



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

**Cristina Manuela Castro Gonçalves**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
DEZEMBRO 2014



# Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Local do Estágio: Instituto da Droga e  
Toxicod dependência

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

**Cristina Manuela Castro Gonçalves**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Eleonora Cunha  
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
DEZEMBRO 2014

## **Resumo**

Este relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, promovido pela Universidade Católica Portuguesa de Braga, com a orientação da Professora Doutora Eleonora Costa. Este estágio teve lugar no Instituto de Droga e Toxicodependência, em Braga sob a supervisão do Doutor Filipe Coelho, com a duração de aproximadamente 10 meses. Os objetivos principais passaram pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades na área da psicologia clínica e da saúde, que possibilitaram a prática e o aprofundamento de aprendizagens teóricas, efetuadas ao longo do percurso académico, assim como, a aquisição de competências profissionais adequadas à prática da psicologia. O relatório está estruturado em quatro partes. A primeira parte consiste na caracterização e descrição da instituição, e descrição do papel do psicólogo, na segunda parte realiza-se a caracterização da observação das atividades do local. Numa terceira parte, descreve-se as atividades realizadas durante o estágio e por último, na quarta parte, apresenta-se a reflexão e conclusão da experiência do estágio.

**Palavras-chave:** Relatório de estágio, Psicologia Clínica e da Saúde, Droga e Toxicodependência.

## **Abstract**

This report falls under the internship the Masters in Clinical and Health Psychology, sponsored by the Portuguese Catholic of Braga, with the guidance of Professor Eleonora Costa. This internship took place at the Institute for Drugs and Drug Addiction in Braga under the supervision of Dr. Filipe Coelho, lasting approximately 10 months. The main objectives started by developing a set of activities in the field of clinical and health psychology, which allowed the practice and the deepening of theoretical learning, undertaken the academic record as well as the acquisition of skills appropriate professionals will practice of psychology. The report is structured in four parts. The first part consists in the characterization and description of the institution and description of the role of the psychologist in the second part performs the characterization of the activities of the observation site. In the third part, we describe activities undertaken during the internship and, finally, the fourth part presents the reflection and completion of the internship experience.

**Keywords:** Report stage, Clinic and Health Psychology, Drugs and Addiction.

## **Acrónimos**

**E.T-** Equipa Técnica Especializada de Tratamento

**SICAD-** Serviço de Intervenção de Tratamento

**IDT-** Instituto da Droga e Toxicodpendência

## Indicie

Resumo.....	iii
Abstract .....	iv
Acrónimos .....	v
Indicie.....	vi
1-Caracterização do contexto institucional .....	7
1.1-Objetivos de estágio .....	9
1.2-Papel do Psicólogo .....	9
2- Atividades desenvolvidas .....	11
2.1- Caracterização das atividades desenvolvidas no contexto de estágio.....	11
2.2-Caracterização da observação .....	11
2.2.1-Integração no serviço .....	11
2.2.2-Observação de consultas .....	12
2.2.3-Observação do serviço de enfermagem .....	12
2.2.4-Observação da equipa de rua .....	13
2.3-Avaliação das necessidades .....	14
3- Casos de avaliação/ intervenção .....	14
3.1- Casos Clínicos.....	15
3.1.1- Caso S – Estudo de caso .....	15
3.1.2- Caso H.....	25
3.1.3- Caso R.....	32
3.1.4- Caso D.....	38
3.1.5- Caso A.....	44
3.2- Intervenção em Grupo – “ <i>Tu és mais forte...</i> ” .....	48
3.3- Psicoeducação- “As Drogas” .....	51
3.4- Ação de Formação- “ O sono “ .....	53
Reflexão Final \ Conclusão .....	55
Referências Bibliográficas .....	57
Anexos.....	63

## **1-Caracterização do contexto institucional**

No que diz respeito á caracterização da instituição, esta deverá consistir em dois pontos de referência. Inicialmente, será necessário caraterizar o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e de seguida o Instituto de Droga e Toxicodependência, que mais tarde passou a ser designado por Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ET.)

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), tem como principais objetivos promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Este serviço, para além, dos objetivos gerais estabelece as seguintes atribuições:

- Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de redução do consumo de substâncias psicoactivas, de prevenção dos comportamentos aditivos e da diminuição das dependências e sua avaliação;
- Planear e avaliar os programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento do consumo de substâncias psicoactivas, dos comportamentos aditivos e das dependências, designadamente definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para garantir a qualidade;
- Planear a intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, através de uma rede de referenciação entre cuidados primários, centros de respostas integradas e unidades de internamento ou unidades hospitalares, consoante a gravidade da dependência ou dos consumos de substâncias psicoativas;
- Desenvolver, promover e estimular a investigação científica no domínio das substâncias psicoactivas, dos comportamentos aditivos e das dependências e manter um sistema de informação sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências;
- Desenvolver mecanismos de planeamento e coordenação efetivos conducentes à definição das políticas para as intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências;
- Efetuar diagnósticos de necessidades de intervenção de âmbito nacional, definir as prioridades e o tipo de intervenção a desenvolver;
- Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências;

- Promover a formação no domínio das substâncias psicoactivas, dos comportamentos aditivos e das dependências;
- Assegurar a recolha, tratamento e divulgação dos dados e informação dos serviços públicos e das entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoactivas, dos comportamentos aditivos e das dependências;
- Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, bem como garantir o cumprimento das obrigações enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência, em coordenação com a Direcção-Geral da Saúde, enquanto entidade responsável pelas relações internacionais do Ministério da Saúde;
- Prestar o apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência;
- Definir os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos.

A Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ET), pertence ao Serviço de Intervenção de Tratamento (SICAD). Esta equipa presta cuidados a pessoas com problemas de dependências, na área residencial de Braga, como também, Amares, Esposende, Póvoa de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão e Vila verde.

Esta equipa de tratamento é constituída por, um médico psiquiatra e um médico de clinica geral, quatro enfermeiros, duas técnicas de serviço social, seis psicólogos, uma técnica administrativa, cinco assistentes operacionais e um segurança.

A equipa trabalha e conjunto com outros serviços como: equipa de rua, segurança social, departamento de psiquiatria, comissão de menores, tribunal, centros de saúde, estabelecimento prisional de Braga e outras equipas de tratamento.

As principais funções da Equipa de Tratamento e Reinserção são a promoção, o planeamento, a execução\ coordenação de programas de tratamento e, reinserção social que ajude os utentes a melhorar a sua qualidade de vida. No entanto, também existe uma componente de prevenção, esta torna-se mais eficaz se tiver início nos mais jovens.

Segundo Muchata (2002), os objetivos primordiais desta equipa são:

- “Garantir, a toda a população com a problemática, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas;

- Disponibilizar uma variada oferta de Programas de Tratamento e de Cuidados, atendendo um diversificado leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, guiadas por princípios éticos e pela evidência científica;

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e Intervenções Terapêuticas”.

### **1.1-Objetivos de estágio**

A realização deste estágio teve como principais objetivos: a aquisição de conhecimentos referentes a esta problemática (a toxicodependência) de maneira a que se possa intervir, a obtenção de competências de avaliação psicológica e prevenção. Proporcionar a aplicação da teoria, na realidade prática da psicologia, treino de capacidades de intervenção individual e em grupo, experiência ao nível da elaboração de diagnóstico e prognóstico, como também, a tomada de decisão. Aptidão para o trabalho e colaboração em equipa.

Este estágio, permite por parte do estagiário, o acompanhamento de cinco casos, uma intervenção em grupo, uma psicoeducação e uma ação de formação.

### **1.2-Papel do Psicólogo**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a toxicodependência é definida como um estado psíquico e físico, que resulta da integração entre um organismo vivo e uma substância toxica que se pode manifestar por alterações no comportamento e por outras reações que influenciam sempre a compulsão para o consumo, de uma forma continua ou periódica, com a finalidade de experimentar efeitos específicos, ou de evitar o mau estar de privação (OMS, 2010).

A Psicologia Clínica e da Saúde, pode ser definida como uma aplicação dos métodos e conhecimentos pertencentes ao domínio prático da psicologia, tendo como principais objetivos a prevenção, promoção e manutenção da saúde mental e física do individuo, como também a avaliação e tratamentos de perturbações, que causam mau estar ao individuo (Leal e Ribeiro, 1996).

A relação que se constrói numa consulta psicológica representa um tipo de relação social que difere de todas as relações que o paciente já experienciou (Rogers, 1942). Assim, o papel

do psicólogo é relevante na exploração das relações complexas e no desenvolvimento de avaliações psicológicas e intervenções psicoterapêuticas (Melo & Duarte, 2009).

O primeiro contato com o utente pode-se definir como acolhimento, isto é, os utentes são recebidos pela primeira vez pelo psicólogo no serviço. Nesta primeira fase, o psicólogo deve, desde logo, entender a razão pelo qual o utente fez o pedido, como também fazer uma avaliação da situação do utente e de delinear os métodos terapêuticos mais adequados a seguir para cada utente (Ferreira, Borges & Filho, 2004; Fontaine, Hervê & Morel, 1998; Patrício, 1995).

O psicólogo realiza intervenções individuais construindo laços para uma boa relação terapêutica. Este deverá motivar o utente para a realização do projeto terapêutico, bem como, para a adesão de fármacos, como também, projetos de reinserção, controlo de recaídas e se necessário reajustes no projeto terapêutico devido a possíveis recaídas (Prata, 2008). Segundo Patrício (1995), no desenvolvimento do projeto terapêutico, as atitudes medicas, psicológicas e sociais, deverão ser centradas no toxicod dependente, no entanto, também será relevante possíveis mudanças no maio ambiente. A realização destas mudanças, deverá ter em conta o tipo de consumo e o tipo de inserção que o individuo acarreta. O utente encontrar-se-ia mais estabilizado se permanecesse fora do mundo da droga, como tal não acontece, este é encaminhado para tratamentos de curta (7 a 10 dias em Unidade de Desabituação) ou de longa duração (12 meses em Comunidade Terapêuticas).

O papel do psicólogo clinico e da saúde consiste, numa terapia individual, promovendo a abstinência de substâncias, como também a prevenção de recaídas e reinserção social. É de referir que, se necessário, também se promova a motivação junto dos familiares para a frequência de consultas, uma vez que, estes são a base de uma possível intervenção.

Em suma, pode-se afirmar que é necessário a existência de um profissional com competências ligadas a áreas sociais, educacionais e organizacionais, que inclua capacidades de garantir ás equipas de cuidados de saúde uma compreensão que alcance particularidades psicológicas, prestação de cuidados de saúde, gestão de recursos e intervenção comunitária (Trindade & Teixeira, 2007).

## **2- Atividades desenvolvidas**

### **2.1- Caracterização das atividades desenvolvidas no contexto de estágio**

Durante o decorrer do estágio, foram desenvolvidas várias atividades tais como: observação de algumas valências do serviço, intervenção a nível individual com cinco utentes; a nível grupal a realização de uma intervenção em grupo, uma psicoeducação e uma ação de formação. Também se teve a possibilidade de participar numa conferência “Novas adições, Novos desafios” realizada na cidade do Porto e uma formação sobre “psicofármacos”, realizada no edifício da instituição.

### **2.2- Caracterização da observação**

As atividades realizadas, no âmbito deste estágio, tiveram como finalidade o desenvolvimento de procedimentos específicos no campo da psicologia clínica e da saúde.

A observação das atividades realizadas no quotidiano da instituição, teve como principal objetivo, integrar o estagiário no trabalho desenvolvido por toda a equipa da instituição, no tratamento das dependências. Esta atividade permitiu um maior contato com toda a equipa, permitiu ainda a aquisição de um maior conhecimento referente a esta problemática, como também, estratégias de intervenção. Por fim possibilitou solidificar os objetivos do estágio e o levantamento de necessidades da instituição. Esta atividade permitiu observar consultas de psicologia, serviço de enfermagem, reuniões clínicas, atividades da equipa de prevenção, equipa de rua, como também , permitiu a observação de uma ação de formação e a participação de uma conferência.

#### **2.2.1- Integração no serviço**

O primeiro contato com a instituição, ocorreu através da integração e conhecimento no serviço. Neste primeiro contato foram conhecidas as instalações da instituição, bem como toda a equipa deste serviço. Através deste contato, verificou-se, desde logo um bom ambiente no serviço, atenção e disponibilidade de nos receber, como também o esclarecimento de dúvidas referente ao funcionamento do serviço. O edifício onde se localiza a equipa técnica especializada de tratamento é um edifício antigo, no qual necessita de algumas obras, como também acresce de melhorias a nível de aquecimento e confortabilidade. É um edifício composto por três pisos: no primeiro piso, existe uma sala de espera onde se encontra a recepção, um gabinete administrativo e dois gabinetes de serviço de enfermagem. No segundo

piso existem três consultórios de psicologia, um gabinete de psiquiatria, um gabinete de enfermagem para a realização da primeira consulta do utente e uma sala de reuniões. No terceiro e último piso, encontram-se dois gabinetes de assistência social e dois de psicologia.

### **2.2.2-Observação de consultas**

A observação das consultas, junto do orientador do local de estágio, tornou-se uma vertente essencial no desenvolvimento deste estágio, como também enriquecedora, uma vez que constitui o primeiro contato com o papel do psicólogo. Esta atividade foi bastante importante, no que se refere a aquisição de competências de atendimento, de avaliação e intervenção. Assim, a observação de consultas permitiu perceber de que forma se realiza uma primeira consulta (acolhimento) e os seus objetivos, também permitiu esclarecer o funcionamento das consultas de psicologia e a sua importância na problemática abordada nesta instituição. Através destas observações foi possível verificar que o modelo teórico, que me pareceu mais indicado a ser aplicado neste contexto, foi o modelo cognitivo-comportamental. Este foi o modelo utilizado em todos os casos que acompanhei durante o estágio.

Por fim, esta observação permitiu adquirir competências clínicas, para que mais tarde pudesse avaliar e intervir de forma autónoma os casos que me foram dados.

### **2.2.3-Observação do serviço de enfermagem**

A observação do serviço de enfermagem foi marcada com alguma antecedência, uma vez que teria de ser realizada um dia inteiro. A escolha de ser um dia todo, deve-se ao facto da diferença da funcionalidade deste serviço da parte da manhã, uma vez que é muito mais agitado em comparação com o serviço durante a tarde, que é bastante mais calmo. Através desta atividade, ainda foi-me permitido conhecer e esclarecer as funções da equipa de enfermagem neste serviço. Esta equipa tem funções como, administrar as doses de metadona dos utentes; participarem no acolhimento, através da realização do teste do klotho; realizarem testes de despiste de metabólicos urinários, isto é, controlo de consumos de cocaína, heroína, canabinoides ou álcool e prestarem diversos cuidados de enfermagem.

#### **2.2.4-Observação da equipa de rua**

A observação da equipa de rua decorreu num local no centro da cidade, mais especificamente perto da central de camionagem, na parte da manhã, de tarde a equipa percorre os bairros mais desfavorecidos da cidade. Esta equipa funciona com a colaboração da cruz vermelha. A equipa de rua tem como principal objetivo a redução de danos, isto é, evitar situação de degradação maior.

Os utentes que recorrem a este projeto, a esta equipa, são utentes que se encontram com baixas condições de vida e com altos níveis de desorganização. As principais tarefas que esta equipa desempenha são, o fornecimento de metadona, algum apoio médico, psiquiátrico inclusive e o fornecimento de alimentação e roupas. Com isto, pretende-se evitar situações de risco, tanto para os próprios utentes, como para a comunidade em que estão inseridos.

#### **2.2.5-Observação da equipa de prevenção**

A observação da equipa de prevenção só se realizou num momento, numa sessão preventiva a uma escola.

Nesta atividade, realizada com pré-adolescentes, permitiu adquirir diversas técnicas de dinâmica de grupo, como também um contato com este tipo de população, uma vez que anteriormente não teria sido possível. Os principais objetivos deste tipo de prevenção são, alertar os adolescentes para as consequências do consumo de substâncias, como também clarificar os mitos referentes ao seu consumo, alertar sobre os fatores de risco associados ao consumo de substâncias e por fim, esclarecer todas as dúvidas que os indivíduos possam ter.

#### **2.2.6-Reuniões clínicas e de serviço**

As reuniões ocorrem semanalmente, às terças-feiras das 11h á 13h da tarde, sendo realizadas na sala de reuniões da instituição. Estas são orientadas pelo diretor clínico da instituição e por um psiquiatra. Toda a equipa técnica da instituição encontra-se presente nestas reuniões. Nestas reuniões expõem-se casos complexos, levantamento de doses de metadona, propostas de acolhimento, transições de programas, situação sociais complexas, análise de casos de recaída e de sucesso, partilha de informação relevante para o serviço.

## **2.3-Avaliação das necessidades**

As necessidades da instituição foram avaliadas através da observação, de questões e de conversas com a equipa de serviço. Assim, através destes levantamentos, as necessidades identificadas, a nível da instituição, dos utentes e dos profissionais foram as seguintes: a necessidade de obras no edifício, necessidade de atendimentos individualizados aos próprios técnicos, a formação em temas como as novas drogas, como também, a necessidade de mais médicos no serviço e mais atividades dinâmicas de grupo.

## **3- Casos de avaliação/ intervenção**

No decorrer deste estágio, como referido anteriormente foram avaliados cinco utentes, todo este processo ocorreu com base no modelo cognitivo-comportamental.

A prática clínica da terapia cognitiva-comportamental, baseia-se num conjunto de teorias bem desenvolvidas que são usadas para estruturar planos de tratamento e orientar as ações do psicólogo. (Wright, Basco & Thase, 2008).

As primeiras consultas são essenciais para o futuro do processo terapêutico, os principais objetivos desta fase inicial são: estabelecer uma aliança terapêutica; motivar o utente para o processo; analisar o pedido da consulta e como o utente vê o seu problema. Avaliar as expectativas do utente e por fim informar o cliente acerca dos objetivos e do processo terapêutico (Ivey, 1988 citado por Gonçalves, 2004).

O processo de avaliação segue uma técnica de “funil”, isto é, inicia-se pela análise de problemas mais gerais e progressivamente aproxima-se de comportamentos mais específicos. O objetivo da análise geral do utente é aprofundar o estudo do utente nas várias áreas e dimensões da sua vida, de maneira a que o seu problema apareça integrado num quadro de referências explicativo (Gonçalves, 2004).

