjas?

Que objeto usamos para agrafar folhas?

Que objeto usamos para furar folhas?

O que vestimos para ir para a praia?

Interpretação de imagens



Qual o sentimento associado a esta imagem?

Qual o sentimento associado a esta imagem?



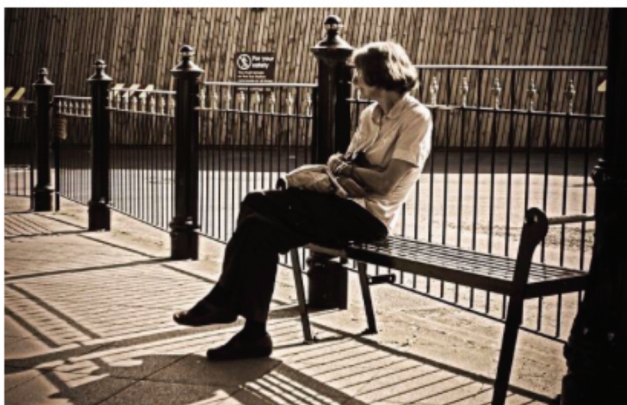
Qual o sentimento associado a esta imagem?

Sessão 12



Qual o sentimento associado a esta imagem?

Qual o sentimento associado a esta imagem?



Qual o sentimento associado a esta
imagem?

Leia com atenção a seguinte notícia

Notícia

Para roubar 100 euros, um grupo de três homens espancou uma idosa de 76 anos dentro de casa, em Santa Iria da Azoia, Loures. Elisa Rosa Mendonça, a vítima, foi quase estrangulada e está internada no hospital de S. José, em Lisboa, devido aos ferimentos sofridos. “Ela ficou quase desfigurada, tal foi a violência. Tem hematomas e escoriações em toda a face e por pouco não morreu estrangulada”, contou ontem ao Correio da Manhã Ana Clara Alves, uma das filhas da vítima que encontrou a mãe “em grande sofrimento” minutos após o assalto.

Elisa Mendonça, viúva há mais de 20 anos, estava sozinha em casa quando, pelas 17h00 de quarta-feira, foi surpreendida na pequena habitação, na rua João de Deus, por três homens. De facas em punho, o gang, que atuou de cara descoberta e sem luvas, sequestrou a idosa e ameaçou-a de morte, até que a vítima revelou onde estava guardado o dinheiro que tinha em casa: cem euros, o que tinha para as despesas do mês.

[Texto retirado do jornal Correio da Manhã de 13-03-2015, p. 14]

Com base na notícia que acabou de ler responda às seguintes questões:

- 1) O que aconteceu à idosa pelas 17h00 de uma quarta-feira? Refira qual o acontecimento e a forma como foi feito.

- 2) Quais os danos físicos que a idosa sofreu?

- 3) Refira um aspeto que tornou esta idosa mais vulnerável face a este acontecimento.

- 4) Porque razão há um predomínio de assaltos às pessoas mais idosas?

- 5) Invente um título para a notícia





Instrução: Coloque **2** por baixo da letra **D**; **4** por baixo da letra **E** e **6** por baixo da letra **V**.
De seguida no final de cada fila coloque o valor equivalente à soma dos diferentes dígitos e no final coloque o valor total.



D	F	E	F	V	D	S	D	E	V	
E	D	V	E	V	E	V	E	D	T	
V	D	E	V	D	T	S	T	E	D	
E	V	S	V	D	V	E	V	E	D	
V	S	T	E	V	T	D	T	V	V	
D	V	E	V	E	S	V	S	T	E	
E	V	E	D	V	D	S	T	E	S	
D	E	S	V	V	D	S	V	E	D	
Total										

Anexo B- Trabalhos de casa

Sequências lógicas

Instruções: Complete a sequência nos conjuntos seguintes:

A B A B C D C D A ___ ___ B C ___ C ___

3 4 1 2 6 5 3 4 ___ 2 ___ ___ 3 4 1 ___ 6 ___


8 12 16 20 24	
1 4 7 10 13	
30 27 24 21 18	
47 52 57 62 67	
60 54 48 42 36	
55 47 39 31 23	

