



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

PSICOLOGIA EM REDUÇÃO DE RISCOS
COM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Autora: Renata Estevez

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Delane Silva de Castro

Número da candidata: 20101337

Abril de 2022

Lisboa

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha mãe, Dra. Estela, de quem herdei a paixão pela psicologia e junto a quem tive a honra de aprender e me inspirar no seu dom.

Também agradeço à minha família e irmãs, que me guiam com as suas tão distintas e profundas formas de sabedoria. Enorme gratidão ao fundamental e incansável suporte da amiga Dra. Laura.

Agradeço à querida Prof. Doutora. Cláudia Castro pelo incentivo, motivação e confiança incondicional no meu trabalho. Agradeço profundamente ao profissionalismo, à maestria nos conhecimentos e ao caloroso acolhimento da equipa do local de acolhimento do estágio, com especial carinho pela Prof. Doutora Maria do Carmo Carvalho, Dra. Inês Macedo e Prof. Doutora. Cristiana do Vale, que fizeram a experiência ser tão rica e prazerosa.

Aos clientes que tive a oportunidade de acompanhar, pelo vínculo e confiança.

À Universidade Autónoma de Lisboa pelo incentivo no caminho apaixonante do Humanismo de Carl Rogers.

Agradeço aos vinte anos de profundas inspirações e aprendizagens da minha maior escola, que tem sido o Boom Festival.

Fico grata à perfeição da sincronicidade, por me guiar de forma tão poética ao percorrer o caminho ao qual fui chamada pela minha vocação.

A todos aqueles que, de alguma forma contribuíram, direta ou indiretamente, para que este trabalho se realizasse. Àqueles que tocam o meu coração, com quem vou partilhando e aprendendo.

Resumo

Abordam-se, neste relatório de estágio do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, as atividades na instituição de acolhimento, que se centrou no desenvolvimento da intervenção psicológica na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) relacionados com o consumo de substâncias psicoativas (SPA) em ambientes recreativos noturnos. Realiza-se, neste trabalho, a articulação entre a teoria e a prática e consequente aplicação dos conhecimentos adquiridos durante essa experiência em três partes. Na primeira, procede-se ao enquadramento teórico, legal, institucional e interventivo subjacente ao contexto recreativo do uso das SPA. Na segunda parte são detalhadas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, tanto as diretamente relacionadas com a intervenção psicológica, como outras referentes às aprendizagens e competências de gestão e trabalho em equipa realizadas na entidade de acolhimento. Na terceira e última parte apresenta-se um estudo de caso em que o acompanhamento e a avaliação psicológica de uma cliente são discutidos e analisados em pormenor. No final, há uma reflexão sobre as aprendizagens do estágio.

Palavras-Chave: Intervenção psicológica, redução de riscos e minimização de danos, substâncias psicoativas, abordagem centrada na pessoa, ansiedade.

Abstract

This internship report for the Master's in Clinical and Counseling Psychology at the Universidade Autónoma de Lisboa addresses the activities in the host institution, which focused on the development of psychological intervention in the area of Risk Reduction and Harm Minimization related to psychoactive substance (SPA) uses in night recreational settings. In this work, the articulation between theory and practice is carried out and the consequent application of the knowledge acquired during this experience is presented in three parts. In the first one, the theoretical, legal, institutional and interventional framework underlying the recreational context of the use of SPAs is carried out. In the second part, the activities developed during the internship are detailed, both those directly related to psychological intervention, as well as others related to learning and management skills and teamwork carried out in the context of the host entity. In the third and final part, a case study is presented in which the follow-up and psychological assessment of a client are discussed and analyzed in detail. At the end, there is a reflection on the learnings of the internship.

Keywords: Psychological intervention, risk reduction and harm minimization, psychoactive substances, person-centered approach, anxiety.

Índice

Agradecimentos	
Resumo.....	
Abstract	
Introdução.....	10
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. Políticas de Drogas em Portugal	13
1.1. A Lei da Descriminalização dos Usos de drogas	14
1.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos	15
1.3. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	17
1.3.1. Respostas Integradas	17
2. O Uso de Drogas em Contexto Recreativo	18
2.1. Fenómeno Droga: “Normalização” e Diversificação	20
2.2. Prevalências do Uso de Drogas: Portugal no Contexto Europeu	24
3. Abordagens e Estratégias de Intervenção Psicológica	26
3.1. O Humanismo de Carl Rogers e a Abordagem Centrada na Pessoa ...	27
3.2. Intervenções Breves	29
3.2.1. Intervenção Breve Motivacional	30
3.3. Consulta de Aconselhamento Psicológico e Redução de Riscos	32
3.3.1. Psicoterapia de Redução de Riscos	33
3.4. Intervenção em Crise Psicológica Associada ao Uso de Substâncias Psicoativas	36
4. Entidade de Acolhimento do Estágio	39

4.1. Drug Checking	42
4.2. Intervenção em Ambientes Recreativos Noturnos	44
4.3. Educação de Pares	45
4.4. Estratégias de Comunicação	46
4.4.1. Netreach – Intervenção de Proximidade Online	46
4.4.2. Campanhas de Marketing Social	47
PARTE II – COMPONENTE PRÁTICA DO ESTÁGIO	49
5. Enquadramento Prático do Estágio	50
5.1. Contextualização do trabalho do Psicólogo Clínico na Entidade de Acolhimento	50
5.1.1. Consultas de Apoio Psicológico	51
5.1.2. Avaliação Psicológica	56
5.2. Objetivos Gerais e Específicos	57
5.3. Plano de Estágio	59
6. Descrição das Atividades Realizadas	62
6.1. Atividades de Netreach	62
6.2. Colaboração em Candidaturas	64
6.3. Drug Checking	66
6.4. Planeamento de uma Formação – Formação em Integração Psicadélica	68
6.5. Reuniões de Equipa	69
6.6. Consultas de Acompanhamento Psicológico Individual	70
6.6.1. Aplicação de Instrumentos de Diagnóstico e Cotação e sua Interpretação	72
PARTE III – ESTUDO DE CASO	75

7. Caso Clínico	76
7.1. Anamnese	78
7.2. Avaliação Psicológica	83
7.3. Plano de Intervenção	88
7.4. Síntese das Sessões e Intervenção Terapêutica	89
7.5. Discussão do Caso	100
7.6. Reflexão Pessoal	117
PARTE IV – CONCLUSÃO.....	125
8. Considerações Finais.....	126
Referências Bibliográficas	132

Índice de Tabelas

Tabela 1. Síntese do Trabalho Realizado	61
---	----

Índice de Figuras

Figura 1. Genograma Familiar	82
------------------------------------	----

Índice de Anexos

Anexo A. Campanha de Educação para as Drogas – Canábis	152
Anexo B. Campanha de Educação para as Drogas - Drug Checking	153
Anexo C. Campanha para as Consultas Psicológicas I	154
Anexo D. Campanha para as Consultas Psicológicas II	155
Anexo E. Campanha de Desmistificação de Crenças Relacionadas com Consumos de SPA	156
Anexo F. Dinamização de Entrevista	157

Anexo G. Provas Psicométricas de A.	158
Anexo H. Documento de Suporte à Cotação dos Testes Psicométricos	163
Anexo I. Cronograma do Estágio	165

Índice de Abreviaturas

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

ADMC – Análise de Decisão Multicritério

GCPD – Comissão Global de Política de Drogas

EM – Entrevista Motivacional

NPS – Nova(s) Substância(s) Psicoativa(s)

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

RR – Redução de Riscos

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPA – Substância(s) Psicoativa(s)

TCC – Terapia Centrada no Cliente

Introdução

O estágio académico integrado no plano curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa constitui uma oportunidade única de adquirir a experiência necessária à prática da Psicologia à luz da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP). Realiza-se, neste trabalho, a articulação entre a teoria e a prática, entre a aplicação dos conhecimentos adquiridos anteriormente e a aquisição de novas e diversificadas competências. Trata-se de um trabalho orientado para a promoção do desenvolvimento humano, assente nos valores do respeito pelo outro e do desenvolvimento sustentável, com um forte foco na saúde e uma componente humanista, fator preponderante na escolha do local de estágio.

O presente relatório visa, então, 1) dar a conhecer as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio académico; 2) apresentar um estudo de caso de acompanhamento e respetiva avaliação psicológica e 3) refletir sobre as aprendizagens e as práticas desenvolvidas durante o estágio.

O estágio desenvolveu-se em estreita relação com a entidade de acolhimento. Esta tem por missão a promoção da saúde e do bem-estar da comunidade, assentando o seu programa de intervenção em pilares como a cidadania, os direitos humanos e a igualdade. O seu foco temático é a promoção da intervenção, investigação e *advocacy* no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) junto de pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA) em ambientes recreativos noturnos. O principal objetivo é, através da implementação de serviços baseados na evidência científica, promover a adoção de padrões de consumo de SPA mais seguros e informados. Em última instância visa contribuir para a formulação de políticas de drogas mais pragmáticas e compreensivas. O público-alvo é a população juvenil, consumidora de SPA, sobretudo aquela que fica de fora das respostas tradicionais de intervenção nos consumos de drogas, incluindo o álcool.

O presente relatório está organizado em três partes. A primeira aborda o enquadramento teórico e com ela pretende-se situar o trabalho realizado na literatura científica mais relevante nas áreas do contexto legal e político das drogas em Portugal, do uso de drogas e das intervenções psicológicas em contexto recreativo. É também nesta parte que se procede à apresentação da entidade de acolhimento do estágio. A segunda parte do relatório apresenta o enquadramento prático e as atividades desenvolvidas no estágio. A terceira parte é dedicada a um estudo clínico onde são apresentados e discutidos o acompanhamento e a avaliação psicológica de uma cliente, bem como a uma reflexão sobre o acompanhamento psicológico e a uma discussão final sobre as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio académico.

Este foi realizado em Lisboa, teve início a 23 de novembro de 2020 e foi concluído a 30 junho de 2021, sob a orientação da Prof. Doutora Cláudia Castro, perfazendo um total de 504 horas.

PARTE I — ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Políticas de Drogas em Portugal

O uso de drogas ilegais em Portugal escapa às preocupações do legislador até à década de 70, altura em que este país se junta à Guerra às Drogas e adere ao consenso internacional em torno do proibicionismo, ainda que o fenómeno da droga não constituísse, à época, um problema social. É sob a influência da *Single Convention on Narcotic Drugs*, de 1961, que o decreto-lei nº 420/70, de 3 de setembro, informado por dois princípios — perigosidade e censurabilidade social —, criminaliza o consumo e regula a repressão ao tráfico. O consumidor é tratado como sujeito “socialmente perigoso, que importa reprimir e tratar, numa perspetiva de defesa social, não na de proteção da saúde pessoal ou pública” (Costa, 2001, p. 4). Pouco depois, o decreto-lei nº 792/76, de 3 de dezembro, vem admitir complexidade do fenómeno, reconhecendo-lhe dimensões médico-psicológicas e criando, para lhe dar resposta, o Centro de Estudos de Profilaxia das Drogas.

Sob os auspícios da Convenção Única sobre os Estupefacientes, de 1961, e da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, o decreto-lei nº 430/83 de 13 de dezembro, de pendor fortemente proibicionista, vem fazer “uma defesa cerrada da criminalização do consumo” (Costa, 2001: 5). Aí, é outorgado ao consumidor o “estatuto de sujeito principal da ação legislativa” (Fonseca, 2006, p. 40) — até porque se registava, após o fim da ditadura, em 1974, um aumento do consumo de canábis e o surgimento da heroína. Assim, considerando o fenómeno *a praga dos nossos dias*, combinam-se medidas fortemente repressivas com medidas de carácter médico, que Costa (2001) designa como modelo médico-penal. Fica previsto o tratamento espontâneo e, nos casos em que não se verifique adesão, o tratamento compulsivo ou a pena de prisão.

Finalmente, o decreto-lei nº 15/93, de 22 de janeiro, ainda parcialmente em vigor, reafirma a hegemonia do modelo médico-penal, refletindo a retificação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, de

1988, que intensifica o proibicionismo através de um conjunto de propostas que incluem a criminalização do consumo, embora não de forma mandatória. O regime penal do consumo, globalmente considerado, é agravado; além da aquisição e a posse para consumo, também o consumo e o cultivo para consumo passam a ser abrangidos (Costa, 2017).

A utopia de uma sociedade livre de drogas, objetivo perseguido até aos dias que correm (United Nations General Assembly Special Session [UNGASS], 2016) e, em particular, os esforços postos ao serviço dessa utopia, trouxeram a Portugal inúmeras consequências em termos de ordem e de saúde públicas. Sem surpresa, em 1999, os crimes relacionados com drogas eram o principal motivo para sentenças de prisão (Fernandes & Silva, 2009). O tema era tratado como um fator de perturbação da ordem social. O uso problemático de heroína era o segundo mais elevado na Europa (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2011) e a epidemia de HIV, associada ao consumo por via endovenosa encontrava-se, na altura, num ponto crítico (Domosławski, 2011). Em 1997, o fenómeno da droga constituía a principal inquietação dos portugueses (Domosławski, 2011). A mudança legislativa impunha-se.

1.1. A Lei da Descriminalização dos Usos de Drogas

No seguimento da Estratégia Nacional de Drogas de Portugal (1999), a vontade de transitar para um novo paradigma culminou, em 2000, com a lei da descriminalização, reconhecida internacionalmente pelo seu carácter humanista e pragmático, embora com vários graus de consenso (Hughes & Stevens, 2012).

