



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO:**  
**CRI DO PORTO OCIDENTAL**  
**SUPERVISORA: PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> ALEXANDRA SERRA**  
**ORIENTADORA: DR.<sup>a</sup> MARIA JOÃO PEREIRA**

Carla Isabel Costa Macedo, 22126

Gandra, Janeiro de 2016

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>I CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1. SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (SICAD)	5
1.2. CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) .....	5
1.2.1 <i>Atendimento Geral</i> .....	6
1.2.2 <i>Consulta externa (acolhimento/triagem, consulta ambulatória)</i> .....	7
1.2.3 <i>Serviço de apoio a famílias ou outros significativos</i> .....	8
1.2.4 <i>Consulta de crianças e adolescentes</i> .....	8
1.2.5 <i>Consulta de sexologia clínica</i> .....	9
1.2.6 <i>Enfermagem</i> .....	9
1.2.7 <i>Equipa de ligação comunitária</i> .....	9
<b>II PAPEL DO PSICÓLOGO .....</b>	<b>10</b>
<b>III DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES .....</b>	<b>14</b>
3.1 OBSERVAÇÃO DE CONSULTAS.....	14
3.2 REALIZAÇÃO DE ACOLHIMENTOS E SEGUIMENTOS .....	15
3.3 REUNIÕES GERAIS E CLÍNICAS .....	16
3.4 EQUIPAS DE RUA.....	16
3.5 REUNIÕES DE ORIENTAÇÃO .....	17
3.6 REUNIÕES DE SUPERVISÃO.....	17
3.7 ESTUDO DE CASO DE M.M. ....	17
3.7.1 <i>Identificação</i> .....	18
3.7.2 <i>Motivo/ Pedido</i> .....	18
3.7.3 <i>História de vida</i> .....	19
3.7.4 <i>Percurso no CRI Ocidental do Porto</i> .....	23
3.7.5 <i>Processo de Avaliação</i> .....	24
3.7.6 <i>Análise Compreensiva da Problemática</i> .....	25
3.7.7 <i>Intervenção</i> .....	28
3.7.8 <i>Reflexão</i> .....	32
3.8 ESTUDO DE CASO DE P.R. ....	34

<i>3.8.1 Identificação</i> .....	34
<i>3.8.2 Motivo/ Pedido</i> .....	34
<i>3.8.3 História de vida</i> .....	35
<i>3.8.4 Percurso no CRI Ocidental do Porto</i> .....	38
<i>3.8.5 Processo de avaliação</i> .....	39
<i>3.8.6 Análise Compreensiva da Problemática</i> .....	40
<i>3.8.7 Proposta de Intervenção</i> .....	42
<i>3.8.8 Reflexão</i> .....	43
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>45</b>

## Introdução

A elaboração do presente relatório decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e visa a descrição e reflexão do estágio desenvolvido no Centro de Respostas Integradas (CRI – Porto Ocidental). O centro encontra-se integrado no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

Com este documento pretende-se descrever o estágio desenvolvido, englobando a sua caracterização, os seus objectivos, a realização das actividades e competências adquiridas; compreender os processos de alteração do comportamento e perturbação mental que o indivíduo possa apresentar, não esquecendo as repercussões no seu projecto de vida e a forma como a saúde mental não pode ser separada dos factores circundantes; fazer uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso desenvolvido; identificar as competências adquiridas.

O desenvolvimento deste relatório será estruturado em três partes distintas de forma a facilitar a sua consulta e compreensão. Assim, no primeiro capítulo procede-se ao enquadramento geral do estágio e do local onde este decorreu. No capítulo seguinte, a atenção é voltada para o Papel do Psicólogo na instituição através de uma perspectiva reflexiva salientando a minha integração e visão. A intervenção no contexto das toxicod dependências é ainda referida ao longo deste capítulo, explicando a sua importância e pertinência. Por último, o terceiro capítulo é dedicado à descrição das actividades desenvolvidas na instituição, onde se procede à integração de um estudo de caso.

## **I Caracterização da instituição**

O estágio académico realizado, surgiu no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, tendo decorrido no período compreendido entre Setembro de 2014 e Junho de 2015. A responsável pelo estágio foi a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Emília Areias, docente no Instituto Superior de Saúde do Norte e supervisionado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alexandra Serra.

A instituição onde se realizou o estágio designa-se de Centro de Respostas Integradas, tendo como contexto de actuação/intervenção a problemática da toxicod dependência e do alcoolismo. Nesse mesmo local, a orientação ficou ao encargo da Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira.

### **1.1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)**

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), criado em 29 de Dezembro de 2011, pelo Decreto -Lei n.º 124/2011, é o organismo que regula a estratégia no combate ao consumo de drogas e que veio substituir o Instituto de Droga e Toxicod dependência (IDT). Tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

Integrado no SICAD, surge o Centro de Respostas Integradas (CRI) do Porto Ocidental, uma Unidade de Intervenção Local do Instituto da Droga e Toxicod dependência, que tem como missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicod dependências no território que agrupa os concelhos localizados na zona ocidental do distrito do Porto.

### **1.2. Centro de Respostas Integradas (CRI)**

Os CRI's foram criados pelo Decreto-lei n.º 190/2008, de 1 de Outubro, substituindo os antigos CAT's (Centro de Atendimento a Toxicod dependentes). São unidades especializadas de tratamento, nos quais se prestam cuidados compreensivos e globais a toxicod dependentes individualmente ou em grupo, seguindo as modalidades, terapêuticas mais apropriadas para cada situação, em regime de ambulatório, que dependem directamente da Delegação Regional em que estão inseridos.

O antigo CAT Ocidental do Porto (agora CRI Ocidental do Porto) abriu ao público em 9 de Fevereiro de 1999, e abrangia as freguesias de Nevogilde, Aldoar, Foz do Douro, Massarelos e Lordelo do Douro, do concelho do Porto. Entretanto a sua área de influência alargou-se às freguesias do concelho da Maia, Matosinhos, Póvoa de Varzim, Santo Tirso, Trofa e Vila do Conde, sendo que, semanalmente, se destacam técnicos para a consulta descentralizada da Trofa e Santo Tirso de forma a atenderem os utentes dessa área de residência.

Este centro é constituído por dez gabinetes de consulta, um de enfermagem, um gabinete de atendimento psicossocial, um gabinete administrativo, uma sala de espera e uma sala de reuniões.

O CRI integra uma equipa multi e interdisciplinar, constituída por um Coordenador Administrativo, cinco Médicos Psiquiatras, sete Psicólogos, cinco Assistentes Sociais, cinco Enfermeiros, cinco Técnicos Psicossociais, uma Auxiliar da acção médica, duas assistentes administrativas, um vigilante e uma funcionária da limpeza.

O funcionamento faz-se em equipas terapêuticas, nas quais os profissionais se mantêm em contacto contínuo, visando a troca de informação entre as diversas valências de forma a terem uma visão holística do utente, permitindo compreender o seu funcionamento e as suas carências, intervindo assim de forma mais eficaz (sob a perspectiva bio-psico-social).

Esta Unidade de Intervenção funciona de Segunda a Sexta-feira das 8h às 20h e ao Sábado das 8h às 13h, apenas para administração de metadona. Tem cerca de 1200 utentes inscritos, distribuídos pelos diversos programas terapêuticos: Programa de Substituição com Metadona, Programa de Substituição com Buprenorfina, Programa de Antagonista Opiáceo, Follow-up e outros.

No CRI Ocidental do Porto, as actividades essenciais distribuem-se pelos seguintes serviços: a) Atendimento geral; b) Consulta externa (acolhimento/triagem, consulta ambulatória); c) Serviço de apoio a famílias ou outros significativos; d) Consulta de crianças e adolescentes; e) Consulta de sexologia clínica; f) Enfermagem; g) Equipa de ligação comunitária.

### **1.2.1 Atendimento Geral**

No atendimento geral ocorre o primeiro contacto dos utentes com a instituição. Este é feito pelos técnicos psicossociais que estabelecem contacto com os utentes, familiares ou outros elementos significativos.

### **1.2.2 Consulta externa (acolhimento/triagem, consulta ambulatoria)**

O serviço de acolhimento/triagem ocorre cinco vezes por semana de segunda a sexta-feira das 9h às 13h com marcação prévia.

Nesta valência, procura-se a avaliação do estado global do utente e do seu funcionamento. Verificam-se as redes de suporte social existentes, assim como a orientação considerada (desabilitação física em ambulatório ou em internamento) tendo em conta o suporte familiar e a vontade/motivação do utente.

O acolhimento divide-se em dois momentos. O primeiro momento é efectuado por uma equipa constituída por um enfermeiro e um técnico psicossocial, que procedem ao levantamento da informação biográfica do indivíduo, bem como a sua caracterização física e social. O segundo momento do acolhimento é protagonizado por um psicólogo e um psiquiatra que, após a recepção da informação já recolhida anteriormente, procederem à clarificação do pedido do utente e iniciam a recolha de dados relevantes da sua história, registando-os em seguida nas fichas de psicologia e psiquiatria. Além disto, são solicitados exames complementares de diagnóstico, incluindo o rastreio de tuberculose pulmonar.

Nesta fase é da responsabilidade do psiquiatra e/ou psicólogo conduzir a entrevista, procurando aprofundar os aspectos mais relevantes da história médica, de consumos, eventuais tratamentos anteriores e explorar as circunstâncias envolventes aos períodos de abstinência.

Antes da escolha do programa terapêutico é necessário conhecer o suporte familiar e de outros significativos do utente, e se estão dispostos a colaborar no projecto terapêutico, visto que o envolvimento destes é de extrema importância. Depois de analisados todos os aspectos decide-se, em conjunto com o utente, qual das duas modalidades existentes no CRI para a realização da desabilitação física das drogas, será mais adequada: o internamento ou o regime de ambulatório. Desde que não haja questões pendentes, por exemplo em relação ao apoio familiar de que o utente poderá dispor, o processo terapêutico fica definido logo no acolhimento. Sempre que possível, os terapeutas desenvolvem esforços para que a desabilitação física se realize no domicílio, o que requer a disponibilidade de um familiar para administrar a medicação (de desintoxicação) ao utente. Tenta-se, desta forma, envolver a rede de suporte no processo de recuperação do indivíduo dependente, desde o primeiro momento. Nos casos em que não há retaguarda familiar, os terapeutas propõem a desintoxicação em regime de ambulatório (anexo).

Na consulta ambulatoria realiza-se o acompanhamento/seguimento psicoterapêutico dos utentes, decorrendo de segunda a sexta-feira das 8h às 20h. Tem por objectivo aprofundar o diagnóstico psicopatológico, definir e caracterizar a estratégia terapêutica individualizada.

A consulta ambulatoria, em psicologia, pode ser dividida em dois momentos: no primeiro é realizada a avaliação psicológica do sujeito e o segundo consiste numa psicoterapia de apoio, na maioria dos casos.

O psicólogo, como técnico de referência dos utentes no CRI, avalia a pertinência da intervenção de outros técnicos, como por exemplo do mediador social.

O projecto terapêutico é um plano integrado, elaborado pelos três técnicos responsáveis por cada utente – psicólogo, médico e assistente social, com estratégias a definir para cada período de evolução, mas também avaliado regularmente, considerando os avanços e os eventuais recuos verificados.

Do referido projecto terapêutico, faz também parte o apoio familiar e social, as estratégias de prevenção de recaída e o apoio farmacológico, que constituem uma parte do tratamento global.

### **1.2.3 Serviço de apoio a famílias ou outros significativos**

O papel central que a família desempenha na abordagem dos comportamentos aditivos impõe a implementação de respostas complementares. Neste sentido, considera-se que pode haver benefício em apoiar os familiares e/ou envolventes significativos dos indivíduos abrangidos por aquela problemática, quer estes se encontrem ou não em tratamento neste Centro. Assim, disponibiliza-se um espaço de informação, de esclarecimento, aconselhamento e acompanhamento psicológico. Promove-se uma atitude pedagógica e securizante face às vivências complexas, nomeadamente de angústia, frequentemente experienciadas.