O diagnóstico é feito através do DSM-IV, com o principal objetivo de listar e clarificar os transtornos mentais. A terapia cognitiva-comportamental visa modificar o comportamento do indivíduo, através dos seus pensamentos (Beck, 1997), uma vez que a psicopatologia é considerada o resultado das crenças disfuncionais do pensamento distorcido que, em conjunto, influenciam o comportamento do indivíduo (Gonçalves, 2004).

## **3.1- Casos Clínicos**

### **3.1.1- Caso S – Estudo de caso**

#### **Dados de identificação**

S. é uma utente do sexo feminino, tem 16 anos de idade e é solteira. Encontrava-se numa instituição em Braga, relativamente há três meses, a família reside em Braga. Os pais divorciaram-se quando a utente tinha oito anos de idade. Esta tem três irmãos com quatro, 29 e 33 anos de idade. A utente encontrava-se a frequentar um curso profissional equivalente ao 12ºano.

#### **Razão do pedido**

A utente veio à consulta através de um pedido feito pela instituição, no qual se encontra a residir. S. veio acompanhada por uma técnica da instituição à primeira consulta, devido ao consumo de canabinóides, que se confirmaram com a realização de análises.

#### **Apresentação e estado mental**

A utente compareceu à consulta com um aspeto cuidado, apresentando uma boa postura, com uma expressão facial contente e cooperante. Durante as consultas o seu contato ocular e o seu estado de consciência foram sempre adequados.

S. não apresentou diferenças de registo entre a idade aparente e a idade real. No que se refere à sua autoestima, esta apresentou-se confiante, bem como a sua identidade bastante definida. Relativamente à orientação no espaço e no tempo, a utente encontrava-se bem orientada.

S. apresentou uma memória intacta e no decorrer das consultas apresentou uma boa concentração e atenção. A utente mostrou ter boas relações, isto é, demonstrava ser bastante comunicativa, amável, extrovertida, bem-disposta. No entanto, no que diz respeito ao afeto pela família, S. demonstrou ter pouco ou nenhum afeto pela sua mãe e pelo seu padrasto.

No que se refere ao pensamento da utente, este apresentava-se organizado e sem lentidão ou inibição de pensamentos. O seu tom de voz foi adequado ao contexto. O humor da utente era positivo. Não apresentou problemas de alimentação, nem obsessões, nem fobias, no entanto, relatou ter algumas dificuldades em adormecer.

## **Problema apresentado e história do problema**

S. apresentou-se à consulta com consumos de haxixe três vezes por semana. A utente revelou que experimentou, pela primeira vez, haxixe aos 15 anos de idade, com amigos para se divertir e se sentir melhor, como também, segundo a utente para não pensar nos problemas que tinha em casa. S. referiu que consumia, uma vez que se sentia mal em ir para casa e relatou “ pensava que assim não me doía quando a minha mãe me bate-se!” (sic). A utente relatou que se queria sentir feliz tal como os seus amigos se sentiam.

S. referiu também não ter experimentado mais nenhum tipo de droga, nem consumo de álcool, a não ser em contexto de festa e moderado.

## **História desenvolvimental, psicossocial e médica**

S. mostrou-se sempre cooperante em falar da sua vida pessoal. A utente é a terceira filha de quatro irmãos. A utente tem duas irmãs, uma com quatro anos de idade, outra com 29 anos de idade e um irmão com 33 anos de idade. A irmã mais nova é a única que se encontra a viver com a mãe, os outros irmãos já têm uma família e habitam em cidades mais distantes.

Os pais biológicos divorciaram-se quando S tinha 8 anos de idade, a mãe reside com o namorado e o pai reside sozinho na mesma cidade. A utente referiu ter uma boa relação com os irmãos, mesmo estando distantes (os mais velhos). No que diz respeito á relação com o seu pai, S. referiu que este era uma pessoa amável, atenciosa e que gostava muito dele. No que concerne à mãe, a utente não gostava muito de falar, uma vez que esta relatou que a mãe a tratava mal e, que a agredia (“a meia caiu-me da varanda e a minha mãe começou-me a bater e a chamar nomes” (sic)). Segundo a utente, o namorado da mãe também a tratava mal, referiu também que entre a mãe e o namorado existia violência doméstica, afirmando que algumas vezes, os vizinhos se apercebiam e tocavam a campainha e fugiam. A utente também referiu que a mãe a obrigava a fazer lides domésticas e a tomar conta da irmã de três anos de idade. Esta afirmou que não tinha tempo para estudar, mas que gostava de estudar. S. suspeitava que a sua mãe era alcoólica e que abusava de alguns medicamentos, e segundo a utente eram calmantes. A utente relatou que quando fazia asneiras, “a minha mãe proibia-me de visitar o meu pai, em vez de me tirar o telemóvel ou não me deixar ver televisão” (sic).

Esta também referiu que quando a mãe e o namorado discutiam, a sua tia ia lá a casa tentar acalmar a situação. No entanto, a utente referiu que essa tia era alcoólica e que não fazia nada para mudar a situação.

A utente relatou que algumas vezes os colegas da escola questionaram as marcas que a utente tinha no corpo e esta referiu que lhes dizia que eram lesões do andebol. S. demonstrou

tristeza, raiva e algum medo quando se referia à sua mãe, “ela assusta-me” (sic), “eu não gosto de lhe chamar mãe” (sic). No que se refere à família mais alargada, a utente, afirmou que todos acreditam na palavra dela (mãe), refere que “a minha mãe tem duas caras” (sic).

Relativamente ao percurso escolar de S. foi normal, reprovando apenas uma vez, no 10º ano. Referiu ter tido sempre boas relações com os colegas da escola, como também com os colegas do andebol.

S. referiu que se encontrava na instituição devido à existência de maus tratos, por parte da mãe, “leve de cinto, ela abriu-me a cabeça e fui parar ao hospital” (sic). A utente referiu que na instituição se sente melhor, uma vez que não sofria de maus tratos. No entanto, a utente relatou que preferia estar a morar com o seu pai. Nas primeiras consultas, referiu a existência de um namorado, afirmou gostar muito dele, que este a ajudava sempre, no entanto esta relação acabou, terá durado cerca de dois anos.

No que diz respeito à sua história clínica, S. referiu que um médico psiquiatra lhe prescreveu, Sertralina (50 mg/dia) e Dazepam (5 mg/dia). Esta medicação foi prescrita devido a esta (utente) ter dificuldades em adormecer. A utente referiu que nunca teve nenhum problema de saúde grave. No entanto, a utente relatou que a maior parte das vezes, não tomava essa medicação porque as técnicas da instituição não lhe davam.

Relativamente à institucionalização, a utente afirmou não gostar muito de lá estar. Segundo a utente as colegas causam problemas, desaparecem objetos pessoais do quarto, esta também referiu “não nos damos bem com as psicólogas e técnicas” (sic).

S. referiu gostar muito de jogar andebol, de correr. A utente sentia-se muito bem a ler livros e a ver filmes. Durante as consultas, a utente, referiu ter bastante objetivos a alcançar para o seu futuro.

## **Avaliação Psicológica**

**Entrevista Anamnese:** durante a entrevista, S. mostrou-se, sempre, disponível para responder a todas as questões colocadas, como também bastante cooperante

**Inventário de Depressão de Beck:** este instrumento é constituído por uma escala de 21 itens que avaliam os sintomas físicos e cognitivos da depressão. Cada item é avaliado numa escala de 0 a 3, a pontuação da escala oscila entre 0 e 63. Quanto mais elevado for a pontuação, maior a sintomatologia depressiva presente. A utente obteve 8 na pontuação, pelo que não se verifica a existência de sintomas depressivos.

**Questionário de vulnerabilidade ao stress:** Cada item tem cinco classes de resposta tipo Likert, que vão desde “Concordo em absoluto” (0) a “Discordo em absoluto” (4). Existem itens que apresentam pontuação invertida (de 4 a 0) com o intuito de evitar tendências de resposta. O valor global, obtido pela soma dos itens, pode variar de 0 a 92, sendo que quanto maior o valor obtido, maior é a vulnerabilidade ao stress (pontuação igual ou acima de 43 traduz vulnerabilidade ao stress). S obteve uma pontuação global de 22, não apresentando níveis de vulnerabilidade ao stress.

**Matrizes Progressivas de Raven (SPM):** é uma escala constituída por 60 estímulos gráficos, organizada em 5 series (A,B,C,D,E), com 12 problemas\estímulos em cada uma. Os resultados obtidos, revelam que S. se encontra num nível intelectual normal superior, considerando a sua escolaridade, com Grau III de inteligência normal superior ( $110 < \text{QI} < 120$ ).

**BSI (Brief Symptom Inventory):** é um instrumento criado por Derogatis (1982) e com versão portuguesa de Canavarro, permite avaliar os sintomas psicopatológicos. Estes sintomas são validos através de nove dimensões: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo. Este instrumento é constituído por uma escala tipo *Likert* com quatro pontos, de *nunca* (0) a *muitíssimas vezes* (4), avaliando a frequências da manifestação do problema.

O resultado do índice geral de sintomas (0,54) revela a intensidade dos sintomas psicopatológicos da utente. No que diz respeito às nove dimensões avaliadas por este instrumento, na dimensão de somatização a pontuação obtida foi de 0,14, o que remete para ausência de stress psicológico associado a disfunções corporais. Na dimensão obsessões-compulsões, o valor obtido foi de 0,50, o que declara que S não possui pensamentos ou ações que são experienciadas como irresistíveis e sobre os quais não tem controlo. Na escala sensibilidade interpessoal a pontuação obtida foi de 0,00 o que evidencia ausência de sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal nas relações interpessoais.

A pontuação obtida na dimensão depressão foi de 1,67, o que é sugestivo da ausência humor e afeto disfórico, falta de energia e de motivação e interesse pelas diferentes áreas de vida.

No que concerne à dimensão ansiedade, a pontuação obtida foi de 0,67 o que remete para a ausência sinais gerais de tensão emocional, e por conseguinte, níveis de ansiedade desadaptativos.

Relativamente à escala de hostilidade, S teve um resultado de 0,40, o que indica que esta não apresenta comportamentos típicos de hostilidade, irritabilidade, aborrecimento nem cólera. Na dimensão ansiedade fóbica, a pontuação obtida neste parâmetro foi de 0,00, o que transparece a ausência de sintomas associados à ansiedade típica das fobias ou agorafobia.

Na dimensão ideação paranoide a pontuação obtida foi de 0,80, o que indica que a utente não apresenta comportamentos de desconfiança e suspeita quanto aos outros, de modo que os seus motivos são interpretados como malévolos. Relativamente à dimensão psicoticismo, o valor obtido 0,60, denotando que S não apresenta isolamento interpessoal nem um estilo de vida esquizoide, assim como não apresenta sintomas primários de esquizofrenia.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 304.30 Dependência de *cannabis* [F12.2x]

**Eixo II:** V71.90 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário (divorcio dos pais), problemas educacionais (ambiente escolar inadequado), problemas de alojamento (institucionalização).

**Eixo V:** AGF= 70 (momento da avaliação)

AGF= 80 (atual)

### **Concetualização do caso**

Os indivíduos com dependência de cannabis, apresentam um uso compulsivo e em geral não desenvolvem dependência fisiológica. Existem relatos de sintomas de abstinência, mas esses ainda não se mostraram clinicamente significativos. Existe alguma evidência que a maior parte dos sujeitos dependentes de cannabis, relatam histórias de tolerância ou de abstinência, assim como, manifestam problemas relacionados com a droga globalmente mais graves. Os sujeitos com dependência de cannabis podem utilizar o cannabis muito potente durante o dia inteiro, por um período de meses ou anos, e passar várias horas por dia usando a substância. Isto interfere frequentemente com atividades familiares, escolares, laborais e recreativas. Os sujeitos com dependência de cannabis também podem persistir na sua utilização, apesar de

conhecerem os problemas físicos (por exemplo, tosse crônica relacionada com hábito de fumar) ou problemas psicológicos (por exemplo, sedação excessiva e diminuição das atividades orientadas por objetivos, resultante da utilização repetida de altas doses) (DSM-V, 2013).

Os comportamentos dos adolescentes, associados ao consumo de substâncias, continuam a merecer um papel de destaque, num conjunto de preocupações referentes à saúde dos jovens. Assiste-se a uma elevada prevalência de consumo de substâncias, bem como a alterações nos padrões de consumo, apresentando uma ameaça ao bem-estar, à saúde e qualidade de vida dos adolescentes. A adolescência é a fase do ciclo de vida mais saudável, na qual são alicerçados conhecimentos, crenças e atitudes subjacentes ao comportamento, assim é considerada uma fase de preferência à promoção de comportamentos de saúde (Vinagre & Lima, 2006).

Existem modelos teóricos, gerais, que são aplicáveis aos estudos dos comportamentos juvenis, entre eles, o Modelo de Influência Social e o Modelo do Desenvolvimento Social (Resgate, 2001). O Modelo de Influência Social, tem como ponto principal a influência nas forças sociais nos indivíduos, nas interação de situações e na percepção de normas relacionadas com o uso e abuso de substâncias. Este modelo inspira-se na Teoria da Aprendizagem Social, Teoria da Ação Racional, Teoria de Controlo Social e na Teoria de Pares (Flay, 1985; Hansen, 1988, citado por Resgate, 2001). No que diz respeito ao Modelo de Desenvolvimento Social, este integra um conjunto de domínios que vão desde a vulnerabilidade bioquímica e genética, às normas e leis sociais. Estes determinantes constituem padrões similares para a ocorrência de comportamentos perigosos, de risco (Hawkins, Catalano & Miller, 1992, citado por Resgate, 2001).

Existem várias razões para a prática destes comportamentos, encontrando-se entre elas a aprovação do grupo, a procura de alívio do desconforto, e a oposição ou desafio aos adultos (Silva & Deus, 2005). Os fatores de risco associados ao consumo de drogas, segundo Aguilar e Pillon, (2005) podem passar pelo abuso de drogas por parte dos pais, a não integração nas atividades escolares, a desestrutura familiar, a violência doméstica, a busca pela auto estima e pela independência familiar, a pressão do grupo e a necessidade de integração social. Outros fatores stressantes, como a morte, doenças ou acidentes entre membros da família ou amigos, separação ou novos casamentos dos pais, mudanças de escola ou residência, problemas financeiros, muitos estudos mostram que estes fatores podem influenciar o consumo de substâncias (Hoffmann & Cerbone, 2002).

De acordo como S. e como tal referido anteriormente, a droga é procurada, como uma fonte de prazer e satisfação rápida ou como uma maneira de se esquecer as dificuldades da vida (Cursino, 1999; Silveira Filho, 1995). O consumo, faz parte de situações de fragilidade e limitação do adolescente para responder a situações difíceis impostas pela vida (Gonçalves, Luis & Sena, 2003).

Neste caso deve-se dar ênfase, à família, ao ambiente familiar que rodeia a utente. Segundo a revisão da literatura, um dos fatores que se deve de dar mas importância, são os fatores familiares. A relação familiar durante a infância e a adolescência tem um papel importante no que diz respeito à delinquência juvenil e ao comportamento criminoso já em adulto, como também interfere na relação do consumo de drogas, tanto na adolescência como na idade adulta (Nurco & Lerner, 1996). Segundo Tec (1974), uma relação familiar gratificante atua como um forte fator de proteção. Existem vários fatores de proteção familiar, tais como, um relacionamento positivo, estabelecimento de regras e limites claros e coerentes, a monitorização e a supervisão, o apoio, a negociação, a comunicação, o convencionalismo e o equilíbrio (Schenker & Minayo, 2003). No entanto, existem vários fatores de risco associados à relação familiar, como a ausência de regras e normas claras, relações afetivas instáveis, o uso de drogas por parentes próximos (pais, irmãos, entre outros), situações de conflitos frequentemente, falta de acompanhamento e comunicação, como também a falta de apoio e orientação por parte dos pais (Toscano Jr, 2001).

Os pais adquirem aqui um papel central, uma vez que são estes que oferecem a base inicial aos adolescentes, a bagagem de regras e normas básicas para o processo de socialização, tal como transmitem modelos, que são transmitidos às gerações seguintes, como os filhos (Biosoli-Alves, 2001). O diálogo, nesta fase, adolescência, assume um papel relevante, apesar de muitas vezes os jovens se isolarem no “canto” deles, o diálogo com os membros da família, torna-se essencial, pois é nesta fase que eles mais necessitam da orientação dos pais. A ausência de diálogo, pode causar algumas dificuldades no que concerne aos relacionamentos, podendo, por vezes afetar o bem-estar e a saúde psíquica do adolescente (Pratta & Santos, 2007).

O grupo de amigos, tem uma importância peculiar nesta fase (Sprinthall & Collins, 1999; Steinberg & Avenevoli, 1998). Neste grupo, existe a partilha de sentimentos, identidades e interesses semelhantes, assim sendo os amigos são um elemento fundamental para o bem-estar no adolescente, bem como para no seu ajustamento global (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006). Estudos referem que, os adolescentes que participam num grupo de jovens, da

mesma idade, é saudável, como também se torna um meio para estes exprimirem a sua criatividade. No entanto, o grupo leva a uma certa distância relativamente aos pais, encontra partida, permite ao jovem apreender relações sociais essenciais no futuro (Silva & Deus, 2005). O grupo constitui um dos fatores de risco, para a os adolescentes, funciona como uma caixa de ressonância, como um fator amplificativo de comportamentos desviantes, como o consumo de substâncias (Braconnier & Marcelli, 2000). Os adolescentes usam, por vezes, uma série de justificações para o consumo de substâncias, admitindo que possuem o controlo da situação e, que podem parar de consumir no momento que pretendem (Pratta & Santos, 2006). No desenvolver das sessões, a utente, refere que consumia para esquecer e aliviar o sofrimento que, por vezes, passava quando chegava a casa. Segundo a revisão bibliográfica, a droga é utilizada muitas vezes, como forma de aliviar o vazio interno, de fugir da realidade da vida, de esquecer os problemas e inseguranças, como também de aliviar o sofrimento (Alves & Kossobudzky, 2002; Drummond & Drummond Filho, 1998; Silveira Filho, 1995).

