

Relatório de Estágio

**UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
A POLITÉCNICA**

Escola Superior de Ciências Jurídicas e Sociais

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estudante: Idília Miguel Simbine

Supervisor: José Ferrão Chacatoma

Maputo

2015

Relatório de Estágio

**UNIVERSIDADE POLITÉCNICA
A POLITÉCNICA**

Escola Superior de Ciências Jurídicas e Sociais

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estudante: Idília Miguel Simbine - 256552

Supervisor: José Ferrão Chacatoma

Maputo

2015

Local de Estágio:

Hospital Central de Maputo

Departamento de Medicina, Serviço de Psiquiatria

Avenida Agostinho Neto, Cidade de Maputo

Trabalho apresentado à Universidade Apolitecnica
como parte dos requisitos curriculares
para obtenção do grau de licenciatura
em psicologia clínica e de aconselhamento

Relatório de Estagio

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, a minha mãe Elisa Nungo (em memória), ao meu pai Miguel Simbine, ao meu esposo Samuel Muzime, aos meus filhos Alson, Erica, Edna e Larissa, aos meus irmãos Juvelino, Crescêncio e Juldino e aos familiares, colegas e amigos em geral.

Relatório de Estagio

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela saúde e força...

À minha família, pelo acolhimento e tantas palavras que me fizeram persistir...

Ao meu supervisor, Dr. José Ferrão Chacatoma, pelo carinho, paciência e ensinamentos, acompanhamento e força que deu para a realização deste trabalho.

Às Dras. Natália e Natércia, pela oportunidade maravilhosa, pelo carinho, ensinamento, acolhimento, confiança, paciência dedicados.

Os Drs. acima referenciados, foram exemplos de profissionais que eu admiro bastante, aprendi muito com os mesmos, admiro a inteligência e a dedicação à psicologia...

Aos pacientes, mães, pais pela aprendizagem sobre a vida, alegria e a dor que é ter um filho e sobre amor incondicional.

Relatório de Estágio

RESUMO

Este relatório tem como objectivo descrever as actividades realizadas no processo de estágio curricular, no Hospital Central de Maputo – Departamento de Medicinas, Serviço de Psiquiatria, no âmbito da conclusão do curso de psicologia clínica, ministrado pela Universidade A POLITECNICA e sob orientação do Doutor José Ferrão Chacatoma, psicólogo clínico no referido Hospital. O mesmo deve ser apresentado como trabalho final para a obtenção do grau de Licenciatura.

O estágio decorreu no período de 01 de Julho de 2014 a 10 de Outubro de 2014, com os seguintes objectivos: articular teoria e prática, viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas fomentando o processo de aprendizagem e a reflexão científica, fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação, activar a atitude e a capacidade de investigação científica, com vista ao solucionamento dos problemas enfrentados, incentivar a autonomia do estagiário na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à actuação do psicólogo.

Foram vários os casos atendidos nas diferentes enfermarias (saúde mental, maternidade e medicina) dos quais apresentamos um caso clínico.

Durante o processo de estágio procedeu-se ao diagnóstico, avaliação e intervenção.

Para a consecução dos objectivos fez-se a caracterização do campo de estágio e a estruturação do estágio em três fases: adaptação, avaliação e intervenção.

Como principais resultados verificou-se que houve um aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação através do contacto com os pacientes nos diferentes sectores do hospital, aquisição de novas competências: avaliação do estado psíquico, emocional e social do paciente internado, contribuição para a melhoria da qualidade de vida com as nossas condutas psicológicas, atendimento a pacientes de consulta externa, investigação e intervenção domiciliar. Do caso clínico apresentado

Relatório de Estagio

chegamos ao seguinte diagnóstico: transtorno de comportamento devido ao consumo de substâncias psicoativas.

Palavras-chave

Estágio curricular, Trabalho de Licenciatura, Psicologia Clínica e de aconselhamento, Saúde, Hospital

Relatório de Estagio

INDICE

Lista das Abreviaturas.....	10
1. ÁREA DE INTERVENÇÃO.....	12
2. Definição do Problema e Objectivos do estudo.	13
2.1. Definição do problema.....	13
2.2. Objectivos	14
2.2.1. Objectivo geral.....	14
2.2.2. Objectivos específicos.....	15
3. Justificação	16
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PERTURBAÇÃO IDENTIFICADA NO CASO	17
4.1. CONCEITOS.....	17
4.1.1. SUBSTÂNCIA E MISTURA	17
4.1.2. Droga, Substância psicoativa, substancia psicotrópica ou simplesmente psicotrópico	17
4.1.3. Toxicodependência.....	18
4.1.4. Toxicómano/toxicodependente.....	19
4.1.5. Síndrome de abstinência	20
4.1.6. Consumo de tabaco	20
4.1.7. Consumo de álcool.....	21
4.1.8. Consumo de substâncias ilícitas	22
4.1.9. Carga das doenças.....	24
4.1.10. Consumo e farmacodependências em relação a neurociências.....	26
4.1.11. Neuroanatomia, neurobiologia e farmacologia.....	27
4.1.12. Segundo DSM-IV-TR.....	30
Critérios de dependência de substâncias.....	30
5. METODOLOGIA.....	31
6. UNIDADE DE ANÁLISE	32
6.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO GLOBAL DA ÁREA ONDE SE REALIZOU O ESTÁGIO.....	32
6.1.1. Hospital central de Maputo	32
6.1.2. Psiquiatria.....	32
7. Recolha de dados	33

Relatório de Estágio

7.1.1.	Principais instrumentos e técnicas usadas	33
7.1.1.1.	Entrevista clínica	33
7.1.1.2.	História clínica ou Historia da doença actual	34
7.1.1.3.	História Pessoal:	34
7.1.1.4.	Testes	34
7.1.1.5.	Testes psicométricos	35
7.1.1.6.	Genetograma ou genograma	35
7.1.1.7.	Desenho da Família	35
8.	Descrição do que foi realizado	35
8.1.	Actividades definidas para o estágio	35
8.2.	Actividades realizadas durante o estágio	36
8.2.1.1.	Dinâmicas familiares com os familiares dos pacientes internados;	37
8.2.1.2.	Dificuldades	37
8.2.1.3.	Apresentação do caso clínico e discussão dos resultados	38
9.	Conclusões	42
10.	Bibliografia	46

Lista das Abreviaturas

SPA`s – Substancias psicoativas

OMS – Organização Mundial da saúde

DSM-IV – Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais

APA – Americam Psychiatric Association

TV - televisão

HIV- Vírus causador do Síndrome de imunodeficiência adquirida

SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida

LSD - droga leve que compreende os alucinógenos

ERIT - Plataforma da Federação Europeia

UNODC - Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

EUA – Estados Unidos da América

DALY - Padrão de medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

CID-10 – Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas
Relacionados à Saúde

RM - ressonância magnética

TEP - tomografia por emissão de pó sitrons

HCM - Hospital central de Maputo

UEM – Universidade Eduardo Mondlane

HDA - história da doença actual

HP - história pessoal

Relatório de Estagio

AVC - Acidente Cardiovascular

HTA – Hipertensão Arterial

1. ÁREA DE INTERVENÇÃO

O estágio teve como carácter prático no dia-a-dia na instituição. Teve o seu início no dia 1 de Julho e terminou a 10 Outubro de 2014, onde estive nas duas enfermarias, a feminina e a masculina, tendo permanecido 45 dias em cada enfermaria respectivamente.

As actividades realizadas, foram antecedidas por um estágio parcial que decorreu no mesmo ano num período de três meses, o mesmo tinha como objectivo geral, a observação das actividades clínicas exercidas no campo do estágio pelos psicólogos clínicos.

As actividades que se seguem são referentes ao estágio de práticas profissionais 2

- Intervenção na enfermaria;
- Inter-consultas nas enfermarias;
- Consultas de seguimento;
Avaliação psicológica (Entrevistas, observação e aplicação de testes psicológicos);
- Visita a um paciente ao domicílio.
- Dinâmicas familiares;
- Psicoterapias em grupo;
- Organização e implementação de planos de intervenção;
As actividades citadas estavam distribuídas durante a semana da 2^a a 5^a feira.
As 6^{as} feiras decorriam no período da manhã, as reuniões de supervisão clínica.