### **1.2.4 Consulta de crianças e adolescentes**

Esta consulta teve início em Novembro de 2003 e visa a prevenção/identificação de situações de risco sociofamiliares e dar resposta às dificuldades das crianças e adolescentes familiares de utentes do CRI, ou que não sendo familiares vivam com estes. Este apoio fará sentido na medida em que estando estas, como todas as crianças, em crescimento bio-psico-social e portanto com tarefas próprias para resolver, têm ainda de se confrontar com a toxicod dependência de uma figura próxima e com problemas que daí advêm.

### **1.2.5 Consulta de sexologia clínica**

Considerando que a problemática da toxicod dependência poderá estar associada a dificuldades variadas ao nível da vivência da sexualidade, por vezes, a comportamentos sexuais de risco e face às necessidades específicas da população toxicod dependente, foi criada em Janeiro de 2004 a consulta de sexologia clínica.

### **1.2.6 Enfermagem**

Os elementos que integram este serviço, incluídos na equipa multidisciplinar, participam na realização dos acolhimentos e apoiam no âmbito das suas competências, a consulta ambulatória. Procedem à administração de Metadona no âmbito do programa de substituição e participam, também, nas reuniões semanais da Equipa de Substituição.

São igualmente responsáveis pela organização e dinamização dos “Grupos de Educação para a Saúde”, dirigidos aos utentes da instituição. Ainda neste serviço, são feitas as recolhas de sangue para análise; administração diária de antagonistas a utentes que não têm suporte familiar; pensos/tratamentos; administração de medicação; cuidados pedagógicos/terapêuticos; vacinação anti-hepatite; gestão de material; participação nas reuniões gerais e clínicas; realização de EMITS (controlos de consumos por meio de análise à urina).

### **1.2.7 Equipa de ligação comunitária**

Com este serviço pretende-se facilitar a acessibilidade dos utentes a serviços diversificados existentes na comunidade e assumir o envolvimento institucional em projectos comunitários de intervenção em rede. Nesta perspectiva, inserem-se os contactos estabelecidos com estruturas, quer de saúde, quer de apoio social, ou de outras mais directa especificamente relacionadas com a reinserção social.

Fazem parte as parcerias do CRI Ocidental do Porto outros CRI's, Centros de Saúde e Hospitais, Centros de Diagnóstico Pneumológico, Administração Regional de saúde (ARS), Serviços Prisionais, Casa de Vila Nova – Projecto Porto Feliz, Associação Norte-Vida – Equipa de Rua, Agência de Desenvolvimento integrado de Lordelo do Ouro (ADILO), entidades privadas protocoladas com o SICAD, entre outros.

## II Papel do Psicólogo

O serviço de psicologia tem um papel preponderante no atendimento a utentes que recorrem diariamente à instituição. O psicólogo integra uma equipa multidisciplinar, estando em constante e necessária articulação com os outros membros da equipa: psiquiatra, assistente social, enfermeiro e técnico psicossocial de forma a obter um conhecimento global do utente.

O apoio do psicológico no CRI estabelece-se no sentido de procurar perceber o paciente, as suas angústias e dificuldades, tentando ajudá-lo no seu bem-estar físico e psicológico.

A toxicodependência condiciona o bem-estar da pessoa e afecta a sua vida em diferentes pontos, quer a nível biológico, social, familiar, profissional e psicológico. No serviço existem recursos diferenciados que ajudam a minimizar estas dificuldades, sendo certo que é função primordial do psicólogo motivar o indivíduo para o tratamento, ajudá-lo a estruturar-se e reinsere-lo na sociedade de uma forma activa.

No plano social, muitos toxicodependentes vivem num empobrecimento relacional muito grande, voltando-se cada vez mais para si próprios, acabando por se restringirem às relações de troca de substância, em detrimento das relações afectivas e sociais. A sociabilidade do toxicodependente descamba, com frequência numa teia de mentiras e de meias verdades e o sistema afectivo e emocional desvanece-se para dar lugar ao único propósito de vida, o consumo.

Segundo Patrício (1996, cit. in Frazão, 2005) o tratamento de uma pessoa toxicodependente implica o desenvolvimento de um projecto terapêutico, isto é, de medidas articuladas umas com as outras, atitudes médico-psicológicas e sociais, centradas sobre a pessoa doente, mas não só. O projecto implica também promover modificações no ambiente da pessoa, isto é, na família, na relação com os amigos, com a escola, no trabalho e no lazer.

Segundo Frazão et. al (2005) o processo de tratamento de uma pessoa toxicodependente é complexo, porque não existe nenhum tratamento milagroso que cure a toxicodependência, quer porque as pessoas têm histórias de vida e de consumos diferentes quer pelo facto de existir uma variedade de abordagens e intervenções terapêuticas que se podem adaptar a uns e não a outros.

Muitas vezes, o processo evolutivo de tratamento é marcado pela instabilidade e ambivalência, por recaídas, por interrupções mais ou menos longas e abandonos do tratamento.

A relação é por isso um instrumento preponderante e válido para que ocorra desenvolvimento do trabalho terapêutico. O psicólogo, através da empatia, autenticidade e aceitação incondicional para com o utente, promove o estabelecimento de uma boa relação terapêutica que reflete a dinâmica de todo o processo. A relação permite que se instale um processo de transformação e mudança.

Deste modo, considero que a pedra basilar das intervenções psicológicas é a relação de ajuda fundada numa relação de confiança mútua (psicólogo-paciente) e dela pode depender o sucesso terapêutico.

De uma forma geral, a tarefa do psicólogo clínico deverá incidir sobretudo na avaliação e intervenção (psicoterapia ou acompanhamento) e na conseqüente tomada de decisão sobre qual o melhor projecto terapêutico para aquele utente em particular e a sua posterior implementação.

O trabalho do psicólogo clínico pode, tal como anteriormente referido, reunir-se em duas fases: a avaliação e a intervenção de acordo com o caso. A avaliação começa imediatamente no acolhimento.

Na primeira fase, através do uso da observação e entrevista, o psicólogo analisa as verbalizações do sujeito e, recorrendo à história pessoal e clínica, procura compreender o funcionamento clínico e os traços de personalidade, os padrões de vinculação, padrões defensivos, principais afectos, a dinâmica familiar, perturbações psíquicas e o contexto em que vive. Procura, também, perceber que representações subjectivas o utente tem de si mesmo e dos outros, do seu lugar no mundo e do sentido da vida. É ainda necessário esclarecer o pedido, percebendo a motivação e o investimento pessoal a que o sujeito está disposto para o tratamento.

Cabe ao psicólogo motivar o indivíduo para o tratamento, ajuda-lo a estruturar-se e reinsserir-se na sociedade de uma forma activa.

O projecto terapêutico deve iniciar-se estabelecendo com o utente o contrato terapêutico que passa pela definição de psicoterapia individual ou familiar ou por uma psicoterapia de apoio dependendo do sujeito e das circunstâncias envolventes e pela prevenção da recaída. Tendo também em vista a abstinência do utente, mas sobretudo o insight, a estruturação afectiva, social e económica, proceder à restauração da auto-estima,

retomar relações de confiança, criar e desenvolver projectos de futuro. No entanto, a definição e implementação de um projecto terapêutico depende de vários factores, tais como: a motivação do utente para o tratamento, a existência de uma eventual psicopatologia prévia ou as condições sociais em que se encontra e do apoio familiar. Ainda assim, a intervenção não visa exclusivamente a abstinência, centra-se num modelo compreensivo do toxicodependente, num percurso que vai do primeiro pedido de ajuda ao momento em que o consumo de substâncias psicoactivas deixa de ser o propósito da sua vida.

Para além do projecto terapêutico com o utente, o psicólogo pode também prestar apoio psicológico a familiares (serviço de apoio a familiares e outros significativos), crianças (consulta de crianças e adolescentes) e consultas de casal (consulta de sexologia clínica ou terapia de casal).

A intervenção num CRI passa ainda pela monitorização dos avanços e recuos do projecto terapêutico e por isso, o psicólogo deverá assegurar-se do estado de abstinência, pela realização de EMITS (controlos de consumos por meio de análise à urina).

Relativamente ao recurso a instrumentos de avaliação psicológica estandardizados, este não é frequente na ET do CRI Ocidental do Porto. Ainda assim, no decorrer do estágio, foi possível tomar contacto com o YSQ-S3 que avalia Esquemas Mal Adaptativos Precoces (EMP). Este é utilizado na avaliação das estruturas cognitivas, de um ponto de vista das terapias cognitivas, e consiste na tentativa de identificar os esquemas postulados como subjacentes ao processamento distorcido da informação. A integração deste procedimento na prática clínica contribuiu para uma prática cientificamente mais rigorosa, no sentido de adequar a intervenção às necessidades e condições clínicas do utente.

A toxicoddependência é um fenómeno complexo, emergente e transversal que constitui um dos mais graves problemas da actualidade, afectando com particular incidência jovens e famílias. Deste modo, parece-me fundamental o papel do psicólogo neste mesmo contexto e a sua extrema importância neste serviço.

Tal como anteriormente referido, a integração do psicólogo numa equipa multidisciplinar complementa e favorece a prática profissional, uma vez que são considerados vários níveis de análise do sujeito, assim como de intervenção. Contudo, o papel do psicólogo tem um especial destaque em todo este processo. Como profissionais de Psicologia estamos inseridos em processos de desenvolvimento, aprimoramento e lidamos com o que é mais precioso: o ser humano. A reflexão sobre as formas como utilizamos o

nosso saber e compreensão sobre esses processos deve ser constante na nossa prática com vista a contribuir para a mudança do indivíduo e de forma a promover o seu bem-estar.

Em diversos casos, os indivíduos (já abstinentes) deixam de beneficiar das valências de assistência social e consultas psiquiátricas, mantendo o contacto e o acompanhamento psicológico. A grande maioria dos utentes mostra-se disponível para dar continuidade ao processo psicoterapêutico.

Em suma, e por todos os motivos anteriormente enunciados, parece-me evidente que a psicologia assume um papel preponderante no processo terapêutico do toxicodependente e uma mais valia para o serviço.

### III Descrição das actividades

O Estágio teve início em Setembro de 2014 e numa fase inicial foi apresentada à estagiária a instituição e todas as valências e profissionais que dela fazem parte.

Com a orientadora, Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira, foi estabelecido o horário e feito um plano de objectivos e prazos a cumprir ao longo do período de estágio. Teve uma frequência de 3 semanais (terça, quarta e quinta-feira) com duração de um ano lectivo.

Inicialmente, o primeiro mês foi dedicado apenas à observação de consultas de psicologia. A partir de Outubro de 2014, foi dada autonomia à estagiária para participar nos acolhimentos e conseqüente realização e seguimento de casos.

Desde o início foi possível concluir que o bom relacionamento entre os técnicos, e a filosofia de colaboração que existe entre todos, acaba por facilitar os objectivos da instituição, principalmente no que diz respeito ao trabalho de equipas multidisciplinares.

#### 3.1 Observação de consultas

A observação de consultas de psicologia foi a principal actividade realizada durante todo o período em que decorreu o estágio. A grande maioria dos utentes mostrou-se disponível para a presença da estagiária, o que por si só poderia ter causado algum tipo de constrangimento e afectar a relação terapêutica e confiança previamente estabelecida.

A observação de consultas não se limitou às consultas de psicologia, e por isso, foi-me dada a oportunidade de assistir a consultas da responsabilidade de assistentes sociais e psiquiatras o que permitiu, tanto ver esclarecidas dúvidas relativas a psicopatologia, toxicoddependência, diferentes personalidades e formas de intervenção, como “apaziguar” algumas das inquietações relativas à situação de consulta. Por exemplo, como lidar com situações em que o utente chora, não comunica, é agressivo, quando um familiar insiste em falar com o técnico, ou estamos perante alguém que é portador de uma doença infecto-contagiosa e lida mal com esse facto.

No final de cada consulta, a discussão e troca de opiniões era promovida pela orientadora, de forma a esclarecer algumas dúvidas e formas de intervenção no seguimento de cada caso .

### 3.2 Realização de acolhimentos e seguimentos

Após o período inicial de observação de consultas, deu-se início à prática clínica, tendo a estagiária sido integrada numa equipa multidisciplinar responsável pelo acolhimento de novos utentes na instituição.