Os adolescentes, raramente procuram ajuda por vontade própria, estes dificilmente relacionam os seus problemas com o consumo de substâncias, devido à evidência de mudanças físicas e psicológicas que atravessam nesta fase. No entanto, os que se apercebem de algum problema, alguma dificuldade, tendem a negar ou minimizar o problema, pensando que a situação não tem nada de mal e que vai passar. A resistência à adesão terapêutica poderá aumentar, dependendo da forma de como é abordada, este aumento pode dificultar o sucesso do tratamento terapêutico (Marques, 2004). O tratamento deve ser estruturado a três níveis, o desenvolvimento global do adolescente, a modificação dos comportamentos do uso de drogas e a resolução dos problemas associados (Marques & Cruz, 2000). Segundo Silva e Deus (2005), a aprendizagem de estratégias para lidar com o *stress*, sentimentos negativos, como também estratégias de planeamento, de tomada de decisão, resolução de problemas, gestão de conflitos e o aumento da capacidade de comunicação, são bastante importantes na fase da adolescência, para que se possa solucionar e evitar comportamentos de risco.

## **Intervenção**

A terapia cognitiva comportamental, através das suas técnicas destina-se a ajudar pessoas a romper padrões de evitamento ou desesperança, permite enfrentar, gradualmente, situações temidas, como também, permite desenvolver capacidades de enfrentamento e reduzir emoções dolorosas (Wright, Basco & Thase, 2008).

Tendo em conta os dados e informações obtidas através das consultas de avaliação e dos instrumentos utilizados, os objetivos gerais desta intervenção foram: estabelecer uma relação terapêutica de confiança, motivar a utente para o tratamento, aprofundar os motivos e as razões dos consumos, identificar e modificar os pensamentos desadaptativos, reduzir os pensamentos automáticos negativos e disfuncionais, promover a boa disposição, aumentar o nível de auto estima e incentivar a procura de atividades de prazer.

Neste plano, primeiramente explorou-se os motivos e razões dos consumos da utente, como também, esclarecimento de a intervenção ser limitada no tempo e que as mudanças ocorrem de maneira progressiva ao longo do tempo. Assim sendo, devidos aos objetivos apresentados anteriormente, a utente foi acompanhada ao longo de várias sessões, com a duração de aproximadamente trinta minutos, cada sessão. Ao longo destas sessões, recorrendo a terapia cognitiva comportamental foram delineadas as seguintes estratégias terapêuticas: uma breve psicoeducação relativa ao consumo de substâncias (esta técnica permite uma melhor adesão ao tratamento, redução do número de recaídas, como também, um melhor funcionamento social e uma gestão mais eficaz das crises), conjuntamente foram esclarecidos conceitos referentes à terapia cognitiva comportamental.

A terapia de reestruturação de Beck, foi trabalhada, através de estratégias cognitivas, como o registo de pensamentos. Nesta tarefa, S. descreveu a situação ou situações na qual se sentiu emocionalmente mobilizada, o pensamento que sucedeu à situação, o registo de quanto a utente acredita que o pensamento que sucedeu é verdadeiro, e por fim, o registo da emoção classificando-a numa escala de 0 a 100 (Cordioli, 2008). Foi também aplicada a técnica da flecha descendente: aqui questionou-se a utente, no que diz respeito aos seus pensamentos automáticos, obtendo assim o significado, que esses pensamentos têm para a utente. Através da monitorização, pretendeu-se que S., consiga gerar alternativas racionais para os seus pensamentos automáticos e começar a desenvolver competências para enfrentar situações que causam tristeza, medo, ansiedade. Também foi aplicado o exame de evidências: esta técnica permitiu elaborar uma lista de evidências, a favor e contra a validade do pensamento

automático. Foi explicado à utente, o tipo de comportamento que seria esperado por parte desta, com a finalidade de evitar problemas futuros que lhe pudessem prejudicar na avaliação do tribunal.

Pretendeu-se promover um estilo de vida saudável, reforçando que o exercício físico e uma alimentação saudável são essenciais no dia-a-dia da utente. Foi também trabalhado com a utente, a decisão de mudar de curso, elaborando uma lista das vantagens e desvantagens de cada curso para a utente. Durante as sessões foram fornecidos alguns panfletos, com informações referentes aos vários tipos de droga.

### **Avaliação do processo terapêutico**

A utente, nas consultas iniciais demonstrou alguma tristeza e falta de motivação referente ao processo terapêutico. Durante o processo, a motivação e o desempenho aumentaram rapidamente. A utente inicialmente consumia antes da realização das consultas, no entanto foi pedido que não o voltasse a fazer. A utente cumpriu com esse critério, como também reduziu os consumos de substâncias gradualmente. Durante o processo terapêutico, a utente realizou mudanças ao nível do estilo de vida, alimentando-se de forma mais saudável, como também melhorou a sua qualidade de sono.

No final do processo, S. revelou resultados bastante positivos, como a abstinência total do consumo de substâncias, demonstrou uma melhoria na sua autoestima, no seu autocontrolo, assim como novos projetos de vida. No desenvolver do processo terapêutico surgiram alguns obstáculos, como a marcação de consultas, uma vez que o horário escolar da utente se alterava bastante. No entanto, globalmente penso que todo o processo desenvolvido foi positivo, tanto para a utente como para a profissional.

### **3.1.2- Caso H**

#### **Dados de Identificação**

H. nascida em 1996 está atualmente com 17 anos de idade, é do género feminino está a completar o 12º ano de escolaridade num curso profissional e solteira. Neste momento, encontra-se na Instituição Monsenhor Airosa, anteriormente residia em Famalicão com a mãe, o padrasto e três irmãos.

#### **Razão do pedido**

H. compareceu à consulta não por vontade própria, mas encaminhada pela instituição na qual reside. A utente veio acompanhada de uma técnica da instituição, com o objetivo de deixar de consumir substâncias.

#### **Apresentação e Estado Mental**

A utente apresentou-se à consulta com um aspeto cuidado, uma boa postura, uma expressão facial contente e bastante cooperante. O contacto ocular era adequado, assim como o estado de consciência e o estado vígil eram lúcidos e claros.

A utente não apresentou diferenças entre a idade aparente e a idade real, demonstrou uma identidade bastante definida, assim como a sua autoestima confiante e muito extrovertida. No que concerne à orientação, a utente encontrou-se bastante orientada no tempo e no espaço, assim como a sua vivência no tempo apresentou-se normal.

No que diz respeito à memória, a utente apresentou uma memória normal, sem qualquer dificuldade em recordar situações, assim como também apresentou uma boa concentração e atenção durante a consulta. Relativamente ao pensamento, este apresentou-se organizado sem dificuldades de inibição ou lentidão. O pensamento relacionado com o “EU”, apresentou-se também normal, assim com a sua fala, conseguindo um discurso coerente, no entanto um tom de voz um pouco elevado. O nível de inteligência é normal apresentando uma boa compreensão e adaptação ao contexto.

Relativamente à afetividade, ao modo de se relacionar com os outros, a utente revelou ter boas relações, isto é, a utente demonstrou ser uma pessoa comunicativa, bem-disposta, amável, no entanto apresentou-se pouco afetuosa na relação com o seu pai biológico, demonstrando um sentimento de frieza e tristeza quando fazia referência ao pai. O humor da

utente foi bastante positivo, não apresentou fobias, nem obsessões, e no que se refere á motricidade, a utente não apresentou qualquer problema.

### **Problema apresentado e história do problema**

A utente apresentou-se à consulta com consumos diários de canabinóides. H. referiu que o seu primeiro consumo de *haxixe* foi aos 12 anos de idade, com um primo, por curiosidade. A utente relatou que experimentou MDA aos 13 anos, em contexto de festa sentindo-se bem e eufórica. H. também referiu que experimentou cocaína fumada, aos 14 anos de idade e que não gostou da experiência. No entanto, experimentou uma segunda vez com 16 anos de idade. Segundo a utente “ aquilo era para malucos” (sic). A utente referiu não ter consumido mais cocaína fumada, nem cheirada. H. referiu que realizava consumos de canabinóides em grupo ou sozinha. Esta relatou que não notava alterações em si, quando consumia.

### **História desenvolvimental, psicossocial e médica**

H. faz parte de uma fratria de três irmãos, com os quais mantem uma boa relação. O pai biológico emigrou quando a utente ainda era criança. H. revelou não ter uma boa relação com o seu pai, “ O meu pai já que não serve para mais nada, serve para me dar telemóveis” (sic).

A utente residia com a mãe, padrasto e seus irmãos, em Famalicão. No entanto, H. foi institucionalizada, devido ao excesso de faltas e alguns maus comportamentos na escola. Menciona ter uma boa relação com a mãe, como também com a avó materna “Ela liga-me três vezes ao dia “ (sic).

H. teve um desenvolvimento normal, não teve problemas médicos graves. Em criança foi prescrito pelo médico de família Valdispert, a utente menciona que esta medicação lhe foi prescrita por ser uma criança hiperativa. H. referiu que tomou essa medicação por pouco tempo, “Não fazia efeito nenhum” (sic).

A utente fez o percurso escolar normal até ao 4º ano, reprovando nesse mesmo ano, como também no 7º ano (quatro vezes que mudou de escola). A utente encontrava-se a frequentar um curso de organização de eventos, não demonstrando motivação e desempenho por esse curso, relatando que tinha preferência por um curso na área do desporto.

No que concerne á história judicial, a utente, nunca teve problemas graves neste domínio. No entanto refere que foi abordada por agentes policiais, quando estava a fumar

substâncias com amigos. Esse episódio teve como consequência ser encaminhada para uma consulta psicológica referenciada nesse foro.

Relativamente às relações amorosas, H. referiu namorar com um indivíduo de 25 anos de idade. A utente referiu que este se encontrava com ela algumas vezes, no seu tempo livre. É de salientar que a utente refere que o namorado não consumia qualquer tipo de substância.

Quando questionada sobre a sua institucionalização, esta revelou não gostar de la estar, bem como estar institucionalizada contra a sua vontade, “ Só sou mais uma a passar lá” (sic). Mencionou não ter grandes amigos na instituição, mas na sua zona residencial afirmou ter bastantes, mencionado uma grande amiga na qual conversava muito, como também referiu confiar bastante neste colega. A utente demonstrou uma elevada autoestima. No que se refere a atividades de lazer, esta referiu ter um grupo de amigos na qual saía para se divertir, referiu também que participava numa equipa de *rugby*.

## **Avaliação Psicológica**

**Entrevista Anamnese:** durante a entrevista, H. mostrou-se, sempre, disponível para responder a todas as questões colocadas

**Inventário de Depressão de Beck:** H. revela um estado de depressão moderado. No entanto, estes resultados não são significativos (=11) no que diz respeito à existência de sintomas depressivos.

**Questionário de vulnerabilidade ao *stress*:** a utente obteve uma pontuação global de 21, o que significa que não apresenta níveis consideráveis de vulnerabilidade ao *stress*.

**Matrizes Progressivas de Raven (SPM):** . Os resultados obtidos, revelam que H. se encontra num nível intelectual normal reduzida, considerando a sua escolaridade, com Grau III de inteligência normal reduzida ( $80 < QI < 90$ ).

**BSI (Brief Symptom Inventory):** o resultado do índice geral de sintomas (1.25), a intensidade dos sintomas psicopatológicos de H. No que diz respeito às dimensões de somatização, ansiedade fóbica, psicoticismo, obsessões compulsões e sensibilidade interpessoal encontram-se na média da população não clínica. Relativamente à dimensão depressão o valor obtido (1, 17) é sugestivo de humor e afeto disfórico, falta de energia e de motivação. Na dimensão de hostilidade, H. obteve o resultado de 4,00, o que indica comportamentos típicos de hostilidade,

irritação, aborrecimento. No que concerne á dimensão ansiedade, a pontuação obtida foi de 1,17 o que remete para sinais de tensão emocional, níveis de ansiedade desadaptativos. Na dimensão de ideação paranoide, a utente obteve o resultado de 1,40 o que revela que a utente apresenta comportamentos de desconfiança e de suspeita referente aos outros.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 305.20 Abuso de *cannabis* [F12.1]

**Eixo II:** V71.90 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário (desmantelamento da família por separação, negligência infantil) problemas relacionados com o ambiente social (morte de um amigo), problemas de alojamento (bairro social com poucas condições de segurança, institucionalização)

**Eixo V:** AGF= 65 (momento da avaliação)

AGF= 70 (atual)

### **Concetualização do caso**

Estudos realizados mostram que adolescentes com mais problemas no contexto familiar, escolar e com amigos, apresentam mais sintomas de mau estar psicológico. Verifica-se ainda que estes sintomas constituem um dos fatores determinantes do consumo de substâncias (Reiff, Simantov, Schlen & Klein, 2000; Whalen, Jamner, Henker & Delfino, 2001).

O grupo de amigos assume um papel bastante essencial nesta fase, é um dos fatores que constitui uma das maiores predições do consumo de substâncias (Oetting & Donnermeyer, 1998; Fergusson & Horwood, 1999; Hoffmann & Cerbone, 2002) é considerado um fator de risco quando os amigos são considerados um modelo comportamental (Hoffmann & Cerbone, 2002; Swadi, 1999, citado por Schenker & Minayo, 2004) quando mostram tolerância, aprovação (Kodjo & Klein, 2002, citado por Schenker & Minayo, 2004), ou quando consomem drogas (Beman, 1995, citado por Schenker & Minayo, 2004). A utente insere-se num grupo na qual, a maior parte, consome algum tipo de substância.

O *haxixe* é a droga mais consumida pelos jovens e, com o início de consumo em idades cada vez mais precoces (Silva & Deus, 2005). Muitos jovens consideram este tipo de droga, como “leve”, sem efeitos negativos e por vezes, é vista pela sociedade atual como um “mal menor” (Silva & Deus, 2005).

A utente experimentou *haxixe* pela primeira vez com 12 anos de idade, na companhia de um primo. Referente a este primeiro consumo, a utente referiu não sentir nenhum mau estar, no entanto refere se ter sentido mais relaxada. Quando questionada sobre os efeitos do *haxixe*, a utente referencia o lado do prazer do consumo de *haxixe*, não referindo qualquer consequência do seu uso.

A ideia de que determinadas substâncias diminuem o *stress* e causam a sensação de relaxamento, funcionam como um fator determinante no consumo destas (Gomez-Durán, González & Garcia, 1997; Matos, Gaspar, Vitória & Clemente, 2003). Segundo a revisão bibliográfica, o consumo de *haxixe* pode ter efeitos prazerosos como, a sensação de relaxamento, os cinco sentidos ficam mais apurados, aumenta o estado de euforia e de prazer sexual. Os efeitos que causam desprazer são, ansiedade, pânico, paranoia, diminuição da atenção, concentração, memória, diminuição das capacidades motoras e o aumento do risco de sintomas psicóticos (Laranjeira, Jungerman & Dunn, 1998).

Segundo a utente, esta tinha um fácil acesso a este tipo de substâncias na sua zona residencial. Quando esta oferta se junta á desorganização social e a outros fatores predisponentes no ambiente familiar e institucional, origina-se simultaneamente fatores de risco (Kodjo & Klein, 2002). A falta de motivação para os estudos, o mau desempenho escolar, a falta de compromisso pela educação e o mau aproveitamento escolar, são fatores que também influenciam os jovens no consumo de substâncias (Schenker & Minayo, 2004).

Segundo Alves, Cavalcante e Barroso (2008), a prevenção é uma das formas mais eficazes, principalmente com adolescentes, de trabalhar com o uso e abuso de substâncias. Esta prevenção não se deve de limitar a ações isoladas, tenciona-se destacar a orientação e mobilização dos adolescentes, focar ações de redução de danos, reabilitação e socialização desses adolescentes. É de mencionar que os jovens são mais difíceis de trabalhar, uma vez que fornecem mais hostilidade, desconfiança e baixa motivação para o tratamento. Estes obstáculos ocorrem, uma vez que, os jovens estão a iniciar o processo de desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas (Lambie, 2004).

## **Intervenção**

A intervenção iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, empatia, assim como, motivar a utente para o tratamento, uma vez que esta, inicialmente, se encontrava bastante desmotivada, como também desinteressada. Posteriormente, analisaram-se os motivos e razões dos consumos, a relação com a família e o motivo da sua institucionalização.

Realizou-se uma psicoeducação referente aos vários tipos de droga, a desmistificação de mitos associados aos efeitos das drogas. Uma breve explicação de como decorrem as consultas e o seu limite de tempo. Analisou-se os antecedentes e consequentes de comportamentos de consumidores de substâncias.

Foi explicado á utente a importância de regras na instituição, a boa relação que devia desenvolver com os seus colegas, para que no futuro esses comportamentos não a prejudicassem. Através de estratégias como a psicoeducação, o registo de pensamentos e exercícios de imagens mentais, tornou-se possível que a utente identificasse os seus pensamentos automáticos. A modificação desses pensamentos, emoções, comportamentos, ocorreu através de estratégias como a geração de alternativas racionais, a técnica de *brainstorm*. Incentivou-se a utente, para a realização de atividades agradáveis e gratificantes, uma vez que esta se isolava, por vezes, no quarto. No que diz respeito à dificuldade em adormecer que a utente revelou, foram utilizadas estratégias como o controlo de estímulos, a apresentação e explicação de regras de higiene de sono. Ocorreu, numa fase final, uma educação sobre a prevenção de recaídas, através da análise de uma situação de risco, que levava a utente a uma recaída, como também atitudes, pensamentos e comportamentos que possam resultar numa recaída. Por fim, analisou-se possíveis estratégias diante a ocorrência da recaída.

O acompanhamento, da utente, foi interrompido uma vez que a utente abandonou as consultas após o ano letivo terminar.

## **Avaliação do processo terapêutico**

Ao longo do processo terapêutico, a utente foi evoluindo positivamente, essencialmente no seu comportamento na instituição com as colegas, diminuiu bastante o consumo de canabinóides. A autoestima da utente era bastante elevada, era uma pessoa muito ativa,

realizando sempre os seus objetivos. Foi possível esclarecer alguns mitos relacionados com a droga, no início do processo terapêutico.

A avaliação da utente foi limitada no tempo, uma vez que, o horário escolar coincidia com o horário das consultas. No entanto, globalmente o processo terapêutico foi positivo. A utente saiu da instituição quando obteve os 18 anos de idade, abandonando também o processo terapêutico.