Foram recebidos vários casos clínicos, entre os quais:

- ✓ Tentativas de suicida;
- ✓ Psicoses;
- ✓ Depressão pós - parto;
- ✓ Alteração do comportamento;
- ✓ Demência na terceira idade;
- ✓ Consumo de substâncias psicoactivas

Relatório de Estagio

- ✓ Toxicodependentes;
- ✓ Perturbações mentais de base orgânicas;
- ✓ Perturbações neuróticas
- ✓ Doentes crónicos (dentre eles com Diabetes, síndrome Nefrotico, HTA ,AVC);
- ✓ Depressão por várias causas:

Por serem muitas perturbações aqui tratadas, escolhi uma que irei apresentar com mais pormenor neste relatório, como um caso clínico.

Os casos clínicos que despertaram atenção especial em mim foram os de consumo de substâncias psicoativas em adolescentes, sendo estes, os determinantes na escolha.

Este facto me levou a ler alguns documentos importantes, produzidos principalmente pela OMS, relacionados com este assunto e que nos pontos seguintes faço referência.

2. Definição do Problema e Objectivos do estudo.

2.1. Definição do problema

A prevalência mundial do consumo de substâncias psicoativas está aumentando. O abuso e a dependência de drogas ameaçam os valores políticos, económicos e sociais. Além de contribuir para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internamento hospitalar, eleva os índices de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras. Estudos mostram que o envolvimento com “drogas ilícitas” ocorre principalmente dentro da população de adolescentes e adultos jovens.

O consumo de substâncias e as farmacodependências representam um importante fardo para indivíduos e sociedades em todo o mundo. O Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2002 indicava que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de substâncias psicoativas. O mesmo relatório mostrava que, em 2000, o tabaco representava 4,1%, o álcool 4% e as drogas ilícitas 0,8% da carga global das doenças.

Relatório de Estagio

Uma grande parte dessa carga, que se pode atribuir ao consumo de substâncias e as farmacodependências, resulta de vários problemas sanitários e sociais, incluindo HIV/ SIDA, que em muitos países é causado pelo uso de drogas injectáveis.

O relatório da OMS sobre neurociências é a primeira tentativa de fornecer uma ideia global dos factores biológicos relacionados ao consumo de substâncias e a farmacodependências, resumindo uma grande quantidade de conhecimentos obtidos nos últimos 20 a 30 anos. Sublinha o estado actual dos conhecimentos sobre os mecanismos de acção dos diferentes tipos de substâncias psicoativas, e explica de que maneira o consumo de tais substâncias pode levar ao desenvolvimento da síndrome de dependência. Aborda os factores sociais e ambientais que influenciam o consumo de substâncias e as farmacodependências, assim como os aspectos neurocientíficos de intervenções e, em particular, as implicações éticas de novas estratégias biológicas de intervenção.

Os vários problemas sanitários e sociais associados ao consumo e a dependência do tabaco, do álcool e de substâncias ilícitas exigem uma maior atenção por parte da comunidade de saúde pública e exigem respostas e políticas apropriadas para resolver tais problemas em distintas sociedades. Os nossos conhecimentos sobre questões relacionadas ao consumo de substâncias e as farmacodependências continuam a ter muitas lacunas que devem ser preenchidas, mas já dispomos de conhecimentos razoáveis sobre a natureza de tais problemas que podem ser utilizados para formular respostas políticas.

Os conhecimentos sobre as farmacodependências em neurociências fornecem uma oportunidade para esclarecer más interpretações, e eliminar estereótipos incorrectos e prejudiciais.

2.2. Objectivos

2.2.1. Objectivo geral

O objectivo geral do estágio é proporcionar ao estudante o contacto físico com o paciente, promover o contacto do estudante com a realidade da psicologia clínica,

enquanto ramo de conhecimento e profissão, sob fundamentação e orientação teórica do modelo psicodinâmico, especialmente a teoria cognitivo comportamental.

2.2.2. Objectivos específicos

- Preparar o estudante a compreender a psicopatologia individual;
- Treinar as competências de intervenção terapêutica;
- Desenvolver competências de avaliação e de intervenção comportamental - cognitivo.
- Articular teoria e prática e viabilizar a análise crítica das teorias psicológicas fomentando o processo de aprendizagem e a reflexão científica,
- Fortalecer a postura crítica, reflexiva e ética mediante o contexto e as problemáticas apresentadas em cada situação,
- Activar a atitude e a capacidade de investigação científica, com vista ao solucionamento dos problemas enfrentados
- Incentivar a autonomia na busca, sistematização e produção de conhecimentos e práticas necessárias à actuação do psicólogo.

3. Justificação

A realização do estágio no último ano do curso de Psicologia (sétimo e oitavo Semestres) justifica-se pelo atendimento às exigências curriculares da formação do psicólogo. Dessa forma, faz-se necessária a experiência do estágio supervisionado como condição para o reconhecimento do profissional psicólogo.

O estágio tem sua importância justificada também por se caracterizar como um momento fundamental na interface da formação e da actuação profissional do psicólogo, uma vez que oferece suporte a vivência e compreensão destas primeiras experiências profissionais por meio das supervisões.

A escolha por esse estágio dentre as outras modalidades de estágio oferecidas se deve ao grande interesse que a área clínica – e mais especificamente a Abordagem Cognitivo-Comportamental.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA PERTURBAÇÃO IDENTIFICADA NO CASO

4.1. CONCEITOS

4.1.1. SUBSTÂNCIA E MISTURA

4.1.1.1. Substância

É matéria que possui uma composição característica, determinada e um conjunto definido de propriedades. Pode ser simples (formada por só um elemento químico) ou composta (formada por vários elementos químicos). Exemplos de substância simples: ouro, mercúrio, ferro, zinco.

Exemplos de substância composta: água, açúcar (sacarose), sal de cozinha (cloreto de sódio).

4.1.1.2. Mistura

São duas ou mais substâncias agrupadas, onde a composição é variável e suas propriedades também.

Exemplo de misturas: sangue, leite, ar, madeira, granito, água com açúcar.

4.1.2. Droga, Substância psicoativa, substância psicotrópica ou simplesmente psicotrópico

É uma substância química que age principalmente no sistema nervoso central, onde altera a função cerebral e temporariamente muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência.

Essa alteração pode ser proporcionada para fins: recreacionais (alteração propositada da consciência); religiosos; científicos (visando à compreensão do funcionamento da mente); ou médico-farmacológicos (como medicação). Alternativamente, tal efeito na

mente pode não ser o objectivo do consumo da substância psicotrópica, mas um efeito adverso do mesmo.

Tais alterações subjectivas da consciência e do humor são fonte de prazer (por exemplo, a euforia) ou servem para criar uma melhora nos sentidos e estados já experimentados naturalmente (por exemplo, o aumento da concentração), ou uma mudança na perspectiva mental, podendo aumentar também a criatividade: por isso, tantos artistas e intelectuais são defensores do consumo dessas substâncias.

Citando Patrício (1995: 24) no sentido mais amplo define-se como droga “quaisquer substâncias naturais ou de síntese, (manipuladas ou criadas pelo homem), que ao serem absorvidas pelo organismo humano, provocam alterações psíquicas, nomeadamente do estado de consciência e também alterações físicas. As alterações da actividade mental, das sensações de comportamento, são geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou de alívio do desprazer”.

Por norma considera-se que existem dois tipos de drogas – as drogas duras chamadas de opiáceos, as quais englobam o ópio, morfina, heroína, as anfetaminas e a cocaína, e as drogas leves que compreendem os alucinógenos, como por exemplo, LSD e a mescalina, os derivados da cannabis como o haxixe e marijuana e os solventes orgânicos que compreendem o éter, o tricloroetileno, o álcool, o tabaco, etc.