A primeira consulta, o acolhimento, foram conduzidos pelo médico psiquiatra que tenta aprofundar aspectos mais relevantes da história do sujeito e esclarecer o pedido e motivação pois muitas vezes o que leva o indivíduo a pedir ajuda são motivos extrínsecos a ele próprio.

A nota dominante nesta fase foi a autonomia, pois a estagiária ocupa o papel de psicóloga da equipa, sem a presença física da orientadora e respectivas implicações associadas ao facto de se sentir avaliada e observada. No entanto, no final de cada consulta realizada o caso era discutido com a orientadora.

Devido a várias circunstâncias, o número de utentes acompanhados pela estagiária foi muito reduzido. A maior causa terá sido a diminuição do número de novas consultas no serviço do CRI Porto Ocidental, pois actualmente há uma considerável diminuição na procura da instituição. Outra das razões foi uma parte dos novos casos virem encaminhados (por colegas ou utentes) directamente para a orientadora, Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira, pelo qual não faria sentido encaminha-los para a estagiária.

Os acolhimentos feitos pela estagiária foram quatro que contaram com a respectiva avaliação, contudo, o acompanhamento psicológico foi realizado apenas com três utentes. Com idades compreendidas entre os 39 e os 63 anos, três dos utentes eram do sexo masculino e uma do sexo feminino. Dos utentes com quem contactámos, dois eram solteiros e outros dois casados. De todos os utentes, os que compareceram com maior frequência às consultas foram M.M, P.E e P.D Já o último utente (P.R), não demonstrou vontade em integrar as consultas de acompanhamento psicológico acabando por desistir.

De seguida passaremos a apresentar dois casos, que embora muito diferentes, são, na nossa opinião, ilustrativos da população que frequenta o serviço. O primeiro, apesar de não apresentar nenhum registo de toxicoddependência, representa o Serviço de apoio a Famílias. Pelo contrário, o segundo caso, apesar de não ter sido alvo de acompanhamento psicológico foi escolhido para aqui ser apresentado, por representar a toxicoddependência de uma envolvência sócio-cultural distinta dos restantes casos seguidos.

### 3.3 Reuniões Gerais e Clínicas

Ao longo de todo o estágio, participei em reuniões gerais e clínicas que decorrem quinzenalmente à Quarta-feira de manhã. Estas são conduzidas pelo director do CRI, o Dr.º Júlio Roque, e contam com a presença de todos os técnicos presentes na instituição. É um espaço onde são apresentadas e discutidas questões acerca do funcionamento interno do CRI e são momentos privilegiados para a avaliação deste funcionamento. São também apresentados casos clínicos ou temas por cada um dos técnicos, para posterior reflexão e discussão de toda a equipa (tais como propostas de tratamento e diagnóstico).

A participação nestas reuniões facilitou a integração na instituição, o estabelecimento de contacto com a ET e conhecer as suas funções específicas.

### 3.4 Equipas de Rua

Apesar de não estar directamente relacionado com o estágio, surgiu a oportunidade de conhecer o trabalho da Equipa de Rua ocidental, da associação Norte Vida, no bairro do Aleixo e de Pinheiro Manso. O objectivo das equipas de rua é a transmissão de informação sobre práticas menos arriscadas de consumo, troca de seringas e distribuição de preservativos, prestar apoio psicológico e social, transporte de utentes para unidades de saúde e encaminhamentos para tratamento. Para isso, deslocamo-nos até ao bairro com três técnicos envolvidos (um assistente social, um enfermeiro e a estagiária de psicologia), onde pudemos observar e participar no trabalho aí desenvolvido. As diferenças entre os toxicodependentes que ali passavam os dias e os utentes do CRI são acentuadas. Os toxicodependentes dos bairros, que os técnicos esperam que venham a ser, quando motivados para isso, utentes do CRI, vivem num estado de alienação completa em que o centro da sua existência são os meios/formas de obter novas doses, que lhes dará “umas horas do conforto” (tal como referido pelo enfermeiro).

Foi uma experiência que permitiu o contacto com uma realidade desconhecida, em que os consumidores por vezes aparecem em condições degradantes, sendo o principal objectivo das equipas tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das consequências prejudiciais.

### **3.5 Reuniões de Orientação**

As reuniões de orientação mostraram-se de grande importância e decorreram desde o início do estágio. Neste espaço, foi-me permitido discutir e expor a visão pessoal dos casos, esclarecer dúvidas, dificuldades, angústias e ansiedades. A presença da Dr.<sup>a</sup> Maria João no local de estágio permitiu que todas as dúvidas fossem esclarecidas, quase sempre em seguida às consultas. Os casos eram analisados procurando o conteúdo latente do discurso, a forma como o utente descrevia uma situação e o que sentia. De igual forma, eram analisadas as minhas emoções para com os utentes o que me proporcionou um crescente auto-conhecimento.

### **3.6 Reuniões de Supervisão**

Além das reuniões de orientação, pudemos ainda contar com reuniões de supervisão ao longo de todo o estágio de periodicidade quinzenal. Deste modo, a Prof. Dr.<sup>a</sup> Alexandra Serra reunia com o seu grupo de supervisão (quatro alunas) que se distribuía por diferentes locais de estágio. O objectivo fora a troca de experiências, a discussão e reflexão sobre o trabalho de cada uma das alunas para além da avaliação, pela supervisora, do trabalho que cada uma de nós estava a realizar. Assim, nestas reuniões apresentamos e discutimos casos clínicos, a problemática em questão, sugerimos formas de intervenção para o caso e analisamos o percurso de cada uma no seu estágio.

Foi bastante enriquecedor poder contar com diferentes formas de compreender e intervir no diversos casos (contando com o apoio da Dr.<sup>a</sup> Alexandra Serra e da Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira). Tornando-se num espaço onde nos era possível expressar as nossas angústias, dúvidas e encontrar apoio e outro olhar sobre a mesma problemática.

### **3.7 Estudo de caso de M.M.**

O caso clínico que agora se segue, retrata a história de vida de uma utente com 64 anos, sem registo de consumos, que procurou o serviço com vista a receber suporte pelo historial de consumos do seu filho.

### 3.7.1 Identificação

M.M. é uma mulher de 63 anos, nascida a 18 de Dezembro de 1951 e reside em Santa Maria da Feira. É divorciada e vive actualmente com um companheiro. Tem dois filhos dos seus dois relacionamentos anteriores, F. de 42 anos e I. de 29 anos.

Frequentou o 4º ano de escolaridade (que concluiu) e actualmente trabalha como empregada doméstica na zona da Foz do Douro.

### 3.7.2 Motivo/ Pedido

M.M. procurou ajuda no CRI Ocidental do Porto em Novembro de 2014, referindo: “já conheço o serviço porque o meu filho anda cá há anos... ele anda a tomar metadona e já fez algumas desintoxicações”. A utente apareceu sozinha.

No próprio dia foi feito o acolhimento e a utente demonstrou desanimo e desalento, referindo várias vezes “eu já não aguento mais isto...”.

M.M. pretende “voltar a ter uma vida normal, “poder ver o meu filho bem”. A utente não tinha qualquer ideia em relação ao acompanhamento/tratamento fazendo constantes referências ao seu estado de impotência face à situação actual do filho mais velho “eu não sei mais o que fazer” repetia continuamente em lágrimas.

Apresentava queixas ao nível da memória mencionando que “facilmente me esqueço de tudo, parece que ando sempre com a cabeça cheia”, alterações do sono “quando vou para a cama não consigo dormir, só consigo pensar no F., onde é que ele andar, acordo muitas vezes a meio da noite” e uma ansiedade elevada que se verificava pelos tremores nas mãos e alterações no discurso (gaguez) “ando sempre assim Dr.º, as minhas mãos não param, até me custa trabalhar neste estado”.

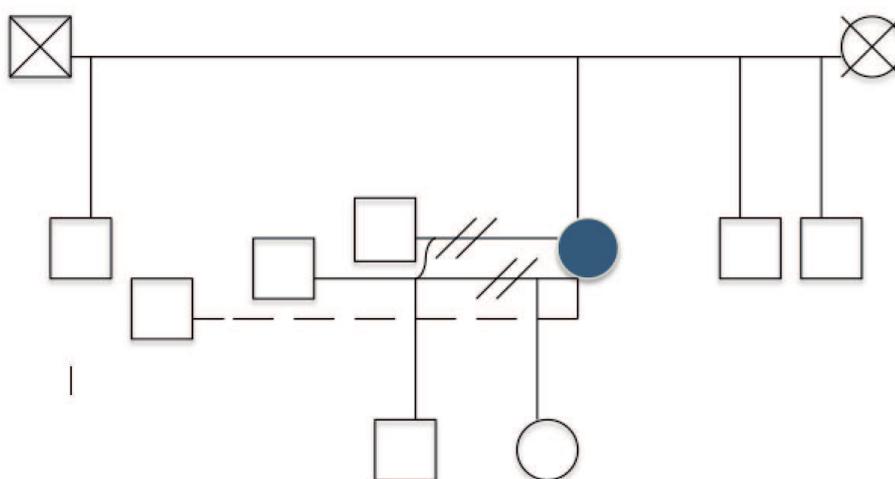
Demonstrava sintomatologia depressiva (humor deprimido, perda de interesse e prazer, perda substancial de apetite, insónia, fadiga e perda de energia) e sintomatologia ansiosa (desmaios, faltas de ar, palpitações, taquicardia, tonturas).

Ao longo do seu processo o filho mais velho de M., toxicod dependente há cerca de 22 anos, foi internado numa comunidade terapêutica de desintoxicação num programa de nove meses o que surtiu um efeito bastante positivo no humor da utente assim como na dinâmica familiar.

### 3.7.3 História de vida

M. vive numa zona residencial de Santa Maria da Feira, numa casa “grande e espaçosa, com jardim, quintal”. O agregado familiar é composto por dois adultos, M. e o seu companheiro J. de 69 anos. Vivem juntos há 13 anos e as despesas familiares são asseguradas pela reforma e rendimentos de J.

M. tem dois filhos: F. de 42 anos com um historial de consumos de drogas (inscrito no CRI Ocidental do Porto) e I. de 29 anos que vive actualmente com o namorado na zona de Valongo.



- paciente identificado

O companheiro de M. tem 4 filhos e 2 netos que frequentam a sua casa e esta revela uma relação próxima com os mesmos “gosto muito de os ter lá em casa a almoçar ao Domingo” “...sabe, eu ajudei a criar os netos do J. e sempre que posso fico com os meninos”.

M. é a terceira filha de uma fratria de quatro irmãos. A família de origem morava perto da família alargada em Gouvães do Douro sendo apoiada por esta. A sua mãe, que faleceu há 15 anos, era professora numa escola primária e natural de Amarante. Já o seu pai, era motorista de camionetas e faleceu há cerca de 39 anos. Quando questionada acerca da sua proximidade em relação aos progenitores, M. refere que “eu era a única menina e a mais chegada a eles, especialmente à minha mãe, foi sempre comigo que ela contou”.

Recorda uma infância muito próxima dos seus pais e por isso com uma relação privilegiada com os mesmos. Ao longo das consultas referiu algumas vezes a sua mãe e o período do seu falecimento já que foi a sua cuidadora, durante aproximadamente um ano e numa fase já terminal, contanto com o apoio da sua filha mais nova I.

A sua relação com os irmãos não é muito próxima referindo várias vezes aquele que lhe é mais chegado “só falo com o meu irmão mais velho, já éramos bastante chegados aos meus pais e é o único com quem mantenho contacto”; “dos outros só vou sabendo o que me contam”.

Aos 11 anos de idade, M. decide que quer abandonar os estudos “cheguei a casa e disse aos meus pais que não queria estudar mais, queria trabalhar” e quando questionada acerca da reacção destes, “o meu pai aceitou imediatamente, a minha mãe ficou mesmo triste, afinal de contas ela era professora e queria que eu estudasse”.

Posteriormente, M. dedica-se aos trabalhos domésticos da casa e ao cultivo do campo “nós tínhamos terrenos e eu ficava lá, a tratar de tudo”. Revela ainda que durante o período em que permaneceu a cuidar da casa, cuidou igualmente do irmão mais novo (actualmente com 50 anos de idade). Talvez por esse motivo, o irmão tratasse M. por mãe e a sua verdadeira mãe por tia; “era a mim que ele me chamava de mãe, não era à nossa mãe, a ela tratava-a por tia” relata com alguma satisfação.