### **3.1.3- Caso R**

#### **Dados identificação**

R. é um utente de sexo masculino, tem 17 anos é solteiro. O utente encontra-se institucionalizado desde os 13 anos de idade. Encontra-se a frequentar um curso profissional de mecânica, equivalente ao 9ºano de escolaridade. A mãe e a irmã mais nova residem em Guimarães, o pai e um irmão mais velho residem no estrangeiro.

#### **Razão do pedido**

O utente veio à consulta encaminhado pela instituição e veio acompanhado por uma técnica da instituição, com o objetivo de deixar de consumir canábis, pois teria realizado umas análises de despistagem, na qual o seu resultado foi positivo.

#### **Apresentação e estado mental**

No decorrer das consultas, R. apresentou-se sempre com um aspeto cuidado. No que se refere à postura, este não apresentou uma postura adequada, uma vez que, era muito inquieto. A sua expressão facial era alegre. No início das consultas não cooperava muito, mas no decorrer destas foi evoluindo. O utente não apresentou diferenças entre a idade aparente e a idade real, relativamente à autoestima era bastante confiante. R. desde a primeira consulta demonstrou ser uma pessoa muito extrovertida. No que diz respeito à orientação, o utente encontrava-se bem orientado no espaço e no tempo. No que toca a memória, esta encontrava-se normal, sem dificuldades em recordar situações passadas. A atenção e concentração apresentavam-se um pouco debilitadas. O pensamento apresentou-se organizado, sem problemas de lentidão ou inibição. O pensamento relacionado com o “EU” era normal sem difusão ou controlo do pensamento. A fala era normal, com um tom de voz adequado, o seu discurso apresentou-se a um ritmo normal sem qualquer problema de articulação ou semântica.

No que diz respeito a afetividade de R. relatou ter boas relações com os amigos, demonstrou ser uma pessoa comunicativa, bem-disposta. No entanto relatou não ter boa relação com o pai, demonstrando revolta por ele. O humor do utente era bastante positivo, não apresentou fobias, nem obsessões, referiu praticar uma boa alimentação, contudo referiu algumas dificuldades em dormir.

## **Problema apresentado e história do problema**

O utente consumia canabinóides diariamente, cerca de quatro “charros” por dia, referiu que realizava estes consumos sempre com amigos e nunca sozinho. Relatou que começou a fumar tabaco aos 13 anos de idade e que experimentou pela primeira vez “charros” aos 16 anos de idade com amigos, por curiosidade. O utente afirmou que quando consumia se sentia mais calmo. No entanto, referiu “quando fumava sentia-me mais nervoso e não falava com ninguém, quando não fumo sou mais sociável e alegre” (sic). R. referiu que faltava às aulas para passear e fumar com os amigos, de manhã ficava a dormir. Este referiu que nunca experimentou mais nenhum tipo de droga e nem tinha curiosidade em experimentar. O utente afirmou que não era nenhum dependente “não preciso da droga para viver, não é um vício” (sic).

## **História desenvolvimental, psicossocial e médica**

R. mostrou ser cooperante, falou sobre a sua vida pessoal sem constrangimentos, exceto quando se referiu ao pai. O utente tem dois irmãos, um mais velho e uma irmã mais nova. A mãe vive com a irmã, o irmão imigrou com o seu pai quando o utente tinha 12 anos de idade.

No que diz respeito às relações, R. referiu ter uma ótima relação com a mãe, como também com a sua irmã, referindo inclusive que por vezes se chateava, mas que não eram discussões graves. R. quando questionado em relação ao pai, este relatou, “não quero falar dele” (sic) mas no desenvolver das sessões, o utente revelou não ter uma boa relação com este, que preferia que ele ficasse longe. A relação que o utente tinha com o irmão não era muito próxima. No entanto, referiu que falava muitas vezes com ele através da internet. O utente referiu que fazia amigos com facilidade, excepto com os colegas da instituição.

O utente reprovou quatro vezes no 5ºano de escolaridade, afirmando “faltava á escola, a minha mãe dava-me dinheiro e eu ia outra vez de autocarro para casa” (sic), atualmente encontrava-se a frequentar um curso profissional de mecânica, equivalente ao 9ºano de escolaridade. Relativamente à infância decorreu normalmente, relatando um episódio que o traumatizou, “deixei cair a minha irmã quando ela era bebé e a minha mãe bateu-me bastante... Pensei que ela tinha morrido!” (sic).

No que concerne à história judicial, R. referiu ter tido 17 processos. O utente referiu que juntamente com os amigos roubaram computadores da escola para venderem, relatou também que com os amigos tiraram uma cópia a uma nota de 50€ para a destrocarem, o utente também foi acusado de roubar ouro na casa de uma vizinha, entre outros processos que o utente recusou comentar, afirmando que não se lembrava.

O utente refere que foi para a instituição por faltar as aulas e por causa dos processos judiciais que teve. R. não tinha boas relações com os colegas da instituição, bem como os técnicos, “ eles pensam que mandão mas não é assim” (sic). No que concerne á sua saúde, R. referiu ter uma boa saúde. Não demonstrou muito interesse pela prática de exercício físico, mas referiu sentir-se bem com o seu físico.

No que diz respeito ao consumo de canabinóides, R. relatou que quando fumava todos os dias não se sentia bem “era uma moca estranha, ou pegava com o povo ou ficava completamente quieto” (sic), então segundo ele preferia deixar de fumar, afirmando “estou farto de ouvir sermões das pessoas por causa de ter fumado charros” (sic).

## **Avaliação Psicológica**

**Entrevista Anamnese:** inicialmente R. não se demonstrou cooperativo, contudo, no desenvolver das sessões o utente respondeu as questões colocadas.

**Questionário de vulnerabilidade ao *stress*:** a utente obteve uma pontuação global de 36, o que significa que não apresenta níveis significativos de vulnerabilidade ao *stress*.

**BSI (Brief Symptom Inventory):** O resultado obtido no índice geral se sintomas (1.037) revela a intensidade dos sintomas psicopatológicos. No que diz respeito às dimensões de somatização, depressão, ansiedade fóbica, obsessões compulsões e sensibilidade interpessoal, encontram-se na média da população não clinica. A pontuação obtida na dimensão hostilidade (2,80), indica a presença de comportamentos típicos de hostilidade, irritabilidade, aborrecimento, cólera. Relativamente á escala de ansiedade, a pontuação obtida foi de 1,17 o que remete para a presença de sinais gerais de tensão emocional, como também níveis de ansiedade desadaptativos. No que concerne á dimensão psicoticismo, o valor obtido 1,40, denota-se que o utente apresenta isolamento interpessoal, um estilo de vida esquizoide, assim como pode apresentar sinais de esquizofrenia. Por fim, o valor obtido na escala de ideação paranoide (1,40), indica que R, apresenta comportamentos de desconfiança e suspeita quanto aos outros.

## **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 304.30 Dependência de *cannabis* [F12.2x]

307.42 Insónia primária [F51.0]

**Eixo II:** V71.90 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário (desmantelamento da família por separação, disciplina inadequada, negligência infantil), problemas relacionados com o ambiente social (apoio social inadequado), problemas educacionais (discórdia com professores e colegas), problemas de alojamento (institucionalização), problemas relacionados com a interação com o sistema legal\crime (detenção).

**Eixo V:** AGF= 53 (no momento da avaliação)

AGF= 60 (atual)

### **Concetualização do caso**

A adolescência é um período importante no ciclo vital para o início do uso de substâncias, seja por experiência, seja por consumo ocasional, ou abusivo (Schenker & Minayo, 2004). O utente referiu só ter realizado consumos de *haxixe*, em grupo com os seus colegas e nunca sozinho. Como já referido anteriormente, noutra caso, a participação do adolescente num grupo de amigos, pode ser saudável. No entanto, o grupo pode funcionar como um fator de risco para o adolescente, uma vez que pode funcionar como um amplificador de comportamentos desviantes, como o consumo de drogas (Braconnier & Marcelli, 2000).

A escola, por vezes, é responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais. No entanto, esta função é comprometida pelo abandono escolar precoce, o que facilita o desenvolvimento de comportamentos perigosos, como o consumo de substâncias (Resgate, 2001). No caso de R. este referiu não ter vontade de ir às aulas, referindo que faltava muitas vezes, para ficar em casa a dormir, ou para sair com os amigos. Segundo estudos, realizados por Fergusson, Horwood e Swain-Campbell (2002), verifica-se uma associação entre o uso de *haxixe* e o aumento do abandono escolar, como também concluíram que o consumo regular desta droga, pode ser associado ao aumento do risco do uso de outras drogas, ao envolvimento de comportamentos perigosos, depressão e comportamentos suicidas.

A relação com os familiares, as atitudes e comportamentos dos pais, irmãos são modelos essenciais para os adolescentes, e atuam como fator de proteção no consumo de drogas (Schenker & Minayo, 2004). Neste caso, verificou-se um sentimento de raiva do utente pelo

seu pai. O utente refere, em consulta, que o seu irmão já teria experimentado *haxixe* abandonando os consumos quando desejou.

## **Intervenção**

O processo terapêutico iniciou-se com o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, de forma a promover a motivação para o tratamento. Inicialmente, realizou-se uma psicoeducação sobre drogas, na qual foram esclarecidas todas as dúvidas do utente, referentes a esta temática. Foram explicados os objetivos e procedimentos, do processo terapêutico, como também se alertou o utente para a limitação do tempo e a importância da presença deste nas consultas.

Posteriormente, aprofundou-se os motivos e razões do consumo de substâncias, analisando os comportamentos, pensamentos e emoções que estão associados a esses consumos. Foi desenvolvido o treino de relaxamento, uma vez que, este método permite lidar com picos de ansiedade e tensão. Recorreu-se à estratégia de geração de alternativas racionais, o que permitiu ao utente desenvolver alternativas e possibilidades referentes a um pensamento automático. Através de técnicas de paragem de pensamento, permitiu ao utente identificar um pensamento negativo e a substituir esse pensamento.

Devido às queixas apresentadas pelo utente, relacionadas com a dificuldade em adormecer, foi realizada junto deste uma breve psicoeducação sobre o sono, dando mais ênfase às regras de higiene do sono. Procedeu-se ao incentivo da realização de atividades de lazer e gratificantes. As sessões decorreram semanalmente, com a duração de aproximadamente trinta minutos. No entanto, o acompanhamento foi interrompido, uma vez que o utente faltou às consultas marcadas, não havendo a marcação, novamente, de outras consultas.

## **Avaliação do processo terapêutico**

O utente demonstrou desde o início desmotivação pelo processo terapêutico. No entanto ao longo das sessões, R. foi colaborando com as atividades propostas, demonstrando um maior interesse pela terapia. Ao longo do processo foi confrontado com algumas questões relacionadas com a família e comportamentos desviantes, na qual nunca demonstrou vontade de falar.

Segundo o utente, desde a primeira consulta deixou de consumir substâncias. Foi esclarecido com o utente as consequências do consumo de substâncias, o que o fez refletir sobre os consumos. No que concerne á dificuldade em adormecer, o utente evoluiu bastante, adormecendo sem dificuldades.

No geral o processo terapêutico foi bastante satisfatório, ocorrendo mudanças positivas no utente. O utente sempre foi assíduo até às férias de Páscoa. Após o terminar essas férias o utente, não compareceu mais às consultas.

### **3.1.4- Caso D**

#### **Dados de identificação**

D. é do sexo feminino, tem 16 anos de idade é solteira. A utente encontra-se a residir numa instituição. Frequentou um curso profissional de restauração equivalente ao 9ºano. A mãe biológica abandonou-a aos cinco anos de idade num hospital, esta ficou aos cuidados de uma ama. O pai foi traficante de droga durante alguns anos, acabando por falecer devido a um cancro. A utente tem 16 irmãos, no entanto só conhece dois irmãos.

#### **Razão do pedido**

D. compareceu à consulta por vontade própria, apesar disso, o pedido foi feito pela instituição no qual se encontra a residir. A utente veio à consulta, com o objetivo de deixar de consumir canabinóides.

#### **Apresentação e estado mental**

A utente não apresentou diferenças entre a idade aparente e a idade real. D. apresentou-se às consultas com um aspeto cuidado, uma boa postura, expressão facial triste e não se mostrou muito cooperante. Ainda assim, no decorrer das consultas, revelou-se mais cooperante, porém revelou algumas dificuldades em manter o contato ocular.

No que respeita á orientação, a utente encontrava-se bem orientada no tempo e no espaço. A vivência do tempo, também se encontrava normal. No que se refere a autoestima a utente demonstrou ser insegura de si e pouco extrovertida. A memória encontrava-se normal, sem dificuldade em recordar acontecimentos. A atenção e concentração também se apresentavam normais. Relativamente ao pensamento, este apresentou-se organizado mas com alguma lentidão e inibição. A fala apresentou-se normal, com um tom de voz adequado. No que concerne ao humor, foi predominantemente depressivo mas sem ideação suicida. A utente patenteou alguma obsessão pelo consumo de álcool. Não apresentou fobias. Apresentou alguns problemas de alimentação, contudo revelou não ter dificuldades em adormecer.

#### **Problema apresentado e história do problema**

A utente apresentou-se às consultas com consumos de canabinóides diariamente, com uma média de dois “charros”, um de manhã e outro no final das aulas. D. referiu que aos fins-de-semana, quando voltava a casa, consumia álcool, cerca de meia garrafa de vinho do porto ou whisky, principalmente quando discutia com a mãe ou se sentia triste. A utente que referiu

que por vezes, bebia logo pela manhã, “já bebi às oito da manhã”(sic). D. referiu, que estes consumos de álcool realizavam-se sempre sozinhos, em casa.

D. experimentou, pela primeira vez, canabinóides com 14 anos de idade, na companhia amigas no seu aniversário, revelou que se queria sentir melhor, “ eufórica” (sic). A utente já experimentou MDA, pela primeira vez com os seus 15 anos de idade, numa festa de música eletrónica com amigos, esta referiu que “via bolinhas no teto” (sic). Após este consumo, nos dias seguintes, a utente referiu sentir uma enorme vontade de dormir e falta de apetite.

A utente apresentou-se à consulta revelando que não consumia canabinóides há cerca de um mês, e tomou essa decisão salientando que não gostava de acabar a sua vida dependente de drogas. A utente relatou que devido a abstinência dos consumos, fumava mais tabaco.

### **História desenvolvimental, psicossocial e médica**

A utente, como referido anteriormente, ficou aos cuidados da ama quando a sua mãe biológica a abandonou no hospital. Segundo a utente a mãe era prostituta e não teria qualquer contato com esta, desde que a abandonou. O pai faleceu com o diagnóstico de cancro, quando a utente tinha 14 anos de idade. A utente descreveu o pai como uma pessoa calma, amável e amiga. O pai estava fora do país, mas segundo a utente “ mesmo com o meu pai fora do país, ele era um pai presente” (sic). O pai faleceu na época natalícia. D. referiu que se sentia muito em baixo nessa época devido á morte do seu pai, “não gosto do Natal, choro muito nessa época, por causa do meu pai ter falecido” (sic).

A utente referiu ter 16 irmãos, mas que só conheceu dois, um que se encontrava detido nas Canárias, por tráfico de droga e uma irmã mais velha, que falava algumas vezes com ela. Relativamente à família dos pais biológicos, esta refere não ter contato, “a minha família é a família da minha mãe (ama)” (sic). A utente referiu ter uma infância menos boa, devido à existência de violência doméstica entre a ama e o companheiro desta, que mais tarde saiu de casa. D. não teve nenhum problema de saúde grave durante a infância.

Segundo a utente reprovou bastantes vezes de ano escolar e atualmente encontrava-se a frequentar um curso profissional equivalente ao 8º ano de escolaridade.

D. reside na instituição devido às suas fugas de casa e por faltar muitas vezes á escola. A utente relatou não gostar da instituição, porque tem bastantes saudades da mãe e sentia-se triste “às vezes acordo mal disposta, sinto-me triste quando penso na minha mãe (ama)” (sic).

A utente revelou chorar quase todos os dias, e que para se sentir melhor escrevia cartas dedicadas ao pai e que mais tarde as queimava. D. referiu sentir-se bastante melhor depois de

escrever essas cartas. Esta referiu não gostar do seu corpo, de si, relatando “tenho vergonha de mim, sou obcecada com o meu peso” (sic).

Quanto às atividades de lazer, D. gostava de ir ao ginásio, referiu que quando praticava exercício se sentia muito mais calma.

No que diz respeito às relações, a utente referiu ter alguns amigos, referiu também que já teve um namorado, mas que este a agredia por ter ciúmes dela. No entanto a utente não manteve mais nenhuma relação amorosa, nem se mostrava preocupada com esse tema.

Relativamente aos consumos, D. referiu não consumir mais canabinóides. No entanto, quando ia de fim-de-semana a casa, e se sentia triste ou se chateava com a mãe, isolava-se no quarto a beber álcool.

## **Avaliação Psicológica**

**Entrevista Anamnese:** durante a entrevista, D. mostrou-se disponível para responder a todas as questões colocadas

**Matrizes Progressivas de Raven (SPM):** a utente obteve um grau VII ( $60 < QI < 69$ ), considerando a sua escolaridade, encontrando-se num nível de debilidade mental ligeira.

**Inventário de Depressão de Beck:** A utente obteve uma pontuação (=10) que não se verifica a existência de sintomas depressivos leves.

**BSI (Brief Symptom Inventory):** o resultado do índice geral de sintomas (0.94) revela que a utente apresenta sofrimento psicológico clinicamente significativo. Na dimensão de depressão, a pontuação obtida foi de 2,33 o que revela que a utente apresenta humor e afeto disfórico, faltos de energia, sentimentos negativos e relação ao futuro. O resultado obtido na escala de hostilidade (1,20) indica que a utente apresenta comportamentos típicos de hostilidade, aborrecimento, irritabilidade. Na dimensão de ideação paranoide, o resultado obtido foi de 1,60, o que remete para comportamentos de desconfiança, suspeita perante os outros, egocentrismo, medo de perder autonomia. Na escala de sensibilidade interpessoal, a pontuação obtida foi de 1,50 o que evidencia sentimentos de inferioridade, desconforto nas relações interpessoais.

Relativamente, às outras dimensões, somatização, ansiedade, ansiedade fóbica, psicoticismo e obsessões compulsões, encontra-se na média da população geral (não clínica).