4.1.3. Toxicodependência

De acordo com Pinto-Coelho (1998: 19) a toxicodependência define-se “como um estado de intoxicação crónica ou periódica, provocada pelo consumo repetido duma substancia psicoativa (droga) natural ou sintética, duma forma voluntária.”

Segundo o mesmo autor, a toxicodependência manifesta-se sob três aspectos:

- “Desejo invencível, compulsivo, de continuar a tomar droga e de a obter por todos os meio”;
- “Tendência a aumentar as doses”, por desenvolvimento da tolerância;
- “Dependência, física e psíquica, aos efeitos da droga, isto é, o aparecimento dum conjunto de sinais físicos e psíquicos, logo que interrompe bruscamente o seu consumo”.

No dizer de Andrade (1994: 1) “A toxicod dependência é uma doença, talvez a mais grave, deste fim de século. Doença global, compromete, na pessoa, a vida física, mas também a dimensão psicológica e social do ser humano. O toxicod dependente está em constante sofrimento. Dói-lhe o corpo, sobretudo em momentos de ressaca, mas dói-lhe também o espírito, uma vez que o dependente se torna uma pessoa inquieta, constantemente à procura de objectivos que não alcança, numa viagem interminável onde nem a vontade debilitada, nem os amigos igualmente “agarrados” conseguem ajudar.”

“A toxicod dependência não é um problema químico, é um sintoma de inadaptação do indivíduo, uma forma que ele encontra para melhor lidar com a vida” (Coelho, 2004: 42).

4.1.4. Toxicómano/toxicod dependente

No discurso de Olievenstein in (Pinto-Coelho, (1998: 23) “o toxicómano não é um delinquente que é preciso punir, nem um doente que é preciso tratar, nem um marginal que é preciso excluir. É simplesmente uma pessoa em dificuldade”.

É querer ter um estilo de vida que visa encontrar satisfações imediatas, apanágio dos jovens que por norma sentem uma necessidade imperiosa de obter rapidamente o prazer e o bem estar, mas incapazes de realizarem o mundo de sofrimento para o qual se encaminharam (Pinto-Coelho, 1998).

De acordo com Patrício (1995: 128-129) “o toxicod dependente é uma pessoa dependente de drogas e que é dependente porque consumiu e consome drogas. (...) Do ponto de vista médico e social podemos considerar um toxicod dependente como uma pessoa doente (...)”

Ainda segundo Patrício (1995: 130) “Na Declaração de Lisboa (1992), documento ético criado e aprovado pelos delegados de 20 países no V Encontro das Taipas – II

Congresso Internacional e adaptado em 1993 como Plataforma da Federação Europeia ERIT, pode ler-se que o toxicodependente é um cidadão de pleno direito, com todos os direitos e deveres. A toxicodependência é expressão de um sofrimento e determina dificuldades físicas, psíquicas e sociais.”

O Slogan constante do desdobrável editado em 1992, pelo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência apresenta o seguinte texto:

“O toxicodependente é uma pessoa, uma pessoa dependente, uma pessoa doente. Consumiu droga, pensou não ficar dependente, mas a droga é um engano. Hoje não é dependente porque quer, é dependente porque consumiu droga. Só fica dependente quem consome” (Patrício, 1995: 131).

A toxicodependência não se combate batalhando contra o toxicómano, mas sim, propondo uma luta à qual ele possa aderir. A luta contra a toxicodependência é um problema de política social, por conseguinte, para ser resolvido é necessário compreendê-lo (Pinto-Coelho, 1998).

4.1.5. Síndrome de abstinência

Trata-se de um conjunto de sintomas que podem ser muito intensos ou aparatosos mas que não envolvem risco de vida. A componente psíquica caracteriza-se por uma grande ansiedade, agitação, um apelo descomunal para o consumo de nova dose, quanto à componente física, esta envolve suores, espirros, pingos no nariz, bocejos, arrepios de frio, contracções musculares dolorosas, insónia, etc, assemelhando-se a uma gripe muito forte (Patrício, 1995).

Perante esta situação o toxicodependente em desespero recorre de qualquer coisa e se consegue comprimidos tipo opiáceo tanto os poderá tomar por via oral como dissolvê-los e injectá-los na veia.

4.1.6. Consumo de tabaco

O consumo mundial de álcool, tabaco e outras substâncias regulamentadas está aumentando rapidamente e contribuindo de maneira importante para a carga das

Relatório de Estagio

doenças em todo o mundo. A Tabela 1 mostra a prevalência do consumo de tabaco entre adultos e jovens em certos países. O tabagismo está se espalhando rapidamente em países em desenvolvimento e entre mulheres. Actualmente, 50% dos homens e 9% das mulheres em países em desenvolvimento fumam, em comparação com 35% dos homens e 22% das mulheres em países desenvolvidos. A China contribui de maneira importante para a epidemia em países em desenvolvimento. De fato, o consumo per capita de cigarros na Ásia e no Extremo Oriente é superior ao de outras partes do mundo, seguido de muito perto pelas Américas e pelos países do leste europeu (1).

Tabela 1. Prevalência de consumo de tabaco entre adultos e jovens em certos países

País	Consumo anual <i>per capita</i> de cigarros	Prevalência de consumo de tabaco (%)			
		Adultos		Jovens	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Argentina	1495	46,8	34,4	25,7	30,0
Bolívia	274	42,7	18,1	31,0	22,0
Chile	1202	26,0	18,3	34,0	43,4
China	1791	66,9	4,2	14,0	7,0
EUA	2255	25,7	21,5	27,5	24,2
Gana	161	28,4	3,5	16,2	17,3
Indonésia	1742	59,0	3,7	38,0	5,3
Jordânia	1832	48,0	10,0	27,0	13,4
Malauí	123	20,0	9,0	18,0	15,0
México	754	51,2	18,4	27,9	16,0
Nepal	619	48,0	29,0	12,0	6,0
Peru	1849	41,5	15,7	22,0	15,0
Polónia	2061	44,0	25,0	29,0	20,0
Quênia	200	66,8	31,9	16,0	10,0
Singapura	1230	26,9	3,1	10,5	7,5
Sri Lanka	374	25,7	1,7	13,7	5,8

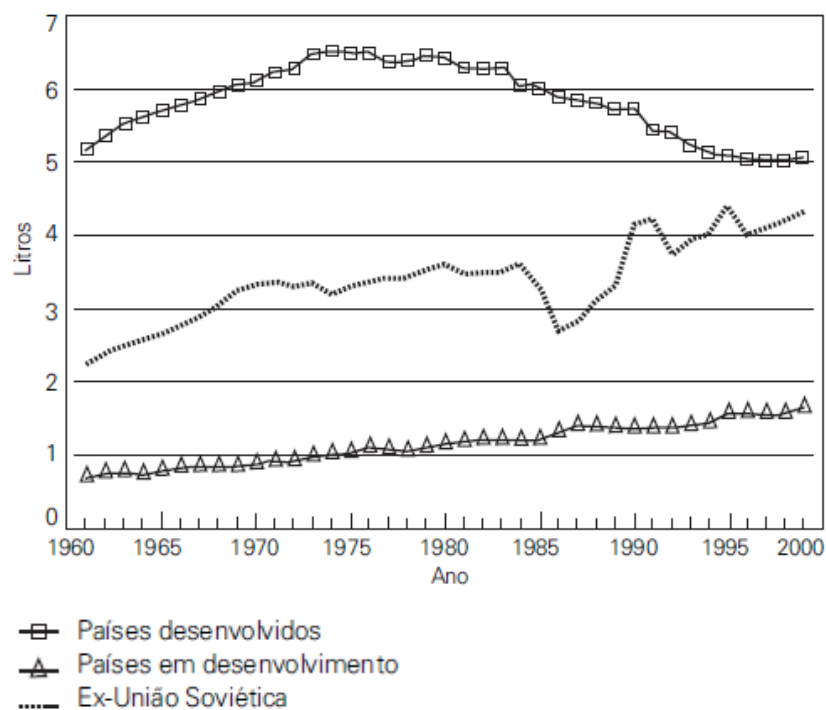
Fonte: segundo a referência 1.