Durante a adolescência, os seus pais deixavam-na sair e por isso revela que tinha “facilidade em fazer amigos” e que chegou a ter alguns relacionamentos “tive aqueles namoritos”. Destaca o seu primeiro namorado mais sério, sendo que o relacionamento começou aos 14 anos de idade e de forma “secreta”: “tive um namorado de quem gostei mesmo muito, era um bom rapaz, eu gostava imenso dele e ainda namoramos uns aninhos”. Durante este período, M. decide tirar um curso de empregada de mesa no Hotel Tocaio no distrito de Vila Real “os meus pais incentivaram-me a ir e eu aceitei, pude trabalhar em algo diferente”; deste modo, aos 15 anos inicia o curso e fica com um lugar no hotel onde trabalhou até aos 18 anos de idade.

Nessa época conheceu aquele que viria a ser o seu primeiro marido. Este era mais velho, tinha 34 anos (face aos 18 de M.), e era natural de Cascais. A utente revela que o maior impulsionador deste casamento fora o seu pai “o meu pai queria o melhor para mim e por isso achava que o namoro que tinha não ia dar em nada, insistia imenso para que desse uma oportunidade a este novo rapaz”; “o meu pai dizia que ele tinha carro, era mais velho, me ia dar uma vida melhor”. Deste modo, o seu namorado de infância decide afastar-se e

mudar-se para Lisboa justificando este distanciamento com a postura da sua família face à relação “o teu pai não apoia isto, acha que estás melhor com o G., por isso eu vou para Lisboa fazer a minha vida”.

M. revela alguma inquietação face a este período da sua vida “é porque não era para ser, o meu pai iludiu-se a achar que estava a decidir o melhor para mim”.

Com família alargada a viver no Porto (nomeadamente uma irmã da sua mãe), aos 18 anos de idade M. decide vir para o Porto para tirar um curso de Dactilógrafa. Mantinha o curso e trabalhava a “servir” em casas particulares, “enquanto lá estive tirei o curso, trabalhei em casas de senhoras” e relata ainda “e o G. Continuou sem me largar, aparecia no Porto, em Gouvães e a insistência do meu pai era cada vez maior”.

Posto isto, M casou e mudou-se para Cascais com o marido aos 21 anos de idade. O casamento durou dois anos e fruto desse relacionamento nasceu F., quando questionada acerca desta relação a utente revela “ele era muito mais velho e só queria noite... eu ficava em casa a noite toda sozinha, a cuidar do meu filho enquanto ele andava nas borgas” e revela ainda “um dia, cansada disto tudo liguei aos meus pais que foram de Gouvães do Douro até Cascais de táxi para me ir buscar a mim e ao meu filho”. O término deste casamento não foi facilitado pelo companheiro e M. só conseguiu o divórcio litigioso ao fim de cinco anos (por não existir comunhão de vida entre os dois).

Assim, aos 23 anos regressou à casa dos seus pais e permaneceu por lá durante três anos. Durante esse período emigrou para o Luxemburgo (“o meu irmão mais velho estava lá e propôs-me ir para o pé dele e eu fui tentar a minha sorte (...) mas antigamente era muito difícil conseguir a papelada para ficar por lá e ao fim de três meses vim-me embora”). Nessa altura, F. ficou entregue aos cuidados da avó materna.

Após a sua estadia juntos dos progenitores, aos 26 anos M. muda-se para o Porto e consegue um emprego como empregada doméstica “vim para o Porto sozinha, andava a servir”. O seu filho viria a juntar-se a mais tarde, aos 7 anos de idade aproximadamente, já que ficara aos cuidados da avó materna.

M. conheceu o seu companheiro seguinte quando vivia no Porto aos 27 anos de idade. Deste matrimónio nasce I. Quando interrogada acerca deste momento da sua vida, M. afirma “foram 18, os piores anos”. J.L., o seu segundo companheiro, tinha um quiosque no centro da cidade no qual colocou M.M. a trabalhar. Segundo esta “ele bebia imenso e não queria trabalhar, eu ficava o dia todo a tratar do negocio e ele chegava ao fim do dia para recolher dinheiro e enfiar-se nos cafés a beber”. Relativamente à relação deste com as duas crianças (a

filha e enteado), M. afirma que este era desligado da filha e da sua educação e que a relação com F. era conflituosa. M. viu o seu filho ser “expulso de casa” pelo durante o período em que viveu com J.L. (F. tinha cerca de 20 anos de idade).

Juntos ao longo de dezoito anos, M. revela que se viu obrigada a sair por toda a situação envolvente e em defesa do seu filho mais velho (“é que ele nem lá em casa o deixava entrar, no meu dia de anos queria ter toda gente reunida e isso deu um grande sarilho (...) peguei nas minhas malas e na minha filha e saí de casa”).

Durante um curto período ficou alojada em casa de um primo na cidade do Porto. Em seguida viu-se obrigada a pedir auxílio financeiro à sua mãe (o seu pai já havia falecido) que lhe garantiu o pagamento do aluguer de um apartamento em Vila Nova de Gaia onde viveu com os seus filhos até conhecer J. Quando se conheceram J. era viúvo e decidiram viver juntos.

Contudo, F. não coabitou com a sua mãe e irmã durante todo este período (cerca de cinco anos), já demonstrava sinais do seu problema (toxicoddependência) e M. ficou a viver apenas com a sua filha mais nova. Era frequente a ausência de F. em casa, passando dias sem aparecer ou entrar em contacto com a mãe, não conseguia manter um emprego e o seu humor era variável (M. refere episódios em que “o F. tinha acessos de fúria mesmo quando lhe perguntava pelo trabalho ou namoradas, não me dava justificações...”)

Aquando a sua mudança para Santa Maria da Feira (local onde J. já residia), I. tinha 16 anos de idade e ficou decidido que passaria a habitar a residência em Gaia sozinha (esta já trabalhava e segundo M. “era uma jovem muito responsável e independente (...) sempre teve muito juízo”).

M.M. revela que o filho mais velho sempre foi a sua maior preocupação “a minha filha sempre foi uma miúda excelente, exemplar mesmo... já o meu filho, perdeu-se desta forma”, justificando a sua constante inquietação relativamente ao futuro deste.

F. iniciou os consumos de heroína e cocaína, simultaneamente, aos 18 anos. Já realizou tratamentos ao longo do seu percurso e M. refere que “nunca deram em nada... a única altura em que ele esteve bem e sem consumir foi quando esteve preso, aí sim, estava bem”. F. esteve detido durante 8 anos e após a sua saída recaiu.

M.M. afirma que não encontra qualquer explicação para o comportamento do seu filho e refere que esteve sempre disponível para este “eu só queria que ele se tratasse, eu dava-lhe tudo, ele podia ter tido um futuro brilhante pela frente” refere ainda “sabe, o meu

filho é um homem inteligente, teve emprego, mas agora é isto, anda por aí pelas ruas como um desgraçado”.

A utente trabalha na zona da Foz do Douro, uma zona onde a toxicodepência e o uso de substâncias é abundante. Realiza trabalhos domésticos em casas particulares e revela algum desconforto em cruzar-se frequentemente com o filho. (“Ele não me dá descanso, quando precisa de alguma coisa liga, aparece sem avisar, não me larga”). Tanto o seu filho o como M. estão familiarizados com toda aquela zona e vizinhança, pelo que, facilmente lhe chega informação do estado de F. e onde se encontra (“as pessoas passam a vida a dizerem-me que o viram aqui e ali, que estava todo sujo, a pedir dinheiro”).

M.M. manifesta um grande incómodo com toda a situação e afirma que se torna penoso ir trabalhar. Revela uma excessiva preocupação em relação a F. e toda a situação a deixou num estado de grande desconforto “eu não durmo a pensar onde ele anda, se está bem, se tem comida, se estará doente”.

Aliada a este desassossego referido pela utente surgem respostas à problemática como por exemplo: conceder-lhe meios alimentares, lavar-lhe toda roupa, assegurar grande parte das suas despesas (incluindo o alojamento e uma quantia fixada como mesada); já que, F. costuma pernoitar no bairro, passa dias sem comer e não tem rendimentos a não ser o RSI (rendimento de inserção social) no valor aproximado de 150€.

Relativamente à história médica e psiquiátrica, M.M. nunca beneficiou de acompanhamento; contudo, aos 40 anos de idade esteve internada duas semanas no Hospital Magalhães Lemos atribuindo como causa o estado de exaustão em que se encontrava derivado do historial de F.

#### **3.7.4 Percurso no CRI Ocidental do Porto**

Numa fase inicial o acolhimento foi feito pelos técnicos psicossociais de forma a recolher os dados identificatórios, contactos e a devida identificação do problema. De seguida, a utente deparou-se com a presença de uma equipa técnica composta pelo psiquiatra, uma psicóloga e a estagiária de psicologia.

Nesta primeira consulta, a equipa terapêutica procedeu à recolha de dados, referentes a M., de forma a perceber as suas queixas e principais problemáticas.

Após a utente ter aceite a proposta de acompanhamento psicológico, a estagiária procedeu à marcação da próxima consulta da M.M., cuja data ficou programada seis dias

após o acolhimento. Decidiu-se ainda que, no decorrer deste acompanhamento as consultas teriam carácter semanal (pelo menos nesta fase inicial) devido às queixas acima enunciadas.

Nesta altura, não se atribui grande relevância ao acompanhamento médico de M., por não lhe terem sido detectado índices de patologia médica e psiquiátrica. Deste modo, foi-lhe prescrito Diazepam (Valium) de 10mg com a indicação da sua toma diária, antes de deitar (meio comprimido), de forma a reduzir os índices de ansiedade e conter as alterações do sono (dificuldade em adormecer). Ainda assim, o médico referiu a necessidade de o manterem ao corrente da situação clínica da utente.

Relativamente à intervenção psicológica explicou-se a importância do acompanhamento psicológico (apontado pela Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira como o mais adequado face às circunstâncias) concomitante à prescrição farmacológica e acordou-se que M. Teria consulta de psicologia com periodicidade semanal. Numa primeira fase, que teve duração de quatro consultas (incluindo o acolhimento) procedeu-se à avaliação da utente através da entrevista semi-directiva, dirigida à recolha de dados fundamentais ao conhecimento do utente. Compareceu a todas as consultas marcadas neste período mostrando-se colaborante, contudo, o seu aspecto demonstrava que estava abatida, referindo perda de peso e de apetite.

Quanto ao serviço social, não fora destacado a M. Nenhum técnico de referência por se verificar que esta não beneficiaria das consultas e a resposta à sua problemática não passava por dificuldades sociais ou financeiras.

M., das 16 consultas de Psicologia que lhe foram marcadas compareceu a 10, argumentando que por vezes se esquecia da marcação ou não estava disposta a conversar (“não achava necessário vir cá, estava bem”). Durante o mês de Janeiro e Março, M. não pôde comparecer ao serviço por se encontrar em repouso consequente a duas operações às cataratas.

### **3.7.5 Processo de Avaliação**

Relativamente à apreciação geral do paciente, M.M. apresenta-se nas primeiras com um aspecto descuidado, emagrecido e fatigado. A sua postura corporal é cabisbaixa, envergonhada, fazendo alguns silêncios. Mantém contacto ocular e demonstra congruência entre a mímica e o discurso.

No que diz respeito ao comportamento e à actividade psicomotora é normal. Contudo, estava patente uma certa tensão, ansiedade e angustia. Deste modo, o humor de M. é depressivo e a componente ansiosa era notória.

De forma a ajustar a avaliação às necessidades da utente, optou-se pelas entrevista semi-directiva como instrumento de recolha de dados, uma vez que a entrevista permite obter dados descritivos da linguagem do próprio, possibilitando ao psicólogo desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a forma como o sujeito interpreta os factos do mundo (Bogdan & Biklen, 1994).

A avaliação teve lugar nas primeiras 4 sessões (incluindo o acolhimento) e apesar de M.M. demonstrar abertura para abordar todos os temas que surgiram na consulta, a sua principal preocupação e foco era o seu filho, F.