A Lei nº 30/2000 de 29 de novembro veio descriminalizar, em Portugal, o uso público e privado, bem como a aquisição e posse para consumo pessoal de todas as drogas ilegais, desde que as suas quantidades não excedam as previstas para um consumo médio de dez dias. Desta forma, foi abolida na lei a distinção entre drogas *duras* e drogas *leves*. O uso de drogas passa, então, a constituir uma contravenção, mas não um crime, que é suscetível de ser enquadrada no

âmbito das responsabilidades das Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (Quintas, 2011). A mudança de paradigma, que faz a resposta ao fenómeno droga deslocar-se da esfera criminal para a esfera da saúde, vem alinhar-se com tendências que têm vindo, crescentemente, a ganhar força em todo o mundo (Eastwood et al., 2016). Mais recentemente, o relatório da Comissão Global de Política de Drogas (Global Commission on Drug Policy [GCPD], 2021) destaca a importância de encarar a questão dos direitos humanos como sendo central nos debates sobre política de drogas, apontando para que é urgente as pessoas que usam drogas serem entendidas como pessoas que merecem respeito e apoio e cujas vozes devem ser ouvidas.

O mérito da nova lei não está, todavia, apenas ligado à descriminalização propriamente dita, mas ao conjunto de respostas forjado e implementado, que terá contribuído para a sua reputação de eficácia. Entre os principais eixos de intervenção que constituem a resposta ao fenómeno droga em Portugal — além dos tradicionais eixos da Prevenção, Tratamento e Reinserção, e da criação das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência — há a destacar o papel da RRMD.

1.2. Redução de Riscos e Minimização de Danos

A RRMD designa o conjunto de políticas, programas e práticas que têm como objetivo reduzir os danos associados ao uso de SPA junto de pessoas que, por algum motivo, não querem ou não estão disponíveis para interromper os seus consumos (Harm Reduction International, n/a). Assim, o foco é na prevenção dos danos e não na prevenção do uso em si, e tem como alvo os indivíduos que continuam a usar SPA. A abordagem é humanista, de aceitação incondicional e desprovida de julgamento, visando antes a decisão individual responsável e informada (Marllat, 1996).

Segundo o relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT, 2010), acolhendo as sugestões da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, já nos anos 70, recomendava a adoção de medidas “mais realistas” do que a “simples prevenção”

(Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010), a RRMD generaliza-se em Portugal, a partir de 2001, como resultado direto da lei da descriminalização (decreto-lei 183/2001). Informada por dois princípios fundamentais — o pragmatismo, porque prescinde da abstinência como objetivo imediato e necessário; e o humanismo, porque corresponde à preocupação ética de respeitar e promover os direitos das pessoas que usam drogas (Presidência do Conselho de Ministros, 1999) —, a RRMD pressupõe, pelo menos parcialmente, o fracasso das terapias tradicionais assentes na abstinência (Fernandes, 2009), admitindo ainda a convivência com uma sociedade que não está livre de drogas.

As políticas de RRMD são indissociáveis dos movimentos de direitos humanos que, nas décadas de 1960 e 1970, se opuseram ao proibicionismo e lutaram (e lutam) pelo fim da Guerra às Drogas. Luís Fernandes (2009) dá precisamente conta de que “uma parte importante dos riscos e danos que as políticas de saúde baseadas na redução de riscos procuram minorar são decorrentes — não da natureza química das drogas, não da natureza psicológica dos seus utilizadores — mas do próprio modelo proibicionista” (2009:12). Assim, a RRMD emancipa-se de lógicas que aceitam unicamente a abstinência como objetivo terapêutico, admitindo antes a pluralidade de estilos de vida e, por conseguinte, a premissa de que as pessoas podem tomar a decisão de consumir drogas.

Numa primeira fase, esta abordagem dá prioridade à saúde pública, que tem um papel crucial na resposta às necessidades das pessoas que usam SPA, sobretudo aquelas em situação de maior vulnerabilidade, nomeadamente através da disponibilização de metadona e de materiais de consumo para troca, com enfoque na prevenção da transmissão de doenças infecciosas, mas também na intervenção psicossocial, com o objetivo de dar resposta à crise criada pela heroína, sobretudo injetada, da década de 1980 (Fernandes & Mata, 2016).

Todavia, na esteira da diversificação dos padrões de consumo, a RRMD viu alargado o seu espectro de intervenção a uma população distinta daquela que havia sido o seu alvo inicial.

A intervenção concebida para contextos recreativos concede que o consumo de substâncias psicoativas não é necessariamente problemático, admitindo que as pessoas não se regem unicamente segundo parâmetros de segurança, mas igualmente de outros relacionados com o prazer (Soares et al., 2017). A experiência da intervenção de RRMD em emergência psicadélica no Boom Festival, salienta a necessidade de reconhecer as relações, que são complexas, entre risco e prazer, custo e benefício, autonomia e apoio, liberdade e intervenção. É neste sentido que recomenda que a escolha da pessoa que usa SPA seja respeitada e que, ainda que a avaliação dos riscos não deva ser negligenciada, os benefícios sejam igualmente considerados.

1.3. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) estabeleceu-se em 2011, substituindo o então Instituto da Droga e Toxicodependência, e é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa. É responsável pela coordenação da resposta ao fenómeno da droga nos seus diversos eixos, encontrando-se sob a alçada das Administrações Regionais de Saúde. A sua principal missão, de acordo com o decreto-lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, consiste em promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências (artigo nº 2, ponto 1). Entre várias outras atribuições, o SICAD deve “planear e avaliar os programas de prevenção, RRMD, de reinserção social e de tratamento do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, designadamente definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para garantir a qualidade” (artigo nº 2, ponto 2 b) (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], n.d.).

1.3.1. Respostas Integradas. Existem dois instrumentos de respostas integradas, o Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) e os Programas de Respostas Integradas (PRI). O PORI é uma medida de intervenção na área dos comportamentos aditivos e

dependências, de âmbito nacional, que visa estimular as sinergias disponíveis, seja através do desenvolvimento e implementação de metodologias que permitam a realização de diagnósticos, seja através da implementação de PRI.

Os PRI são programas de intervenção específicos, que integram respostas interdisciplinares e multisectoriais, com alguns ou todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, RRMD, tratamento e reinserção) e que resultam dos diagnósticos de um território identificado como prioritário (SICAD, n.d.b).

2. O Uso de Drogas em Contexto Recreativo

O relatório da CGPD afirma que apenas 11% dos consumidores de drogas apresentam um consumo problemático e que a maioria das pessoas que consomem drogas para fins recreativos desejam fazê-lo com a máxima segurança possível e pretendem evitar padrões de consumo problemáticos (GCPD, 2019). De acordo com o mais recente Relatório Europeu sobre Drogas, o consumo de opiáceos de alto risco é, hoje em dia, relativamente raro, embora estas substâncias estejam frequentemente associadas a formas mais nocivas de consumo, ao passo que o consumo de cânabis assume prevalência enquanto a droga mais experimentada (OEDT, 2021). Este documento refere ainda uma lista de drogas menos utilizadas, entre as quais o LSD, DMT, Psilocibina, Ketamina e GHB. Esta última foi a quinta substância comunicada com mais frequência pelos hospitais em situações de intoxicação aguda relacionada com o consumo de drogas.

Muito embora a maioria das pessoas que usa drogas não apresente problemas de dependência, existem riscos para a saúde e para segurança que resultam sobretudo dos momentos de intoxicação aguda — sejam eles razão de alterações comportamentais ou das consequências físicas daquele consumo em particular — e esses momentos devem ser devidamente geridos (Carvalho et al., 2014). Trata-se, portanto, de quadros que apresentam

implicações para a segurança das pessoas que usam SPA, sobretudo quando em contextos não controlados, de que os ambientes recreativos noturnos são bom exemplo.

O uso de drogas tem o potencial de desencadear experiências intensas e desafiantes, incluindo sensações por vezes dolorosas, assustadoras e/ou desorganizadoras da pessoa. As substâncias psicadélicas, em particular, podem suscitar reações psicológicas agudas e, ainda que menos frequentemente, determinados efeitos psicológicos persistentes (Carbonaro et. al., 2016). Estes episódios estão associados a sintomas tão diversos como o medo, o pânico, a paranoia, a tristeza e o humor depressivo, a raiva e uma variedade de sintomas cognitivos (e.g. confusão, delírios), perceptivos (e.g. ilusões) e fisiológicos (e.g. aumento do ritmo cardíaco) (Barrett et al., 2016). Sabe-se que os efeitos adversos que resultam do uso de SPA em ambientes recreativos noturnos estão intimamente relacionados com as características do consumo e do contexto em que estes ocorrem, e não tanto com as particularidades químicas da substância em causa (Calafat et al., 2001). Por este motivo, as intervenções que têm em consideração não apenas a substância ingerida, mas também a relação entre a pessoa e o contexto, bem como o impacto desse conjunto de aspetos na tomada de decisão, é crucial.

Apesar de as políticas de RRMD tenderem, em Portugal, a privilegiar os usos problemáticos de drogas (Soares et al. 2017), o padrão de consumo predominante é o recreativo. Por exemplo, 90% das sanções administrativas aplicadas pelas Comissões de Dissuasão da Toxicod dependência classificam o infrator como utilizador não dependente (SICAD, 2019).

Porém, é de salientar que os padrões de consumo recreativo, ainda que manifestamente distintos daqueles classificados como dependentes em termos de consequências adversas, acarretam certos riscos e são, por isso, suscetíveis de beneficiar de intervenção adequada (Soares et al., 2017).

2.1. Fenómeno droga: “Normalização” e Diversificação

O uso de drogas ilegais é, não apenas um fenómeno transversal — em 2017, estimava-se que 271 milhões de pessoas, ou 5.5% da população mundial, havia experimentado uma droga ilegal no ano anterior (United Nations Organization [UN], 2019) —, mas também caracterizado por uma diversidade notável de padrões de consumo. De acordo com a OEDT, o cenário atual do consumo de drogas na Europa adquiriu novas configurações: o leque de substâncias consumidas é mais variado, bem como os próprios padrões de consumo, que agora incluem o experimental, o habitual e a dependência, e a frequência de policonsumo aumentou (OEDT, 2019; OEDT, 2021). Uma vez iniciado, o consumo pode ser abandonado ou mantido ocasional, pode variar de intensidade (aumentando ou diminuindo) e pode desenvolver-se em torno de uma única substância ou em torno de um conjunto de substâncias, mesmo que uma delas seja preferida sobre as outras, dando origem a um padrão de policonsumo. Este é o padrão mais comum, tem implicações para a saúde e exige intervenção específica (OEDT, 2019).

Se o conceito de escalada, popularizado pelo trabalho de Kandel (1980), influenciou de forma determinante as convicções acerca das trajetórias de uso de drogas ilegais, que seguiriam uma progressão linear no sentido de se tornarem crescentemente problemáticas (Trigueiros & Carvalho, 2010), ele foi também amplamente contestado (Faupel, 1991; Bienarki; 1990; Cohen & Sas, 1993). Entretanto, a tese da normalização (Measham, et al., 1994; Parker et al., 2002) veio ajudar a compreender a realocação do consumo de SPA da esfera do desvio para a esfera do *mainstream*, argumentando que, não apenas o uso de certas substâncias, em particular a canábis e o ecstasy, se tinha vulgarizado, como o fenómeno se havia tornado aceite e culturalmente partilhado por vastas franjas da população, nomeadamente na cultura popular. O argumento assentou, entre outras, nas seguintes evidências: 1) o aumento da disponibilidade e acessibilidade de SPA; 2) o aumento da sua experimentação; 3) o aumento do uso regular de

canábis e ecstasy (entre outras drogas); 4) e o aumento da literacia sobre SPA (Parker, Williams, & Aldridge, 2002).

O relatório da CGPD reporta as incongruências e parcialidades históricas que estão na base do sistema de classificação de drogas, reforçando a urgência de conceber um sistema baseado em evidências científicas que contribua para uma melhor compreensão dos riscos e benefícios de novas abordagens ao controlo de drogas (GCPD, 2019). Sobre esta questão, o OCDT alerta para o facto de os critérios de classificação internacional das substâncias não terem qualquer base conceptual, além de não contemplarem uma escala racional de danos e benefícios (OCDT, 2019). O mesmo relatório cita o modelo científico elaborado por Nutt et al., em que é realizada uma análise de decisão multicritério (ADMC) para avaliar os danos causados por drogas.

No seu estudo, Nutt et al. (2010) concluiu que, com a melhoria do sistema de pontuação e da abordagem de ponderação através da aplicação da ADMC, é possível aumentar a diferenciação entre as drogas mais e menos nocivas. Além disso, a legalidade de uma substância não reflete o seu potencial de dano, uma vez que o facto de uma substância ser legal não significa que seja mais segura de utilizar (Nutt et al., 2010; Taylor et al., 2015). Num estudo em que foi pedido a especialistas de psiquiatria, toxicod dependência e farmacologia que classificassem diferentes drogas tendo em conta três dimensões de danos (danos físicos, potencial de dependência e danos sociais), algumas substâncias legais, como o álcool e a nicotina, foram classificadas como sendo mais nocivas do que algumas drogas da classe A, classificadas como aquelas que causam danos mais severos, como a cocaína a heroína e o ecstasy (Taylor et al., 2015).