TPC: Palavras começadas por uma letra específica

Indique o maior número de palavras que comecem com a letra B

Indique o maior número de palavras da categoria "CORES" que se lembrar

Indique o maior número de palavras da categoria "UTENSÍLIOS DE COZINHA" que se lembrar

Indique o maior número de palavras da categoria "ANIMAIS" que se lembrar

Indique o maior número de palavras a começar pela letra C

TPC: Números

Escreva a seguinte série de números e letra de forma inversa: Comece por escrever o último e venha até ao primeiro, tal como mostra o primeiro exemplo:

328	823
5282	
21845	
210951	
98643793	
H76F4	4F67H
J46SL7H	
5FD87S9	

TPC- Perguntas Vocabulário

Onde se compra o pão?

Onde se compram os medicamentos?

Onde se compra flores?

Onde se compra a carne?

Onde se compra o peixe?

Onde se compra o café?

Onde se compra o arroz?

Onde se compra a roupa?

Onde se compra os sapatos?

O que se usa para pentear?

Onde vemos as horas?

Onde dormimos à noite?

Onde se houve música?

Onde cozinhamos?

Onde guardamos os alimentos frescos?

Que usamos para fritar alimentos?

Com que bebemos água?

Com que cortamos a carne?

Com que lavamos o cabelo?

Com que varremos o chão?

Onde guardamos a roupa?

Onde vamos à missa?

Que objetos usamos para pintar?

Com que objetos se pregam pregos na parede?

Onde se guardam os alimentos congelados?

Que objeto usamos quando esta chover?

Com que objeto se espremem as laranjas?

Que objeto usamos para agrafar folhas?

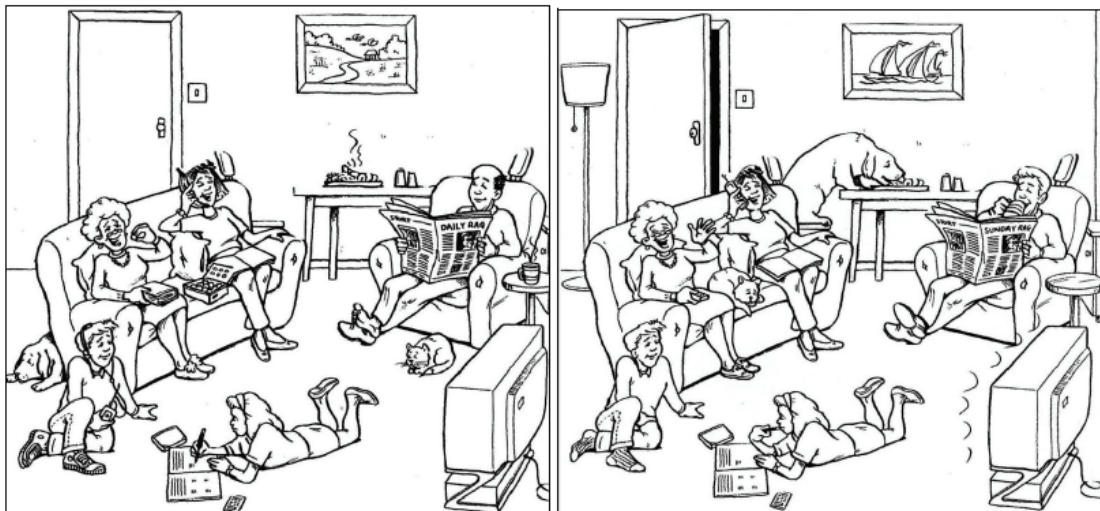
Que objeto usamos para furar folhas?

O que vestimos para ir para a praia?