### **3.7.6 Análise Compreensiva da Problemática**

#### **3.7.6.1 Perspectiva explicativa**

Nas consultas com M.M., procurou-se compreender gradualmente o seu modo de funcionamento psíquico. Em conjunto com a Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira, concluímos que M. se enquadra num padrão de funcionamento de co-dependência em relação ao seu filho.

Karen Horney utilizou pela primeira vez, em 1950, o conceito de dependência relacional e reconheceu a autonomia e a interdependência como parte integrante de todos os indivíduos. Desta forma, todos os adultos saudáveis são capazes de funcionar autonomamente, mas também necessitam da presença física e emocional, do apoio e cuidados (no original caring) dos outros. A autora descreveu um tipo de dependência relacional, neurose, que denominou de “solução de auto-anulação”, na qual o indivíduo depende dos outros para se sentir realizado e obter um sentimento de identidade e caracterizou a “dependência mórbida” como o extremo deste tipo de dependência (Morgan Jr., 1991).

Cermak (1986), tentou estabelecer uma definição que fosse aceite na comunidade científica e caracterizou a co-dependência como um padrão de traços de personalidade, encontrados na maioria dos familiares de dependentes de substâncias. Apresentou, para tal, uma proposta de diagnóstico da co-dependência conforme o DSM III, incluindo-a nas perturbações de personalidade (do tipo misto).

Para Cermak (1991) a co-dependência pode ser primária, ou seja, fazer parte da estrutura basilar do carácter do indivíduo, ou secundária, ser uma resposta transitória, possivelmente por viver com um familiar dependente de substâncias.

Cermak (1986) defendeu, tal como anteriormente referido, que a co-dependência deveria ser incluída no DSM III como uma perturbação da personalidade. Para tal elaborou os seguintes critérios para o seu diagnóstico (p.11): Investimento persistente da auto-estima na tentativa de controlo de si e dos outros perante consequências adversas sérias; Assumir a responsabilidade de satisfazer as necessidades dos outros, em detrimento de reconhecer as suas; Ansiedade e distorções acerca dos conceitos de intimidade e separação; Ficar enredado em relacionamentos interpessoais com: um indivíduo portador de perturbações relacionadas com a utilização de substâncias; outro indivíduo codependente; e/ou com indivíduos com outras perturbações do controlo dos impulsos e a coexistência de três ou mais dos seguintes sinais: Confiança excessiva na negação; Constrangimento emocional; Depressão; Hipervigilância; Compulsões; Ansiedade; Abuso de substâncias; Ser ou ter sido vítima de violência física ou sexual recorrente; 9. Perturbação de stress; Ter mantido um relacionamento, pelo menos durante dois anos, com um consumidor activo de substâncias, sem procurar ajuda exterior.

De forma a aprofundar a compreensão da problemática, procurou-se ainda referência à Co-dependência no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM 5) publicado em 2014. Porém, não existe alusão ao tema.

Mais tarde, em 1990, o National Council on Co-dependency (USA) desenvolveu a seguinte definição: “a co-dependência é um comportamento aprendido, expresso através de dependências em pessoas e coisas externas a si. Estas dependências incluem a negligência e a diminuição da sua própria identidade. O falso Ego emergente é muitas vezes expresso através de comportamentos compulsivos, adições e outras perturbações, que aumentam a alienação em relação à verdadeira identidade da pessoa, alimentando um sentimento de vergonha” (Whitfield, 1991, citado por Ferreira-Borges & Cunha Filho, 2004, p. 150).

Segundo Whitfield (1984,1989), a co-dependência é uma perturbação que surge pelo foco do indivíduo no ambiente externo de tal modo que os processos internos (e.g., emoções, desejos) ficam esquecidos ou perdidos. Deste modo, o co-dependente é dependente do dependente de substâncias.

Para Denning (2010) a co-dependência deve ser compreendida numa abordagem bio-psicosocial. Contudo, o autor critica as perspectivas que apontam os co-dependentes como sendo responsáveis pela manutenção da dependência de substâncias do familiar. Salienta que apesar de os familiares poderem desenvolver comportamentos ou estratégias de coping ineficazes perante a situação de dependência do familiar, nem todas podem ser consideradas

patológicas. Elas podem, aliás, constituir formas (menos correctas) de manter a vinculação ou a família perante o problema pelo que, segundo o autor, estas pessoas não devem ser culpabilizadas.

Balenciaga (2000) defendeu que a co-dependência deve ser entendida como uma dependência igual às dependências de substâncias, em que o objecto de desejo é transformado numa necessidade. Ainda segundo a autora, os dois tipos de dependência são as duas faces de uma moeda, na qual o dependente de substâncias procura de uma maneira obsessiva a substância com a finalidade de aliviar a sua dor, e o co-dependente utiliza o comportamento compulsivo de cuidar do toxicodependente para aliviar igualmente a sua dor.

Tal como referido pela utente, esta vivencia os problemas do seu filho, fazendo tentativas incessantes de os resolver. Estas resoluções passam, tal como anteriormente enunciado, por dispensar-lhe bens alimentares e dinheiro, procurar arranjar-lhe “abrigo”, entre outros. M. diz que, “ele liga-me a dizer que precisa de dinheiro para comprar tabaco, para renovar o bilhete de identidade, tem sempre histórias para contar”. Apesar de lhe ser consciente que F. a procura unicamente quando tem algo para resolver ou com o objectivo de ter algum “benefício”, M. afirma “ele é meu filho, eu já conheço as histórias, leva-me sempre nas cantigas mas quem mais é que se vai preocupar com ele?”.

Um co-dependente tende a considerar que é responsável por outras pessoas (pelos sentimentos, pensamentos, acções, escolhas, desejos, necessidades, bem-estar, falta de bem-estar e até pelo seu destino) e deste modo, acaba por sentir ansiedade, pena, culpa pelos problemas dos outros. Neste caso específico, pelo filho.

M. declara “eu não sei o que mais podia ter feito por ele, ele podia ser um grande homem, trabalhar, teve oportunidades, como é que ele acabou ali? Parece um mendigo, que não tem ninguém a vaguear na rua e no bairro”.

A utente demonstra que se sente compelida a ajudar F., tentando dar-lhe conselhos e oferecendo uma série de sugestões (“estou-lhe sempre a dizer que se vá tratar, que o ajudo, que pode contar comigo”). Ao longo das consultas com a utente, verificamos que esta tem uma enorme dificuldade em negar os pedidos do seu filho acabando por ceder (“ele dá-me sempre a volta”).

Morgan Jr. (1991) salienta que de todas as perturbações de personalidade, a co-dependência é mais semelhante à perturbação de personalidade dependente. No entanto, descreve semelhanças entre a co-dependência e a perturbação de personalidade borderline, no que concerne à ansiedade e perturbações dos limites no campo da intimidade e separação.

Para o autor, o aumento da distância interpessoal pode resultar num medo de abandono e perda do falso Self que o co-dependente criou para a relação. As mudanças na distância interpessoal podem também resultar na manifestação de certos mecanismos típicos dos sujeitos borderline, como a clivagem, em que o indivíduo co-dependente demonstra um pensamento a “preto e branco” e oscila entre ver o outro como uma pessoa totalmente boa ou totalmente má. O autor estabelece também a diferença entre um indivíduo borderline e um co-dependente; ao primeiro falta a força do ego para manter limites estáveis, sem o apoio de uma estrutura externa, enquanto o segundo, pelo contrário, possui a força necessária mas, voluntariamente, desmonta os limites do seu ego num esforço de assim aumentar a conexão com o outro.

M.M. apresenta constantes justificações para os cuidados prestados ao seu filho, tais como, “ele não é assim, só gostava que conhecesse o meu filho quando ele andava bem, é uma pessoa meiga, calma”; “este não é o F., ele não é assim, se ele se tratasse eu sei que andava bem”; “o F. precisa de mim, não tem mais ninguém”.

Ao longo do seu processo no CRI, M. foi ocultando alguns episódios em que se demonstrava conivente com os comportamentos do filho (“eu não quis dizer na consulta anterior, mas ele voltou a pedir-me dinheiro e eu fui dando...”).

Deste modo, parece-nos clara a ligação de dependência que M. estabelece face ao seu filho, não se considerando como responsável do seu próprio bem-estar, ou que o mereça. Relacionando todo o seu bem-estar físico e emocional em torno do filho (“eu só queria que ele andasse bem”).

### **3.7.7 Intervenção**

Face à análise compreensiva realizada à utente, observando as principais problemáticas apresentadas e percebendo a motivação para o processo terapêutico, consideramos que a intervenção mais indicada seria um acompanhamento psicológico que procurasse alcançar os seguintes objectivos: motivar M.M. para as consultas de psicologia, promover a relação terapêutica, prevenir e desmistificar as possíveis recaídas do seu filho, desenvolver formas de lidar com a toxicodependência e prevenir a sua dependência face a F., proporcionar algum insight sobre a sua própria história e preparar a autonomização de M.M. e de F.

Os objectivos foram explicados e discutidos com a utente visando um acordo sobre o que vai ser desenvolvido nas consultas.

A motivação da utente para as consultas é fundamental para todo o processo terapêutico. Para isso, começamos a trabalhar, já na fase da avaliação, em que explicamos os propósitos gerais, de forma simples, de uma consulta de psicologia. Procuramos que o utente sinta que nas consultas de psicologia que pode encontrar ajuda para as suas dificuldades. A relação terapêutica que se desenvolve desde o acolhimento, será promovida ao longo de todo o processo. O espaço de consulta é um local onde M. pode expor as suas dificuldades afectivas e exprimir as suas angústias. Tendo em conta a forma protectora como M. reage às situações e a dificuldade em ultrapassar o problema do filho daremos especial atenção à forma de introduzir os temas.

M.M. teve 10 consultas, sendo que, quatro delas foram dedicadas à avaliação da problemática e da utente e as restantes destinadas à intervenção propriamente dita. Houve algum esforço para que a intervenção psicológica decorresse com periodicidade quinzenal, contudo este foi afectado pelos seus períodos de ausência no serviço.

Na fase inicial do acompanhamento psicológico foca-se a nossa atenção nas queixas que levaram M. ao CRI, procurando desmistificar a ideia de que F. é a sua única fonte de identidade, valor e bem estar, e deste modo, tentar que o seu bem-estar dependa não só do seu filho, mas das relações afectivas que a rodeiam como a sua filha I. e o actual companheiro.

Na 5ª consulta, principalmente, na 6ª e 7ª consulta, a intervenção foi direccionada para os comportamentos da utente direccionados ao seu filho. Procurou-se que M. compreendesse que o auxílio e apoio face aos condutas de F. “facilitavam” o seu estilo de vida e promoviam uma relação que se baseava unicamente para benefício deste.

Através da identificação de situações precipitantes da sua parte (tais como arranjar abrigo para o filho, solucionar-lhe conflitos nos locais onde pernoitava, entre outros), a intervenção visava que M. pudesse beneficiar de uma rotina tranquila sem “viver” as preocupações do filho e os seus dilemas. Concomitantemente, era necessário que M. conseguisse negar o seu auxílio e fosse adquirindo competências para obter uma barreira defensiva face a F.

Embora o principal objectivo fosse M. sentir que poderia contar com sempre com o apoio dos técnicos; a utente deveria, gradualmente, ser capaz de viver o seu quotidiano sem preocupações excessivas e tentativas de controlo sob F.

Ao longo destas sessões, M. assumiu abertura à mudança chegando por vezes a relatar com algum entusiasmo “ele ligou-me mas eu nem lhe atendi, e ainda fiz um caminho que nem sempre faço para o trabalho para ele não me apanhar pelo caminho”. Assume “cansaço”

derivado de toda a situação e parece-nos claro que estas três primeiras consultas tiveram um efeito catártico para além de lhe terem proporcionado algum insight sobre o seu comportamento e percurso.