Taylor et al. (2015) salientam ainda a necessidade de um novo sistema de classificação de drogas independente do sistema judicial e que aborde a questão da escolha individual e da responsabilidade na utilização de substâncias, assim como o contexto em que estas são

utilizadas. É importante referir aqui que o uso recreativo destas substâncias se tornou um aspeto comum da vida de certas camadas juvenis, na sua busca por prazer e lazer (Pennay & Measham, 2016).

Tal como a GCPD (2019) alertou no seu relatório, importa aprofundar a compreensão dos motivos e padrões de consumo de drogas, que podem ser muito diversos e podem incluir o tratamento de dependência, a automedicação para a dor ou outros problemas de saúde, a realização pessoal, a necessidade de se manter acordado ou de adormecer, a experiência espiritual ou a busca de prazer. A progressiva diversificação dos padrões de consumo de SPA na Europa, bem como dos perfis das pessoas que usam drogas, é inquestionável e está bem documentada (OEDT, 2021).

Portugal não constitui exceção e a transformação tem vindo a ocorrer a par da transformação social e cultural que tem marcado a sociedade portuguesa (Rego et al., 2019). Nas décadas de 1960 e 1970, os padrões de consumo estavam essencialmente circunscritos à canábis. A heroína começa a ganhar visibilidade a partir da década de 1990, capturando rapidamente a atenção da agenda política e mediática, obscurecendo outras manifestações do fenómeno, incluindo a de outros padrões de consumo, bem como a emergência das chamadas “novas substâncias psicoativas” (NSP) que começam a surgir já perto do fim da década de 1990. Nos últimos 20 anos, Portugal tem observado uma tendência crescente, ainda que não dramática, do consumo de canábis, de cocaína, de substâncias sintéticas e de psicadélicos (OEDT, 2021), o que aponta para uma diversidade crescente de substâncias, de relações estabelecidas com o consumo e dos contextos em que estes decorrem (Trigueiros & Carvalho, 2010).

A dicotomia tradicional que distingue um número reduzido de utilizadores problemáticos de um número elevado de utilizadores recreativos, dissipa-se progressivamente, sendo a canábis a droga mais utilizada, com uma prevalência de consumo cinco vezes superior

a outras substâncias (OEDT, 2021). A par disto, o fenómeno tem vindo a ganhar relevância e visibilidade entre grupos juvenis e socialmente integrados (Trigueiros & Carvalho, 2010; Carvalho, 2007; Cruz, 2015; Calado, 2006), que parecem privilegiar a díade prazer/lazer sugerida por Pennay e Measham (2016).

Além da normalização do uso de certas drogas ilegais e da ampliação do seu uso recreativo (Aldridge et al., 2011), têm sido abordados outros padrões de consumo, emergindo assim categorias como as dos consumidores socialmente integrados (Aldridge et al., 2011) e a dos consumidores não-problemáticos (Cruz, 2015). A legislação portuguesa reconhece esta diversidade ao diferenciar entre utilizadores “dependentes” e “não dependentes,” distinguindo também a infração adequada a cada um dos perfis. Os consumidores socialmente integrados são descritos como aqueles cujas relações sociais são mantidas estáveis, o ritmo de vida (família, trabalho, estudo) não é interrompido, sendo capazes de conciliar o uso de drogas com um estilo de vida convencional (Aldridge et al., 2011). Previsivelmente, estes consumidores raramente são identificados ou encaminhados para estruturas de tratamento (Pavarin, 2016), já que tendem a moldar as suas atitudes, comportamentos e precauções em função da legislação em vigor (Pavarin et al., 2020).

Já o consumidor não problemático tem sido definido pelo seu ajustamento nas diferentes áreas de vida — o que sugere um consumo funcional — e pela ausência de problemas legais, sociais ou médicos relacionados com os consumos (Cruz, 2015). Assim, estes padrões de consumo são alvo de uma autorregulação contínua, resultado de análises de custo-benefício e de estratégias de gestão. O reconhecimento de que existem usos não problemáticos de drogas ilegais permite pressupor que estes encerram pistas relevantes sobre como minimizar o uso problemático (Cruz, 2015).

Em suma, na sequência da transformação sociocultural portuguesa e da diversificação dos padrões de consumo de SPA, observados tanto a nível europeu como a nível mais local, o

uso de drogas parece estar a escapar ao rótulo de algo que se desenvolve exclusivamente nas margens da sociedade e na esfera do desvio. Em Portugal, num cenário político que descriminalizou o consumo (Quintas, 2011), escrutinando as suas consequências (Hughes & Stenvenson, 2012) a par da consolidação das respostas de RRMD (Fernandes, 2009), a resposta sócio-sanitária inicial que foi evoluindo no sentido de uma política eminentemente biopsicossocial, que integra estratégias diversificadas, entre as quais sobressaem a articulação intersectorial e a interdisciplinaridade, que permitiram dar respostas qualificadas e otimizar os recursos (SICAD, 2016), os padrões de consumo diversificaram-se, ao passo que os “comportamentos compulsivos” vão dando lugar a outros, mais bem caracterizados pela *escolha informada* e pelo *autocuidado* (Carvalho, 2007; Cruz, 2015).

2.2. Prevalências do Uso de Drogas: Portugal no Contexto Europeu

Dados epidemiológicos recentes indicam que as tendências na Europa, além de incorporarem uma gama mais ampla de SPA quando comparadas com anos anteriores, parecem ser particularmente dinâmicas, verificando-se uma disponibilidade elevada ou crescente de substâncias e sendo o policonsumo considerado comum (OEDT, 2021). As NSP, que estão a surgir no mercado global de drogas a um ritmo acelerado, sendo muitas vezes promovidas como “*legal highs*,” embora aparentemente limitadas, representam riscos acrescidos e tornam urgente repensar os atuais sistemas de classificação. Esta situação leva a que se conceda maior relevância aos profissionais do setor social, da saúde e das ciências e a uma aposta no desenvolvimento de recursos forenses e toxicológicos que permitam elaborar uma escala racional de danos e benefícios passível de influenciar e orientar as pessoas em direção a um consumo mais responsável e menos prejudicial (GCPD, 2019; OEDT, 2021).

Na Europa, desde 2015, são detetadas todos os anos mais de 400 NSP no mercado da droga, sendo que em 2020 estavam a ser monitorizadas cerca de 830 NSP (OEDT, 2021). Em Portugal, o uso de NSP entre os jovens está sobretudo circunscrito aos canabinóides sintéticos,

num tipo de prática que parece ser mais experimental do que regular (Calado et al., 2017). A Internet, a globalização e as tecnologias de informação desempenham um papel cada vez mais central no acesso a drogas, quer às tradicionais, quer às NSP, o que tem vindo a ser confirmado por dados atuais (OEDT, 2018; GCPD, 2019).

Em Portugal, os relatórios mais recentes da OEDT (2021) indicam que a canábis continua a ser a SPA ilegal mais utilizada, com uma prevalência de 9.7% da população total, apresentando um valor de consumo diário bastante superior à média europeia (SICAD, 2019; OEDT, 2016, 2020, 2021). Segue-se o uso de MDMA (0,6%), LSD (0,4%) e outros psicadélicos (0,2%) (SICAD, 2019). O consumo destas substâncias é um comportamento mais frequente entre jovens adultos (15-34 anos). Por exemplo, na população entre os 15 e os 34 anos, e no indicador “ano anterior,” a canábis representa 8.0%, a cocaína 0,3% e o MDMA 0,2%. Considerando o género, os homens representam mais do dobro dos consumidores de canábis (10,9% entre os homens e 5% entre as mulheres). A diferença é ainda maior quando se trata de MDMA (0,4% entre os homens e 0,1% entre as mulheres), mas esbate-se quando se trata de cocaína (0,4% entre os homens e 0,3% entre as mulheres). Os dados do relatório da OEDT (2018) indicam um aumento no consumo de canábis no período entre 2012 e 2016, principalmente entre aqueles com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Outros indicadores sugerem um aumento no consumo de cocaína e de MDMA, sobretudo em Lisboa, entre 2013 e 2018. Já o uso de anfetaminas e opiáceos parece ser muito reduzido (OEDT, 2021).

De forma geral, as prevalências de uso de SPA ilegais em Portugal têm-se conservado abaixo da média europeia, embora o consumo de heroína se mantenha entre os mais elevados da Europa (OEDT, 2018, 2021). Avaliações recentes têm mostrado tendências positivas, com taxas de consumo em Portugal inferiores à média europeia, apesar de alguns resultados menos encorajadores, especialmente aqueles relacionados com a população em geral (de 15 a 74 anos), cujo aumento na prevalência e intensidade do uso de canábis (SICAD, 2020) pode refletir a tese

da normalização. Segundo dados nacionais, a população jovem adulta (faixa etária dos 15 aos 34 anos) detém taxas mais elevadas de consumos recentes e atuais do que a população dos 15 aos 74 anos, sendo que as subidas das prevalências foram especialmente relevantes nos grupos etários 25-34 e 35-44 anos (SICAD, 2022). No mesmo relatório é possível observar que a população dos 15 aos 34 anos apresenta maior prevalência de consumo ao longo da vida para todas as drogas consideradas (SICAD, 2020). Assiste-se a um aumento do consumo nos jovens (Balsa, 2005), o que acarreta preocupações para o seguimento desta evolução, enquadrando-a na compreensão sobre as suas trajetórias individuais.

Os resultados positivos incluem uma redução na mortalidade e infeções associadas ao consumo de risco, e, entre os jovens, uma redução na prevalência do uso recente de canábis, um adiamento da idade de iniciação e um aumento nas perceções de risco associadas ao consumo (SICAD, 2017). De modo geral, observa-se uma prevalência no uso de SPA razoavelmente baixa quando comparada com a maioria dos países europeus (OEDT, 2018), o que contrasta com o alarme social que marcou o fim da década de 90. Em consonância, as representações sociais são agora bastante distintas daquelas que dominaram o país anteriormente e que entendiam o uso de drogas como um grave problema social (Calado & Lavado, 2018).

3. Abordagens e Estratégias de Intervenção Psicológica

Neste capítulo pretende-se apresentar a posição epistemológica adotada ao longo do presente relatório, especificando a base teórica das diferentes metodologias e intervenções consideradas ao longo do estágio. A semelhança e a compatibilidade entre elas prendem-se com o facto de estas poderem variar em orientação teórica e abordagem clínica. Desta forma, partilham tanto a afinidade à abordagem humanista de Carl Rogers, como a eficácia verificada com a RRMD associados ao uso das SPA, estando ainda subjacente a todas elas que a

abstinência não tem que, imprescindivelmente, ser o objetivo ideal para todos os problemas dos usuários de SPA nem um pré-requisito necessário para iniciar o tratamento.

3.1. O Humanismo de Carl Rogers e a Abordagem Centrada na Pessoa

O referencial teórico adotado ao longo deste documento, bem como da prática de estágio, é a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Carl Rogers. Ao longo do seu percurso, Rogers desenvolveu o que se viria a chamar ACP que, segundo Hipólito (2011, p. 37), “é a expressão da filosofia subjacente à Terapia Centrada no Cliente (TCC) e com a possibilidade de aplicação em todos os domínios do relacional.” Rogers e Tudor (2021) explicam que a ACP representou uma “viragem relacional” no campo da psicologia, na qual a ênfase deixa de estar no conhecimento e na técnica do terapeuta para passar a estar no seu envolvimento numa relação de cura com o cliente em que a importância do Outro é fulcral.

Rogers introduziu novos conceitos em psicoterapia, entre os quais a confiança nas capacidades do cliente para encontrar respostas adequadas para os seus problemas (*auto-atualização* e *auto-organização*), a ênfase dada às emoções e o foco na situação imediata do cliente, não importando o seu passado. Desta forma, conforme explica Hipólito, o modelo de TCC assenta em três pilares: i) o da *tendência atualizante* como condição do desenvolvimento humano, que postula que todos os organismos (biológicos ou sociais) atualizam as suas potencialidades na presença das condições adequadas; ii) as seis *condições necessárias e suficientes* à mudança terapêutica, também chamadas atitudes nodais ou fulcrais; e iii) a *não-diretividade* (Hipólito, 2011).

Rogers refere-se à importância das atitudes nodais na relação terapêutica, que entende serem fundamentais e indissociáveis. São elas a *congruência ou autenticidade*, definida como coerência consigo mesmo na relação terapeuta-cliente, a *aceitação incondicional* do cliente, desprovida de juízos de valor e facilitadora dos processos de mudança, e a *escuta empática*, que

se traduz num compreender *com* o Outro, o seu mundo e os seus significados, revelando-se o meio para a *tomada de consciência (insight)* autónoma do cliente, que poderia assim reajustar a percepção das suas vivências, integrando-as e alargando o seu campo de experiências (Hipólito, 2011; Rodgers & Tudor, 2020). Neste processo, quando o indivíduo experiencia uma dissociação do self, ou seja, quando o *self percebido* (o que o cliente percebe de si mesmo, aquilo que vive de si próprio) e o seu *self desejado* (o que o cliente sente que deveria ser para ser aceite por si e pelo Outro) não se encontram em concordância, explica Hipólito (2011), gera-se uma tensão. Este autor refere ainda que, quando o indivíduo não consegue equilibrar estes dois “polos,” desenvolve sintomas, sendo que quanto maior for a discrepância, menor será a estima de si.