## **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** 304.30 Dependência de *cannabis* [F12.2x]

311 Perturbação depressiva sem outra especificação [F32.9]

**Eixo II:** V71.90 Sem diagnóstico [Z03.2]

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas com o grupo de apoio primário (morte do pai, negligência infantil, disciplina inadequada), problemas relacionados com o ambiente social (apoio social inadequado), problemas educacionais (falta de instrução, problemas académicos), problemas de alojamento (institucionalização).

**Eixo V:** AGF= 53 (no momentos da avaliação)

AGF= 65 (atual)

## **Concetualização do caso**

O adolescente é um reflexo da sociedade na qual se insere, é uma fase culturalmente heterogénica, assinalada pela discriminação, como também pelas diferenças económicas, sociais e culturais (Regaste, 2001). A adolescência é um período que acarreta novas responsabilidades e novos papéis sociais para os jovens. As mudanças de identidade trazem alterações nas relações, principalmente na relação com os pais, o que leva os jovens à procura do grupo de amigos, para que possam encontrar abrigo e proteção que antes tinham da família (Carvalho, Salles, & Guimarães, 2002).

Quando o adolescente adere a um grupo e este grupo experimenta ou consome drogas, existe uma maior pressão para o adolescente também o fazer. Ao entrar em contacto com drogas, aumenta o risco, do adolescente, se expor a outros comportamentos de risco (Marques & Cruz, 2000). Segundo Newcomb e Bentler (1995), os fatores de risco associados ao consumo de drogas, incluem aspetos interpessoais, culturais, psicológicos e biológicos. De entre todos, destacam-se os conflitos familiares, normas e leis, disponibilidade das substâncias, comportamentos problemáticos, baixo aproveitamento escolar, atitude positiva face ao consumo de droga, suscetibilidade.

A utente foi abandonada na infância pela mãe biológica, ficando aos cuidados da sua ama. D. não conhece a sua mãe, mas tem a informação que se prostituía. O pai faleceu á pouco tempo. No entanto, a utente referiu ter uma ótima relação com ele. A figura materna é considerada essencial no processo desenvolvimental do filho, este relacionamento inicia-se na gestação e permanece a vida toda (Feijó & Assis, 2004). O abandono e a privação de cuidados são considerados violência intrafamiliar, esta violência é caracterizada, pela recusa ou falta de atenção que deveria receber e estes fatores expõem o adolescente a maus tratos, atraso escolar, abuso sexual, consumo de drogas, entre outros (Minayo, 2005).

É de referir que o pai da utente, já tivera sido toxicod dependente, assim como um dos irmãos da utente, que consumia e se encontra detido por tráfico de substâncias, nas Canárias. Segundo a revisão da literatura, (Hawkins et al., 1992; Brown et al., 1993) o consumo de drogas pelos pais, pode estar relacionado, com um aumento de risco dos filhos também consumirem, uma vez que, os comportamentos dos pais servem de modelo para o adolescente, isto é, a atitude principal dos pais é o que mais pesa nessa identidade (Schenker & Minayo, 2004).

No âmbito educacional, existem vários fatores de risco associados ao consumo de drogas como, a falta de motivação para os estudos, a ausência e o mau desempenho escolar (Kandel et al., 1978, citado por Schenker & Minayo, 2004). A utente nunca teve motivação para estudar, até porque já tinha reprovado várias vezes de ano, também referiu que mesmo na escola nunca manteve grandes amizades. No entanto, a escola também pode funcionar como uma fator de proteção, uma vez que possui fortes instrumentos de promoção da autoestima e do autodesenvolvimento, como também pode ser um forte potencializador de resiliência dos adolescentes (Schenker & Minayo, 2004).

## **Intervenção**

Segundo os dados recolhidos, a intervenção neste caso teve como principais objetivos: promover uma relação terapêutica de confiança e empatia, motivar a utente para o tratamento, identificar e modificar pensamentos desadaptativos, diminuindo os pensamentos disfuncionais. Motivar a utente para um maior cuidado pessoal, como também com a alimentação. Promoveu-se a participação de atividades de prazer e gratificantes, aumentando o nível de autoestima, de maneira a minimizar os sintomas de depressão e prevenir recaídas.

Assim sendo, foram delineadas as seguintes estratégias: uma breve abordagem psicoeducativo referente aos efeitos, consequências entre outros, sobre o consumo de drogas. A apresentação de regras de uma boa alimentação, uma vez que a utente referiu não se sentir bem com o seu peso e com o seu corpo. Foram analisadas as razões e os motivos do consumo de substâncias. Através da técnica de reestruturação de Beck, do registo de pensamentos, permitiu à utente identificar os pensamentos automáticos disfuncionais, que se tornaram foco de atenção. Recorreu-se também, a técnica da flecha descendente para ajudar a utente a desenvolver um raciocínio autónomo, para que se consiga questionar sobre as evidências e permitir criar pensamentos e avaliações alternativas, esta técnica também teve como finalidade, ajudar a utente a diminuir os sentimentos de tristeza e desmotivação.

Procedeu-se ao incentivo de atividades de lazer, com o objetivo de diminuir o isolamento social que a utente referiu ter, principalmente quando se encontrava na instituição. Através da monotorização, pretendeu-se substituir pensamentos distorcidos por cognições mais realistas, esta técnica permitiu, à utente, trabalhar as suas crenças referentes à sua incapacidade de lidar com os acontecimentos do passado, aumentando assim a melhoria das relações interpessoais.

### **Avaliação do processo terapêutico**

A utente demonstrou, desde o início do processo terapêutico empenho e envolvimento na relação terapêutica, como também manifestou uma grande vontade de mudança. Todo este empenho originou resultados positivos, como a abstinência total de substâncias, o aumento da autoestima, a prática de atividades físicas e um maior cuidado com a alimentação. No decorrer do processo não surgirão grandes obstáculos, desenvolvendo-se positivamente todo o processo terapêutico. Após terminar estágio, a utente foi encaminhada para o psicólogo da instituição.

### **3.1.5- Caso A**

#### **Dados de identificação**

A. tem 15 anos de idade é solteira. Encontra-se na instituição há cerca de um ano, contudo, esta é a segunda institucionalização. A primeira institucionalização ocorreu na Madeira, mais tarde foi transferida para Braga. A família reside na Madeira, a utente tem um irmão mais novo de 11 anos de idade, que se encontra a frequentar o 6º ano de escolaridade.

#### **Razão do pedido**

A utente veio encaminhada pela instituição na qual reside, uma vez que as técnicas desconfiavam que a utente andava a consumir substâncias. A utente compareceu à consulta na companhia das técnicas da instituição.

#### **Apresentação do estado mental**

A utente apresentou-se à consulta com um aspeto cuidado, uma boa postura, uma expressão facial triste mas cooperante. Apresentou algumas dificuldades em manter o contato ocular. A utente não apresentou diferenças entre a idade aparente e a idade real. No que se refere à sua autoestima, a utente revelou-se pouco confiante e pouco extrovertida. Relativamente à orientação, a utente encontrava-se bem orientada no espaço e no tempo. A vivência do tempo encontrava-se normal. No que toca a memória, A. apresentava uma memória normal, sem dificuldades em recordar. A atenção e concentração apresentavam-se normais. O pensamento relacionado com o “EU” era normal sem difusão ou controlo de pensamento. A fala era normal, com um tom de voz adequado. No entanto, o seu discurso apresentava um ritmo mais lento. No que diz respeito à afetividade, referiu ter boas relações com amigos, demonstrando ser uma pessoa pouco comunicativa. Referiu não ter uma boa relação de afeto pelo pai. O humor da utente era depressivo (triste). Não apresentou fobias, referiu praticar uma boa alimentação. Contudo, referiu ter algumas dificuldades em adormecer.

#### **Problema apresentado e história do problema**

A utente consumia canabinóides, cerca de cinco “charros” por dia, com amigos, como também sozinha. A primeira vez que experimentou canabinóides, foi com o namorado, esta afirmou que não sabia o que era um “charro”, ”pensava que era um cigarro de enrolar” (sic). A utente referiu que se sentiu leve e relaxada. Relatou que já tinha tentado parar de consumir durante dois meses, mas não conseguiu, sentia-se bastante nervosa e ansiosa. A utente afirmou nunca ter experimentado outro tipo de drogas.

## **História desenvolvimental, psicossocial e médica**

A história do utente teve pouca informação, uma vez que faltou a bastantes consultas, como também esteve desaparecida durante algum tempo, segundo a informação fornecida pela instituição.

A utente era natural da Madeira, encontrava-se numa instituição em Braga. A. referiu não ter uma boa relação com os pais, principalmente com o pai. Esta referiu que ambos não a deixavam sair, então esta fugia de casa, relatou também que os pais não aceitavam um namoro, porque o namorado era bastante mais velho, com cerca de 22 anos de idade enquanto que a utente tinha cerca de 14 anos de idade. A utente relatou não ter privacidade por parte dos pais, “eles liam o meu diário e não gostava que o fizessem” (sic).

No que diz respeito à infância, A. referiu nunca ter tido uma doença grave. No entanto, relatou um episódio que a marcou, segundo A. quando era criança depois das aulas ia para a casa de uns amigos do seu tio, e que nessa casa era maltratada, “ batiam-me porque não gostavam de mim” (sic). A utente mais tarde foi transferida para outra escola, menos distante da sua casa, assim já não teria de ficar na casa de outras pessoas.

A utente encontrava-se no 6º ano de escolaridade, a utente referiu que faltava muitas vezes às aulas e que teria más notas. No que diz respeito às relações, esta afirmou ter alguns amigos, mas não muitos. A. relatou ter uma boa relação com a mãe, contudo também afirmou não ter a mesma confiança, que já tivera anteriormente. A relação com o irmão era muito boa, demonstrando bastante preocupação com este. A relação com o pai não era boa, “o meu pai não quer falar muito comigo, fica logo irritado, não me sinto a vontade com ele” (sic). No que se refere às relações amorosas, atualmente a utente não tem, mas por volta dos 14 anos de idade teve um namorado mais velho, que segundo a utente foi com este que experimentou canábis, pela primeira vez, pensando que era um cigarro. A utente referiu gostar muito dele e que a relação que tinham era muito boa, mas a sua família sempre foi contra esse namoro, proibindo-a de estar com ele.

Relativamente a institucionalização da utente, esta não foi a primeira, segundo a utente, a primeira institucionalização ocorreu na Madeira, devido às fugas, da utente, por faltar às aulas e obter más notas na escola. Na instituição na Madeira, a utente relatou ter problemas, sendo transferida, mais tarde, para uma instituição em Braga.

A. referiu ter um primo que também consumia canábis e um tio, da parte do seu pai, já teria sido toxicodependente. A utente referiu praticar desporto e que fazia parte de uma equipa de voleibol, na qual revelou gostar muito.

## **Avaliação Psicológica**

**Entrevista Anamnese:** durante o decorrer da entrevista, a utente mostrou-se um pouco retraída para falar sobre a sua história de vida, ao longo do processo terapêutico foi respondendo às questões colocadas.

### **Diagnóstico Multiaxial**

**Eixo I:** V71.9 Ausência de Diagnóstico

**Eixo II:** V71.9 Ausência de Diagnóstico

**Eixo III:** Nenhum

**Eixo IV:** Problemas educacionais, problemas de alojamento (institucionalização)

**Eixo V:** AGF= 55 (no momento da avaliação)

### **Concetualização do caso**

A utente iniciou muito bem o tratamento, participando e sendo assídua. No entanto, devido a uma fuga da adolescente, na instituição na qual residia, esta não pode mais frequentar as consultas, por um período indeterminado (por ordem judicial).

Na adolescência, o jovem sente-se, muitas vezes, pressionados pela família e sociedade, que lhe impõem o estabelecimento de um rumo para a sua vida, este rumo deve-se de tornar o menos dependente de cuidados e proteção (Carranza & Pedrão, 2005; Silva & Matos, 2004, citado por Prata & Santos, 2006). Os adolescentes, quando vivenciam essas pressões, ou outro tipo de pressões, tendem a utilizar algo que suavize o sofrimento, esse alívio por vezes pode ser o consumo de drogas (Prata & Santos, 2006).

A. relatou sentir-se várias vezes em baixo, sem vontade de fazer nada, só querendo ficar no “seu canto”. O *haxixe* pode produzir a síndrome amotivacional, que pode ser caracterizado pela falta de objetivos, passividade, falta de ambição e de interesse na comunicação, levando à diminuição do desempenho escolar, que por sua vez pode levar ao aumento de ansiedade, provocando o aumento do uso de drogas (Hird, Dusenbury & Millman, 1997; Dryfoos, 1990, citado por Marques & Cruz, 2000).

A utente, segundo as informações obtidas, referiu ter uma boa relação com a mãe e com o irmão, no entanto, com o seu pai referiu não se sente muito à vontade e desde que foi institucionalizada, não tem a mesma confiança que tinha no seu pai. A família exerce um papel importante no desenvolvimento dos seus membros, essencialmente na fase da adolescência (Prata & Santos, 2007).

## **Intervenção**

Face às informações obtidas foram definidos os seguintes objetivos terapêuticos: estabelecer uma relação terapêutica de confiança e empatia, motivar a utente para o tratamento e participação de atividades, aprofundar os motivos e razões dos consumos, promover um estilo de vida saudável e prevenir recaídas.

O acompanhamento de A. foi interrompido porque a utente “fugiu” da instituição. No entanto, obteve-se a informação que a utente teria aparecido mais tarde, mas que durante um longo período de tempo, esta não poderia sair da instituição (expeto no horário escolar) por ordem judicial. Assim sendo, a possível intervenção que se pode realizar junto da utente, foi uma abordagem psicoeducativa referente ao consumo de drogas e incentivar a utente a participar atividades de lazer gratificantes. Permitiu, a elaboração do registo de pensamentos, como também a aplicação da técnica da flecha descendente.

As sessões eram semanais, com uma duração de aproximadamente trinta minutos. Este caso encontrava-se pendente, no que concerne á continuação do acompanhamento por parte do psicólogo da instituição, devido aos factos descritos anteriormente.

## **Avaliação do processo terapêutico**

No início do processo terapêutico, a utente demonstrou interesse e empenho pelo processo de intervenção. Estabeleceu-se uma relação de empatia com a utente. No entanto, surgirão alguns obstáculos no decorrer do processo, uma vez que, a utente após ter fugido da instituição, não estava autorizada a sair, por ordem judicial, exceto para frequentar as aulas. Não foi possível realizar uma avaliação psicológica junto da utente, dado que este processo foi limitado no tempo.

## 3.2- Intervenção em Grupo – “*Tu és mais forte...*”

### Fundamentação teórica

A toxicodependência representa um problema social preocupante para a sociedade atual, embora ainda mais longe de uma caracterização rigorosa, é hoje consensual que os problemas relacionados com o consumo de substâncias representam um dos mais sérios desafios que se coloca á humanidade (Szapocznik et al., 2007; citado por Almeida, 2009). Fernandes, (1997, p.162) define o toxicodependente “ cuja vida está centrada na dependência de uma substância, a tal ponto, que produz consequências com sérios transtornos físicos ou psicológicos, impossibilidade ou dificuldade de livrar-se da dependência, inclusive quando ela é vivida como destrutiva e eventual aparição da síndrome de abstinência”.

A qualidade de vida é um estado de bem-estar que junta dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Aspetos culturais, o meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para a qualidade de vida, havendo uma relação entre ele. A qualidade de vida do sujeito depende dos objetivos de vida e, da perceção que este tem sobre estes fatores, como também, de si mesmo (Rodrigues, 2006).

O conceito de si funciona como um “acompanhante” da auto estima são apoiados por alguns estudos, que reforçam que a predominância de aspetos de desvalorização pessoal, estão associados a uma perceção negativa de si próprio, como também, dificuldades a nível de competências sociais, por exemplo, dificuldades de confrontação em acontecimentos sociais, desconforto no relacionamento interpessoal, suportando relações superficiais limitadas (Silva & Bacelar- Nicolau, 2003). No caso desta população, toxicodependentes, os objetivos devem centrar-se na reconstrução do presente, dando importância á abstenção e ao acompanhamento de futuros projetos. Conceitos como liberdade e responsabilidade tornam-se fulcrais, na medida que se os orienta para comportamentos gratificantes e de realização pessoal que gratificam e dão estabilidade na suspensão de consumos. Através da valorizam do sentimento de liberdade, obtém um duplo sentido, o primeiro de antecipar as consequências de escolhas imediatas (consumir ou não consumir drogas), outro sentido é a opção de um percurso de vida orientado para objetivos que o satisfaçam (Costa, 1995).

Os programas de prevenção devem ser baseados no conceito de “competências sociais”, este conceito deve incluir uma multiplicidade de estratégias que se baseiam no pressuposto, na qual o consumo de drogas é determinado pela ausência de competências sociais, competências

de tomada de decisão, competências de expressão de sentimentos, de autocontrolo, entre outros (Negreiros, 2000).

Segundo a OMS (2004), a realização de programas de prevenção deve ser baseado no modelo de habilidades sociais, com base nas estratégias de redução d comportamentos de risco e o aumento dos cuidados de saúde física e mental. Este modelo consiste em favorecer o desenvolvimento de dez competências, sendo agrupadas nas seguintes categorias: habilidades cognitivas, habilidades para manejar as emoções, habilidades sociais e interpessoais. O conjunto de habilidades psicossociais aborda as seguintes estratégias: auto conhecimento, empatia, comunicação eficaz, relacionamentos interpessoais, tomada de decisão, resolução de problemas, pensamento criativo, pensamento crítico, lidar com as emoções e o *stress* (OMS, 2004; Fallas e Vargas, 1999, citado por Paiva & Rodrigues, 2008; Castellanos, 2001; Botvin, 2004; OPS, 2001).

## **Objetivos**

Este programa de intervenção, “ Tu és mais forte”, teve como população alvo os utentes inscritos no Instituto de Droga e Toxicodpendência de Braga. Os objetivos gerais desta intervenção passam por promover o crescimento pessoal através da abordagem de temáticas problemáticas como também, promover a redução do consumo de substâncias de forma a melhorar a sua qualidade de vida. Por fim, o aprofundamento de outras áreas mais globais. Assim sendo, os objetivos específicos são os seguintes: desenvolver a capacidade de autocontrolo; desenvolver a compreensão de consequências na tomada de decisão; desenvolver competências interpessoais e intrapessoais e por fim, promover conhecimentos essenciais sobre emoções e estratégias de lidar com elas.