No período em que decorreram estas três primeiras sessões, F. decide iniciar uma desintoxicação e procura a mãe e o serviço com o intuito de se propor a um internamento com a duração de 9 meses. M.M. demonstrou-se radiante com esta decisão e tomou todas as providências e medidas para que F. fosse internado imediatamente; deste modo, dirigiu-se com o filho à Clínica de Desabituação de Gondomar e F. entrou na unidade no próprio dia (M.M. conseguiu um empréstimo para pagar a primeira prestação). Posteriormente o CRI Ocidental do Porto tratou da oficialização e da prestação de apoio financeiro (através da assistente social de F.).

M.M. relatou na consulta que talvez esta decisão estivesse relacionada com a sua mudança de comportamento face ao filho; “se calhar era disto que ele precisava, que eu lhe cortasse as asas e parasse de o apoiar”.

Na 8ª consulta demonstrou vontade de abordar o seu actual relacionamento, já que, segundo a própria “acabo por negligenciar o J.”. Afirma ainda que recorre frequentemente à mentira como forma de “abafar as asneiras do F.” e que não se sente disposta a sair e passar tempo com o companheiro pelo cansaço e sobrecarga emocional. Menciona que o companheiro não sabe que os seus rendimentos são unicamente para “pagar as dívidas do F.” e por isso demonstra algum desconforto face à situação “ele nunca me pede dinheiro para nada, não controla o que gasto e trata de todas as despesas da casa, até o telemóvel me carrega... até já me disse que devo ter um bom pé-de-meia”.

Deste modo, o principal objectivo desta 8ª consulta, fora sensibilizar a utente a valorizar as relações interpessoais. Procurou-se perceber o motivo do desinteresse em ter um estilo de vida “normativo” e de companheirismo nesta relação, alertando-a para a importância de J. na sua vida.

As estratégias passaram por envolver M. no seu actual relacionamento, procurar o diálogo e formas de se aproximar de J., conhecer as suas rotinas e explorar formas de promover a interacção com o parceiro.

No decorrer da 8ª consulta, M. refere que “nunca fui tão feliz com alguém, estou com o J. há 13 anos e nunca discutimos ou estivemos zangados... custa-me esconder-lhe estas coisas todas”, ainda assim, justifica esta conduta “quando nos conhecemos ele sabia que o

meu filho era toxicodependente, nunca lhe escondi nada e por isso não me pode julgar... eu sou mãe e não ia abandonar o meu filho”.

Já na 9ª consulta abordamos a relação da utente com a sua filha mais nova. Segundo a mesma “a I. nunca me deu trabalho, sempre foi boa menina, continua a ligar-me diariamente e vai várias vezes lá a casa”; “só que continua a punir-me por tudo o que faço pelo F.”. A utente revela que a relação entre irmãos nem sempre é tranquila já que a sua filha mais nova condena o comportamento do irmão e da mãe “para a I. é fácil! Diz que enquanto ele andar nesta vida não lhe liga e não quer saber dele”, “mas eu não sou assim”.

Desta forma, o objectivo passou pela promoção de uma relação mais próxima face à sua filha mais nova. Para isso, incentivamos M.M. a valorizar as qualidades que I. possui e clarificamos que a sua postura possa não passar pela “frieza emocional” (como a utente descreve a filha), mas sim como uma forma de se proteger de todas as dificuldades advindas do comportamento do irmão e repercussões na própria mãe.

M. foi capaz de compreender e assimilar esta forma de gerir o problema concluindo “eu sei que a I. é uma miúda impecável e quando irmão está bem é a primeira a dar-lhe os parabéns, a ajuda-lo com roupas e tudo o que ele precisar”.

Na 10ª consulta foram abordadas as vantagens e benefício de todo o processo terapêutico sob a perspectiva de M. de forma a compreender quais as competências e mudanças percebidas pela mesma ao longo de todo o processo.

A estratégia definida centrou-se no esforço em focar a consulta em M., no trabalho efectuado, benefícios obtidos e a necessidade em continuar com o projecto terapêutico desenvolvido até então.

M. mostra-se com iniciativa para expressar abertamente as suas novas rotinas e investimentos “no fim-de-semana fui para Gouvães do Douro com o J. e um casal a amigo, foi muito bom estar ali em paz, cozinhar para todos, dar um jeitinho à casa, passear e estar com todas as pessoas que fizeram parte da minha infância”.

Parece-nos evidente que a utente adaptou a sua vida a uma nova realidade e propósito, expondo os vários momentos de que tem usufruído junto do actual companheiro e da família “sabe, o mês passado fomos todos juntos a Fátima, o J. e os filhos fazem isto todos os anos e como sou religiosa gosto muito do convívio e de poder estar lá com todos” e demonstra uma perspectiva optimista para o futuro.

A utente não centraliza todo o discurso em torno da problemática do seu filho, fazendo apenas referência ao mesmo no final da consulta “já agora, o F. continua muito bem, vem a casa no próximo fim-de-semana e parece-me que isto vai correr bem”.

Não foi possível realizar a devolução do caso com a presença da utente, da estagiária de psicologia e a orientadora de estágio e a respectiva despedida. Embora tenha sido marcada uma consulta, M.M. não compareceu por motivos pessoais (avisando o serviço da sua ausência). Deste modo, a estagiária alertou a Dr.<sup>a</sup> Maria João Pereira acerca da situação e ficou decidido que M.M continuaria a ser acompanhada pela mesma.

### 3.7.8 Reflexão

M. nunca tinha recorrido a nenhum serviço de forma a obter auxílio com a problemática em questão. Além disso, desde há muito tempo que tinha uma vida afastada da “normatividade”, um percurso difícil e com consequências graves no seu bem-estar físico e psicológico.

Deste modo, o primeiro grande desafio foi motiva-la para as consultas de psicologia. Sendo este um trabalho contínuo, ou seja, periodicamente sentimos necessidade de enquadrar o trabalho que estávamos a desenvolver.

É importante salientar o facto de, enquanto estagiária de psicologia, me ter confrontado com um sentimento acrescido de ansiedade perante esta nova fase e perante o próprio caso. M. demonstrava algumas reticências em relação ao processo terapêutico e à própria estagiária (a meu ver).

Após ultrapassados estes obstáculos, a consulta direccionava-se para um ambiente de confiança, e forma a M. ganhar confiança em si própria, tão necessária para que mudança ocorresse.

Ainda haverá muito a fazer no sentido de criar autonomia na utente, pois apresenta traços de personalidade que tendencialmente apontam para aspectos dependentes. É importante salientar que M. fora relativamente assídua às consultas e cumpriu sempre os horários. As suas ausências/ faltas foram sempre justificadas e com aviso prévio.

Este caso fora uma experiência muito enriquecedora que proporcionou ao estagiário uma visão dos efeitos e consequências do fenómeno “Toxicoddependência” na dinâmica familiar e dos efeitos directos sobre estes. Assim, o acompanhamento psicológico não se limitou ao atendimento a consumidos, mas também a M., um caso de acompanhamento de familiares.

Tal como anteriormente referido, a avaliação limitou-se ao uso da entrevista semi-estruturada. Ainda assim, é importante salientar que poderia ter sido relevante o uso de outros meios auxiliares de diagnóstico tais como: o *Symptom distress Checklist-90* que tem por objectivo proceder à identificação de padrões de sintomas psicológicos ou o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory - BSI), com o objectivo de avaliar a sintomatologia psicopatológica.

Ainda assim, considero que a aplicação de algum destes instrumentos não seria vista pela utente como uma mais valia ou pertinente. M. surgiu com à procura de uma “resposta rápida” ao seu sofrimento e poderia olhar para o momento da avaliação como algo desnecessário e que em nada a podia ajudar.

### 3.8 Estudo de caso de P.R.

O caso clínico que se segue, retrata a história de vida de um utente com 50 anos, com historial de consumos de cocaína e haxixe, que procurou a instituição com vista a receber ajuda para a cessação dos consumos.

#### 3.8.1 Identificação

P.R. é um homem de 50 anos, nascido em 27 de Maio de 1965 e reside no Porto. É solteiro e vive atualmente com o filho da sua última companheira, B. de 26 anos. Tem um filho, C. de 17 anos, de um anterior relacionamento que se encontra a viver com uma familiar

Frequentou o 12º ano de escolaridade e atualmente trabalha num hospital na zona do grande Porto como administrativo.

#### 3.8.2 Motivo/ Pedido

P. R. surge no serviço, CRI do Porto Ocidental, em Fevereiro de 2015 após ser encaminhado pelo serviço de urgência do Hospital de S. João. O utente chega sozinho e o acolhimento foi feito no próprio dia.

P.R. menciona que procurou urgência do hospital por se sentir “extremamente cansado e fraco” e relata ainda “eu não tenho condições de continuar a trabalhar assim; não consigo dormir, já arranjei problemas no trabalho” (acabando por, mais tarde, revelar que chegou a desviar fundos monetários do seu local de trabalho e o sucedido quase foi notado pelo seu chefe).

P.R. pretende cessar os consumos e demonstrou vontade em iniciar um tratamento para a sua dependência de cocaína “eu preciso de ajuda para parar com isto, não posso continuar a prejudicar-me no trabalho, com o meu filho, sem dormir ou comer”.

Apresentava queixas ao nível da sua vida relacional, familiar e também profissional mencionando que se encontrava de baixa médica passada pela sua médica de família do Centro de Saúde da sua área de residência (“a minha médica está a par da situação em que me encontro e foi ela quem me indicou que fosse às urgências”; “ela já sabe desde Outubro do ano passado”).

P. demonstrava tanto sintomatologia depressiva como ansiosa designadamente humor deprimido, perda de interesse e prazer, perda substancial de apetite, fadiga e perda de energia e palpitações e taquicardia.

### 3.8.3 História de vida

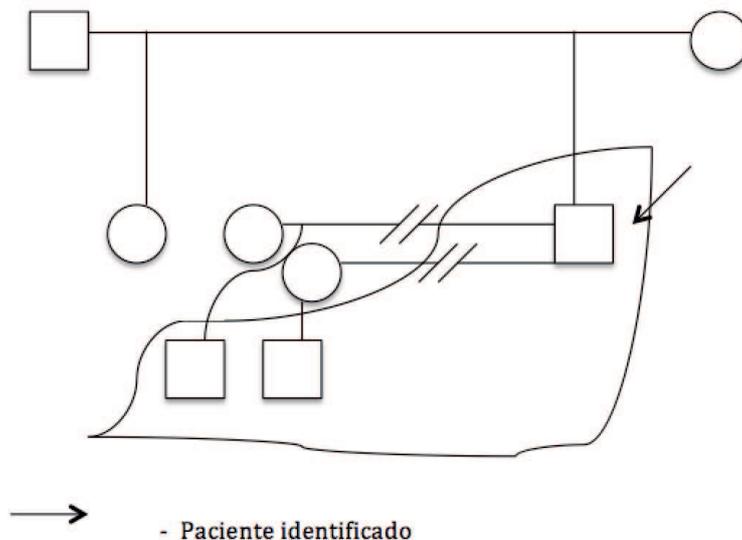
P.R. vive numa zona residencial do centro do Porto: “vivo perto do centro num apartamento que os meus pais me deram”. O seu agregado familiar é composto por C. de 17 anos de idade (único filho do seu anterior casamento) e B. de 26 anos de idade (filho da sua anterior companheira, M.I. e ficara ao seu cuidados após a separação)

Atualmente C. está a residir com a sua meia-irmã por vontade do pai (“ C. não precisa de estar por perto enquanto eu estiver neste estado e por isso pedi à minha enteada, de quem gosto muito, que ficasse com ele por um tempo”).

P. foi casado por um período de 10 anos com J., mãe de C. (que vive e trabalha atualmente na Suíça como enfermeira) razão pela qual o seu filho ficou aos seus cuidados desde há dois anos. Casou aos 35 anos e refere “eu pensei que já não ia ter ninguém na minha vida, pensei sempre que ia ficar solteiro”. J., ex-mulher de P.R., tinha 40 anos quando casaram e era divorciada, tendo duas filhas do seu anterior casamento: D. e G. (esta última viria a suicidar-se aos 24 anos de idade).

J., ex-mulher de P.R., tinha 40 anos quando casaram e era divorciada. Tinha duas filhas do seu anterior casamento: D. e G. (que se viria a suicidar aos 24 anos de idade).