Segundo Rogers (1957-2008), o papel do psicólogo consiste em proporcionar as condições necessárias e suficientes ao crescimento humano. Desta forma, no âmbito do processo terapêutico, desencadear-se-ão a mudança e o desenvolvimento ao nível da personalidade. Assim, cabe ao psicólogo a posição de acompanhar o indivíduo na sua descoberta terapêutica, em oposição à abordagem que direciona e guia. De acordo com esta abordagem, o terapeuta confia na capacidade homeostática do ser humano para a autocura. Será esta a forma de descobrir os caminhos para si mesmo, uma vez que o indivíduo é a maior autoridade sobre si e dispõe da capacidade de desenvolver as suas potencialidades na presença das condições facilitadoras do crescimento, nomeadamente: i) que haja contacto psicológico entre terapeuta e cliente; ii) que o cliente esteja num estado de incongruência, estando vulnerável; iii) que o terapeuta esteja congruente na relação com seu cliente; iv) que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente; v) que o terapeuta experiencie uma compreensão empática na relação com o outro à luz do próprio quadro de referências do cliente, ou seja, compreendê-lo e aceitá-lo como ele é; e vi) que a comunicação ao cliente da

compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja bem-sucedida.

É importante salientar que, na abordagem rogeriana, a postura do terapeuta é não-diretiva, significando que não julga, interroga ou tranquiliza, nem explora ou interpreta, mas procura fazer parte da experiência do cliente, pelo que as suas respostas devem ligar-se ao pensamento deste de tal forma que o cliente as reconheça como suas (Roger & Kinget, 1971 in Hipólito, 2011). Por fim, importa referir que a ACP pode ser utilizada em técnicas específicas, como a psicoterapia individual, de grupo, familiar e de tempo limitado (Hipólito, 2011).

3.2. Intervenções Breves

As intervenções breves são interações de tempo limitado, curtas e oportunas sobre uma decisão que pode acarretar risco e/ou dano para a pessoa como, por exemplo, o uso de SPA. Estas intervenções têm como principal objetivo ajudar a pessoa a reconhecer padrões de consumo nocivos (OEDT, 2016) e constituem uma oportunidade para fornecer informação útil e concreta sobre questões ligadas à saúde, que tanto pode incidir sobre um risco e/ou dano especificamente relacionado com uma substância, como pode ter como objetivo motivar para a mudança. Em qualquer um dos casos, a intervenção deve ser incisiva, não-julgadora, baseada na evidência científica, colaborativa e centrada na pessoa (Upton & Thirlaway, 2014). Como conceito abrangente, as intervenções breves abarcam princípios de diferentes intervenções, frequentemente da entrevista motivacional, incluindo ainda características como a empatia, a facilitação da comunicação, a oportunidade para colocar questões abertas e promover a escuta reflexiva (SICAD, 2014).

São seis os pilares em que se alicerçam as intervenções breves: 1) autoeficácia, que visa o reforço da autoestima da pessoa e da sua capacidade para encetar mudanças; 2) devolução, que pretende fomentar a reflexão através da avaliação da situação da pessoa no momento; 3) empatia, que estabelece uma relação de respeito mútuo e de compreensão profunda das

circunstâncias da pessoa; 4) responsabilidade, que concede que o processo de mudança resulta de uma decisão pessoal; 5) inventário, através da apresentação de uma variedade de estratégias alternativas para a modificação do comportamento; e 6) recomendações, encaminhamento e informação útil relativamente aos cuidados de que a pessoa se pode socorrer (Ordem dos Psicólogos, 2016, p. 18). De forma mais sucinta, Upton e Thirlaway (2014) aconselham a que seja oferecido *feedback* sobre riscos e danos, que a responsabilidade sobre a mudança seja encorajada, que sejam oferecidas opções realistas, que seja promovido o sentido de autoeficácia e que a empatia marque, de forma geral, todo o processo.

Em resumo, o objetivo da intervenção breve consiste em analisar de forma colaborativa com a pessoa que usa SPA o seu padrão de consumo e estabelecer uma análise dos custos e benefícios desse padrão de consumo. Além disso, o profissional, seja técnico ou acompanhante/par (*sitter*), deve fornecer alternativas comportamentais e estratégias que permitam pôr em marcha a mudança, reforçando a capacidade da pessoa para levar esse propósito adiante (Carvalho et al, 2014).

3.2.1. Intervenção Breve Motivacional

A Intervenção Breve Motivacional é uma técnica baseada nos estádios de mudança de Prochaska e DiClemente e nos princípios da Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick, constituindo um estilo de aconselhamento diretivo e centrado no cliente que visa estimular a mudança. Dois conceitos são centrais. O primeiro é o de *ambivalência* (Miller & Rollnick, 1991) que remete para a experiência de conflito psicológico, normalmente subjacente à tomada de decisão entre diferentes opções de vida. A decisão de mudar é complexa e marcada pela ambivalência, uma vez que cada opção implica diferentes custos e benefícios. A existência desta ambivalência e da consideração por parte da pessoa de que o consumo é problemático são condições para a eficácia desta abordagem (Randell & Scanlan, 2018). O segundo conceito é o de *prontidão para a mudança* (Prochaska & DiClemente, 1992).

A motivação, vontade de mudar ou prontidão para a mudança corresponderia a um estado interno, modelável de acordo com determinados fatores externos. Segundo estes autores, os utilizadores de drogas encontram-se num de cinco estádios de mudança: 1) pré-contemplação, em que não existe uma intenção de mudar o comportamento no futuro previsível; 2) contemplação, em que existe uma consciência do problema mas não um compromisso com a mudança; 3) preparação, em que se verifica a existência de intenção e algumas pequenas mudanças a nível comportamental; 4) ação, caracterizada por uma mudança de comportamentos, experiências ou ambiente de forma a superar o problema; 5) manutenção, no qual as pessoas trabalham no sentido de prevenir recaídas e consolidar os ganhos atingidos pela ação. Estes estádios não ocorrem de acordo com uma progressão linear, mas de acordo com um padrão em espiral, em que recaídas fazem o indivíduo regressar a estádios anteriores (Prochaska et al., 1992, p. 1102-1104). A Intervenção Breve Motivacional permite situar o consumidor de drogas no que diz respeito ao seu estado de prontidão, o que, por sua vez, determinará o tipo de tarefas motivacionais a utilizar nas entrevistas motivacionais (Miller & Rollnik, 2002, SICAD, 2013).

A Intervenção Breve Motivacional tem evoluído no sentido de um maior foco no discurso do cliente e na evocação, por parte deste, de um discurso de mudança do que no conceito de resistência. Esta estratégia de intervenção, que consiste mais num estilo de comunicação que numa intervenção isolada (Randell & Scanlan, 2018), tem demonstrado potencial para ser utilizada nos serviços de saúde primária e em programas de RRMD, nomeadamente nos serviços de *drug checking*, no sentido de promover a mudança num largo espectro de comportamentos, como uso de SPA, sexo desprotegido, entre outros. A combinação da intervenção breve com outros materiais e instrumentos que analisam os padrões de consumo é indispensável para uma avaliação individual adequada, bem como para delinear as estratégias a implementar a jusante.

3.3. Consulta de Aconselhamento Psicológico e Redução de Riscos

Dadas as múltiplas variáveis que influenciam as experiências com drogas, não é surpreendente que estas possam desencadear situações de crise psicológica, colocando desafios importantes à pessoa que as usa. Essas experiências podem suscitar, por vezes, uma variedade de alterações (cognitivas, perceptivas, fisiológicas) com implicações imediatas para a saúde e para a segurança, e também com potenciais consequências psicológicas de longo prazo, complicando assim a vivência do quotidiano e constituindo-se como obstáculo à saúde mental (SICAD, 2013).

Por outro lado, mesmo sem comprometer de forma imediata ou significativa o funcionamento individual, o uso de SPA pode apresentar riscos de diversas naturezas, potencialmente evitáveis se forem aplicadas as estratégias de RRMD específicas e ajustadas à idiosincrasia da pessoa. Nesse sentido, pode justificar-se uma avaliação especializada e um eventual período de acompanhamento profissional, num contexto não-julgador nem estigmatizante onde se haja lugar à discussão das experiências, dando-lhes sentido e significado, promovendo a adoção de práticas de menor risco, prevenindo assim potenciais complicações e o comprometimento da saúde mental (Tatarsky, 2003).

A adequada resolução e integração dos desafios psicológicos colocados pela experiência psicotrópica pode permitir alcançar uma nova compreensão do *self*, das relações ou acontecimentos biográficos relevantes do passado, com potencial significativo para o desenvolvimento pessoal e para a promoção da saúde mental.

O aconselhamento individual e a adoção de práticas de consumo adequadas minimizam significativamente os riscos para a pessoa e para a rede social que a envolve. A intervenção nesta fase permite igualmente a identificação de situações de maior vulnerabilidade psicológica, que devem beneficiar de cuidados de saúde mental mais especializados (Gorman et al. 2021).

As principais motivações para a consulta de aconselhamento psicológico e RR estão ligadas à gestão dos consumos, à crise psicológica, às informações gerais sobre as substâncias, ao *Chemsex*,¹ à interação medicamentosa com o uso de SPA e às questões sobre a saúde mental e os consumos. Desta forma, procura avaliar as necessidades e problemáticas individuais das pessoas que utilizam substâncias, respondendo às suas necessidades de forma personalizada; apoiar a integração de experiências desafiadoras relacionadas com o uso de SPA; auxiliar as pessoas que usam drogas frequentemente ou de forma continuada na gestão dos seus consumos; promover a adoção de padrões de consumo mais seguros e a redução dos riscos psicológicos e físicos associados aos consumos e ainda a possibilidade de encaminhar para outros serviços de especialidade, sempre que se justifique (Kosmicare, 2021).

3.3.1. Psicoterapia de Redução de Riscos

A psicoterapia de redução de riscos parte do princípio de que o processo terapêutico deve ter como ponto de partida a aceitação da definição do problema por parte do consumidor de drogas, das suas necessidades e dos seus objetivos. Segundo este paradigma, isto passa também por aceitar que a abstinência total não é o único objetivo. A premissa básica da filosofia de redução de danos é designada como “pragmatismo compassivo” (Marlatt, 1988 in Tatarsky, 2003: 277). Este modelo reconhece que o tratamento deve atender a “onde estão” usuários de SPA em termos das suas necessidades, escolhas e objetivos pessoais, o que se traduz em toda a abrangência de redução de riscos, incluindo — mas não se limitando — à abstinência. (Tatarsky, 2003). Ou seja, a psicoterapia de redução de riscos parte do reconhecimento pragmático de que os utilizadores têm de ser abordados de forma inclusiva e empática que não

¹ O chemsex também conhecido por Party'n Play (PnP), High & Horny (H&H) ou Fun, define o uso de determinadas SPA como solução facilitadora e desinibidora à experiência de práticas sexuais entre homens que fazem sexo com homens (HSH). As principais substâncias psicoativas associadas ao chemsex (“chems”) são GHB/GBL, catinonas sintéticas (mefedrona, 3MMC, 4MMC) e metanfetaminas, estando relacionadas com alguns dos principais riscos que emergem em contexto de chemsex. São também comuns os consumos de ketamina, poppers, outros estimulantes e inibidores PDE (p.e. Viagra, Cialis) (McCall et al., 2015). Ver também <https://kosmicare.org/diversity>.

promova a sua estigmatização, como muitas vezes acontece com as abordagens à adição assentes nos modelos “moral” e “doença.” O modelo “moral” que vê os consumidores como pessoas sem autocontrolo e culpa que escolhem ceder a uma fraqueza, ao passo que o modelo “doença” pressupõe que o consumo se torna involuntário em consequência de uma condição neurobiológica. Ambos impõem barreiras ao tratamento, quer das situações em que o uso das substâncias tem efeitos nocivos, quer ao apoio às pessoas que têm uma relação benéfica com elas. A RR, em contraste, valoriza a autonomia e os direitos da pessoa, respeita os seus valores e preferências e centra-se na redução dos riscos resultantes das adições (Gorman et al. 2021).

Tatarsky apresenta um modelo integrativo de redução de riscos que pretende apoiar o processo de autotransformação através da construção de uma ressonância empática entre cliente e terapeuta que resulte na definição de objetivos para a redução de danos, compreensão dos múltiplos significados do uso de drogas e desenvolvimento de capacidades que permitam a ajuda em tópicos relacionados e não relacionados com o uso de substâncias (ansiedade, trauma) que podem entrelaçar-se com esses consumos, nomeadamente ao nível da tolerância a sentimentos desconfortáveis, tolerância afetiva, autorreflexão, técnicas de relaxamento e na identificação de impulsos que levam ao uso de drogas. Assim, esta abordagem assenta numa partilha de objetivos entre cliente e terapeuta, uma “aliança em torno do objetivo de descobrir em conjunto aquilo que é mais realista para o cliente” (Tatarsky, 2003, p. 253).