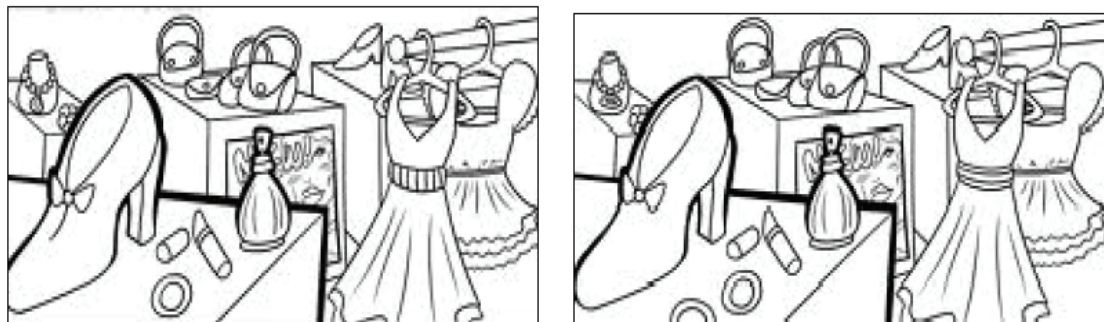
TPC: Descobre as diferenças



Nota: São 12 as diferenças que vai encontrar nestes desenhos.



Nota: São 20 as diferenças que vai encontrar nestes desenhos.



Nota: São 5 as diferenças que vai encontrar nestes desenhos.

TPC: Relógios

Instruções: Desenhe os seguintes relógios (contorno, ponteiros e números)

Desenhe um relógio onde as horas apontem para as quinze horas:

Desenhe um relógio onde as horas apontem para as dezasseis e dez:

Desenhe um relógio onde as horas apontem para as onze e quarenta:

Desenhe um relógio onde as horas apontem para as vinte e uma e trinta e cinco:

Desenhe um relógio onde as horas apontem para as vinte horas:

TPC: Sopa de letras

Animais Marinhos

U	C	G	S	B	F	K	B	C	P	E	H	T	B	T	C	Y
O	N	O	A	A	A	I	N	C	A	M	O	W	E	A	F	V
X	Q	L	N	P	R	C	I	J	I	L	K	Q	S	R	P	L
W	I	F	Ê	E	X	D	A	B	U	U	R	J	U	T	L	O
H	I	I	M	H	T	O	I	L	D	V	Y	W	G	A	U	R
V	B	N	O	O	I	Y	D	N	H	L	A	U	O	R	L	E
L	D	H	N	O	A	Q	H	R	H	A	H	E	L	U	A	E
P	A	O	A	I	O	B	P	S	K	A	U	J	O	G	M	L
H	O	G	U	O	G	F	O	Z	D	E	O	U	N	A	M	Y
K	P	L	O	R	R	X	M	Z	P	B	E	Y	T	F	V	Y
E	A	S	V	S	A	Y	S	V	Y	H	E	V	R	B	B	C
A	T	M	U	O	T	D	O	W	B	D	O	R	A	E	I	F
B	A	L	E	I	A	A	A	K	E	F	F	Q	S	Y	D	L
R	O	B	A	L	O	J	E	G	T	U	B	A	R	Ã	O	V
N	H	K	C	A	R	A	N	G	U	E	I	J	O	F	R	V
Q	U	J	A	I	I	A	J	T	F	F	M	P	R	A	I	A
W	A	V	Z	O	E	Y	D	S	Z	O	C	C	P	T	F	K

Besugo	Baleia	Polvo	Tartaruga
Golfinho	Raia	Lula	
Carangueijo	Dourada	Robalo	
Tubarão	Sardinha	Anêmona	
Lagosta	Lontra	Bacalhau	
Ombro	Orelha	Perna	
Dedo	Pescoço	Braço	
Nariz	Mão	Cotovelo	

Calçado

J	Y	R	S	A	N	D	Á	L	I	A	S	X	N	Q	Y	O
C	H	I	N	E	L	O	S	T	Z	U	I	L	U	U	M	W
S	A	P	A	T	O	S	D	F	S	I	N	N	H	O	G	H
A	R	E	Z	Z	K	P	G	W	R	E	L	K	U	A	G	B
M	U	Z	O	K	A	G	A	I	Y	I	K	G	O	S	M	V
A	F	N	M	Q	M	A	L	N	E	Y	W	A	B	X	O	O
B	O	T	I	N	S	T	O	U	T	D	E	Y	U	P	C	D
N	Á	X	E	S	T	U	C	L	L	U	E	B	O	T	A	S
S	E	L	A	A	P	V	H	R	M	S	F	I	C	A	S	Q
S	A	L	P	P	I	B	A	P	E	Q	T	A	O	J	S	O
T	C	B	E	A	Z	L	S	O	C	Y	L	É	S	B	I	S
B	D	I	R	T	R	T	A	M	A	N	C	O	N	U	M	K
Y	P	J	O	I	O	G	U	F	E	Y	O	J	Q	I	T	T
X	I	M	P	L	N	J	A	I	T	L	E	K	T	E	S	Z
A	K	E	W	H	C	A	O	T	E	C	Q	K	H	T	K	P
U	D	I	H	A	Z	G	S	W	A	Y	P	I	E	W	V	U
W	C	N	U	S	C	S	E	N	U	Y	B	A	P	F	S	A