Estiveram casados durante um período de dez anos e quando refere a ruptura, o utente refere “Sofri muito com a separação, sentia-me muito triste e sozinho e agarrei-me ao trabalho e ao meu filho”. C. ficou a viver com a mãe até que esta se viu obrigada a emigrar “... quando ela decidiu ir trabalhar para fora ficou acordado que eu ficava com o C.”



Os pais do utente encontram-se reformados e institucionalizados por vontade própria: “os meus pais decidiram ir para um lar, fizeram as partilhas e deram-me a casa onde vivo e a antiga casa deles à minha irmã”. O pai de P.R. era perito de e a sua mãe era professora. P.R. tem uma irmã mais velha com 54 anos de idade. A sua irmã é casada e tem um filho. O utente refere que a relação com a irmã nem sempre foi muito boa “... a minha irmã sempre sentiu ciúmes da minha relação com os meus pais e da proteção que eu tinha”, “... Também não gosto muito do marido dela, ele tem uma postura muito rígida, até com o filho e por isso não frequento a casa deles”.

P. recorda uma infância feliz e com uma relação bastante próxima dos seus pais (“eles sempre me protegeram, mas é normal não é? ... eu era o filho mais novo”). Durante as consultas refere com frequência os progenitores, mencionando, especialmente, a sua relação com a mãe explicando que “o meu pai está um bocadinho pior que a minha mãe, é da idade e nem sempre reconhece as pessoas”. Refere que os visita frequentemente.

Aos 18 anos de idade teve os primeiros contactos com a uso de substâncias (nomeadamente Heroína por via fumada e injetada e Haxixe) com os seus amigos de escola. Relata que este período foi conturbado e que os seus pais chegaram a ter conhecimento “... os meus pais souberam e ajudaram-me muito na altura, o meu pai arranjou-me emprego no transporte de mercadorias em navios”.

O utente admite que este emprego o forçava a afastar-se dos amigos e dos consumos já que passava temporadas fora “... como fazia viagens de semanas de barco e no mar, nem pensava muito em consumir, só que quando chegava a casa, perdia-me...”.

Ainda durante esta fase, P. sofreu um desastre de mota que lhe causou um abatimento craniano e esteve hospitalizado. O utente revela que ainda sente efeitos do acidente “... sinto muitas vezes a parte esquerda do corpo paralisada, falha na voz, parecem ataques” e ainda “a minha memória também nunca mais foi a mesma, esqueço-me de qualquer coisa que tenha para fazer se me distrair por segundo”. P. relaciona estas queixas com o acidente e refere que tiveram início após o mesmo.

Ao longo da sessão verificou-se que, P. tinha alguma dificuldade em apontar datas, ficando hesitante quando questionado acerca da sua idade aquando certos acontecimentos e corrigindo frequentemente o que dizia. O utente menciona um internamento no Hospital Magalhães Lemos durante uma semana por desintoxicação do álcool, por vontade dos pais,

contudo não foi capaz de precisar a idade que tinha na altura “... estive internado por causa do álcool, desde aí nunca mais bebi”. Refere que teve um período da sua vida em que bebia de forma exagerada, especialmente quando saía com os seus amigos “era normal, saíamos para as noitadas e bebia muito naquela altura, depois de estar internado nunca mais bebi”.

Aos 26 anos de idade P.R. conseguiu um emprego como administrativo num hospital do Porto “os meus pais tinham conhecimentos e conseguiram esse emprego para mim, estou lá há 24 anos”. O utente revela que se sente contente com o seu trabalho.

Os consumos de álcool e outras substâncias não existiram até a recaída atual. Durante o período em que esteve casado com J. o utente refere que mantinha um estilo de vida calmo e saía pouco “os meus horários eram muito diferente dos da J., eu tinha um horário fixo e ela não, ela era promotora de eventos e marcas e saía bastante, eu preferia ficar em casa, ver televisão e jogar jogos”. Por esse motivo o utente revela que quando o filho nasceu este foi o seu principal cuidador “...eu é que cuidava do C., a minha ex-mulher nunca estava em casa, passava pouco tempo connosco”.

Há cerca de dois anos, P. reencontrou M.I. uma antiga colega de escola com quem viria a manter um relacionamento de dois anos e seis meses. É durante este período que P.R. sofre uma recaída e volta aos consumos de substâncias. M.I. era consumidora de cocaína e começaram a consumir juntos (“eu já sabia que ela consumia mas mantive-me uns tempos sem fumar, certo dia decidi que queria fumar com ela... a partir desse dia nunca mais parei”). M.I. tem 47 anos e já tinha sido utente do CRI do Porto Ocidental por consumos de cocaína, tendo abandonado o serviço sem razão aparente (informação transmitida pelo utente e confirmada pelos serviços).

P.R. consumia seis a sete bases por dia e relata que os seus dias se organizavam em torno dos consumos e da obtenção da droga “... fazíamos diretas, passávamos noites a consumir e de manhã eu ia para o trabalho enquanto a M.I. ficava a dormir”.

O utente refere que perdeu cerca de catorze quilos e que eram poucas as refeições que fazia. Aliado a este desequilíbrio, o seu rendimento no trabalho decaiu o que foi notado pelos colegas “... toda gente me via muito magro e me perguntava o que se passava, eu dizia que andava meio deprimido, não queria que se apercebessem da situação”. A este propósito relata “cheguei a desviar dinheiro do hospital que acabei por conseguir repor tudo para conseguir consumir”.

Porém, P.R. acaba por admitir que o desvio de fundos monetários para manter os consumos não se deu apenas no seu contexto laboral, mas que, chegou igualmente a usar o dinheiro dos seus pais que se destinava ao pagamento mensal na instituição que frequentavam “o pagamento do lar dos meus pais é da minha responsabilidade, eu tenho uma procuração passada por eles e controlo a reforma deles, por isso, quando me vi mais apertado usei esse dinheiro e agora vou ter de vender o carro ou qualquer coisa para ninguém descobrir (...) o pagamento do colégio do meu filho também está uns meses atrasados porque não dava conta de tudo”.

Uma semana antes de PR se ter dirigido aos serviços M.I. decidiu deixar a casa onde viviam por se sentir culpada pelos consumos: “ela decidiu sair, disse que já não dava mais e que me puxava para isto”. O utente refere que esta separação foi “programada” e que “ainda é muito cedo mas estou muito triste, ela não me devia ter deixado, devíamos ter resolvido isto juntos, vínhamos cá os dois e tratávamo-nos”.

M.I. tem um filho de um anterior relacionamento, B., de 26 anos de idade, que ficou a coabitar com P. Este não trabalha e o utente refere que a avó materna do jovem ajuda com as despesas com aproximadamente 150€.

Relativamente à história médica e psiquiátrica, é de denotar que P.R. foi acompanhado por um médico psiquiatra após o acidente de viação que sofreu, referindo, contudo, que abandonou as consultas por se sentir bem e por questões financeiras há cerca de cinco anos atrás. Na altura P. foi medicado com Bialminal (um antiepiléptico e anticonvulsivante) que mantém até aos dias de hoje.

### **3.8.4 Percurso no CRI Ocidental do Porto**

Na sessão de acolhimento estiveram presentes um psiquiatra e a estagiária de Psicologia., Depois de uma longa discussão com o utente em que se pretendeu informar o mesmo dos diferentes tipos de tratamentos disponíveis, escutando também a sua motivação, ambos inferiram e definiram o plano terapêutico mais adequado para o seu caso. Este plano terapêutico, inicialmente, passaria por um acompanhamento psicológico concomitante com uma integração do utente no tratamento com Lamotrigina, Sertralina e Trazon. Nesta primeira consulta foram também recolhidos dados sobre a sua história de vida.

A segunda consulta caracterizou-se por uma grande ansiedade e impaciência da parte de P. em relação à ação da medicação prescrita pelo médico e alguma reticência face à manutenção do acompanhamento psicológico chegando a referir “mas vou ter de continuar a

vir cá? ... os consumos já reduziram e isto está quase controlado para poder voltar ao trabalho”.

Na consulta seguinte manteve-se a recolha e exploração de dados da história de vida pertinentes para a compreensão das problemáticas apresentadas, através da entrevista semidirectiva.

Na quarta consulta procedeu-se à administração do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3). Visava-se assim uma melhor compreensão do funcionamento de P.R. que possibilitasse a elaboração de um planeamento para a implementação de uma intervenção.

Foram realizadas apenas quatro consultas de Psicologia, registando-se por isso algumas lacunas de informação que poderiam ter sido importantes para uma melhor abordagem e compreensão do caso. O utente abandonou o serviço de psicologia e não compareceu a três consultas marcadas justificando sempre a sua ausência por esquecimento ou falta de tempo por já se encontrar a trabalhar. Foi-lhe concedida a oportunidade de remarcar, por mote próprio, contudo, P. nunca chegou a fazê-lo.

### **3.8.5 Processo de avaliação**

O Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3), incluído em anexo, visa a avaliação de 18 esquemas mal adaptativos precoces (EMP). Os EMP são estruturas estáveis e duradouras que se desenvolvem e se cristalizam precocemente na personalidade e/ou ao longo da vida do sujeito e que se encontram associados a diversas psicopatologias. Caracterizam-se como padrões emocionais e cognitivos mal adaptativos que tendem a repetir-se ao longo da vida, configurando processos de funcionamento da personalidade que mediam a interação do indivíduo com a realidade.

Os 18 EMP em análise são: Privação Emocional (Fator 1), Abandono (Fator 2), Desconfiança/ Abuso (Fator 3), Isolamento Social (Fator 4), Defeito/ Vergonha (Factor 5), Fracasso (Fator 6), Dependência/ Incompetência Funcional (Fator 7), Vulnerabilidade ao Mal e à Doença (Fator 8), Emaranhamento/ Eu Subdesenvolvido (Fator 9), Subjugação (Fator 10), Autossacrifício (Fator 11), Inibição Emocional (Fator 12), Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo (Fator 13), Grandiosidade (Fator 14), Autocontrolo/ Autodisciplina Insuficientes (Fator 15), Procura de Aprovação/ Reconhecimento (Fator 16), Pessimismo/ Preocupação (Fator 17) e Autopunição (Fator 18).

A aplicação do Questionário de Esquemas de Young não apresentou resultados significativamente relevantes do ponto de vista estatístico, contudo, podemos destacar alguns

EMP que se encontram com valores acima da média: Abandono, Autossacrifício, Desconfiança/ Abuso e Inibição Social.

### 3.8.6 Análise Compreensiva da Problemática

#### 3.8.6.1 *Perspectiva explicativa*

Apesar de não ter sido possível protagonizar um maior número de consultas com P., deve-se considerar que teria sido importante adquirir um maior número de dados, relativos à sua história de vida, para que fosse possível obter uma compreensão mais esclarecedora do caso.

Os indivíduos desenvolvem estruturas cognitivas que representam regularidades nos padrões de relacionamento interpessoal, as quais influenciam o sentimento de si próprio. O foco centra-se nas cognições acerca dos relacionamentos, em oposição às relacionadas com o próprio ou os outros, centrando-se no pressuposto de que os indivíduos desenvolvem modelos de trabalho dos seus relacionamentos (Bowlby, 1969) que funcionam como mapas cognitivos (Sandler & Rosenblatt, 1962) que os ajudam a navegar pelo seu mundo social. Baldwin (1992) refere ainda que estas estruturas cognitivas incluem imagens do próprio e dos outros, em conjunto com um guião de padrões de interação esperadas, derivado de uma generalização de experiências interpessoais semelhantes.

O modelo cognitivo da psicopatologia de Beck (1987) sugere que os problemas emocionais e comportamentais não são unicamente determinados pela realidade externa, mas também pela sua interpretação desadaptativa. O autor propõe dois grupos de variáveis cognitivas, os esquemas disfuncionais e as distorções cognitivas, como estando proeminentemente envolvidos neste processo de interpretação desadaptativa (Leung & Poon, 2001).