Nesta linha, Gorman et al. (2021) refere a Redução de Danos e Integração Psicadélica (PHRI, na sigla em inglês), não como uma modalidade ou técnica de tratamento, mas como uma abordagem transteórica e transdiagnóstica, uma perspetiva segundo a qual os profissionais de saúde podem recorrer a vários tipos de abordagem e à sua própria experiência profissional na orientação do trabalho clínico com consumidores de drogas. Esta abordagem assenta em técnicas de relaxamento, práticas de *mindfulness* e na redução do stress e estados de sofrimento emocional, partindo das causas desse sofrimento para orientar o trabalho clínico com pessoas

que usam estas substâncias, incluindo terapias, práticas espirituais, em grupos de pares ou sozinhas. Ou seja, segundo este autor, a abordagem às pessoas que usam drogas (psicadélicas, neste caso) deve ter em conta, além dos princípios referidos acima, como os objetivos do consumidor, a sua visão do mundo, o contexto histórico em que esse consumo ocorre, bem como a avaliação das dimensões sociais (*communities of users*, por exemplo) e impacto da terapia nestas dimensões (Gorman et al., 2021, p. 5).

Assim, afigura-se como particularmente relevante a deslocação do foco da intervenção terapêutica na abstinência, partindo da constatação de que a realidade do consumo de drogas é multidimensional, não estando necessariamente associado a consequências negativas (a nível psicológico, físico, social, financeiro ou legal) para o utilizador e para quem o rodeia (Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2003; Babor & Higgins-Biddle, 2001). Com efeito, este ocorre no contexto de objetivos pessoais, motivação, estágio de preparação para a mudança, condição psiquiátrica e emocional, vulnerabilidades e pontos fortes da personalidade e variáveis socioeconómicas, de acordo com os quais esse uso pode ser não problemático. Segundo este paradigma, “estas substâncias podem ser vistas como ferramentas polivalentes frequentemente usadas ao serviço da adaptação” (Tatarsky, 2003, p. 250). A título de exemplo, temos as situações em que estas substâncias são utilizadas como automedicação para perturbações que devem ser identificadas antes de, eventualmente, ser feita a sua substituição. Ademais, essas mesmas drogas podem cumprir um papel de integração social positivo (Gorman et al., 2021, p. 5). Nestes casos, ainda segundos estes autores, a intervenção deverá ser conduzida no sentido da moderação, no sentido de minimizar os seus efeitos negativos e preservar os seus efeitos positivos, e no trabalho de revelar os múltiplos significados que as drogas têm para quem as usa e descobrir formas de alternativas de desempenhar as suas funções antes (ou em vez de) considerar alterações aos padrões de consumo (Tatarsky, 2003).

3.4. Intervenção na Crise Psicológica Associada ao Uso de Substâncias Psicoativas

As experiências que decorrem do uso de drogas dependem em grande medida da relação de interdependência estabelecida pela tríade *drug-set-setting*, ou seja, a relação entre consumo de droga, personalidade e estrutura social (Zinberg, 1984), e que é crucial para compreender aquela experiência como um todo. No seu estudo sobre intervenção de crise relacionada com a utilização de SPA em contextos recreativos, Carvalho et al. (2014, citando Grof, 2008) salientam o potencial de transformação profunda dos indivíduos que se encontram em crise psicológica devido ao uso de SPA, tal como previsto por Maslow (1943). Há, contudo, uma linha ténue que separa o que pode ser uma experiência extremamente positiva de um episódio que se desenrola com dificuldade e sintomas imprevisíveis. No mesmo estudo, com base nas contribuições de Zinberg (1984), agrupam-se os fatores de crise em três categorias: i) *relacionados com a droga*, entre os quais o tipo de produto, a dosagem, a pureza e/ou adulteração da substância usada, inexperiência de quem consome, o policonsumo, entre outros; ii) *set*, que está relacionado com as características psicológicas individuais (personalidade, antecedentes pessoais, traumas passados, etc.) que influenciam as suas motivações, expectativas e atitudes perante o uso de drogas; e iii) *setting*, que diz respeito ao ambiente em que a experiência acontece, tanto de natureza física (temperatura, ruído, estímulos visuais, etc.) como de natureza social (relação com os pares, solidão, etc.).

São também estes os aspetos que tornam alguns contextos noturnos particularmente favoráveis ao aparecimento de episódios de emergência psicológica. A intervenção no momento de crise acontece nos contextos espaciais e temporais concretos em que os consumos do público-alvo têm lugar — festas, festivais e outros eventos recreativos caracterizados por momentos de evasão e uso de substâncias. Aplicada à crise por consumo de SPA, este tipo de intervenção pretende tornar uma experiência psicadélica desafiante numa experiência que seja construtiva e transformadora para a pessoa (Carvalho et al., 2014) ou, pelo menos, reduzir

possibilidade de haver danos à saúde mental a longo prazo (Nielson & Bettencourt, 2009). Quando um episódio de crise emerge nestes ambientes, é difícil saber com rigor que substância o desencadeou e qual a discrepância ou desencontro entre a expectativa da pessoa e os efeitos provocados pelo produto efetivamente usado, que pode ter sido adulterado. (adulteração). As pessoas que usam SPA nestes contextos desconhecem frequentemente como dosear os seus consumos e usam várias substâncias de diferentes famílias farmacológicas. Por outro lado, raramente adotam algumas das estratégias que são frequentemente apontadas como promotoras de benefícios no uso de SPA, nomeadamente de psicadélicos. Assim, muitas pessoas não dispõem de informação prévia sobre o que esperar da sua experiência, não fazem nenhum tipo de preparação, não são sujeitas a nenhum tipo de avaliação antecipada sobre a adequação do seu perfil a estas experiências, nem se envolvem nelas com apoio especializado. Tendem também a desconhecer que a experiência pode desencadear emoções dolorosas, assustadoras e/ou desorganizadoras.

É fundamental proceder à distinção adequada entre os diversos tipos de crise. Alguns episódios têm uma apresentação potencialmente psicopatológica, com sintomas mais graves e prolongados, que subsistem além do esperado e que interferem de forma significativa com as esferas académica, laboral, familiar e social da pessoa, comprometendo assim o seu funcionamento global. Estes casos podem sugerir vulnerabilidade acrescida à doença mental, já que podem representar psicoses inaugurais (tóxicas), sendo pertinente a intervenção precoce. Esta avaliação diferencial é delicada, visto que os sintomas da emergência psicológica associada ao uso de SPA são muito semelhantes aos das crises psicóticas agudas (Vollenweider, 2001). Uma correta avaliação e intervenção dos episódios de crise pode assim evitar uma referenciação desnecessária para os serviços de saúde mental. Com base na experiência do projeto de emergência psicadélica, desenvolvido no Boom Festival, Carvalho et al. (2014) listam alguns princípios da intervenção em crise: a avaliação da segurança física e a recolha de

informação, a oferta de um espaço seguro, acolhedor e confortável, que garanta acesso a recursos básicos de acordo com a pirâmide de Maslow (1943), a facilitação através de uma relação de apoio e confiança estabelecida num curto espaço de tempo, o garante da segurança, a promoção da saúde e redução global dos riscos.

No seu estudo, Carvalho et al. (2014) explicam que utilizaram diversas estratégias de intervenção, sendo que as estratégias psicoterapêuticas foram as mais frequentemente utilizadas e as que revelaram maior impacto, contribuindo para ajudar os clientes do serviço de emergência psicadélica a atravessar a crise. Por fim, importa referir um estudo recente realizado com pessoas que utilizam substâncias psicadélicas fora dos contextos clínicos que sublinhou três características principais que os utilizadores de substâncias valorizam entre os seus prestadores de cuidados: presença, confiança, e empatia, salientando ainda a capacidade de “dar espaço” durante a experiência psicadélica como um componente integral de resultados terapêuticos eficazes (Thal et al., 2022). Assim, este trabalho é concretizado através da promoção de um espaço seguro, sem julgamento e de aceitação incondicional materializado numa estrutura socio-sanitária, com profissionais treinados, montada no recinto do evento, onde a pessoa em crise pode experienciar as variadas emoções e conflitos internos que emergem naquele momento de forma segura, com o suporte de um facilitador (Grof, 2008).

O papel do psicólogo neste tipo de serviços passa, então, pela promoção de fatores de proteção e facilitação da experiência e resolução de sintomatologia psicológica, com vista à resolução do episódio de crise (Carvalho et al., 2014) no quadro de implementação de estratégias de RRMD sociais e para a saúde da pessoa. Como referem estas autoras, quando o terapeuta manifesta empatia e encoraja a pessoa a expressar as suas dificuldades, demonstra uma atitude de compreensão da situação e vincula-se empaticamente à pessoa em crise, há uma diminuição dos sintomas e uma perceção menos ameaçadora dos acontecimentos. Neste âmbito, podem ser usadas algumas técnicas específicas, como exercícios de respiração para lidar com

sintomas de pânico ou ansiedade, escuta empática e reflexiva para ajudar na resolução do conflito (Grof, 2009; Rogers, 2009), *walking therapy*, técnicas de *mindfulness* e *grounding*, expressão das emoções e pensamentos através de atividades artísticas (Gorman et al., 2021).

A intervenção em crise é uma modalidade de terapia de apoio caracterizada pela sua ação a curto prazo, cujo principal objetivo é fornecer uma resolução rápida e promover o alívio de sintomas, de forma a diminuir o mais possível os danos para o sujeito de forma a restabelecer o seu normal funcionamento (Ferreira, 2004; Ziegielewski & Powers, 2005; Carvalho et al., 2014; Valente et al., 2017). Esta intervenção representa, portanto, uma oportunidade para a delimitação de uma nova área de missão com objetivos, estratégias e impactos que não estão ainda cobertos por nenhuma das áreas reconhecidas no campo da intervenção nos comportamentos aditivos e outras dependências. Esta oportunidade encerra relevantes benefícios esperados para a saúde mental e para a redução dos riscos associados ao uso de drogas.

4. Entidade de Acolhimento do Estágio

A entidade de acolhimento do estágio é uma associação criada em 2016 por uma equipa multidisciplinar com comprovada experiência em investigação e intervenção em ambientes recreativos noturnos, associada a alguns dos membros da Good Mood (empresa responsável pela organização do Boom festival)². Esta associação nasceu da vontade de unir esforços no sentido de criar respostas de intervenção inovadoras, baseadas na evidência e culturalmente válidas através da participação da comunidade local. O mote para a sua criação remonta à implementação de um serviço de apoio a pessoas em crise psicológica em consequência de consumo de SPA disponibilizado pela organização do Boom Festival. Entre outros, este serviço foi implementado e investido pela organização deste festival como uma

² O Boom Festival é considerado como um dos principais sete festivais transformacionais do mundo. O Boom é um evento multidisciplinar, transgeracional e intercultural, de grande impacto social, económico e cultural. É um evento bienal que acontece no Interior de Portugal.

resposta de cuidado para com as pessoas que o frequentam e que, no seu recinto, fazem uso de substâncias psicoativas. Em 2010, este serviço reforçou a sua intervenção em termos de recursos humanos especializados graças ao estabelecimento de uma parceria de cooperação com o SICAD.

Desde Abril de 2019 e ao abrigo do projeto PORI, cofinanciado pelo SICAD e pela Câmara Municipal de Lisboa, a associação conta com um espaço fixo de contacto e informação em Lisboa, aberto ao público dois dias por semana, onde oferece informação fidedigna sobre SPA e RRMD e sobre saúde e segurança em contextos de lazer noturno.

Trata-se de um espaço seguro onde é garantida a confidencialidade às clientes. Este espaço está vocacionado para o esclarecimento individualizado de questões acerca de drogas e outros tópicos relacionados com vários aspetos da saúde, tanto física como mental, associados ao consumo de SPA. Neste espaço são prestados serviços de promoção da saúde e educação para as drogas, *drug checking* (análise química de substâncias), aconselhamento e estratégias de minimização de danos e apoio na gestão de consumos de SPA, apoio psicossocial, fornecimento de materiais de RR (*flyers* informativos, preservativos, *kits-sniff*, etc.) e consultas de aconselhamento psicológico, RR e apoio à integração de experiências.

A associação tem como principal missão dar uma resposta de qualidade e proximal aos comportamentos de risco associados ao uso de SPA, quer prevenindo-os, quer contribuindo para a adoção de práticas de consumo de menor risco. A resposta implementada pretende atender, por um lado, às necessidades individuais da pessoa que usa SPA e, por outro, às dimensões contextuais e ambientais, de forma a construir uma resposta respeitadora, pragmática e realista. A associação surge, assim, com o objetivo investigar, intervir e advogar pelo empoderamento, segurança e saúde das pessoas que usam SPA.

É importante referenciar que a entidade desenhou também um conjunto de medidas de RRMD a implementar em ambientes de recreação noturna com o objetivo de contribuir para a

adesão a padrões de consumo de menor risco. A dimensão e a heterogeneidade da noite lisboeta explicam o recurso a uma diversidade de estratégias de intervenção, de forma a ampliar o alcance da intervenção e a potenciar o seu sucesso.

A intervenção assente nos princípios que norteiam a RRMD afigura-se como especialmente adequada, visto que esta procura encontrar o indivíduo onde ele se encontra e apoiar a pessoa na direção da mudança positiva de comportamento, seja essa mudança a abstinência, a moderação dos consumos ou a redução de riscos associados aos consumos de SPA (Marlatt & Witkiewitz, 2002, p. 867).