Botins	Sandálias	Sapatos
Galochas	Chinelos	Mocassim
Sapatilhas	Álpargata	Tamanco
Sabrinhas	Botas	
Ténis	Pantufas	

Animais Domésticos

P	X	A	G	B	T	K	Y	D	K	H	Z	A	S	Q	P	N
S	I	T	A	A	C	U	Q	D	H	U	Y	E	I	M	E	S
X	T	R	L	R	N	I	J	H	U	I	Y	O	V	Y	D	J
Y	I	Q	I	R	O	S	H	H	J	U	O	O	U	P	V	S
C	W	F	N	Q	B	T	O	E	N	Y	G	U	E	A	C	I
A	Ã	A	H	X	U	B	T	I	O	H	Y	M	Q	V	O	K
M	I	O	A	O	J	I	N	Q	V	E	Y	J	S	Ã	E	I
J	P	O	R	C	O	K	T	O	E	C	V	S	B	O	L	O
Z	P	P	I	L	J	K	E	O	L	A	F	Q	V	U	H	T
B	S	A	R	N	S	M	G	M	H	B	T	Y	P	B	O	A
U	Y	T	A	H	Y	X	G	J	A	R	E	E	M	Q	C	T
R	G	O	H	A	M	S	T	E	R	A	V	I	Z	E	A	E
R	I	A	E	C	A	N	Ã	R	I	O	V	C	K	U	V	R
O	U	J	T	G	V	Y	E	T	A	O	U	E	N	R	A	W
F	O	X	W	O	A	C	I	V	U	O	C	Y	U	L	L	O
F	A	O	L	Y	C	A	T	A	L	F	U	X	D	E	O	E
G	X	Y	Q	W	A	A	L	O	N	I	Q	M	T	I	U	A

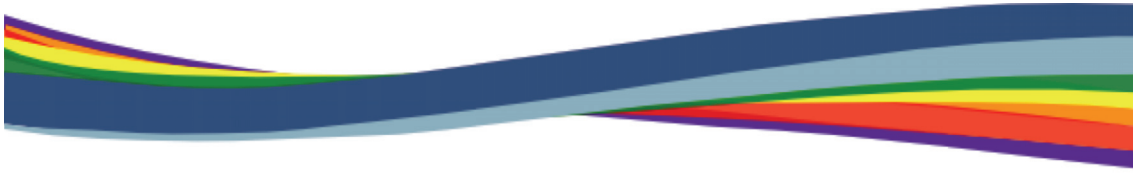
Galinha
Cavalo
Pavão
Coelho
Ovelha

Burro
Piriquito
Cabra
Porco
Pato

Cão
Hamster
Gato
Vaca
Ganso

Canário

Anexo C - Ação Formação



Promoção da Saúde e Bem Estar



Porque estamos aqui?

- Falar sobre a importância da Saúde e Bem Estar
- Fatores de Proteção e de Risco
- Consequências dos comportamentos de Risco
- Importância da ocupação do Tempo Livre
- Conclusão



O que é a Saúde e o Bem Estar?

3

O que é a Saúde e o Bem Estar?

- Boa disposição do corpo.
- Boa disposição da mente.
- Bem estar entre indivíduos.



4

O que são comportamentos prejudiciais?