4.1.7. Consumo de álcool

Álcool e tabaco são semelhantes em vários aspectos: ambos são substâncias legais, ambos estão largamente disponíveis na maior parte do mundo, e ambos são comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais cujas campanhas de publicidade e promoção tem por objectivo os jovens. Segundo o Global status report on alcohol (2), e tal como se vê na Figura 1, o nível de consumo de álcool declinou nos últimos 20 anos em países desenvolvidos, mas está aumentando em

países em desenvolvimento, especialmente na Região do Pacífico Ocidental onde o consumo anual per capita entre adultos varia entre 5 e 9 litros de álcool puro, e também em países da antiga União Soviética (3). As taxas de consumo de álcool em países asiáticos são, até um certo ponto, responsáveis pelo aumento da taxa em países em desenvolvimento. O nível de consumo de álcool nas Regiões da África, do Médio Oriente e da Ásia do Sudeste é muito inferior.

Figura 1. Consumo de álcool per capita em adultos (+15) segundo o nível de desenvolvimento do país



Fonte: segundo as referências 2 e 3.

4.1.8. Consumo de substâncias ilícitas

Dados provenientes do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) mostram capturas em grande escala de cocaína, heroína, cannabis e estimulantes do tipo anfetaminas em diversas partes do mundo. A disponibilidade de cocaína, heroína e cannabis depende do nível de cultivo nos países produtores e no êxito ou fracasso de

Relatório de Estagio

organizações de traficantes. Contudo, mesmo com melhor aplicação das leis, os usuários parecem sempre ter disponibilidade suficiente.

Segundo avaliações do UNODC (4), cerca de 200 milhões de pessoas consomem um ou outro tipo de substância ilícita. A Tabela 2 mostra que o cannabis é a substância ilícita mais vulgarmente utilizada, seguida das anfetaminas, da cocaína e dos opiáceos. O consumo de substâncias ilícitas é uma actividade predominantemente masculina, muito mais do que o consumo de cigarros e de álcool. O consumo destas substâncias é também mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos. Os dados da Tabela 2 mostram que, entre 2000 e 2001, 2,7% da população mundial e 3,9% das pessoas com 15 anos ou mais consumiram cannabis pelo menos uma vez. Em muitos países desenvolvidos, por exemplo Canadá, EUA e países europeus, mais de 2% dos jovens indicaram ter consumido heroína e quase 5% fumado cocaína durante a sua vida. De facto, 8% dos jovens da Europa ocidental e mais de 20% dos jovens dos EUA informaram ter consumido pelo menos um tipo de substância ilícita além de cannabis. Há evidências de um rápido crescimento do consumo de estimulantes do tipo anfetamina entre adolescentes na Ásia e na Europa. O consumo de substâncias por injeção é também um fenómeno crescente, com implicações para o alastramento da infecção por HIV num número crescente de países (Quadro 1).

Tabela 2. Avaliações da prevalência anual de consumo mundial de substâncias ilícitas, 2000-2001

	Todas as substâncias ilícitas	Canábis	Estimulantes tipo anfetaminas		Cocaína	Todos os opiáceos	Heroína
			Anfetaminas	Ecstasy			
N.º de usuários (em milhões)	200	162,8	34,3	7,7	14,1	14,9	9,5
Proporção da população mundial (%)	3,4	2,7	0,6	0,1	0,2	0,3	0,16
Proporção de população com 15 anos e mais (%)	4,7	3,9	0,8	0,2	0,3	0,4	0,22

Fonte: segundo a referência 4.

Quadro 1

Consumo de substâncias injectáveis e o HIV/SIDA

A nível mundial, a percentagem de pessoas vivendo com o HIV/SIDA que também consomem substâncias psicoativas injectáveis é de 5% ou seja 2,1 milhão de pessoas em mais de 100 países.

A nível mundial, a proporção de adultos vivendo com o HIV/SIDA que adquiriram o HIV devido a consumo de substâncias psicoativas injectáveis é de 5%, embora este valor varie enormemente segundo a região. Atinge 50-90% no leste da Europa, na Ásia Central e Oriental e em regiões do Pacífico, e 25-50% na América do Norte e na Europa Ocidental.

O tratamento e prevenção do consumo de substâncias psicoativas injectáveis podem ajudar a prevenção da transmissão da infecção por HIV.

A prevenção e o tratamento de casos de HIV/SIDA devem ser integrados no tratamento das farmacodependências.

4.1.9. Carga das doenças

Há actualmente uma tendência crescente de se avaliar a contribuição do consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas á carga global das doenças. A primeira tentativa importante teve lugar no âmbito do projecto da OMS sobre carga global das doenças e traumatismos (5). Com base num padrão de medida conhecido como Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY), avaliou-se a carga imposta a sociedade por mortes prematuras e anos vividos com incapacidades. O projecto sobre a carga global das doenças mostrou que o tabaco e o álcool eram causas importantes de mortalidade e incapacidade em países desenvolvidos, com o aumento previsto do impacto do tabaco em outras partes do mundo.

De acordo com os dados da Tabela 3, fica evidente que a carga das doenças devida o consumo de substâncias psicoativas consideradas em seu conjunto é importante: 8,9% em termos de DALYs. Contudo, os resultados carga global das doenças realçam o facto que a maior parte dos problemas de saúde no mundo são devidos mais a substâncias lícitas do que ilícitas.

Relatório de Estágio

Entre os dez principais factores de risco, em termos da carga das doenças evitáveis, o tabaco era o quarto e o álcool quinto em 2000, e continuam no alto da lista nas previsões para 2010 e 2020. O tabaco e o álcool contribuíram com 4,1% e 4,0%, respectivamente, para a carga das doenças em 2000, enquanto as substâncias ilícitas contribuíram com 0,8%. Os danos atribuídos ao tabaco e ao álcool são especialmente graves entre homens nos países desenvolvidos (principalmente na Europa e na América do Norte). A razão é que, em tais países, os homens têm uma longa história de envolvimento significativo com o tabaco e o álcool, e a esperança de vida dos seus povos é suficientemente longa para que se desenvolvam problemas de saúde relacionados com substâncias.

Tabela 3. Percentagem de mortalidade mundial total e DALYs atribuída a tabaco, álcool e substâncias ilícitas

Factor de risco	Países em desenvolvimento com grande mortalidade		Países em desenvolvimento com baixa mortalidade		Países desenvolvidos		Em todo o mundo
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
Mortalidade							
Tabaco	7,5	1,5	12,2	2,9	26,3	9,3	8,8
Álcool	2,6	0,6	8,5	1,6	8,0	-0,3	3,2
Drogas ilícitas	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,3	0,4
DALYs							
Tabaco	3,4	0,6	6,2	1,3	17,1	6,2	4,1
Álcool	2,6	0,5	9,8	2,0	14,0	3,3	4,0
Drogas ilícitas	0,8	0,2	1,2	0,3	2,3	1,2	0,8

Fonte: segundo a referência 5.

Consequências prejudiciais do consumo de substâncias psicoativas e seus mecanismos de acção

Na maioria dos casos, as pessoas consomem substâncias psicoativas porque esperam tirar benefício de tal consumo, seja por prazer ou para evitar dores, incluindo o consumo social. Mas o seu consumo também implica potencial de dano, a curto ou a longo prazo.

Os principais efeitos nocivos do consumo de substâncias podem ser divididos em quatro categorias (ver Figura 2). Em primeiro lugar, temos os efeitos crónicos para a

saúde. No caso do álcool, isto inclui cirrose do fígado e uma série de outras doenças crônicas; no caso do tabaco fumado sob a forma de cigarro, inclui câncer do pulmão, enfisema e outras doenças crônicas. O consumo de heroína injectável, com a partilha de agulhas, é um vector importante da transmissão de agentes infecciosos tais como o HIV (ver Quadro 1) e os vírus das hepatites B e C em muitos países. Em segundo lugar, temos os efeitos biológicos, agudos ou a curto prazo, da substância sobre a saúde, que incluem principalmente dose excessiva (overdose), para drogas tais como os opióides e o álcool,

Nesta categoria também estão classificados os acidentes devidos a efeitos de substâncias sobre a coordenação física, a concentração e o discernimento, em circunstâncias onde sejam necessárias tais qualidades. Os acidentes resultantes da condução de veículos depois de consumo de álcool ou de outra substância são bem evidentes nesta categoria, mas também estão incluídos outros acidentes, suicídios e (pelo menos no caso de álcool) agressões. A terceira e quarta categoria de efeitos nocivos incluem consequências sociais prejudiciais: problemas sociais graves, tais como separações bruscas ou detenções, e problemas sociais crónicos, tais como incapacidades em relação ao trabalho ou ao papel na família.