## **Estrutura do Programa de Intervenção**

Este programa de intervenção foi direcionado para os utentes inscritos no IDT, foi composto por um total de oito sessões e tratava-se de uma intervenção breve. A seleção dos participantes teve como critérios o fato de estarem inscritos no Instituto de Droga e Toxicodpendência de Braga, tratava-se assim de um critério de conveniência, uma vez que devido á fraca aderência dos utentes na instituição, o grupo não poderia exercer os dez participantes. Esta intervenção realizou-se nas instalações do serviço, mais concretamente na

sala de reuniões. Cada sessão teria uma duração de aproximadamente 60 minutos. As sessões seriam semanais, um dia por semana, às quintas de tarde, com início às 15h00m. As sessões teriam início no dia sete do mês de Maio e término no dia vinte e cinco do mês de Junho do mesmo ano.

No final de cada sessão, os participantes deveriam fazer uma avaliação da sessão, de maneira escrita ou verbalmente, como também se tornaria necessário, em cada sessão, fazer uma revisão da sessão anterior e a ponte com a sessão seguinte. Todas as sessões encontram-se resumidas e detalhadas (Cf. Anexo I).

### **Conclusão\ Reflexão Crítica**

Este programa de intervenção não foi concretizado devido à falta de adesão por parte dos utentes. No entanto, é de realçar que foram colocados cartazes na sala de espera, bem como no serviço de enfermagem referentes às inscrições neste programa de intervenção, é importante referir que contei com a ajuda dos outros profissionais de saúde, para a divulgação do programa. Contudo, devido a este tipo de população ser um público com uma certa ausência de motivação para atividades, talvez tivesse, de outra forma, através de outras dinâmicas, motivar os utentes para a adesão deste programa de intervenção.

### **3.3- Psicoeducação- “As Drogas”**

#### **Fundamentação teórica**

A escolha deste tema deve-se ao facto do consumo de substâncias ser um problema grave, principalmente quando se inicia na infância e na adolescência (Loeber, Stouthamer-Louber & Wite 1999). Quando mais precoce for o início do consumo, mais facilmente e rápido será o processo para a toxicodependência, como também a interferência no desenvolvimento cognitivo emocional e social dos adolescentes e crianças, se torna negativa (Grant, Stinson & Harford, 2001; Brook & Newcomb, 1995).

A adolescência é uma fase onde na qual diversas escolhas são apresentadas ao jovem e, onde se clarifica a identidade sexual e futura identidade. Para o jovem, a adolescência é um mundo de incertezas e de (re) definições constantes, que se traduz por vivências de medo, incerteza, angustia, relativamente às mudanças físicas e psicológicas. É nesta fase que o adolescente sente a necessidade de experimentar limites, de se confrontar, com a finalidade de conquistar espaço de afirmação perante si e o grupo. Existe assim, a necessidade de investir numa realidade externa, da procura de um território distante do afeto parental (Silva & Deus, 2005).

Assim, torna-se pertinente que a prevenção se inicie no período da vida do indivíduo, na qual tenha um impacto maior na redução da procura de substâncias (Nation et al., 2003). O principal objetivo de uma prevenção, neste contexto, é evitar o primeiro consumo como também evitar uma recaída. O que realmente se torna pertinente explorar não é o comportamento em si, mas sim o conjunto de sentimentos e ideias que promovem esse comportamento. Assim sendo, é importante promover a consciencialização dos limites pessoais, das alternativas e possíveis consequências de maneira a que se o comportamento ocorrer não possa deixar de ser um ato ponderado (Melo, 2002).

É fundamental salientar que a prevenção é uma terapia que deve ocorrer todos os dias e, direcionada para toda a comunidade. A prevenção não inventa, inova velhos temas, adaptando-se assim á realidade da sociedade (Melo, 2002)

Tendo em conta que a adolescência é uma fase onde se explora um mundo “novo”, de experiências novas, na qual ocorrem mudanças físicas e psicológicas, esta psicoeducação permitiu uma intervenção primária, como uma intervenção junto dos pré-adolescentes.

## **Estrutura e objetivos da Psicoeducação**

A realização da psicoeducação, sustentada pelo modelo educativo e informativo, decorreu numa escola da freguesia de Vila Verde, com uma duração de noventa minutos. Os métodos utilizados foram, nomeadamente, o método expositivo, interrogativo e demonstrativo, através de técnicas diversas como a exposição, a formulação de questões, preenchimento de um inquérito, entre outros. O objetivo geral desta psicoeducação foi prevenir os jovens do consumo de drogas, os objetivos específicos foram os seguintes: evitar que os pré-adolescentes experimentassem ou consumissem drogas, esclarecer possíveis mitos e dúvidas relativamente aos efeitos das drogas, clarificar consequências do consumo de drogas.

Inicialmente foi pedido aos pré-adolescentes que preenchessem um questionário (Cf. Anexo 2), na qual abordava questões como: se alguma vez experimentou drogas, que tipo de drogas conhece, que consequências podem ocorrer com o consumo destas, entre outras. De seguida, foi exposto aos jovens em que consiste uma droga, as razões que levam os jovens a consumir, os tipos de drogas e possíveis consequências destas (Cf. Anexo 2). Após o esclarecimento de dúvidas, foi proposto aos adolescentes, um jogo (Cf. Anexo 2) na qual teriam que responder a dezassete questões, relacionadas com a temática da droga, no final quem obteve mais pontos adquiriu um certificado de premiação (Cf. Anexo 2). No desenrolar desta ação foi possível um debate entre todos, esclarecendo mitos e dúvidas que os jovens apresentavam.

## **Avaliação dos resultados**

Nesta psicoeducação, foi óbito por parte dos adolescentes um *feedback* positivo. Alguns adolescentes não tinham conhecimentos de alguns tipos de drogas como também suas consequências, o que se tornou bastante pertinente a abordagem deste tema, esclarecendo dúvidas que estes apresentavam no desenvolver da psicoeducação. Assim sendo, globalmente, considerei que esta psicoeducação foi bem sucedida, uma vez que os adolescentes participaram ativamente nesta, expondo as suas dúvidas e as suas opiniões, promovendo assim, um debate na qual se esclareceram dúvidas e se clarificaram conceitos que estes desconheciam. Por fim, penso que os objetivos da psicoeducação terão sido alcançados, não só através da informação prestada mas também, das atividades desenvolvidas onde se verificou uma maior dinâmica entre os jovens.

### **3.4- Ação de Formação- “ O sono “**

#### **Fundamentação teórica**

Para esta ação de formação escolheu-se como tema, “ O Sono”, uma vez que o sono constitui um aspeto fundamental da vida do ser humano.

O sono tem como principal função, a reestruturação e conservação de energia, a sua privação pode causar prejuízo a curto ou a longo prazo na vida diária, causando adversidades sociais, somáticas, psicológicas ou cognitivas. As principais queixas relacionadas com o sono são: dificuldades em adormecer, acordar cedo, o sono não ser restaurativo, dificuldade em manter o sono, comportamentos anormais durante o sono, fadiga, ansiedade, dores musculares entre outras queixas (Chokroverty, 2010, citado por Neves, Gorelli, Florido & Gomes, 2013).

Vários fatores estão associados a estas queixas, como: traço de personalidade, hiperatividade, problemas conjugais, alterações de ambiente ou rotina (Shelgikar & Chervin, 2013). Existem alguns tratamentos, não farmacológicos, que podem ser aplicados com os utentes, como, a terapia cognitiva, terapia de controlo de estímulos, terapia de restrição do sono, terapia de intenção paradoxal e o relaxamento (Passos, Tufik, Santana, Poyares & Mello, 2007)

Tendo em conta as queixas, muitas vezes, apresentadas pelos utentes na instituição, esta ação de formação permitiu ampliar o conhecimento e clarificar constructos relacionados com o sono.

#### **Estrutura e objetivos da Ação de Formação**

A ação de formação, foi realizada com base no modelo educativo e informativo, ocorreu nas instalações do IDT, concretamente na sala de reuniões. Esta ação de formação, teve a duração de 90 minutos e contou com a participação de toda a equipa da instituição. Os métodos utilizados foram, nomeadamente, o método expositivo, demonstrativo e interrogativo, através de varias técnicas, como a exposição e formulação de questões. Os principais objetivos, desta ação, passam por clarificar o conceito e a importância do sono, explicar as várias fases do sono e fornecer algumas dicas para uma boa noite de sono.

A ação de formação iniciou-se questionando os participantes no que concerne ao conceito e importância do sono no dia-a-dia de cada um, de seguida foram clarificadas as fases do sono. Após esta atividade foram expostas algumas dicas para aplicar caso tivessem

dificuldade em adormecer (Cf. Anexo 3). Por fim, através da continuidade desta atividade, desenvolveu-se um debate alusivo ao tema exposto. No final da ação, foi entregue a cada participante um panfleto, na qual são descritas várias práticas de uma boa higiene do sono (Cf. Anexo 3).

### **Avaliação dos resultados**

Nesta ação de formação, foi obtido por parte de toda a equipa um *feedback* positivo. Alguns participantes não se recordavam ou desconheciam algumas dicas de uma boa higiene do sono, o que se tornou pertinente a clarificação de tal, para que os profissionais possam obter proveito próprio, como também desenvolver em consultas, caso necessário. Assim sendo, considerei que esta ação foi bem sucedida, como também os seus objetivos terão sido alcançados.

## **Reflexão Final \ Conclusão**

A estagiária, pela primeira vez, foi confrontada com aquele momento, na qual ansiou ao longo de algum tempo. A realização deste estágio permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, enquanto psicóloga permitiu, também, a aquisição de amplos conhecimentos relativamente às diferentes problemáticas da toxicodependência, principalmente uma melhor compreensão referente à problemática da adolescência, associada ao consumo de drogas.

O principal objetivo, deste estágio, passou pela obtenção de um maior leque de conhecimentos referente à problemática, a toxicodependência, como também, da psicologia em geral, concebendo a ligação entre a teoria e a prática. No entanto, é de referir que, durante o processo académico, a estagiária adquiriu conhecimentos teóricos, que explicavam a relação terapêutica, o modo como intervir, os gestos, entre outros. Todos estes conhecimentos foram alcançados, contudo quando se refere à prática, a realidade é bem diferente.

As intervenções individuais foram fundamentais para a aprendizagem enquanto futura psicóloga. Nestas intervenções ocorreram algumas dificuldades, nomeadamente no que corresponde à aderência das consultas, havendo sempre a necessidade de no primeiro encontro explicar o papel do psicólogo, o objetivo das consultas. Conjuntamente, também existiram dificuldades na sobreposição dos horários das consultas com os horários escolares e atividades extracurriculares. Este problema foi comunicado, diversas vezes, ao supervisor e à restante equipa técnica da instituição.

Os utentes estavam apreensivos quanto ao funcionamento das consultas, pensando que estas se destinavam ao controlo do adolescente, daquilo que faziam ao longo do dia. Tornou-se assim necessário um esforço para fazer compreender aos utentes, que tudo o se relatava em consulta era sigilo. As primeiras consultas destinavam-se ao esclarecimento de ideias erradas que tinham do funcionamento das consultas, como também dos efeitos negativos dos vários tipos de drogas. Perante estas dificuldades, referidas anteriormente, tornou-se necessário a construção de uma relação de confiança e empatia com todos os utentes.

Uma outra dificuldade neste estágio, passou pela explicação aos utentes que teriam que ser encaminhados para o psicólogo da instituição quando termina-se o estágio curricular. Este processo acabou por quebrar alguma confiança terapêutica, os utentes teriam assim que passar novamente pelo processo terapêutico inicial, na qual já teriam passado com a estagiária.

Nesta experiência, alguns dos aspetos mais enriquecedores e positivos, foram o contato com este tipo de população, como também com a equipa multidisciplinar, que permitiu pôr em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso académico.

Conhecer e ouvir, todas aquelas histórias, não só referentes a consumos, mas principalmente, referentes a histórias de vida de cada adolescente, despertou em mim a certeza que este é o caminho certo a seguir, a psicologia. Pode-se afirmar que o balanço global deste estágio curricular foi positivo e muito enriquecedor.

Em suma, obrigada a todos que contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional da estagiária.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, D. M. F. (2009). *Avaliação de programas: investigação-ação na prevenção das toxicodependências*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Alves, M. G. T., Cavalcante, M. B. P. T. & Barroso, M. G. T (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Revista de Enfermagem*, 3, 555-559.
- Alves, R. & Kossobudzky, L. A. (2002). Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. *Interação em Psicologia*, 1, 65-79.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-VI-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beck, J. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto: Artmed Editora
- Bernardy, C. C. F. & Oliveira, M. L. F. (2010). O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abus por jovens institucionalizados. *Revista Esc Enfermagem*, 44, 11-17.
- Biasoli- Alves, Z. M. M. (2004). Pesquisando e intervindo com famílias de camadas diversificadas. In C. R. Althoff, I. Elsen & R. G. Nitschke, *Pesquisando a família: olhares contemporâneos* (pp. 91-106). Florianópolis: Papa livro.
- Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Traing: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232-
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brook, J. S. & Newcomb, M. D. (1995). Childhood aggression and unconventionality: impacto on later academic achievement, drug use, and workforce involvement. *Journal of Genetic Psychology*, 156, 393-410.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D. & Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation. *Child Development*, 64, 467-482.
- Carranza, D. V. V. & Pedrão, L. J. (2005). Satisfaccion personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamento en un instituto de salud mental. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, 13, 836-844.
- Carvalho, A., Salles, F. & Guimarães, M. (2002). *Adolescência*. Belo Horizonte.

- Castellanos, M. L. (2001). *Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales*. Bogota: Fe y Alegria.
- Costa, N. F. (1995). A perturbação da vivência do tempo na toxicodependência e na depressão. *Revista Toxicodependências*, 50-61.
- Cursino, E. A. (1999). *Sexualidade, ADIS e drogas: informações, concepções e percepções de alunos e professores de uma escola de primeiro grau*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de São Paulo.
- Drummond, M. & Drummond Filho, H. (1998). *Drogas: a busca de respostas*. São Paulo: Loyola.
- Feijó, M. C. & Assis, S. G. (2004). O contexto de exclusão social e de vulnerabilidade de jovens infratores e de suas famílias. *Estudos Psicologia*, 1, 157-166.
- Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (1999). Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 4, 581-592.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 9, 1123-1135.
- Fernandes, L. (1997). *Actores e territórios psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*. Porto: FPCEUP.
- Ferreira- Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manuais técnicos 2*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Flay, B. R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 4, 449-488.
- Frasquilho, M. A. (1996). *Comportamentos- problema em adolescentes: Fatores protetores e educação para a saúde. O caso da toxicodependência*. Lisboa: Laboterapia.
- Gómez-Durón, B. J., González, S. C. & Garcia, M. D. M. (1997). Variables cognitive-conductuales e iniciación en la conducta de fumar Tabaco. *Infancia y Aprendizaje*, 79, 35-45.

- Gonçalves, A. M., Luís, M. A. V. & Sena, R. R. (2003). Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. *Revista Min Enfermagem*, 1, 14-20.
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edição Afrontamento
- Grant, B. F., Stinson, F. S. & Harford, T. (2001). The 5-years course of alcohol abuse among adults. *Journal of Substance Abuse*, 13, 229-238.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk na protective factos for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1, 64-105.
- Hoffmann, J. P. & Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: na event history analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 255-264.
- Kodjo, C. M. & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families and communities. *The Pediatric Clinics of North America*, 49, 257-268.
- Lambie, G. (2004). Motivacional Enhancement Therapy: a tool for professional school counselors working whit adolescents. *Professional School couseling*, 7, 268-276.
- Laranjeira, R., Jungerman, F. S. & Dunn, J. (1998). *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Contexto.
- Leal, I. & Ribeiro, J. (1996). Psicologia Clínica e da Saúde. *Análise Psicológica*, 4, 589-599.
- Louber, R., Stouthamer-Loeber, M. & White, H. R. (1999). Development aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 322-332.
- Marques, A. C. P. R. & Cruz, M. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 32-36.
- Marques. A. C. (2004). A importância da avaliação inicial. In Pinsky, I.; Bessa, M. A.. *Adolescência e Drogas* (pp. 151-163). Sao Paulo: Contexto.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Vitória, P. D. & Clemente, M. P. (2003). *Adolescentes e o tabaco: Rapazes e Raparigas*. Lisboa: FMH\COPT\MS.

- Melo, R. & Duarte, E. (2009). A Formação em Psicologia Clínica. Reflexão a partir de estágio de carreira. *Revista Toxicodependências*, 75-85.
- Melo, R. (2002). Os Quês e os Porquês na Prevenção Primária da Toxicodependências. *Revista Toxicodependências*, 8, 69-75.
- Muchata, T. (2002). *Relatório de estágio de especialidade da carreira de técnica superior de saúde rama de psicologia clínica (relatório de estágio não publicado)*. Universidade do Minho: Braga
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58, 449-456.
- Negreiros, J. (2000). A prevenção do consumo de drogas: teoria, investigação e prática. In N. Torres & P. Ribeiro (Coords.), *A Pedra e o Charco: Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Lisboa: Imanedicções
- Neves, G. S. M. L., Giorelli, A. S., Florido, P. & Gomes, M. M. (2013). Transtornos do sono: visão geral. *Revista Brasileira Neurológica*, 2, 57-71.
- Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1995). Substance use and abuse among children and teenagers. *Am Psychol*, 242-248.
- Nurco, D. N. & Lerner, M. (1996). Vulnerability to narcotic addiction: family structure and functioning. *Journal of Drug Issues*, 26, 1007-1025.
- Oetting E. R. & Donnermeyer J. F. (1988). Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse*, 4, 995-1026.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: Suíça.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (n. d.). Retirado de <http://www.who.int/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, Estados Unidos.
- Paiva, S. F. & Rodrigues, C. M. (2008). Habilidades de Vida: Uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 672-682.