5

Fatores de Proteção e de Risco

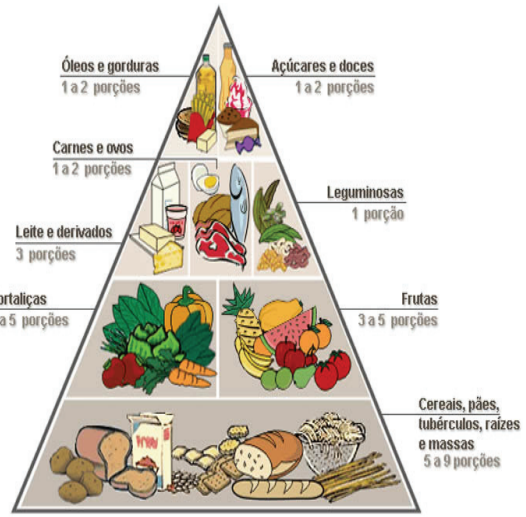
Comportamentos benéficos/ de proteção para a Saúde

- Boa alimentação
- Prática de exercício físico regular
- Desenvolver boa autoestima
- Educação/informação adequada
- Redes sociais de apoio
- Trabalho/Ocupação tempos livres

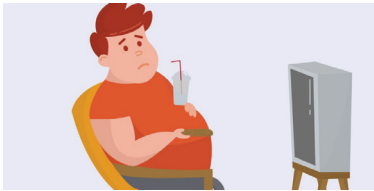
Comportamentos prejudiciais ou de risco

- Má alimentação
- Alcoolismo
- Drogas
- Tabaco
- Sedentarismo
- Ansiedade/Stress

6



7



STRESS



8

Existem consequências?

9



Problemas de
memória

Humor/Animo instável

Ansiedade

Aborrecimento

Indisposição pela
manhã

Sentimento de
insatisfação

10



Importância da ocupação de tempos livres e dos passatempos

1. A pessoa que faz uma atividade terá uma maior sensação de bem-estar; a **novidade entusiasmo e é excitante!**
2. **Aprender coisas novas** aumenta o nosso bem-estar, a nossa autoconfiança e o nosso sentimento de crescimento pessoal!
3. Tarefas ativas (por exemplo, fazer exercício) resultam em **maior satisfação e sentimento de tempo bem utilizado**, do que tarefas passivas (por exemplo, ver televisão);
4. Passatempos são atividades que ajudam a **controlar o stress**.

11



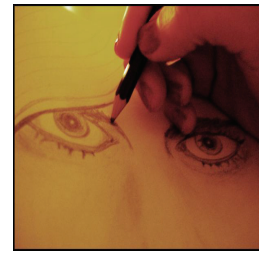
Passatempos (Hobbies)



12



Passatempos (Hobbies)



Voluntariado

Tarefas domésticas

Ler

Caminhar

13



Conclusão

- Sabemos que os maus hábitos de vida interferem no equilíbrio da nossa saúde.
- Lembramos para optar por um estilo de vida saudável se não quiser interromper o equilíbrio do organismo, evitando assim, doenças físicas e psicológicas.

14

Obrigado
pela participação!



Projeto Fénix

Avenida Dom Afonso Henriques, 2671
Calendário 4760-283 VILA NOVA DE FAMALICÃO

Email: fenix.famalicao@projectohomem-braga.pt
Telefone - 252361603

Anexo D- Questionário de satisfação/opinião

Questionário de satisfação/opinião

Considera que os conteúdos apresentados no programa foram adequados?

Discordo totalmente | discordo | não concordo/nem discordo | concordo | concordo completamente

1 2 3 4 5

Considera pertinente a aplicação deste programa no contexto em que esta inserido?

Discordo totalmente | discordo | não concordo/nem discordo | concordo | concordo completamente

1 2 3 4 5

Considera que este programa o ajudou a melhorar o seu desempenho cognitivo?

Discordo totalmente | discordo | não concordo/nem discordo | concordo | concordo completamente

1 2 3 4 5

O dinamizador foi assertivo e esclarecedor ao longo de todo o programa, permitindo uma compreensão dos conteúdos de forma clara?

Discordo totalmente | discordo | não concordo/nem discordo | concordo | concordo completamente

1 2 3 4 5

Sugestões e comentários

O utente,

Anexo E- Diploma de finalização do PEC



FIM