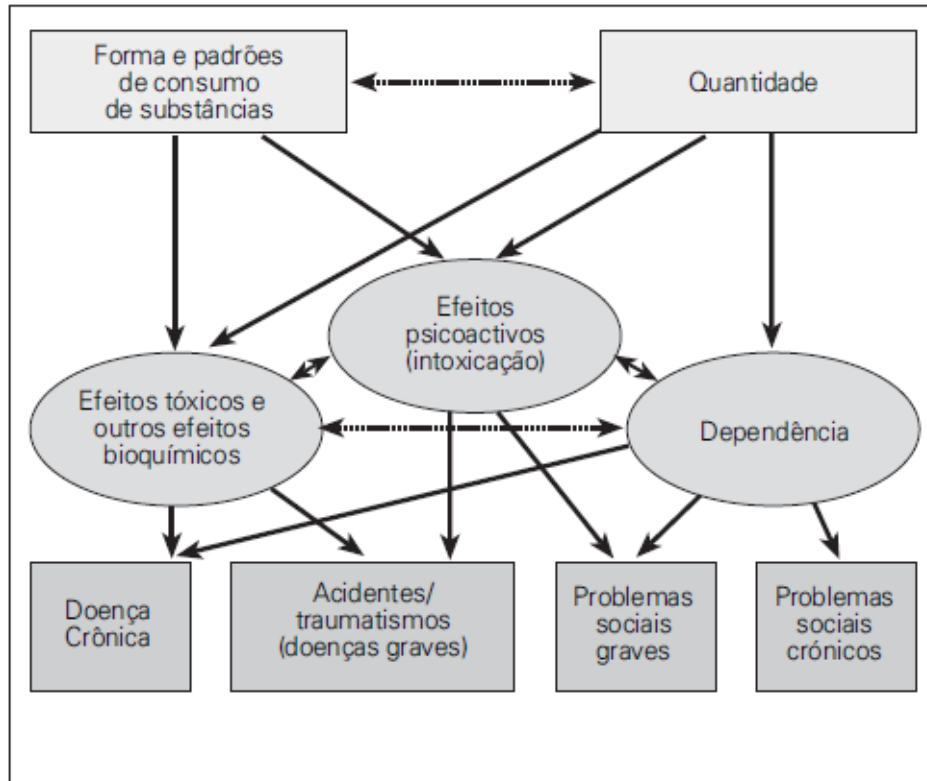
4.1.10. Consumo e farmacodependências em relação a neurociências

Tal como definida pela CID-10, a dependência de substâncias inclui seis critérios (ver Quadro 2); uma pessoa com pelo menos três é diagnosticada como «dependente». Os critérios utilizados pela American Psychiatric Association são semelhantes.

Como se pode ver no Quadro 2, os dois critérios mais facilmente avaliados biologicamente são o terceiro e o quarto: abstinência - ocorrência de sintomas físicos e psicológicos quando o consumo da substância é reduzido ou interrompido, e tolerância - facto de haver necessidade de quantias crescentes da substância para obter o mesmo efeito, ou da quantia habitual produzir menos efeito. Os outros quatro critérios incluem elementos cognitivos, que são menos acessíveis a avaliações biológicas, mas graças a técnicas de neuroimagem estão se tornando quantificáveis.

Também é importante não esquecer que os critérios de dependência incluem consequências sanitárias e sociais.

Figura 2. Mecanismos relacionando o consumo de substâncias psicoativas a problemas de saúde e sociais



Fonte: segundo a referência 6.

4.1.11. Neuroanatomia, neurobiologia e farmacologia

A dependência é um transtorno da função cerebral ocasionado pelo consumo de substâncias psicoativas. Estas substâncias afetam os processos cerebrais normais da senso-percepção, das emoções e da motivação. Contudo, tal como com qualquer transtorno específico a um órgão ou sistema, é preciso primeiro compreender a função normal de tal órgão ou sistema para compreender a sua disfunção. Como o cérebro controla o comportamento e os pensamentos, os seus transtornos podem resultar em sintomas de comportamento muitíssimo complexos. O cérebro pode sofrer de muitos tipos de doenças e traumas, desde afecções neurológicas como acidentes

Relatório de Estágio

cerebrovasculares e epilepsia, a doenças neurodegenerativas como as doenças de Parkinson e Alzheimer, e lesões infecciosas ou traumáticas. Em cada um destes casos, o comportamento é considerado como fazendo parte do transtorno. No caso da dependência, o comportamento é igualmente complexo, mas está principalmente relacionado com os efeitos a curto ou a longo prazo das substâncias sobre o cérebro. Os tremores da doença de Parkinson, os acessos de epilepsia, mesmo a melancolia da depressão são largamente reconhecidos e aceitos como sintomas de uma patologia cerebral subjacente. A dependência de substâncias não foi reconhecida previamente como um transtorno do cérebro da mesma maneira que as doenças psiquiátricas e mentais também não o foram. Contudo, com os progressos recentes em neurociências, é evidente que tal dependência é um transtorno cerebral tanto quanto como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica. Novas tecnologias de investigações permitem visualizar e medir alterações na função cerebral desde o nível molecular e celular a alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o consumo de substâncias a curto e a longo prazo.

Progressos importantes da investigação em neurociências sobre a dependência resultaram do desenvolvimento e utilização de técnicas, conhecidas como técnicas de neuroimagem, que permitem a visualização in vivo da função e estrutura do cérebro humano. Graças a tais técnicas, os investigadores podem ver o que acontece tanto ao nível de receptores como ao nível de alterações globais no metabolismo e circulação sanguínea em várias regiões do cérebro. Para ver onde as substâncias actuam no cérebro, podem observar-se imagens desde o momento da administração de tais substâncias, e também após consumo a longo prazo para observar os efeitos sobre as funções cerebrais normais. Um exemplo de uma dessas técnicas é a imagem obtida por ressonância magnética (RM) que utiliza campos magnéticos e ondas de radiofrequência para produzir imagens de estruturas do cérebro em duas ou três dimensões de grande qualidade (10-12). Tais imagens podem ser extremamente detalhadas. Embora o RM só fornecia imagens estáticas da anatomia do cérebro, o RM funcional (fRM) pode fornecer informações funcionais sobre a actividade cerebral graças à comparação do grau de oxigenação do sangue.

Relatório de Estágio

Outra técnica de imagem importante e útil é a tomografia por emissão de pó sitrons (TEP) (10-12). A exploração por TEP fornece informações sobre as actividades metabólicas numa dada região do cérebro. Normalmente, injecta-se em uma pessoa um composto radioactivo que pode ser rastreado na corrente sanguínea cerebral. Obtêm-se imagens de duas ou três dimensões com cores diferentes numa exploração por TEP indicando níveis diferentes de actividade (azul e verde indicam zonas de baixa actividade e amarelo e vermelho zonas de maior actividade). Utilizando compostos diferentes, as explorações TEP podem ser usadas para mostrar a circulação sanguínea, o metabolismo do oxigénio e da glicose, e concentrações de medicamentos nos tecidos do cérebro.

Quadro 2

Critérios de dependência de substâncias segundo a CID-10

Presença de três ou mais dos seguintes sintomas em qualquer momento durante o ano anterior:

- 1) Um desejo forte ou compulsivo para consumir a substância;
- 2) Dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substância em termos de início, fim ou níveis de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Evidência de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância proactiva para obter-se os efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores;
- 5) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;
- 6) Persistência no consumo de substâncias apesar de provas evidentes de consequências manifestamente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido consequente a um grande consumo de

substâncias, ou perturbação das funções cognitivas relacionada com a substância. Devem fazer-se esforços para determinar se o consumidor estava realmente, ou poderia estar, consciente da natureza e da gravidade do dano.