A associação, na sua apresentação (Kosmicare, n.d.), refere que visa também implementar investigação com o objetivo de:

1. Desenvolver investigação inovadora acerca de tendências, padrões, trajetórias e farmacologia associada aos usos de substâncias psicoativas que promove a aceitação e integração das substâncias psicadélicas tanto como objetos de investigação como ferramentas de intervenção.
2. Avaliar modelos de intervenção de forma a promover a adoção de práticas baseadas na evidência pela comunidade de profissionais e organizações a trabalhar ao nível dos problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas.

Por último, a associação pretende também implementar ações de *advocacy* no sentido de:

3. Advogar pelos direitos humanos das pessoas que usam drogas, dos seus ambientes e comunidades através da elaboração de recomendações de políticas mais humanas e informadas.
4. Promover o desenvolvimento de uma atitude socialmente responsável entre decisores políticos e agentes económicos envolvidos na promoção de ambientes de diversão noturna e políticas urbanas que afetam as pessoas que usam drogas.

Assim, através da disponibilização de um serviço integrado que articula cada vez mais valências de intervenção e as associa a metodologias inovadoras baseadas na evidencia, a associação pretende constituir-se como exemplo de ação nesta área a nível mundial, ancorada numa política de drogas que enquadra, promove e estimula as intervenções na área da redução de riscos e minimização de danos.

Nas secções seguintes procede-se a uma descrição dos serviços prestados pela associação.

4.1. Drug Checking

O serviço de *drug checking*, que consiste na análise de substâncias com vista à aferição da sua real composição e deteção de adulterantes, prestado conjuntamente com o aconselhamento especializado onde as pessoas podem receber informação objetiva acerca das características químicas das suas SPA, é uma das principais estratégias de RRMD disponibilizadas pela entidade de acolhimento. O seu principal objetivo é, além da promoção uma perceção do risco mais ajustada à realidade, de práticas de consumo de menor risco e da adoção de padrões mais seguros, impedir que as pessoas consumam substâncias tóxicas ou muito adulteradas, possibilitando também a monitorização dos mercados informais de drogas, a recolha de informação sobre os padrões de adulteração e a deteção do aparecimento de novas substâncias psicoativas e/ou perigosas. Assim como muitas intervenções de prevenção, o *drug checking* visa mudar os comportamentos das pessoas, fornecendo-lhes informações precisas sobre o conteúdo das substâncias e estratégias específicas sobre como minimizar os riscos associados ao uso de SPA ilegais (Kosmicare, 2021).

O aconselhamento é considerado um momento privilegiado de contacto com as pessoas, principalmente com populações às quais é difícil aceder por outros meios (Martins et al., 2015). Trata-se, portanto, de uma oportunidade para fornecer informação científica sobre as reações mais comuns dos indivíduos a uma determinada substância, aumentando desta forma a

consciência dos seus riscos potenciais. As intervenções de psicoeducação são baseadas na Teoria da Ação Refletida (Ajzen & Fishbein, 2010) e na teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1985), que propõem que o comportamento de uso de drogas é influenciado pelas percepções da pessoa, pelas possíveis consequências do comportamento, pela capacidade percebida de o realizar, pelas opiniões das outras pessoas sobre esse comportamento e pelas características do contexto (Fishbein & Ajzen, 2010).

Vários estudos que visam avaliar o impacto deste tipo de serviços no comportamento dos consumidores mostram que a maioria das pessoas reporta a intenção de descartar a substância quando o resultado é inesperado e/ou contém compostos perigosos ou desconhecidos (Martins et al., 2017).

Estes serviços contribuem ainda para a monitorização dos mercados, já que têm sido eficazes na deteção e alerta da presença de NSP como adulterantes de substâncias mais tradicionais (MDMA, anfetaminas ou LSD) (Martins et al., 2017), bem como no acompanhamento da evolução dos mercados de NSP e do mercado negro em geral (Giné et al., 2017), sendo este um complemento de outras estratégias de monitorização, como os dados de apreensões policiais e análise de águas residuais. A informação permite ainda aos governos e organizações da sociedade civil proceder a um melhor planeamento de campanhas de prevenção e de RRMD.

Quanto ao alcance das respostas do drop-in, serviço de *drug checking* da associação, durante o segundo ano de funcionamento, os dados recolhidos no âmbito das atividades entre Novembro de 2020 e Novembro de 2021 mostram que foram submetidas 240 amostras ao serviço de *drug checking*. Destas, 45% foram submetidas como sendo MDMA, 18% como cocaína, 10% como LSD, 10% como ketamina, 4% como anfetamina, 4% como catinonas e 3% como 2C-B. Os restantes 6% (“outros”) correspondem a amostras de DMT, mescalina, heroína, diversas triptaminas e outras amostras entregues como substância desconhecida.

Em 90% das amostras submetidas como sendo MDMA, foi apenas detetado MDMA. Nas amostras submetidas como LSD, foi detetado apenas LSD em 80% das amostras.

Foram entregues para análise 43 amostras de cocaína, sendo que 16 estavam na forma de base (crack).

Nas amostras de cocaína (hidroclorato), em 14 apenas foi detetada cocaína. Em duas amostras não foi detetada a presença de cocaína. As restantes amostras continham cocaína com outros adulterantes. Todas as amostras de cocaína base (crack) continham cocaína e outra(s) substância(s).

Nas 25 amostras submetidas como ketamina, em 19 foi apenas detetada ketamina. Das 9 amostras de anfetamina, mais de metade das amostras continham anfetamina adulterada com outra(s) substâncias e em duas amostras não foi detetada anfetamina. Das 8 substâncias entregues como sendo 2C-B, 7 continham apenas a substância esperada (Kosmicare, 2021).

4.2. Intervenção em Ambientes Recreativos Noturnos

Considerar o ambiente como preditor de consumos excessivos e comportamentos de risco tem sido uma preocupação da entidade de acolhimento do estágio. Nesse sentido, através de estratégias de marketing social, e num ambiente onde o consumo excessivo é um padrão frequente, um dos objetivos é facilitar a disseminação de informação e educação para o consumo responsável. O envolvimento dos principais atores que *fazem* os ambientes de recreação noturna, nomeadamente os promotores desses ambientes, no planeamento e implementação dessas respostas, é uma forma de assegurar que a linguagem utilizada e os conteúdos das mensagens são adaptados aos eventos e aos públicos que os frequentam.

A par da intervenção em RRMD, pretende-se sensibilizar os promotores dos ambientes de recreação noturna para a importância das condições de saúde e segurança (e.g. boas ligações a transportes públicos, existência de água potável gratuita, garantia de que as bebidas não-alcoólicas não são mais caras do que as alcoólicas, entre outras medidas), capacitando-os das

competências necessárias para a gestão responsável do consumo de álcool, para a gestão de situações de conflito e de emergência psicológica e, finalmente, para a promoção de ambientes recreativos noturnos mais saudáveis e seguros.

4.3. Educação de Pares

O United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) define a educação de pares como o recurso a educadores da mesma idade ou experiência para transmitir mensagens educacionais a um grupo-alvo. Estes pares transmitem normas, crenças e comportamentos saudáveis dentro de seu grupo de pares ou da comunidade (UNODC, 2003). Em resumo, os pares trabalham para os seus iguais. Devem partilhar características como a idade, o género, a orientação sexual, o perfil socioeconómico, a pertença a subculturas específicas, entre outras. A educação de pares pode ser descrita como um trabalho colaborativo entre pessoas que não têm autoridade umas sobre as outras (UNODC, 2003).

Ao assentar numa lógica de igualdade de “status,” este tipo de intervenção permite potenciar o sucesso da comunicação, da partilha de informação e o envolvimento dos jovens no debate. Isto é particularmente importante em assuntos do foro íntimo e com potenciais consequências a nível legal, como o consumo de SPA. Trata-se de uma estratégia especialmente útil para chegar a populações a que, normalmente, é difícil aceder, procurando incentivar a partilha de experiências reais e de histórias de vida, de forma a potenciar o impacto dos programas.

Nesta linha de ideias, a entidade de acolhimento do estágio contempla a formação de pares voluntários enquanto estratégia de intervenção transversal a todo o projeto. Os pares são pessoas que frequentam ambientes recreativos noturnos, quer sejam ou não consumidores de SPA. Uma estratégia de educação de pares eficaz deve obedecer a uma série de critérios, que a entidade de acolhimento considera nos processos de recrutamento, formação e acompanhamento dos seus pares:

- Fornecer informação objetiva e baseada na evidência acerca do consumo de SPA, apresentando uma visão factual e equilibrada sobre as substâncias e os potenciais riscos e benefícios do seu uso, facilitando as tomadas de decisão informadas.
- Fornecer aos pares formação em estratégias de comunicação, técnicas de negociação e gestão de conflitos, intervenções breves e conteúdos específicos acerca dos quais o programa versa. Para além da formação, os pares beneficiam de um acompanhamento constante por parte dos técnicos do projeto.
- Os pares são envolvidos nas diferentes fases de conceção e implementação do projeto, assim como na maioria das suas atividades, promovendo um ambiente democrático e participativo dentro da equipa.

4.4. Estratégias de Comunicação

A comunicação da associação tem duas vertentes principais: uma é de dar a conhecer os serviços prestados, quer a quem deles possa vir a usufruir diretamente, quer a profissionais de saúde e serviços que trabalham na área do consumo de substâncias psicoativas; outra é a da informação sobre práticas de consumo com vista à redução de riscos associados ao consumo daquelas substâncias, oferecendo um contexto individual de apoio, informação, referenciação e não julgamento para as pessoas que usam drogas.

4.4.1. *Netreach — Intervenção de Proximidade Online*

Tradicionalmente, na investigação sobre a relação entre internet e o consumo de SPA, conceptualizava-se aquela como sendo uma mera ferramenta de acesso à informação. Contudo, na última década a internet tem vindo a ser cada vez mais utilizada como plataforma para compra e venda de SPA. Entretanto, dentro do grande grupo de consumidores, os frequentadores de contextos festivos são o subgrupo que mais se relaciona com as novas tecnologias em geral (Barratt, 2011). Assim, a RRMD tem vindo a explorar as tecnologias de informação, as redes sociais e as tecnologias em geral para efeitos de intervenção junto da sua

população-alvo, servindo-se da comunicação via Twitter, Facebook, Instagram e outras plataformas e disponibilizando serviços de *drug checking* através da *darknet*. Por esta via, são divulgadas mensagens de promoção de consumo mais seguro, de alertas, de promoção de acessibilidade a ferramentas de autoavaliação e a serviços de aconselhamento à distância, entre outros (Pompidou Group, 2017).

A entidade de acolhimento do estágio tem vindo a adaptar as lógicas e os princípios que regem a intervenção comunitária no âmbito da RRMD para os contextos online, num tipo de metodologia denominada de *Netreach* (Pires et al., 2015). Este tipo de abordagens inclui uma série de estratégias que a entidade desenvolve, como a participação direta em fóruns de discussão, a criação e dinamização de redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram), chats (Whatsapp, Telegram), apps (Drugsmeter e Drinksmeter), entre outras.

Este tipo de estratégias apresenta claras vantagens: acessibilidade 24 horas por dia e 7 dias por semana; baixo-custo e grande capacidade para chegar a públicos de difícil acesso, ao mesmo tempo que garante a sua privacidade e anonimato. O *netreach work* apresenta-se como uma intervenção complementar ao trabalho de *outreach*, permitindo a continuidade da relação interventiva com os públicos-alvo.

4.4.2. Campanhas de Marketing Social

Os objetivos do marketing social passam pelo estímulo da consciência social de cada indivíduo e pela criação de novos hábitos, com vista à promoção da mudança ao nível das atitudes e comportamentos (Bolonas, 2011). Existe evidência de que as intervenções que adotam princípios de marketing social são especialmente eficazes numa gama ampla de comportamentos, nomeadamente no uso de SPA, numa diversidade de públicos-alvo e em diferentes contextos. O marketing social pode formar uma estrutura eficaz para intervenções de mudança de comportamentos e pode fornecer um conjunto de ferramentas úteis para organizações que procuram mudar comportamentos no âmbito da saúde.

Por estes motivos, a entidade de acolhimento tem vindo a implementar campanhas direccionadas a pessoas que frequentam ambientes de diversão noturna. Trata-se de campanhas assentes em estratégias de marketing social que recorrem a materiais informativos e a canais de media para disseminar os seus conteúdos educativos. A literatura académica tem demonstrado que campanhas bem executadas podem contribuir para uma alteração de comportamentos, ao mesmo tempo que constituem estratégias economicamente sustentáveis.

PARTE II — COMPONENTE PRÁTICA DO ESTÁGIO

5. Enquadramento Prático do Estágio

5.1. Contextualização do trabalho do Psicólogo Clínico na Entidade de Acolhimento

O trabalho clínico desenvolvido pelo psicólogo no âmbito da entidade de acolhimento passa, primeiramente, pela intervenção psicológica individual com pessoas que usam drogas e que constituem o público-alvo da entidade. A abordagem é humanista e centrada na pessoa, ou seja, desenvolve-se num quadro de aceitação incondicional, no qual cabe ao psicólogo criar as condições necessárias ao desenvolvimento e à mudança da pessoa, em conformidade com a sua decisão (Rogers, 2009; Tatarsky, 2007). Tendo em conta o papel que, reconhecidamente, o contexto exerce na evolução dos problemas associados ao uso de drogas (Calafat et al., 2001; Fernandes, 2009; Cruz, Machado & Fernandes, 2012; Reinerman, 2005), ser psicólogo na instituição implica também o reconhecimento dos princípios da Psicologia Ambiental e Comunitária. Isto significa que a intervenção reconhece o ambiente em que o consumo acontece e trabalha sobre esses ambientes criando fatores protetores que influenciam positivamente os comportamentos no sentido da mudança, exigindo uma colaboração entre os diversos parceiros, equipas e a comunidade (Menezes, 2010).