Young (1990), integrando o trabalho de Beck (1987) e de outros autores como é o caso de Bowlby (1988), argumentando que as interações precoces com os cuidadores, nomeadamente os pais, contribuem para o desenvolvimento de esquemas cognitivos ou modelos de trabalho no início da vida, propôs o conceito de EMP os quais consistiriam em “padrões de pensamento, afecto e comportamento na relação entre o próprio e os outros, extremamente rígidos e predominantes, que se desenvolvem durante a infância enquanto o resultado de experiências tóxicas continuadas e significativamente disfuncionais, tais como

depressão, rejeição, abuso, instabilidade, criticismo ou abandono ” (McGinn, Young, & Sanderson, 1995, p. 188). Uma vez desenvolvidos, os esquemas manter-se-iam através de processos comportamentais, nos quais o indivíduo, por receio de activação do esquema, evita constantemente acções que levassem a determinadas situações (Young, 1990, cit por Lee, Taylor & Dunn., 1999).

Tem-se verificado um reconhecimento crescente da importância dos esquemas cognitivos e do seu papel no desenvolvimento e manutenção de problemas psicológicos na vida adulta (Beck, 1987; Young, 1990). De facto, a importância dos esquemas cognitivos no desenvolvimento de psicopatologia, constitui um dos pilares subjacentes à teoria dos esquemas sugerida por Young e colaboradores (Young, 1994; Young et al., 2003). Young (1994) sugere que os problemas na vida adulta surgem como resultado dos EMPs, devido ao facto de representarem padrões cognitivos latentes, distorcidos e disfuncionais que se desenvolvem durante a infância ou adolescência e são elaborados ao longo da vida (Young et al., 2003). A natureza disfuncional dos esquemas torna-se geralmente mais aparente mais tarde na vida, quando os indivíduos perpetuam esses mesmos esquemas nas interacções com os outros (Kelvin, Goodyer, Teasdale & Brechi, 1999).

O EMP **Abandono** diz respeito a indivíduos que se caracterizam pela incapacidade na formação de vínculos satisfatórios; deste modo, existe uma falta de confiança percebida em pessoas passíveis de fornecer vínculos e apoio. Está presente a sensação de que figuras significativas não serão capazes de manter vínculos emocionais e protecção prática, uma vez que são percebidos como instáveis e imprevisíveis emocionalmente, pouco confiantes ou presentes de modo errático. Estes resultados poderão estar relacionados com a recente rutura na vida afetiva de P.R. O utente demonstrou ao longo das consultas tristeza em relação a este acontecimento fazendo constante referencia a M.I (antiga companheira).

Já o EMP **Autossacrifício** corresponde ao sacrifício voluntário da sua própria satisfação em prol das necessidades de terceiros. Comumente as razões que podem conduzir a tais acções são o evitar a dor do outro ou o receio de perder alguém que lhe parece muito necessário. Está tendencialmente relacionado com uma grande sensibilidade à dor alheia. P. reconhece que “passei muitas vezes o trabalho para segundo lugar, logo eu que era tão certinho, já lá trabalho há 24 anos (...) ficávamos a noite toda a consumir, saía com a M.I a meio da noite de carro para irmos comprar” e esclarece ainda “todo o meu dinheiro era para aquilo, ela não trabalhava, queria estar sempre a consumir”.

P.R. mantém pessoas significativas próximas de si, no intuito de estarem à sua disposição. Em contrapartida, acredita que os demais são e solícitos por desejarem algo em retorno. O que o faz evitar a intimidade verdadeira, sendo extremamente céptico em relação a motivações alheias. O utente chega a relatar “eu continuo a pagar o telemóvel da M.I, não consigo deixar de a ajudar, podíamos passar por isto juntos... mas ela não quer, voltou para casa do ex-namorado de Santo Tirso para continuarem a consumir, eu queria parar, já não servia” referindo-se à sua anterior companheira. Tal aspeto condiz com o EMP **Desconfiança/ Abuso** para o qual o utente apresentou um valor acima da média (ainda que não seja clinicamente significativo).

Parece-nos ainda relevante mencionar o EMP **Inibição Social**, que se caracteriza pela excessiva inibição de sentimentos, ações ou comunicação espontânea, de forma a evitar sentimentos de vergonha, perda de controlo de impulsos ou desaprovação alheia. A inibição poderá manifestar-se em impulsos positivos (alegria, excitação sexual, afeto), inibição da agressão e da raiva, dificuldade em demonstrar vulnerabilidade, sentimentos e necessidades.

O utente demonstrou, ao longo das consultas no serviço, uma postura calma e tranquila, até quando abordava assuntos mais delicados como as questões financeiras, profissionais e relacionais (nos momentos em que se referia a M.I), o que poderá estar relacionado com a inibição.

### 3.8.7 Proposta de Intervenção

O primeiro passo desta intervenção foi o de definir o *setting* terapêutico com P. Tendo em conta a sua situação biopsicossocial, optou-se por consultas semanais por um período de 50 minutos realizadas à mesma hora.

Ao nível da relação terapêutica, e porque foi notória a falta de estrutura de apoio, foi utilizada a estratégia de relação, tentando estabelecer uma relação interpessoal forte e positiva desde o início, pois seria na nossa opinião o único reforço positivo que atuaria no sentido da mudança de comportamento (redução dos consumos de cocaína). Desta forma, a promoção da autoeficácia pareceu-nos também essencial e, como tal, foram usadas afirmações de compreensão e suporte, foram feitos resumos e recapitulações ao longo das sessões e tentou-se resolver a ambivalência apresentada por P relativamente ao seu estilo de vida, de maneira a que P.R por si mesmo identificasse as áreas problemáticas da sua vida e, gradualmente, conseguisse ir estabelecendo algumas alterações no seu funcionamento e na sua vida. O

estabelecimento de horários de risco seria igualmente importante de forma a prevenir potenciais recaídas.

Apesar da intervenção ter ficado suspensa devido ao abandono do processo, considerou-se pertinente apresentar uma proposta de intervenção com base nos dados recolhidos ao longo das consultas realizadas.

A abordagem de apoio seria neste caso uma das opções a considerar, com um carácter pedagógico e de orientação no sentido de estabelecer o equilíbrio psicológico do indivíduo, melhorar a sua autoestima e autoconfiança, obter a máxima melhoria sintomática, melhorar a adaptação ao meio, promover o crescimento emocional e a autonomização. Seria importante ajudar P.R. a traçar um projeto de vida e definir etapas e objetivos proximais e realistas para o realizar., designadamente ao nível da sua situação laboral do utente e da sua relação com o filho.

### **3.8.8 Reflexão**

O fim abrupto da avaliação deste caso deixou-nos com muitas questões sem resposta sobre o percurso de vida, as relações que estabelece e o próprio diagnóstico. Três consultas foram insuficientes para perceber adequadamente um caso completo, com muitos cambiantes a investigar. Mesmo assim, com o conhecimento atual do caso, fica em aberto a possibilidade de uma intervenção individual através de uma psicoterapia de apoio. As relações afetivas seriam analisadas no espaço de consulta, particularmente as relações precoces com os progenitores. Os objetivos da seriam o desenvolvimento de insight relativamente ao seu percurso vital, conseguir lidar com as relações afectivas de modo mais equilibrado e definir também prioridades no que ao campo laboral diz respeito e desenvolver novas formas de enfrentar as dificuldades, deixando de depender de drogas.

No entanto, neste momento, parece-nos evidente que o utente não considera este caminho a melhor opção. Reconhecendo que a situação não é definitiva, consideramos que o seu retorno ao serviço ainda poderá ocorrer.

## Conclusão

Iniciamos este percurso com muito entusiasmo por ter chegado o momento de vivermos a profissão, testar os nossos conhecimentos, e as nossas aptidões como futuros psicólogos clínicos.

O estágio, no CRI Ocidental do Porto, possibilitou-nos experienciar, na prática, o que é o (muitas vezes idealizado mas não executável) trabalho multi e inter disciplinar, no qual todas as dimensões do indivíduo – biológica, psicológica e social – são alvos de intervenção. Verificamos que, quando a articulação entre os diferentes técnicos é harmoniosa, é possível conseguir mudanças significativas nas vidas dos utentes.

Ao longo deste percurso, fomos encontrando alguns desafios, que nos inquietaram, fizeram duvidar do que tínhamos por verdadeiro, nos trouxeram insegurança. Mas que fizeram também com que, procurando novas respostas, evoluíssemos. Para isso, foram essenciais as “longas conversas” mantidas com a orientadora de estágio, supervisor e colegas de grupo de estágio.

Os desafios encontrados relacionaram-se, muitas vezes, com a dificuldade de manter “em relação terapêutica” pessoas que, de uma forma geral, sentem as relações humanas como potencialmente lesivas. Por isso, conseguir a confiança destes utentes é um processo cuidadoso e lento. Do mesmo modo, são graduais, as pequenas mudanças no comportamento e modos de interação dos utentes, mas muito gratificantes para os terapeutas que vêem resultados do seu trabalho.

Percebemos ao longo do estágio, que para além do estereótipo do toxicodependente, há muito mais, há um indivíduo com todas as suas particularidades e com uma história, por vezes, devastadora. E que por isso, a consulta psicológica, apesar dos modelos que lhe estão subjacentes, conta principalmente com a capacidade pessoal do psicólogo de em cada momento, perceber subjectivamente o que acontece na relação.

Esta experiência, o contacto com os toxicodependentes, fez-nos crescer, pessoal e profissionalmente. Deu-nos sobretudo a certeza que muito mais importante do que conhecer o normal e o patológico, o saudável e o doente, é reconhecer os seus cambiantes e estar sempre disponível para aprender com as experiências que nos surgem.

## Referências Bibliográficas

Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 3, 461-484.

Balenciaga, I. (2000). Codependencia y Literatura – La codependencia en la antigüedad clásica. *Revista Española de Drogodependencias*, 25 (4), 452-477.

Beck, A.T., Rush, A.J., and Emery, G.,(1987) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1. Attachment. New York: Basic.

Cermak, T (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21(5), 266-272.

Cermak, T. (1986). *Diagnosing and Treating co-dependency*. Minneapolis: Johnson Institute Books.

Denning, P. (2010). Harm Reduction Therapy with Families and Friends of People with Drug Problems. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66 (2), 164-174.

Ferreira-Borges,C. & Cunha Filho,H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi.

Kelvin, R. G., Goodyer, I. M., Teasdale, J. D., Brechin, D. (1999). Latent Negative Schemas and High Emotionality in Well Adolescents at Risk for Psychopathology. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40, 959-968.

Leung, P. W. L., Poon, M. W. L. (2001). Dysfunctional Schemas and Cognitive Distortions in Psychopathology: A Test of the Specificity Hypothesis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42, 755-765.

McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219–242.

Morgan Jr., J.P. (1991). What is Codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 74 (5), 720- 729.

Sandler, J., & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the child*, 17, 128-145.

Young, J. E. (1990, 1994, 1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (1st ed., 2nd ed., 3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J.E., (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short Form*. Electronic form.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Whitfield, C. (1984). Co-alcoholism: Recognizing a treatable illness. *Family and Community Health*, 7, 16-25.

Whitfield, C. (1989). Co-dependence: Our most common addiction – some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 19-35.

# **ANEXOS**

## **ANEXO I:**

Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)

## **ANEXO II:**

Estatísticas Descritivas Para os Factores e o Total da Escala

Factor	nº itens	M	DP	$\alpha$
F1 Privação Emocional	5	1.71	.89	.819
F2 Abandono	4	2.78	1.20	.809
F3 Desconfiança/ Abuso	5	2.16	.89	.780
F4 Isolamento Social/ Alienação	5	1.89	.88	.814
F5 Defeito	5	1.50	.76	.856
F6 Fracasso	5	1.73	.81	.861
F7 Dependência/Incompetência funcional	5	1.68	.67	.717
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	4	1.97	.88	.677
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	5	1.95	.80	.682
F10 Subjugação	5	1.76	.76	.777
F11 Auto-sacrifício	5	2.67	.96	.770
F12 Inibição Emocional	5	2.19	.98	.810
F13 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	3	2.70	1.03	.571
F14 Grandiosidade	5	2.45	.84	.674
F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	5	2.22	.77	.658
F16 Procura de Aprovação/ Reconhecimento	4	2.74	.95	.714
F17 Pessimismo	5	2.47	.97	.755
F18 Auto-punição	4	2.60	1.02	.765
Total YSQ (84 itens)	84	180.40	51.35	.967