Fonte: segundo a referência 7.

4.1.12. Segundo DSM-IV-TR

Critérios de dependência de substâncias

Tolerância definida por qualquer um dos seguintes:

- (a) Necessidade de quantidades crescentes das substâncias para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
- (b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização contínua da mesma quantidade de substancia.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

- (a) Síndrome de abstinência característica da substancia (recorrer aos critérios A e B para abstinência de substancias específicas);
- (b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3. A substancia é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4. Existe desejo persistente ou esforço, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substancia.

5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias a obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distancias) e utilização da substancia (por exemplo, fumar em cadeia) e a recuperação dos seus efeitos.

6. É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido a utilização da substancia.

7. A utilização da substancia é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado

pela utilização da substância (põe exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma ulcera devido ao consumo deste).

5. METODOLOGIA

Nas actividades curriculares, no fim do 8º Semestre do curso de Psicologia Clínica, os estudantes devem realizar estágio da cadeira de práticas profissionais com duração de aproximadamente um semestre.

Para a realização destas práticas, a Universidade Apolitécnica, a meu pedido, emitiu uma credencial que apresentei no local de estágio para a devida autorização.

Após a aceitação do pedido, fui direccionada para o Serviço de Psiquiatria do Hospital Central de Maputo, onde vieram a acontecer todas as actividades inerentes ao propósito.

Entre os vários casos por mim acompanhados, o que mereceu mais atenção foi o de consumo de substâncias psicoativas.

O método usado para o estudo do caso clínico e o acompanhamento do paciente foi a observação, recolha de dados fornecidos pelo próprio e pela família, durante o internamento.

6. UNIDADE DE ANÁLISE

6.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO GLOBAL DA ÁREA ONDE SE REALIZOU O ESTÁGIO

6.1.1. Hospital central de Maputo

Localizado na cidade de Maputo, a capital da República de Moçambique com uma população de cerca 1.200.000 habitantes.

Hospital central de Maputo é um hospital com mais de 100 anos de existência. É um Hospital de nível quaternário de referência nacional e a maior instituição hospitalar do País.

O hospital apresenta uma estrutura horizontal (multi- blocos) com cerca de 35 edifícios e ocupa uma área de 163.800m².

Esta unidade sanitária é um hospital de ensino serve directamente como campo de aulas e estágio para a Faculdade de Medicina da UEM, Instituto Superior de Ciências de Saúde de Maputo, o Instituto de Ciências de Saúde de Maputo, e recebe para estágio os estudantes de diversos cursos de várias Instituições de nível Médio e Superior.

6.1.2. Psiquiatria

O serviço de psiquiatria e saúde Mental encontra-se localizado no Hospital Central de Maputo, especificamente pertencente ao Departamento das Medicinas.

O serviço da psiquiatria e saúde Mental atende Adolescentes, jovens e Adultos, em regime ambulatorio e de internamento.

A intervenção feita com os pacientes, começa do internamento, tratamento psiquiátrico (farmacológico), psicoterapia ocupacional, psicoterapia de aconselhamento, psicoterapia de orientação, psicoterapia em grupo, dinâmicas familiares, consultas de rotina em regime de licença, consultas externas e outras.

O serviço da psiquiatria na altura do meu estágio estava constituído pela seguinte equipa técnica:

- Directora do serviço;
- 2 Médicos generalistas;
- 2 Médicos psiquiátricos;
- 7 Técnicos de psiquiatria;
- 8 Psicólogos;
- 3 Terapeutas ocupacionais;
- 1 Assistente Social;
- 6 Enfermeiros;
- 3 Administrativos;
- 4 Serventes; e
- 2 Copeiras

7. Recolha de dados

7.1.1. Principais instrumentos e técnicas usadas

7.1.1.1. Entrevista clínica

A entrevista clínica é uma forma de se estabelecer uma relação privilegiada com o paciente, mas com uma visão clínica que é dada pelo referencial teórico da parte clínica.

Na maior parte dos casos, é ela própria um instrumento de avaliação para fazer apoio, anamnese, aconselhamento psicológico, intervenção e encaminhamento.

Existem vários tipos de entrevista, sendo uma delas a não directiva. Este tipo de entrevista permite uma relação terapeuta-doente de tipo inteiramente livre, relação na qual as informações clínicas vão surgindo com certa espontaneidade, perante uma troca de impressões de carácter aberto.

A entrevista semi-directiva corresponde a uma atitude mais ou menos directiva em que o terapeuta vai fazendo sugestões, esclarecimentos e até interpretações, ao longo do diálogo com o doente, encorajando certos aspectos do seu discurso e minimizando

outros, de modo a ir obtendo uma informação coerente. Existe ainda a entrevista directiva, em que o psicólogo coloca questões estabelecidas e obtém informações a partir delas.

Numa entrevista é necessária uma neutralidade da parte dos entrevistados: uma abstenção de tomada de decisão, uma atitude de empatia e também de ressonância com o que a outra pessoa nos transmite e uma posição de observador.

O terapeuta deverá saber mais ouvir do que falar. A entrevista deverá permitir a recolha e valorização de todo o material existente (sintomas objectivos e subjectivos, curso e acontecimentos da vida do doente).

A entrevista também pode ser uma técnica de investigação. Podem-se usar testes, mas a situação de entrevista é imprescindível. A entrevista não é uma consulta, é apenas um instrumento que se utiliza na consulta. Não deve ultrapassar os 45 minutos de duração.

7.1.1.2. História clínica ou Historia da doença actual

A história da doença actual (HDA) é uma descrição cronológica dos problemas do paciente, seguido por uma lista dos “positivos e negativos pertinentes”, que servem para confirmar ou eliminar doenças do diagnóstico diferencial. Se o paciente tem mais de um problema, a HDA é repetida para cada problema.

7.1.1.3. História Pessoal:

Na história pessoal (HP) obtemos as informações biográficas (local do nascimento, etnia, onde viveu e onde vive, viagens passadas e recentes), hábitos de vida, educação, história ocupacional, de relacionamentos pessoais e sexual, influências ambientais maléficas e benéficas.

7.1.1.4. Testes

São instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituídos de técnicas de uso e aplicação privativas do psicólogo e basicamente dividem em dois tipos: psicométricos e projectivos (ARZENO, M. E., 1995)

7.1.1.5. Testes psicométricos

Baseiam-se em medidas quantitativas, matemáticas para avaliar o sujeito (ARZENO, M. E., 1995)

5.2. Testes projectivos

Permitem que a pessoa manifeste aspectos da sua história e da sua personalidade, mesmo que não perceba (ARZENO, M. E., 1995).

7.1.1.6. Genetograma ou genograma

É um mapa que oferece uma imagem gráfica da estrutura familiar ao longo de varias gerações, esquematiza grandes etapas do ciclo da vida familiar além dos movimentos emocionais a ele associados (p. 291). McGoldrick e Gerson (1995), de forma semelhante apontam que o genograma é uma descrição dos padrões familiares de forma telegráfica.

Ele pode ser usado para mapear a família em cada fase do ciclo de vida familiar.

7.1.1.7. Desenho da Família

Avalia o estado afectivo da criança, estruturação da personalidade, vivencia do contexto familiar, dinâmica familiar – sua representação, maturidade psicomotora, formação do esquema corporal.