Desta forma, o psicólogo na instituição em causa intervém no âmbito de uma equipa multidisciplinar (profissionais da área de Psiquiatria, Medicina, Química, Farmácia, Antropologia, Design, entre outras) em que todos os elementos têm um papel fundamental e complementar na redução dos danos físicos, mentais e sociais associados ao consumo de drogas. O psicólogo, em particular, é uma peça fundamental a vários níveis. Cabe-lhe a elaboração de conteúdos relacionados com a saúde mental e a RR, nomeadamente conteúdos de promoção da saúde e prevenção da doença difundidos em campanhas, formações ou nas redes sociais; participa em tarefas de investigação e desenho de projetos que beneficiem de conhecimentos das Ciências Sociais e que relacionem os temas das Drogas e da Saúde Mental; e, acima de tudo, o psicólogo é fundamental para o desempenho de funções de avaliação e

intervenção psicológica junto das pessoas que usam drogas. A esse nível, são de salientar os seguintes tipos de intervenção:

- A intervenção em crise, no momento em que a emergência psicológica ocorre, que deve ter carácter de proximidade nos ambientes recreativos noturnos com dimensão que o justifique.
- A intervenção continuada à distância (via telefónica e mediante inscrição via website ou canais digitais) nas situações em que a necessidade de intervenção em crise não está associada a um ambiente recreativo noturno em particular.
- Aconselhamento psicológico orientado tanto para a redução de riscos e apoio na gestão de consumos de SPA como para a integração da crise relacionada com os usos de substâncias psicoativas, nas situações em que a necessidade de apoio surge na sequência de um episódio de emergência psicológica e já numa fase que lhe é posterior.

5.1.1. Consultas de Apoio Psicológico

O acompanhamento psicológico levado a cabo pelo psicólogo na entidade de acolhimento do estágio pode ocorrer em momentos e ambientes distintos, definidos pela presença ou ausência de crise no momento da intervenção, bem como pelo contexto em que a intervenção tem lugar. Tipicamente, o acompanhamento psicológico resulta de pedidos, por parte de quem consome drogas, relacionados com a vontade/necessidade de reduzir e/ou gerir consumos, gerir a ansiedade, esclarecimento de dúvidas com substâncias psicoativas (SPA), necessidade de integrar experiências com SPA, perceção de risco de desenvolver psicose, acompanhamento psicológico após episódio de emergência psicológica, consumo problemático e/ou de risco de SPA, relacionamento abusivo com SPA e dificuldades na gestão da saúde mental e de alguns sintomas (e.g. paranoia, ansiedade, desconforto psicológico, etc.)

A consulta de apoio psicológico fora dos momentos de crise constitui um período de acompanhamento psicológico e avaliação psicológica que procura reconstituir a história clínica da pessoa, quer do ponto de vista da saúde física, quer do ponto de vista da saúde mental, quer do ponto de vista familiar, bem como analisar os seus padrões de consumo. Os objetivos que guiam este tipo de intervenção são:

- A diminuição dos danos em termos da saúde mental que resultam do uso de SPA;
- O aumento do conhecimento sobre riscos e danos associados ao consumo através de uma abordagem de psicoeducação.
- O eventual encaminhamento para serviços de saúde que se considerem pertinentes.
- A diminuição da probabilidade de que as crises associadas ao consumo de SPA evoluam para doença mental.

Em primeiro lugar, importa referir que o contacto com o psicólogo nestas consultas realizadas na instituição constitui-se como um ponto de contacto e informação inicial para as clientes usuárias de substâncias e permite o encaminhamento para outros locais especializados, com respostas que sejam adequadas às suas problemáticas particulares, cujas necessidades de resolução vão além do seu uso de substâncias (e.g., serviços de apoio à vítima, questões LGBTQIA+, Chemsex, serviços psiquiátricos especializados, etc). Assim, a ida ao psicólogo nesta instituição acaba por ser, muitas vezes, um primeiro contacto destas pessoas com uma entidade de saúde mental, uma vez que se trata de um público-alvo que não se identifica com as abordagens tradicionais de intervenção nas dependências (baseadas em modelos de tratamento mais diretivos e orientados para a abstinência) e que, por essas razões, acaba por não aceder a qualquer tipo de estrutura de suporte ou informação.

O segundo grande objetivo é um dos principais motivos pelos quais as pessoas procuram a consulta é a gestão dos consumos e a redução dos riscos associados. Estas consultas são, normalmente, intervenções breves, baseadas no modelo da Entrevista Breve Motivacional,

adaptada da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2012) e dos Estádios de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Norcross, 2001). Através de técnicas como o método socrático, são colocadas perguntas reflexivas em conjunto com o paciente, discutem-se aspectos positivos e negativos associados ao consumo, o “custo-benefício” de determinado padrão de consumo, de forma a suscitar a reflexão da pessoa sobre qual será a melhor solução para a cliente (Miller, 2006; Miller & Rollnick, 2002), assim como sobre crenças disfuncionais que poderão estar na base do consumo (Santos & Medeiros, 2017). Estas sessões incluem um trabalho de psicoeducação, no qual se partilham estratégias de RR baseadas em evidência científica (Panagopoulos & Ricciardelli, 2005; Jenkins, Slemon & Haines-Saah, 2017; Fernández-Calderón et al., 2014; Fernández-Calderón et al., 2018). Mais especificamente, são trabalhados mitos sobre drogas, esclarecimento de dúvidas e partilha de informação sobre efeitos, contraindicações, interações com medicamentos e entre substâncias, doses recomendadas. É abordado o papel do *set e setting*, isto é, a influência do estado mental, do contexto onde o consumo acontece (Zinberg, 1984). São também providenciadas estratégias de autorregulação em caso de eventual episódio de crise e são trabalhadas as expectativas da cliente. Nestas consultas, o psicólogo tem o papel de providenciar estratégias específicas para auxiliar a gestão de consumo (e.g, definir momentos específicos do dia, monitorizar gatilhos, planos de mudança a curto prazo, etc.), mas também o de propiciar um espaço seguro e criar as condições para o cliente explorar as suas necessidades no que diz respeito ao seu padrão de consumo, transformando o seu significado. A ressignificação ocorre sem que o psicólogo exerça qualquer inferência sobre o que é melhor para o paciente. É o paciente que chega às suas próprias conclusões no seu momento possível (Tatarsky, 2017).

Estas consultas focadas na gestão de consumos e redução de riscos são muitas vezes providenciadas em complemento ao serviço de *drug-checking* (Valente et al., 2019), no momento de entrega dos resultados, em sessões breves. Contudo, podem também ser realizados

acompanhamentos continuados se assim se justificar, como no caso da paciente A., cuja formulação clínica vai ser apresentada neste relatório (cf. p. 60 e ss.).

Outro motivo que leva as pessoas a procurar o serviço de consultas da associação é o aparecimento de sintomatologia psicológica persistente (sintomas de ansiedade, ataques de pânico, sintomas depressivos, paranoia, alterações persistentes da percepção, desconforto psicológico, etc.) após terem vivenciado um episódio de crise psicológica associado a uma experiência com SPA, bem como a re-traumatização por experienciar memórias de eventos traumáticos passados (Nielson & Megler, 2014; Kaasik & Kreegipuu, 2020) — normalmente no consumo de LSD (ácido lisérgico), psilocibina (cogumelos mágicos), MDMA, ecstasy, cocaína ou canábis — que, muitas vezes, impedem o consumidor de voltar à sua vida normal (Aday et al., 2020).

Nestes casos, o papel do psicólogo passa por providenciar suporte e espaço seguro à pessoa para que ela possa explorar a narrativa da sua experiência, atribuir-lhe significado e integrar os conteúdos que emergiram da experiência com as SPA na sua vida, facilitando à cliente a possibilidade de reeditar a relação consigo próprio, com os outros e com o seu meio-ambiente (Gashi et al., 2021). Permite também avaliar e sinalizar possíveis casos de sintomatologia psicótica e prevenir eventuais surtos psicóticos, procedendo à necessária referência para serviços especializados (Carvalho, 2014) e assim prevenindo danos futuros a nível de saúde mental, ao mesmo tempo que providencia ferramentas para integrar a experiência e lidar com emoções difíceis. As abordagens usadas têm uma base Humanista — centrada na pessoa — partindo do princípio de que a pessoa é detentora da sua própria capacidade de cura e do conhecimento daquilo que será melhor para si (Rogers, 2009; Grof & Grof, 2009; Gorman, et al., 2021).

Neste âmbito, é usada a psicoeducação como técnica interventiva, que tem como principais objetivos:

- Promover a tomada de consciência a respeito de sentimentos e pensamentos que estão na base dos sintomas, através da disponibilização de um espaço seguro para a realização deste trabalho de exploração, usando técnicas de espelhamento (mirroring techniques) e de predisposição curiosa (open curiosity) na comunicação (Tatarsky, 2017). Podem também ser aplicadas práticas baseadas em mindfulness, no trabalho com o grounding (Coholic, 2011) e outras técnicas provenientes de abordagens da psicoterapia corporal, tais como a Experiência Somática, Psicoterapia Sensorio-Motora, Respiração Holotrófica e Hakomi (Mithoefer, 2017), que permitam identificar e tratar os sintomas psicossomáticos.
- Promover estratégias de coping adaptativas e flexíveis, que passam principalmente por promover a aceitação de qualquer emoção e sentimento que possa ser experienciado, em vez do seu evitamento e repressão.
- Estes últimos dois grandes objetivos da consulta psicológica (gestão de consumos e integração de experiências) não são mutuamente exclusivos, sendo que, muitas vezes, as pessoas fazem o trabalho de integração de episódios de crise ao mesmo tempo que procuram implementar estratégias de redução dos seus consumos que se coadunem com um padrão de uso que seja mais adequado às suas necessidades do momento.
- Diminuir reações negativas após experiências intensas com SPA e disponibilizar estratégias que ajudem no processo de integração e expressão de emoções reprimidas, tais como escrita consciente ou journaling, meditação, expressão artística, práticas baseadas em mindfulness, técnicas de respiração, envolvimento em projetos da comunidade, ativação redes de suporte social, etc.

5.1.2. Avaliação Psicológica

Antes de realizar qualquer tipo de intervenção/acompanhamento, o trabalho do psicólogo passa pela realização da Avaliação Psicológica.

A Avaliação Psicológica configura-se como um processo da competência exclusiva de um psicólogo que pode ser realizada nos mais diversos cenários a partir de um vasto leque de instrumentos. Entre estes estão as entrevistas, a observação, a aplicação de testes psicométricos, bem como testes projetivos e situacionais. Importa salientar que esta prática da avaliação psicológica assenta em todo um quadro teórico-metodológico que guia a ação do profissional na compreensão das queixas e/ou solicitações da pessoa avaliada.

Na instituição de acolhimento, o trabalho de avaliação relaciona-se com o aprofundamento dos motivos que levam a cliente à consulta; explorar a construção da história do problema (quando começou, o que aconteceu, qual a narrativa que a suporta e o que se pretende mudar); recolher informação sobre experiências prévias com a substância (padrões e posicionamento da cliente em relação ao consumo); e perceber quais as consequências do consumo no momento. Para a realização deste trabalho, o psicólogo tem, em primeiro lugar, de compreender o momento em que se encontra a cliente e qual a sua motivação para a mudança, recorrendo muitas vezes à identificação do Estádio de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1998) e à Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002). Procura-se, ainda, recolher informação sobre as estratégias de RRMD previamente aplicadas, com melhores e piores resultados, quais as expectativas da pessoa, tendo em conta o uso de substâncias (Aijzen, 2010; Fishbein & Ajzen, 1985), bem como aspetos relevantes da história de vida e sua história psiquiátrica, de forma a elaborar uma anamnese (Kaplan & Sadock, 1992). Para estes efeitos, recorre-se a uma entrevista clínica com questões orientadas por uma predisposição curiosa (*open curiosity*) (Gorman et al., 2021).

A aplicação de testes psicométricos é realizada, quando se justifique, como forma de auxílio na avaliação. Se se verificar a necessidade de despiste de padrão abusivo de consumo, podem ser utilizados o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002). Estes instrumentos servem também para proporcionar a autorreflexão no cliente. Para despistagem de sintomatologia psicológica podem ser usadas a BSI — Brief Symptom Inventory (Nazaré et al., 2017) e o STAI (Spielberger & Reheiser, 2009). Para melhor entendimento de aspetos relativos à personalidade, pode ser usado o NEO-PI-R (Costa & McRae, 2012).

A Avaliação psicológica e a aplicação de testes psicológicos têm o objetivo de reunir informação valiosa para o psicólogo e permitir também, se for esse o caso, o encaminhamento para as outras estruturas que se julguem pertinentes. O processo de avaliação tem, à semelhança de outros processos desenvolvidos no âmbito do estágio, uma orientação humanista. Ou seja, partindo de uma posição não-julgadora, presume-se que a pessoa é detentora de recursos psicológicos que lhe permitam tomar decisões de forma autónoma e informada.