- Passos, G. S., Tufik, S., Santana, M. G., Poyares, D. & Mello, M. T. (2007). Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. *Revista Brasileira Psiquiátrica*.
- Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vida de Droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Prata, I. (2008). Terapeutas de Referência- espécie em vias de renascimento. *Revista Toxicodependências*, 2, 77-84.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 3, 314-322.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 1, 247-256.
- Regaste, I. (2001). Diversidade e comportamentos juvenis: Um estudo dos estilos de vida de jovens de origens étnico- culturais diferenciadas em Portugal. *Análise Psicológica*, 3, 345-364.
- Reiff, M. I., Simantov, E., Schlen, C. & Klein, J. D. (2000). Health compromising behaviors: why adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 154.
- Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre qualidade de vida e tratamento de manutenção com metadona. *Revista Toxicodependências*, 12, 55-62.
- Rogers, C. (1942). *Psicoterapia Centrada na Pessoa: um paradigma revolucionário*. Lisboa: Edital.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8, 299-306.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. S. (2004). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3, 707-717.
- Shelgikar, A. V. & Chervin, R. (2013). Approach to and evaluation of sleep disorders. *Minneapolis*, 19, 32-49.
- Silva, A. S. & Deus, A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 2, 151-172.

- Silva, D. & Barcelar- Nicolau, H. (2003). Um padrão ou vários padrões de características de respostas ao Rorschach num grupo de dependentes de heroína? *Revista Toxicodependências*, 47-64.
- Silveira Filho, D. X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Simões, C., Matos, G. M. & Batista- Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 147-164.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Steinberg, L. & Avenevoli, S. (1998). Disengagement from school and problem behavior in adolescence: A developmental- contextual analysis of the influences of family and part-time work. In R. Jessor, *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 392- 424. New York: Cambridge University
- Tec, N. (1974). Parent- child drug abuse: generation continuity or adolescent deviancy. *Adolescence*, 9, 351-364.
- Toscano, J. R. (2001). Adolescência e drogas. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr., *Dependência de drogas* (pp. 283-302). São Paulo: Atheneu
- Trindade, I. & Teixeira, J. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (2º Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vinagre, M. & Lima, L. M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 73-81.
- Whalen, C. K., Jamner, L. D., Henker, B. & Delfino, R. J. (2001). Smoking and moods in adolescents with depressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 2, 99-111.
- Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitiva- Comportamental*. Porto Alegre: Artmed

## **Anexos**

# **Anexo I**

**Intervenção em grupo**

<b>Sessões</b>	<b>Temas</b>
<b>0º Sessão</b>	<i>“ Vamo-nos conhecer ”</i>
<b>1ª Sessão</b>	<i>“ Ultrapassar barreiras ”</i>
<b>2º Sessão</b>	<i>“ Os nossos valores ”</i>
<b>3º Sessão</b>	<i>“ Eu consigo ”</i>
<b>4º Sessão</b>	<i>“ Os nossos sentimentos ”</i>
<b>5º Sessão</b>	<i>“ Uma vida mais saudável ”</i>
<b>6º Sessão</b>	<i>“ A despedida ”</i>

**Tabela 1** - Breve descrição dos temas das sessões do programa de intervenção em grupo – “*Tu és mais forte...*”

### ✓ **Descrição das sessões**

#### **Sessão 0 - “ Vamo-nos conhecer ”**

##### **Objetivos específicos:**

- Estimular a criação de aliança terapêutica
- Apresentar os membros do grupo e promover a sua interação
- Definir normas de funcionamento do grupo, de forma realçar a importância da inclusão de todos os elementos
- Calendarizar sessões e definir horário
- Estabelecer objetivos e estratégias
- Criar um clima de abertura e confiança
- Abordar as expectativas, sugestões e necessidades do grupo

##### **Procedimentos**

Inicialmente a líder apresenta-se e explica o funcionamento da intervenção, como também a forma de como irá decorrer as sessões assim como uma explicação das regras de funcionamento. De seguida, solicita-se aos membros que formem grupos de dois elementos, durante quinze minutos, os elementos do grupo entrevistam-se mutuamente, utilizando uma

grelha de questões, fornecida pela líder. Após esta atividade, cada elemento do grupo faz uma espécie de apresentação do colega que entrevistou para todos os membros. Nesta atividade é pedido que cada elemento permaneça atento as todas as apresentações mas em particular á sua, verificando se os dados fornecidos correspondem á realidade. Desta forma será possível a integração grupal e o início de uma relação interpessoal. Por fim, será fornecido a calendarização da intervenção e o esclarecimento de possíveis dúvidas, opiniões ou sugestões que os membros possam ter.

## **Resultados**

No final desta primeira sessão espera-se que os membros do grupo, devido á partilha de informação e da dinâmica realizada se sintam mais á vontade ciando assim um ambiente de união e partilha, como também a construção de uma aliança terapêutica, de maneira a que as seguintes sessões possam decorrer de forma estável e harmoniosa. Contudo, também é esperado que todos os membros compreendam os objetivos, funcionamento e a calendarização do programa de intervenção.

## **Sessão 1 - “ *Ultrapassar barreiras* ”**

### **Objetivos específicos:**

- Descontrair os membros do grupo (início da sessão)
- Partilhar com o grupo a vivência de situações problemáticas
- Autorreflexão e consciencialização de situações que possam surgiram ou possam surgir
- Desenvolver capacidades de lidar com situações de conflito\stress
- Promover a procura de alternativas
- Ponte com a sessão seguinte

### **Procedimentos**

Propor-se aos membros, que inicialmente escrevessem numa folha em branco uma situação problemática pelo qual tenham ou não vivido, de seguida nessa mesma folha escreve uma alternativa para resolver esse problema, após executarem esta tarefa, colocam essa folha numa caixa, designada de “ caixa mágica”. De seguida os membros, aleatoriamente retiram uma folha e, em voz alta leem a situação problemática e a sua possível alternativa, para todos os membros. Após exporem a situação cada membro fornece a sua opinião ou sugestão\ alternativa para esse problema. Assim, desenvolve-se um debate entre o grupo, promovendo a partilha a livre partilha

de vivências entre os membros como também estratégias utilizadas na resolução dessas situações. Por fim, apresenta-se aos membros os objetivos da sessão seguinte.

## **Resultados**

Prevê-se que no final desta sessão, os membros adquiram um maior leque de alternativas, estratégias face á situações problemáticas que possam surgir na sua vida.

## **Sessão 2- “ Os nossos valores”**

### **Objetivos específicos:**

- Revisão da sessão anterior
- Colocar o utente em contacto com os seus próprios valores
- Evidenciar a importância que os valores têm na sua vida
- Proporcionar um espaço de reflexão para o utente expressar sentimentos face a si mesmo
- Ponte com a sessão seguinte

### **Procedimentos**

Inicialmente questiona-se os membros se tem alguma dúvida referente a sessão anterior. De seguida, será distribuído folhas de papel coloridas aos membros e, que lessem com atenção os valores la enunciados. Após esta atividade, será solicitado que escrevam, por ordem de importância, os valores que fazem parte da maneira de agir no seu quotidiano, assim o utente colocava em primeiro lugar a que para ele é o valor mais importante de todos e assim sucessivamente, até que tenha escolhido no mínimo sete valores. Após, o final desta atividade, será pedido que enumerem por ordem decrescente a escala de valores que cada um construiu, permitindo dessa forma a discussão da mesma. Para finalizar, expor-se-á os objetivos da seguinte sessão.

## **Resultados**

Nesta sessão, espera-se que os membros reflitam relativamente aos valores que os norteiam, como também aos mais significativos na sua vida. Pretende-se ainda que, os membros tenham consciência que a construção da sua escala de valores, varia conforme as vivências e as perspectivas futuras. Por fim, espera-se que os membros reconheçam os valores, ditos aceites pela nossa sociedade.

### **Sessão 3 – “ *Eu consigo* ”**

#### **Objetivos específicos:**

- Revisão da sessão anterior
- Desenvolver o auto controlo
- Melhorar as potencialidades individuais
- Consciencializar a importância da comunicação nas relações humanas
- Promover a compreensão das consequências da tomada de decisão
- Explicar as diferenças entre comportamentos assertivos, agressivos, positivos e manipuladores
- Ponte com a sessão seguinte

#### **Procedimentos**

Inicialmente, esclarece-se possíveis dúvidas que os membros possam ter relativas á sessão anterior. De seguida, recorre-se a situações imaginárias ou reais, sugeridas pelo grupo, após a organização desta ideias, recorrer-se á técnica *Role-play*, para se expressar essas ideias sugeridas. Estas ideias concernem num convite, na qual a pessoa não se mostra interessada, a recusa ao convite terá de ser realizada através de respostas assertivas. No fim desta atividade, os membros terão de avaliar o estilo de comunicação utilizado. Após esta discussão, será exposto um documento que clarifica as características de um comportamento assertivo em comparação com comportamentos agressivos, passivos e manipuladores.

#### **Resultados**

Espera-se que todo o grupo entenda que os indivíduos reagem de maneira diferente ao mesmo estímulo\situação. Pretende-se que, desenvolvam a capacidade de argumentar a sua tomada de decisão. Deseja-se que os membros adquiram um melhor e mais alargado conhecimento referente aos vários tipos de comportamentos.

### **Sessão 4 – “ *Os nossos sentimentos* ”**

#### **Objetivos específicos:**

- Revisão da sessão anterior
- Desenvolver a capacidade de perceber adequadamente os sentimentos e os pensamentos do próprio e dos outros

- Promover a autoconsciência e desenvolver a capacidade de refletir dos utentes, na perspetiva de reconhecer os próprios sentimentos e emoções
- Ponte com a sessão seguinte

### **Procedimentos**

No início da sessão esclarece-se possíveis dúvidas que os membros possam ter relativamente à sessão anterior. Após esta atividade, será solicitado aos membros que retirem de um baú, na qual se encontra um conjunto de cartões com vários tipos de sentimentos descritos. De seguida, retiram aleatoriamente os cartões e é pedido que cada membro partilhe um episódio na qual tenha sentido o sentimento retirado do baú, durante a época de consumos; retira outro cartão e partilha um episódio na qual tenha sentido o sentimento descrito no cartão e por fim, o membro retira novamente um cartão e que recorde um episódio de vida atual em que tenha sentido esse sentimento retirado do baú. No final desta atividade, proporciona-se um debate/discussão entre todos os membros na qual se aborde questões, como: “como se sentiram neste jogo?”, “o que acharam do jogo?” e, “teve influenciado na vossa maneira de pensar?”. Para finalizar, são expostos os objetivos da sessão seguinte.

### **Resultados**

No final desta sessão, espera-se que todos os membros sejam capazes de desenvolver a capacidade de identificar, expressar e lidar com os sentimentos. Pretende-se ainda que no futuro, em situações que ocorra o mesmo sentimento, consigam lidar com ele.

## **Sessão 5 – “Uma vida mais saudável”**

### **Objetivos específicos:**

- Revisão da sessão anterior
- Promover a criação de estilos de vida saudáveis
- Promover e aumentar o conhecimento referente ao consumo de substâncias
- Aumentar e prevenir o comportamento antissocial

### **Procedimentos**

Inicialmente, será realizada uma dinâmica de grupo relativamente às substâncias que conhecem, aos seus efeitos e o impacto que podem ter na saúde do indivíduo. De seguida, será realizada uma atividade, na qual se designa de “O que sabes sobre...?”, nesta atividade os membros

organizam-se em subgrupos, após esta organização, distribui-se dois cartões pelos subgrupos, na qual uma dos cartões tem o nome de uma substâncias e no outro a historia descrita pelo subgrupo, isto é, a história descrita pelo subgrupo, abordará um comportamento infrator que possa influenciar o consumo de substâncias. Após isto, o porta-voz de cada subgrupo lê a história descrita para os restantes membros e diz o que levou o individuo a cometer o ato delinquente, como também, as suas possíveis consequências. No final será entregue e exposto um panfleto com algumas dicas de estilos de vida saudáveis. Para finalizar, será criado um debate sobre as diferentes substâncias abordadas na sessão fazendo uma ponte como o comportamento antissocial, sensibilizando-os. :

## **Resultados**

Deseja-se que o grupo, nesta sessão, consiga criar estilos de vida saudáveis, como também adquiram um maior e melhor conhecimento referente às consequências do consumo de substâncias.

## **Sessão 7 – “ *A despedida* ”**

### **Objetivos específicos:**

- Revisão da sessão anterior
- Sessão de esclarecimento
- Refletir e avaliar o funcionamento global do programa
- Obter um feedback por parte dos utentes

### **Procedimentos**

Inicia-se a sessão com o esclarecimento de possíveis dúvidas relativas a sessão anterior. Solicita-se individualmente que respondam a uma ficha para que possam perceber os aspetos mais e menos valorizados, assim como, sugestões para intervenções futuras. De seguida, é solicitado que cada membro escreva numa folha o que achou desta intervenção e, que coloque essa folha (anónima) numa caixa de papel, que se encontra no centro da mesa. Para finalizar, é solicitado que cada membro escreva em cartões coloridos um objetivo a alcançar no futuro, após esta atividade estes cartões são colocados no placar da sala, onde decorreu toda esta sessão.

## **Resultados**

Nesta última sessão, espera-se que o grupo tenha adquirido novos conhecimentos nesta área, bem como tenham a capacidade de se expressar livremente, no que se refere à sua vida passada, como também seja capaz de desenvolver um futuro siga os objetivos, sonhos e expectativas a cumprir.

## ✓ Power Point


### Intervenção em grupo- “ Tu és mais forte ...”

#### Sessão Zero

### Programa de Intervenção

*“Tu és mais forte...”*

- Apresentação da líder
- Apresentação dos membros



### Sessão zero


*“Vamo-nos conhecer”*

#### Grelha de Entrevista

Nome:	Idade:
Localidade:	
Profissão:	
Escolaridade:	
Estado civil:	Filhos:
Motivo pelo qual se encontra neste serviço?	
O que espera deste programa de intervenção?	


### Calendarização

Sessão 0	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7
Dia: 7 de Maio	Dia: 14 de Maio	Dia: 21 de Maio	Dia: 28 de Maio	Dia: 4 de Junho	Dia: 11 de Junho	Dia: 18 de Junho	Dia: 25 de Junho
Hora: 15h00m	Hora: 15h00m	Hora: 15h00m	Hora: 15h00m	Hora: 15h00m	Hora: 15h00m	Hora: 15h00m	Hora: 15h00m
Duração: 60 m	Duração: 60 m	Duração: 60 m	Duração: 60 m	Duração: 60 m	Duração: 60 m	Duração: 60 m	Duração: 60 m



### Regras de Funcionamento


- ✓ Pontualidade
- ✓ Assiduidade
- ✓ Confidencialidade
- ✓ Participação
- ✓ Responsabilidade



### Dúvidas...




## Sessão Um

<p><b>Sessão Um</b> “<i>Ultrapassar barreiras</i>”</p>	<p>Acontecimento \ situação problemática</p> <p>Solução</p> 
--	---

<p>Debate \ Sugestões</p> 	<p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>Dúvidas...</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p> <p>?</p>
--	---

## Sessão Dois


<p><b>Sessão Dois</b> “<i>Os nossos valores</i>”</p>	<p><b>Os valores</b></p> <p>Vamos refletir</p> 
--	---

**Valores**

<ul style="list-style-type: none"><li>○ Respeito</li><li>○ Educação</li><li>○ Solidariedade</li><li>○ Ética</li><li>○ Gentileza</li><li>○ Bom senso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bondade</li><li>○ Juízo</li><li>○ Honestidade</li><li>○ Sinceridade</li><li>○ Paciência</li><li>○ Dignidade</li></ul>
---	---

**Os valores mais importantes...**

**Dúvidas**




**Sessão Três**

<p><b>SESSÃO TRÊS</b></p> <p><i>“ EU CONSIGO ”</i></p>	<p><b>VAMOS IMAGINAR ...</b></p> 
--	--

### QUAL O ESTILO DE COMUNICAÇÃO?

- ✓ AGRESSIVO
- ✓ PASSIVO
- ✓ MANIPULADOR



### TIPOS DE COMPORTAMENTO

#### PASSIVO

OBJETIVO:

- MEDO DE SE ENVOLVER, SUBMISSO AOS OUTROS, PESSOA MAIS APAGADA
- TENDÊNCIA PARA EVITAR PROBLEMAS

ATITUDES:

- ESPÍRITO DE CONCILIAÇÃO
- MEDO DE IMPORTUNAR
- ABNEGAÇÃO, MODÉSTIA
- SENTIDO DE DISCIPLINA

### AGRESSIVO

OBJETIVO:

- DOMINAR O OUTRO

ATITUDES:

- CONTESTAÇÃO SISTEMÁTICA
- HOSTILIDADE
- AUTORITARISMO, DESCONFIANÇA
- DESPREZO PELO ASPECTO HUMANO DAS COISAS

SENTIMENTOS:

- DESEJO DE VINGANÇA
- MEDO INCONSCIENTE DOS OUTROS
- MEDO DA INTIMIDADE

### MANIPULADOR

ATITUDES:

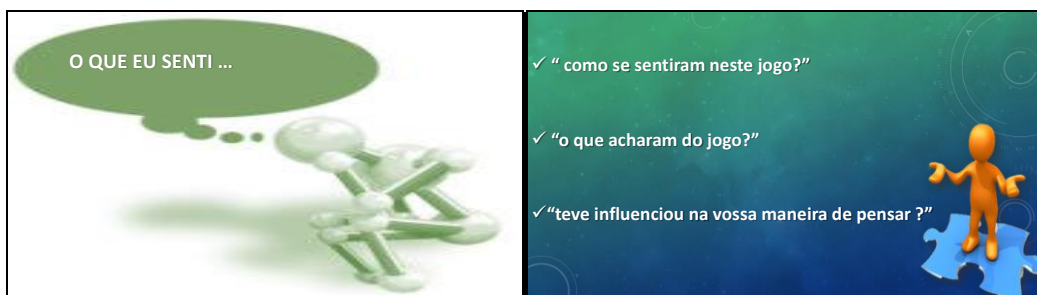
- TENDE A VALORIZAR O OUTRO ATRAVÉS DE FRASES QUE PRETENDE QUE SEJAM HUMORÍSTICAS E QUE DENOTEM INTELIGÊNCIA E CULTURA.
- PODE UTILIZAR A SIMULAÇÃO COMO INSTRUMENTO PARA MANIPULAR OS OUTROS, NEGA FACTOS E INVENTA HISTÓRIAS PARA MOSTRAR AS COISAS COMO LHE CONVÉM.
- FALA POR MEIAS PALAVRAS E É ESPECIALISTA EM RUMORES.
- PREFERE CRIAR CONFLITOS NO MOMENTO OPORTUNO DO QUE REDUZIR AS TENSÕES EXISTENTES.
- OFERCE OS SEUS TALENTOS EM PRESENÇA DE PÚBLICO
- A SUA ARMA PREFERIDA É A CULPA
- FAZ CHANTAGEM MORAL