8. Descrição do que foi realizado

8.1. Actividades definidas para o estágio

1. Participação nas actividades clínicas e supervisão (seminários clínicos e teóricos);
 - Participação nas tarefas habituais da equipe (triagem e acompanhamento de casos;
 - Atendimento e marcação de consultas;

2. Treino de competências de avaliação e intervenção terapêutica:

- Promover a aquisição de competências de entrevista clínica
- Favorecer o desenvolvimento de aptidões para o estabelecimento de relações terapêuticas adequadas

3. Treino na elaboração de análises funcionais

- Utilização clínica de avaliação cognitivo-comportamental
- Formulação e planificação de intervenção terapêutica

4. Treino de aplicação de técnicas de intervenção terapêutica.

- Avaliação psicológica dos pacientes internados;
- Intervenção psicológica dos pacientes internados;

8.2. Actividades realizadas durante o estágio

Participei numa avaliação, intervenção e conduta psicológica dum paciente internado na medicina IV por **tentativa de suicídio** e que para tal se intoxicou com solução de bateria de automóveis, após revelação diagnóstica do HIV+ no centro de saúde. Os médicos da Enfermaria de medicina solicitaram uma interconsulta com o Psiquiatra e o Psicólogo, enquanto estava internado se prestava cuidados médicos e de enfermagem.

Participei numa interconsulta solicitada pelo serviço de ginecologia e fiz avaliação, intervenção e conduta dum paciente que tinha **negação ao diagnóstico** de cancro do colo do útero;

Participei numa interconsulta solicitada pelo serviço de ortopedia e fiz avaliação, intervenção e conduta dum paciente por **tentativa de suicídio**, em que o mesmo se a tirou numa árvore, por motivos familiares.

Relatório de Estagio

Visita ao domicílio no bairro de Xipamanine dum paciente que tinha problemas de pele e já não saía de casa há mais de 30 dias, não queria ver nem falar com ninguém. Fomos solicitados pela Medica que lhe assistia no HCM, dizendo que ela já não ia as consultas de seguimento.

8.2.1.1. Dinâmicas familiares com os familiares dos pacientes internados;

Nas consultas do ambulatório fiz intervenção a um paciente com Acidente Cardiovascular (AVC), que anda numa cadeira de rodas e que era prestado apoio psicológico junto com a família e dei uma terapia ocupacional para realizar em sua casa.

Realizei sessões de terapia em grupo aos pacientes ambulatórios padecendo de doenças crónicas; (AVC, Diabetes, Hipertensos, Síndrome Nefrótico, e outros.)

Realizei sessões de terapia em grupo aos pacientes ambulatórios que frequentam a consulta da dor.

Fiz seguimento aos pacientes nas consultas externas.

Apresentei tema sobre, Perturbações Alimentares na primeira infância.

Orientei uma das reuniões de balanço das sextas-feiras e secretariei outra em que fiz a acta da reunião.

8.2.1.2. Dificuldades

Tive dificuldades nas medicinas quando fomos solicitados a interconsulta porque o paciente estava internado a receber os cuidados médicos e de enfermagem e na enfermaria não havia um local apropriado para poder se trabalhar com o paciente, não havia ambiente próprio para ele poder falar da sua vida privada a vontade, e como não podia se deslocar ate a psiquiatria onde estavam criadas

Relatório de Estágio

as condições de trabalho, tive que colher a história clínica dele e voltar sem nenhuma intervenção imediata.

Dia seguinte tive que voltar às medicações muito cedo e pedi aos médicos para me ceder um dos gabinetes para poder fazer uma intervenção ao paciente. Precisei da família do paciente para clarificar de certos assuntos (esposa e mãe dele) porque eram as pessoas que sabiam do diagnóstico, foi muito difícil tê-los porque não conheciam o serviço de psiquiatria onde eu me encontravam e só chegavam à enfermaria na hora da visita (16h30), enquanto as intervenções tem sido realizadas nas manhãs.

Tive que fazer uma nota no diário clínico a informar aos médicos que, solicitava a família dia seguinte as 11h00 no serviço de psiquiatria e lá o fizeram. Comecei a trabalhar com a família, mas dois dias depois o paciente perdeu a vida e não voltei a ter contacto com a família do malgrado.

No paciente internado no serviço das ortopedias foi muito difícil porque este vinha transferido do hospital provincial de Gaza, sito na Cidade de Xai-Xai, não tinha família aqui na cidade. Trabalhei com ele e foi registando melhorias.

Tive também dificuldades na paciente que foi visitada a domicílio porque esta nem se quer queria nos receber e foi necessária a intervenção da mãe, mesmo assim, no início dificultou tudo e queria saber primeiro quem nos chamou, quem éramos nós, o que íamos lá fazer. Dificuldades foram várias, mas tínhamos que mostrar empenho e interesse pelas actividades do estágio. Perante a persistência, foram superadas as dificuldades.

8.2.1.3. Apresentação do caso clínico e discussão dos resultados

8.2.1.3.1. Relato de caso

Dados

- Nome: Sabão Sabonete *

Relatório de Estágio

- Idade: 23 anos
- Data de nascimento 12 de Abril de 1991
- Estado civil: solteiro
- Sexo: masculino
- Raça: negra
- Natural de Maputo
- Residente em Zona verde
- Conclui 12 classe
- Profissão: auxiliar administrativo
- Religião: professa a igreja testemunha de Jeová
- Condições de moradia: casa tipo 2 com água e luz
- Vive com os pais, irmã mais velha e sobrinha.
- Ele e o filho mais novo num total de 5 filhos (3 meninas e 2 meninos).
- Data de internamento: 18 de Agosto de 2014
- Encaminhado pelos serviços do SUR

Motivo de internamento:

- Esquecimento, irritação e agressividade.

História de doença actual:

- Actualmente diz estar a sentir se bem

Antecedentes patológicos pessoais:

- Refere primeiro internamento nos nossos serviços.
- Nega doenças físicas e refere nunca ter tido doenças psiquiátricas.
- Já teve pensamentos de tentativa de suicídio
- Tem hábitos tóxicos (consome de preferência bebidas alcoólicas secas e fuma substâncias lícitas e ilícitas incluindo as injectáveis);
- Refere beber as mais baratas possíveis (gin, whisky, boss)

Relatório de Estágio

Antecedentes patológicos familiares:

- Refere que a primeira irmã tem problemas psiquiátricos
- Refere que o pai é hipertenso e que agora tem AVC.

História de vida

- Nasceu de um parto normal
- Refere ter sido uma criança normal
- Adolescência boa, a escolaridade foi normal, apenas reprovou 1 vez na 10ª classe.
- Vida adulta - única coisa que lhe perturbou foi o problema de gastrite
- Neste momento inscreveu-se para exames de Admissão na Universidade Eduardo Mondlane (UEM), sempre quis fazer um curso de Gestão de Comércio.
- Refere ter uma namorada mas nos últimos dias a relação não está boa. Atendendo que a namorada não tem hábitos tóxicos, há sempre contradições.
- O melhor evento da vida foi quando conseguiu emprego
- O trauma que tem é a habituação ao álcool

Exame psíquico

- Apresenta-se bem cuidado
- Orientado: no tempo e no espaço
- Atenção: activa
- Memória: imediata
- Humor: hipotímico
- Consciência lúcida
- Senso de percepção: discurso coerente
- Psicomotricidade: inquieto
- Com juízo crítico da situação

Factores de protecção

- Conta muito com os seus irmãos

Relatório de Estagio

Factores de risco:

- Ambiente onde ele vive
- As amizades dele

Recursos:

- Quando está triste canta, vê TV e conta muito com ajuda da tia

Diagnóstico

- Transtorno de comportamento devido ao consumo de substâncias psicoativas

Estratégia de intervenção

- Apoio psicológico
 - ✓ Terapia Psicanalítica
 - ✓ Terapia Cognitivo Comportamental
- Psico-educação
 - ✓ Aconselhamento Individual ao Paciente para ir ao Hospital Psiquiátrico do Infulene para prosseguir com o tratamento isolado do mundo exterior nas primeiras semanas. Nesta fase será submetido a terapias em grupo com outros pacientes com vista a desenvolver novas competências nos mecanismos de defesa e combater as posturas negativas que sempre acompanham dependente de drogas.
 - ✓ A terapia de grupo ajuda a reconhecer e aceitar a doença.
 - ✓ Orientação a família a: não abandonar, não rejeitar e apoiar muito ao paciente.
- Transferir-se para Hospital Psiquiátrico de Infulene

* Sabão Sabonete – nome fictício

9. Conclusões

- Atendendo aos objectivos que se propôs alcançar com o processo do estágio e levando em ponderação as actividades efectivadas e as aquisições práticas e cognitivas procedidas, considera-se que os resultados obtidos foram satisfatórios, pois cada momento vivido nesse processo traduziu-se em aprendizagens significativas e com impacto promocional a nível da saúde e qualidade de vida dos pacientes com quem estive durante esse período.
- As análises revelam também que a instalação do comportamento de usar substâncias psicoativas geralmente ocorre por reforçamento negativo, ou seja, por tentativa de fugir dos problemas familiares, para esquecer a pobreza, a falta de emprego (desespero) desejo de fazer parte de um grupo e influências de amigos,.
- A consciencialização dos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas e consequente dependência, pelos profissionais da área, pela sociedade que muitas vezes rotula todos os usuários de drogas como marginais, bandidos, violentos ou doentes, é relevante, mas não é suficiente para os compreender e ajuda-los. Parece importante e necessário entender o que eles realmente sentem e como sentem, sob uma óptica diferente, ou seja dar voz aos toxicodependentes para falarem das suas dificuldades e daquilo que consideram indispensável no processo de recuperação.
- A relação entre as substancias psicoativas, o usuária a família, a eficácia da psicoterapia de grupo no tratamento da toxicodependência, os factores risco e protectores na toxicodependência são alguns aspectos que sobre os quais seria importante debruçar para melhor entendimento deste fenómeno.
- Na maioria dos casos são pacientes já com historia de internamentos anteriores, que suspenderam o tratamento e tiveram recaídas o que e normal para esse tipo de perturbação.

Relatório de Estágio

- Outros têm o relato de que só estavam a experimentar mas de que já não conseguem sair das substâncias psicoativas.
- A maioria dos pacientes tem como o factor de risco o ambiente onde eles vivem porque todos são consumidores, os amigos, a vizinhança.
- Também existem casos de pacientes que são consumidores de substâncias psicoativas e que por iniciativa própria pede internamento para fazer o tratamento. Esse tipo de pacientes tem juízo crítico da doença e pedem ajuda. Eles prometem cumprir com tudo, falam da desgraça que a dependência lhes criou, na maioria deles estão sem emprego, venderam os bens até casas próprias, vivem com os amigos ou ate já nem têm o apoio da família. Esses pacientes precisam muito do seguimento após o processo de tratamento e quando tiverem dispensa, precisam de uma assistência.
- Uma parte importante da carga mundial da morbilidade e da incapacidade pode ser atribuída ao consumo de substâncias psicoativas. Por sua vez, uma parte também importante da carga atribuída a tal consumo está associada à dependência. O consumo de tabaco e de álcool contribui de maneira importante para a carga total. Assim, medidas para reduzir os danos resultantes do tabaco, do álcool e de outras substâncias psicoativas são uma parte importante das políticas de saúde.
- Embora a base de conhecimentos ainda esteja incompleta, já existe uma quantidade considerável de dados úteis, com um potencial enorme para influenciar políticas de redução da carga das doenças e da incapacidade associada ao consumo de substâncias.
- Todas as substâncias psicoativas podem ser prejudiciais para a saúde, dependendo do seu consumo, de sua quantidade e de sua frequência. O dano é diferente para cada substância e a resposta de saúde pública ao consumo de substâncias deve ser proporcional ao dano causado à saúde.

Relatório de Estagio

- O consumo de substâncias psicoativas é esperado devido aos seus efeitos prazerosos assim como à pressão exercida por camaradas e ao contexto social do seu consumo. Experimentar não leva necessariamente a dependência, mas quanto maior for a frequência e a quantidade da substância utilizada, maior é o risco de ficar dependente.
- O dano à sociedade não é causado apenas por indivíduos dependentes de substâncias. Danos importantes também provêm de indivíduos não dependentes, resultantes da intoxicação aguda e de doses excessivas, bem como da forma de administração (por exemplo, injeções não seguras). Contudo, existem políticas e programas de saúde pública eficazes que podem ser implementados e que resultarão em redução importante da carga global relacionada com o consumo de substâncias.
- Actualmente, não existem meios para identificar as pessoas que se tornarão dependentes -- nem antes nem depois do início do uso de substâncias psicoativas.
- A farmacodependência não é uma falta de vontade nem de força de carácter, mas um transtorno médico que pode afectar qualquer ser humano. A dependência é um transtorno crónico e recorrente, ocorrendo muitas vezes juntamente com outras afecções físicas e mentais.
- A co-morbidade da farmacodependência com várias outras doenças mentais é grande; a avaliação, o tratamento e a pesquisa seriam mais efectivas com a adopção de uma abordagem integrada. Os conhecimentos sobre o tratamento e prevenção de outras doenças mentais ou de farmacodependências podem ser utilizados mutuamente em estratégias de tratamento e prevenção. Assim, a atenção à comorbidade de transtornos por uso de substâncias e outros transtornos mentais é um elemento essencial à boa prática de tratamento ou de intervenções, tanto em doenças mentais como em farmacodependências.

Relatório de Estagio

- O tratamento da farmacodependência não tem como único objectivo abandonar o consumo - é um processo terapêutico que implica alterações comportamentais, intervenções psicossociais e muitas vezes, o uso de substâncias psicoativas psicotrópicas de substituição. A dependência pode ser tratada e controlada de maneira efectiva e a baixo custo, salvando vidas, melhorando a saúde de indivíduos afectados e de suas famílias, e reduzindo os custos para a sociedade.
- O tratamento deve ser acessível a todas as pessoas que dele necessitem. Existem intervenções efectivas que podem ser integradas em sistemas de saúde, incluindo os cuidados primários de saúde. O sector de cuidados de saúde precisa de fornecer os tratamentos melhor custo/benefício.
- O preconceito e a discriminação estão entre os principais obstáculos ao tratamento e aos cuidados de pessoas com farmacodependências e problemas associados. Independentemente do nível de consumo e da substância utilizada, o indivíduo tem os mesmos direitos à saúde, à educação, a oportunidades de trabalho e de reintegração na sociedade como qualquer outro indivíduo.
- A redução da carga do consumo de substâncias e transtornos associados deve apoiar-se em políticas baseadas em evidência e em programas que sejam o resultado de pesquisa e sua aplicação.

10. Bibliografia

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS: TABACO, ÁLCOOL E DROGAS, Setembro 2003

Margarida Gaspar de Matos e Susana Fonseca Carvalhosa

Equipa do Aventura Social na Comunidade

Estudo em colaboração com a Junta de Freguesia de Santa Maria de Belém

Rev Saúde Pública 2004;38(1):130-2

Comunicações Breves *Brief Communications*

Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP

Psychoactive drug use in school age adolescents, Brazil

José Luiz Guimarães, Pedro Henrique Godinho, Rubens Cruz, Jair Izaías Kappann e

Lairto, Alves Tosta Junior

Departamento de Psicologia Experimental e do Trabalho da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade

do Estado de São Paulo (UNESP). Assis, SP, Brasil

Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado [ABIPEME]. *Proposição para um novo critério de classificação socioeconômica*. São Paulo; 1978. p. 15.

Bucher R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras-1997*. São Paulo: Centro

Brasileiro de Informações sobre Drogas

Psicotrópicas /Escola Paulista de Medicina; 1997.

Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA.

Relatório de Estagio

Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP. I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Ver Saúde Pública* 1997;31:21-9.

Zilberman ML. Características clínicas da dependência de drogas em mulheres [tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998.

Ana Cecília P. Roselli Marques; Luiz Alberto Chaves de Oliveira, Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde, Prefeitura da Cidade de São Paulo; Março de 2006

Cass, H. (1999). Erva de São João: o antidepressivo natural. Tradução: Renata Cordeiro. São Paulo: Madras

Leal, I. (2005). Iniciação às psicoterapias. Lisboa

Schuckit, M. (1991). Abuso de álcool e Drogas. Uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento. Porto Alegre

Lee Jong-wook, Diretor-Geral, Neurociências: Consumo e dependência de substâncias psicoativas, Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2004

Maria de Lurdes dos Santos Pereira; Toxicodependência Noções e conceitos; 2013