### ATITUDES DE ASSERTIVIDADE

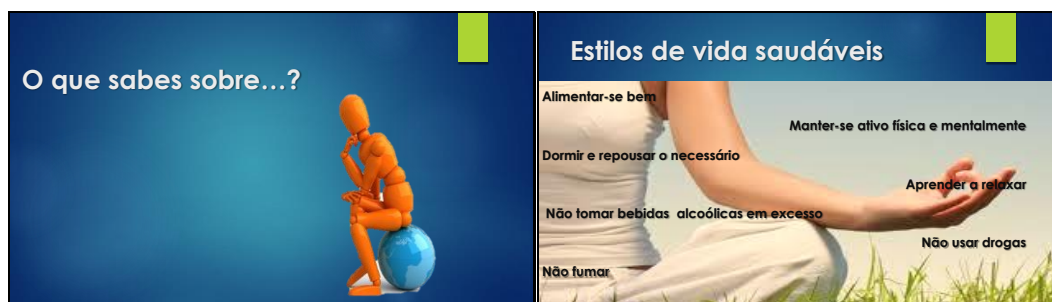
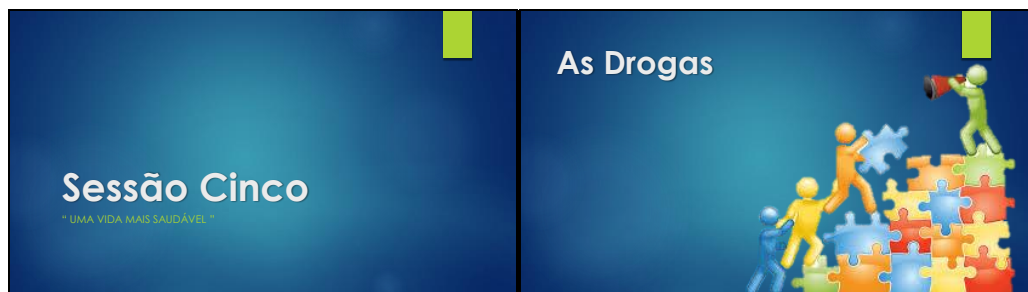
- ✓ MANTÉM RELAÇÕES ASSENTES NA CONFIANÇA
- ✓ ESTÁ À VONTADE NAS RELAÇÕES FACE-A-FACE
- ✓ PROCLAMA COMPROMISSOS REALISTAS- EM CASO DE DESACORDO NEGOCIEJA COM BASE EM OBJETIVOS PRECISOS E FIXOS
- ✓ É "VERDADEIRO"



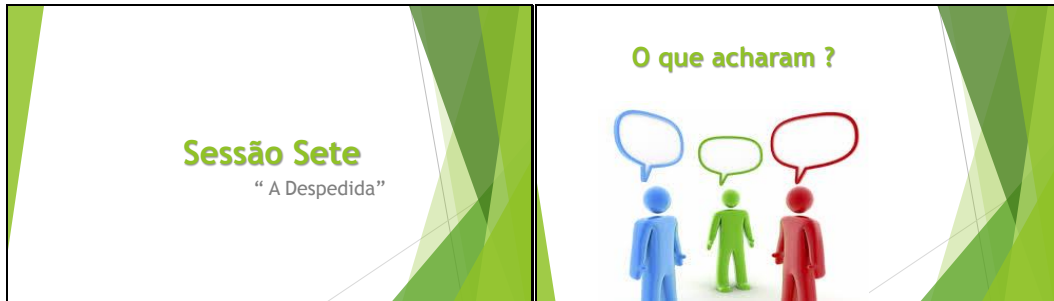
## Sessão Quatro



## Sessão Cinco



**Sessão Seis**



# **Anexo II**

**Psicoeduç o**

## ✓ Power Point

# AS DROGAS



## O QUE É UMA DROGA ?

- As drogas são substâncias que alteram a forma como se vê e se sente o que os rodeia, como também altera o estado de consciência e o comportamento do indivíduo.
- Podem ser originadas nas plantas ou serem produzidas em laboratório



## RAZÕES QUE LEVAM OS JOVENS A CONSUMIR

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| ❖ Por diversão                      | ❖ Integração num grupo específico,          |
| ❖ Descontração,                     | ❖ Auto e hetero-aceitação,                  |
| ❖ Prazer                            | ❖ Para ouvir e dançar certo tipo de música, |
| ❖ Curiosidade,                      | ❖ Ficar acordado à noite,                   |
| ❖ Procura da felicidade,            | ❖ Revolta,                                  |
| ❖ Desenvolvimento de autoconfiança, | ❖ Má gestão de sentimentos,                 |
| ❖ Aventura,                         | ❖ Suavizarem a ressaca, entre outros.       |
| ❖ Rebelia                           |   |



## TIPOS DE DROGAS

Drogas "legais"

• Cannabis, Ecstasy, Heroína, Cocaína, Anfetaminas, LSD

Drogas "legais"

• Álcool, a Cafeína, a Nicotina, Tranquilizantes



## “ SMART SHOPS “

- São estabelecimentos que vendem substâncias psicoativas, produtos cuja composição química original (ilegal) é alterada em alguns aspetos moleculares, colocando-as fora da lista de substâncias proibidas. Estas alterações por vezes aumentam os efeitos das substâncias originais, as faladas drogas ilegais.

- No entanto estes estabelecimentos foram proibidos em Portugal



## LSD

- Outras designações: ácido, selo, micro ponto

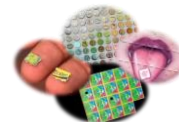
- Possíveis efeitos:

Semelhantes aos do cannabis, porém mais intensos.

Alucinações, delírios, percepção deformada de sons, de imagens e do tato.

- Possíveis consequências

Podem ocorrer "más viagens", com ansiedade, pânico ou delírios.



## ECSTASY

### ✓ Outras designações

MDMA, "êxtase", "pílula do amor"

### ✓ Possíveis efeitos:

Sensação de bem-estar, plenitude. Aguçamento dos sentidos.

Aumento da disposição e resistência física, podendo levar à exaustão.

### ✓ Possíveis consequências:

Alucinações, percepção distorcida de sons e imagens.

Aumento de temperatura e desidratação, podendo levar à morte.

- Com o uso repetido, tendem a desaparecer as sensações agradáveis, que podem ser substituídas por ansiedade, sensação de medo, pânico e delírios.



## COCAÍNA

### ✓ Outras designações:

Pó, brilho, crack, branca, farinha, branca de neve

### ✓ Possíveis efeitos:

Sensação de poder, excitação e euforia. Estimulam a atividade física e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome. O usuário vê o mundo mais brilhante, com mais intensidade.

### ✓ Possíveis consequências:

Pode causar taquicardia, febre, pupilas dilatadas, suor excessivo e aumento da pressão sanguínea.

Podem aparecer insônia, ansiedade, paranoia, sensação de medo ou pânico.



## ANFETAMINAS

### ✓ Outras designações:

Ice, bolinha, rebite, boleta

### ✓ Possíveis efeitos:

Estimulam atividade física e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome.

### ✓ Possíveis consequências:

Aumento dos batimentos do coração, aumento da pressão sanguínea, insônia, ansiedade e agressividade.

- Em doses altas podem aparecer distúrbios psicológicos graves. Alguns casos evoluem para complicações cardíacas e circulatórias (derrame cerebral e infarto do miocárdio), convulsões e coma.
- O uso prolongado pode levar à destruição de tecido cerebral.



## HEROÍNA

### ✓ Possíveis efeitos:

Sonolência, estado de apatia, alívio da dor, sedativo da tosse.

Sensação de leveza e prazer, pupilas contraídas.

### ✓ Possíveis consequências:

Pode haver queda da pressão arterial, diminuição da respiração e dos batimentos do coração, podendo levar à morte.

- Na abstinência (interrupção do uso): bocejos, suor abundante, dores musculares e abdominais, febre e pressão arterial alta.



## NICOTINA

### ✓ Possíveis efeitos:

Estimulante, sensação de prazer.

### ✓ Possíveis consequências:

Reduz o apetite, podendo levar a estados de anemia.

- O uso prolongado causa problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares.
- Mulheres que fumam durante a gravidez têm, em geral, filhos com peso abaixo do normal



## CAFEÍNA

### ✓ Possíveis efeitos:

Aumento da concentração, melhora o humor, diminui a fadiga, controle de peso

### ✓ Possíveis consequências:

Ansiedade, dor de cabeça, insônia, também causa a contração das veias e artérias o que dificulta a circulação sanguínea e acelera os batimentos cardíacos



## ÁLCOOL

✓ **Possíveis efeitos:**

Euforia e desinibição

✓ **Possíveis consequências:**

Cirrose hepática e cânceros diversos, perda da concentração e da memória, prejuízos na coordenação motora, tédio, depressão.



## TRANQUILIZANTES

✓ **Outras designações:**

Sedativos, calmantes.

✓ **Possíveis efeitos:**

Alívio da tensão e da ansiedade, relaxamento muscular, sonolência, descoordenação dos movimentos, falta de ar.

✓ **Possíveis consequências:**

Em altas doses podem causar queda da pressão arterial.

Quando usadas com álcool, aumentam os seus efeitos, podendo levar a estado de coma.



# DÚVIDAS...



## ✓ Power Point – Jogo Quiz



### O que é uma droga ?

- A) Uma substância que acalma o jovem
- B) Uma substância que só tem origem em laboratório
- C) Uma substância que altera o comportamento e o estado de consciência do indivíduo
- D) É um medicamento que ajuda o indivíduo nos estudos e no dia a dia

### Qual das seguintes afirmações está correta?

- A) Os jovens não consomem por diversão, aventura ...
- B) As razões que levam os jovens a consumir são desconhecidas
- C) Um jovem experimenta drogas por prazer, para se integrar num grupo, por aventura, rebeldia
- D) Todos os jovens que se divertem consomem drogas

### Existem vários tipos de drogas:

- A) Drogas pesadas, drogas intermédias, drogas leves
- B) Drogas legais e ilegais
- C) Álcool, café, nicotina, tranquilizantes
- D) Heroína e cocaína

### São conhecidas como drogas “ilegais” as seguintes:

- A) Cocaína, Heroína, LSD, cafeína
- B) Todos os tipos de drogas
- C) Anfetaminas e tranquilizantes
- D) Cocaína, Ecstasy, heroína, anfetaminas, cannabis

### As “smart shops” são estabelecimentos que vendem :

- A) Chás, tranquilizantes e incensos
- B) Substâncias com efeitos idênticos às drogas “ilegais”
- C) Cannabis, cocaína, e LSD
- D) Nenhuma das opções anteriores

### O cannabis é:

- A) Uma droga que não tem consequências
- B) Uma droga igual á nicotina
- C) Uma drogas que tomada em altas doses pode causar ansiedade intensa
- D) Uma droga aceite pela sociedade

### Escolhe a opção correta:

- A) O LSD é fumado
- B) Um ácido pode também ser designado por LSD
- C) Não são conhecidas as consequências do LSD
- D) Um ácido é considerado uma droga "legal"

### O ecstasy tem como possíveis consequências:

- A) Alucinações, percepção distorcida de imagens e sons
- B) Diminuição da temperatura
- C) Aumento da consciência
- D) Todas as alíneas anteriores

### A cocaína é uma droga:

- A) Legal
- B) ...que causa dependência
- C) ... que não tem consequências

### Os termos "pó", "farinha", "branca" referem-se:

- A) Cannabis
- B) Tranquilizantes
- C) Anfetaminas
- D) Cocaína

### As anfetaminas são:

- A) Drogas que estimulam a atividade física e mental, não causando a inibição do sono e a diminuição do cansaço
- B) Drogas que não têm qualquer consequência
- C) Drogas que estimulam a atividade física e mental, causando a inibição do sono e a diminuição do cansaço
- D) Nenhuma das alíneas

### **A heroína:**

- A) Não causa qualquer tipo de dependência
- B) É um medicamento
- C) Pode levar à morte
- D) Não é uma droga

### **A nicotina é considerada:**

- A) Uma droga "legal" que tem consequências
- B) uma droga "legal" na qual não tem consequências
- C) Deve ser consumida por grávidas

### **O café é uma droga "legal" que:**

- A) Consumida em grandes quantidades pode causar ansiedade, dores de cabeça e aumento dos batimentos cardíacos
- B) Não tem efeitos nenhum no organismo
- C) Aumenta a fadiga

### **O álcool:**

- A) Pode ser vendido a menores ( menos de 18 anos)
- B) Causa euforia e desinibição
- C) Em grandes quantidades e bom para a saúde
- D) Ajuda na concentração

### **Os tranquilizantes podem ter como outras designações "calmantes", "sedativos"?**

- A) Sim
- B) Não

### **Os jovens devem de experimentar ou consumir drogas:**

- A) Sim
- B) Não



✓ **Certificado de Premiação**



✓ Questionário

*Questionário*

**Sexo:**

Masculino

Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_

Já alguma vez experimentas-te alguma droga? Sim  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Com quem? \_\_\_\_\_

O que sentiste? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que tipo de drogas conheces? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conheces as possíveis consequências das drogas?


Sim  Não

Se sim, quais são?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_


Tens alguma familiar ou alguém próximo de ti que consuma ou que já tenha consumido drogas? Sim  Não

Obrigada! 

# **Anexo III**

**Ação de formação**

## ✓ Power Point



### HIGIENE DO SONO

#### O QUE É O SONO?

- O SONO É UM ESTADO DE IMOBILIDADE PARCIAL, DURANTE O QUAL ESTAMOS PARCIALMENTE "DESCONECTADOS" DO AMBIENTE QUE NOS RODEIA;
- BUELA, EM 1990 DEFINIU O SONO COMO UM ESTADO FUNCIONAL, REVERSÍVEL E CÍCLICO, COM ALGUMAS MANIFESTAÇÕES COMPORTAMENTAIS CARACTERÍSTICAS, COMO UMA IMOBILIDADE RELATIVA E O AUMENTO DO LIMAR DE RESPOSTA AOS ESTÍMULOS EXTERNOS. EM TERMOS ORGÂNICOS OCORREM VARIAÇÕES DOS PARAMETROS BIOLÓGICOS, ACOMPANHADOS POR UMA MODIFICAÇÃO DA ATIVIDADE MENTAL, QUE CORRESPONDEM AO COMPORTAMENTO DE DORMIR.

#### IMPORTÂNCIA DO SONO

- O SONO É UM AGENTE ESTRUTURADOR E HOMEOSTÁTICO QUE INFLUENCIA O INDIVÍDUO DE UMA FORMA GLOBAL
- AS PESSOAS QUE DORMEM MAL TÊM MAIS MORBIDADES, MENOR EXPECTATIVA DE VIDA E ENVELHECIMENTO PRECOCE

#### FASES DO SONO

- **FASE 1**  
A TENSÃO MUSCULAR DIMINUIU  
A RESPIRAÇÃO FICA SUAVE  
OS PENSAMENTOS DO MUNDO FLUTUAM PELA MENTE
- **FASE 2**  
ENTRA-SE NUM SONO LEVE  
A TEMPERATURA DESCE
- **FASE 3**  
SONO PROFUNDO

- **FASE 4**  
REPÕEM-SE ENERGIAS  
SÃO LIBERTADAS AS HORMONAS RESPONSÁVEIS PELO CRESCIMENTO E RECUPERAÇÃO DOS NOSSOS ÓRGÃOS E CÉLULAS
- **FASE 5**  
SURGEM OS SONHOS  
OS MÚSCULOS FICAM PARALISADOS  
AS FREQUÊNCIAS CARDÍACAS E RESPIRATÓRIAS AUMENTAM  
A TENSÃO ARTERIAL SOBE  
PERMITE AO CÉREBRO FIXAR AS INFORMAÇÕES IMPORTANTES RETIDAS DURANTE O DIA

#### SE SENTIR DIFICULDADES EM ADORMECER...

- TENDE RELAXAR OS MÚSCULOS QUANDO ESTIVER DEITADO
- VÁ PARA A CAMA SÓ QUANDO TIVER SONO E NÃO PARA TENTAR ADORMECER
- QUANDO ESTIVER PARA DORMIR NÃO PENSE NAS ATIVIDADES QUE REALIZOU DURANTE O DIA
- SE NÃO CONSEGUIR PENSAR EM NADA AGRADÁVEL, OIÇA OS SONS QUE VÊM DA RUA, COMO OS PÁSSAROS, AS PESSOAS, ENTRE OUTROS
- SE NÃO CONSEGUIR ADORMECER EM 10 MINUTOS, LEVANTE-SE E LEIA OU FAÇA OUTRA ATIVIDADE E SÓ VÁ PARA A CAMA QUANDO ESTIVER COM SONO



## ✓ Panfletos

### *Práticas para uma boa higiene do sono . . .*

- ✓ Ter horários regulares para dormir e despertar;
- ✓ Ir para a cama somente na hora de dormir e permanecer apenas o tempo adequado na cama
- ✓ Realizar atividades repousantes e relaxantes preparatórias para o sono (banho borno, leitura, relaxamento progressivo)
- ✓ Assegurar a exposição adequada á luz natural
- ✓ Associar a cama ao sono (não ver televisão, nem ouvir radio)

### *Práticas para uma boa higiene do sono .*

- ✓ Não fazer uso de álcool ou café próximo da hora de dormir
- ✓ Não usar medicamentos para dormir sem a orientação médica
- ✓ Evitar dormir de dia
- ✓ Deve jantar moderadamente em horário regular e adequado
- ✓ Ser ativo física e mentalmente
- ✓ Fazer exercício 20 a 30 min, por dia, antes de ir para a cama 5 a 6 horas

*"O sono que desce sobre mim,  
O sono mental que desce fisicamente sobre mim,  
O sono universal que desce individualmente sobre mim —  
Esse sono  
Parecerá aos outros o sono de dormir,  
O sono da vontade de dormir,  
O sono de ser sono.  
Mas é mais, mais de dentro, mais de cima:  
É o sono da soma de todas as decepções,  
É o sono da síntese de todas as desesperanças,  
É o sono de haver mundo comigo lá dentro  
Sem que eu houvesse contribuído em nada para isso. "*

...

**Álvaro de Campos**