Desta forma, importa destacar que a avaliação psicológica possibilita, enquanto método de trabalho do psicólogo, inúmeros benefícios para esta população, uma vez que auxilia no prognóstico, oferece um suporte psicológico de adesão ao tratamento, contribui para a prevenção e intervenção e coopera com a elaboração de políticas públicas respeitantes aos dependentes de substâncias psicoativas.

5.2. Objetivos Gerais e Específicos

A componente prática cria oportunidades para a aplicação dos conhecimentos adquiridos previamente e fomenta o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica específica e necessária ao enquadramento teórico das problemáticas presentes nos atendimentos clínicos do estágio. Tendo em conta o papel do psicólogo clínico na instituição de acolhimento descrito na

secção anterior, os objetivos gerais do estágio relacionam-se com a componente prática da via profissionalizante e, portanto, com os acompanhamentos clínicos apoiados no modelo humanista de Carl Rogers da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e nos seus três pilares fundamentais: 1) o postulado da tendência atualizante, 2) as seis condições necessárias e suficientes para que ocorra a mudança terapêutica e 3) a orientação não diretiva (Hipólito, 2011). Os objetivos gerais e específicos do estágio são os seguintes:

Objetivos Gerais

- Adquirir experiência profissional na prática psicológica
- Articular teoria e prática.
- Aplicar os conhecimentos adquiridos previamente.
- Adquirir competências novas e diversificadas.
- Aplicar e aperfeiçoar competências de avaliação e intervenção psicológica.

Objetivos Específicos

- Realizar acompanhamento psicológico, incluindo a aplicação de anamnese, a observação e a reconstituição da história clínica.
- Contactar com populações que consomem SPA.
- Refinar a capacidade de triagem e respetivo encaminhamento para outros profissionais, reconhecendo os limites da profissão.
- Contacto com outros profissionais da área da psicologia e integração em equipa multidisciplinar.
- Contactar e refletir sobre as teorias e modelos subjacentes à filosofia da entidade de acolhimento do estágio.
- Articular os modelos subjacentes ao atendimento psicológico na Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) de Carl Rogers.
- Aplicar o Código de Ética e Deontologia na Prática da Psicologia.

- Aplicar instrumento de avaliação, cotar e compreender os seus resultados.

A realização das atividades no âmbito do estágio curricular em contexto pandémico levantou desafios e dificuldades inesperadas, privilegiando-se a execução das tarefas à distância, bem como a adoção de métodos virtuais de trabalho em equipa. Na execução de tarefas presenciais, foram cumpridas todas as recomendações da Direção-Geral da Saúde para o combate à disseminação do vírus SARS-CoV-2.

Importa referir que, além das atividades programadas, foi importante, na fase inicial do estágio, ter tido conhecimento e contacto através, das pesquisas realizadas, com as redes nacionais e internacionais das quais a associação é parte integrante, com ampla implementação e vasta experiência de intervenção, cruciais para a missão da associação, como a Rede Europeia NEWNet; R3 - Riscos, Reduzidos em Rede; Perto LX da Câmara Municipal de Lisboa; LX Nights - CICS.Nova; Trendspotter network do Observatório Europeu das Drogas e Toxicoddependência; Lisbon Gender and Drug Studies Group, ICEERS, SCANNER.

De seguida, serão descritas mais aprofundadamente as tarefas da estagiária e aquilo que aprendeu em cada uma das atividades dinamizadas.

5.3. Plano de Estágio

Com o intuito de concretizar os objetivos propostos no presente estágio, foram realizadas diversas atividades ao longo dos sete meses de duração do mesmo (ver Anexo I — Cronograma do Estágio). A primeira etapa decorreu entre 23 de novembro de 2020 e 7 de janeiro de 2021 e foi dedicada à observação das atividades de 1) Acompanhamentos Psicológicos; 2) *drug checking* e intervenções breves; e 3) Intervenção de proximidade *online*. Esta fase foi também marcada pelo início das Reuniões de Equipa semanais e das Reuniões de Estágio. Este período inicial foi pensado de maneira a possibilitar a adaptação gradual e a integração da estagiária na equipa, permitindo a compreensão do funcionamento geral da entidade e a filosofia pela qual se norteia. Assim, foi imprescindível a leitura e análise de

relatórios, documentos institucionais, pesquisa bibliográfica e participação em *lives* e fóruns de discussão.

Num segundo momento, com início em janeiro de 2021, a intervenção passou realizar-se diretamente com os clientes e com mais autonomia em atividades específicas atribuídas à estagiária, que ficou responsável por 1) fazer o acompanhamento psicológico de clientes da entidade de acolhimento; 2) dar suporte aos atendimentos associados ao serviço de *drug checking* e; 3) ficar responsável pela organização de uma formação (teórica, prática e de supervisão) de Integração de Experiências Psicadélicas para profissionais das áreas da saúde, educação e social; 4) colaborar no desenho e escrita de um projeto de investigação a candidatar no âmbito da RR associados ao uso de substâncias psicadélicas; 5) colaborar no desenho de conteúdos para dinamização da atividade de Netreach.

Devido às restrições impostas pela pandemia de COVID-19, não existiu a possibilidade de realizar intervenção em crise psicológica relacionada com os usos de substâncias psicoativas em ambientes recreativos noturnos/festivais. Inicialmente, o estágio estaria mais focado na intervenção em crise em festivais, nas rondas pelos estabelecimentos e pelo espaço público em Zonas de Lazer Noturno (Projeto Giros de Rua). Devido às restrições mencionadas, houve necessidade de proceder a uma adaptação das atividades e, por esse motivo, foi dada prioridade à intervenção psicológica individual, principalmente com atendimentos online. Estas consultas foram dinamizadas de acordo com as orientações estabelecidas pela Ordem dos Psicólogos Portugueses direcionadas à realização de consultas por meio digital (Carvalho et al., 2019).

É apresentado abaixo um quadro síntese do trabalho realizado.

Tabela 1*Síntese do Trabalho Realizado*

Atividades Realizadas	Objetivos e Competências Desenvolvidos
Observação em Intervenção de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)	- identificação dos pedidos e principais problemáticas das clientes. - aquisição de conhecimentos sobre os principais programas e práticas de intervenção em RRMD. - aquisição de competências básicas e avançadas de intervenção em RRMD.
Observação e realização de acompanhamento psicológico individual	- aquisição de conhecimento sobre trajetórias de vida e experiências de utilizadores de SPA e suas problemáticas. - aquisição de competências básicas e avançadas de intervenção psicológica. - elaboração de anamneses e formulações de caso em intervenção psicológica. - identificar objetivos de intervenção breve e elaborar planos de intervenção individual continuada. - aplicação de instrumentos de avaliação psicológica e de diagnóstico - aquisição de competências específicas no domínio da intervenção psicológica no abuso de substâncias psicoativas.
Intervenção de proximidade online (“Netreach work”)	- contacto e participação nas estratégias desenvolvidas, incluindo tecnologias da informação como: participação em fóruns de discussão, a criação de conteúdo e dinamização de redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram), chats (Whatsapp, Telegram), apps (Drugsmeter e Drinksmeter), etc., de forma que permita a continuidade da relação com o público-alvo. - contacto e participação nas campanhas de marketing social.
Observação e participação noutras atividades da equipa: drug checking, Intervenção Breve Motivacional.	- aquisição de conhecimentos sobre outras esferas de intervenção multidisciplinar em RRMD. - aquisição de conhecimento sobre os diferentes perfis profissionais em RRMD. - contacto e participação nos diferentes projetos em curso na entidade de acolhimento. - organização e participação na formação de Integração de Experiências Psicadélicas. - observação e intervenção em Aconselhamento em RRMD e psicoeducação nos resultados do drug checking.

6. Descrição das Atividades Realizadas

6.1. Atividades de Netreach

Tendo em conta a situação de pandemia COVID-19, houve necessidade, por parte da associação, de um maior investimento na intervenção Netreach (*online*), uma vez que se tornou inviável a intervenção em eventos festivos, sendo estes um dos principais veículos de chegada até ao público-alvo em questão.

Em complemento ao trabalho de prevenção de danos e promoção de saúde realizado na intervenção presencial e individual, a psicóloga estagiária teve a oportunidade de colaborar nesta vertente de intervenção alternativa, que diz respeito à adaptação das lógicas e princípios que regem a intervenção no âmbito da RR aos contextos *online* (Pires et al., 2015). Mais especificamente, a estagiária colaborou na criação e publicação de materiais de educação para as drogas (conteúdos elaborados com o objetivo de serem publicados na página Instagram da associação, com cerca de 6154 seguidores) conforme demonstrado nos Anexos A e B através da disponibilização e divulgação *online* de conteúdos baseados em evidência científica, concretamente em plataformas usadas pelo público-alvo como o Facebook, Instagram, Twitter, Youtube, entre outros.

Este tipo de intervenção permite não só chegar a um elevado número de pessoas, no contexto nacional e internacional, como também facilita a interação entre a equipa e as pessoas que utilizam drogas, promovendo momentos de partilha, esclarecimento de dúvidas, fornecimento de informação de Redução de Riscos e planeamento informado de experiências com drogas.

Ainda no âmbito da intervenção Netreach, a estagiária colaborou no desenho de um plano de divulgação das consultas de apoio psicológico nas redes sociais e no desenho de conteúdos relativos à saúde mental e crises psicológicas associadas ao uso de substâncias, com informações relevantes sobre como lidar com situações de consumo. Este trabalho teve como

objetivo promover a saúde mental dos usuários de drogas em contextos recreativos, reduzindo riscos associados ao uso das substâncias, reduzindo o estigma associado à procura de um psicólogo neste âmbito e promovendo a autoconsciência sobre os seus comportamentos. Para este fim, foram elaborados materiais de divulgação do serviço que podem ser encontrados no Anexo C. São visualmente apelativos, linguisticamente adequados ao público-alvo e ao contexto de disseminação (Facebook, Instagram e Twitter), a serem partilhados uma vez por semana durante 10 semanas. Após as primeiras partilhas, verificou-se um aumento dos pedidos de consulta, cumprindo-se o objetivo da tarefa.

A estagiária contribuiu para a comunicação das consultas psicológicas e de RRMD, apresentando a proposta da mensagem “*Come as You Are*” (Marlatt, 1996) que se encontra no Anexo D. A frase, alusiva à abordagem adotada pela instituição de acolhimento, passou a ser usada nos conteúdos de divulgação do serviço de consultas, nos quais a cliente consumidor de SPA não precisa estar, necessariamente, abstinente. A mensagem pretendia transmitir ao leitor, de uma forma linguisticamente atrativa e simplificada, que no espaço de consulta encontraria um ambiente de aceitação incondicional, isento de julgamento, e uma intervenção que iria ao encontro dos seus objetivos e necessidades particulares e pessoais em relação ao consumo, tal como é defendido nas abordagens da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002) e pela Psicoterapia de Redução de Riscos de Tatarsky (2003).

Para além da divulgação dos serviços da associação, a dinamização dos conteúdos online prendeu-se também com a partilha de estratégias de RR, práticas de consumo mais seguras, informação acerca das drogas, contraindicações, combinações de drogas, desmistificação de mitos associados aos consumos, entre outros. No Anexo E, encontra-se um exemplo dos conteúdos criados e partilhados nas redes sociais visando a desmistificação de ideias acerca das práticas de consumo, bem como o empoderamento das pessoas que consomem substâncias psicoativas e educação para as drogas. Foram também publicadas periodicamente

informações acerca de diferentes substâncias, efeitos, dosagens e indicações sobre a preparação de experiências com SPAs e sobre as estratégias de redução de riscos.

Ao nível da intervenção online salienta-se também a importância da partilha de informações relativas a alertas de adulteração de substâncias, bem como a dinamização de eventos como webinários, debates e tertúlias online e entrevistas a especialistas (e.g., David Nichols, Julie Holland e Nuria Romo Avilés), disponível um exemplar no Anexo F.

Nota Reflexiva

O trabalho desenvolvido no estágio implicou uma intensa revisão da literatura sobre cada tema e sobre as técnicas e práticas mais eficazes na alteração de comportamentos. Este esforço permanente de atualização, que constitui uma parte fundamental da atividade de qualquer psicólogo clínico, incidiu particularmente sobre a psicoeducação — formações, campanhas de sensibilização —, a intervenção Netreach, com a elaboração de conteúdos online. Esta atualização inclui, naturalmente, a pesquisa de plataformas com informação fidedigna e com conteúdos pertinentes acerca de SPA e RRMD.

Do mesmo modo, este trabalho também exigiu competências em marketing social e uma atenção permanente às diferentes subjetividades e diversidade de experiências das pessoas que procuram os serviços da instituição e uma investigação e atualização na área do marketing social de forma a entender as diferentes subjetividades e cativar o público-alvo. Mais concretamente, a realização da intervenção neste campo implicou uma familiarização com a linguagem do público-alvo e com as técnicas de elaboração de publicações nas redes sociais, sendo o resultado final o produto de um trabalho de equipa criativo levado a cabo em conjunto com as outras estagiárias no âmbito das atividades da instituição de acolhimento.

6.2. Colaboração em Candidaturas

Uma das áreas de atuação da associação com grande destaque, é sem dúvida a área da investigação científica acerca do consumo de substâncias psicoativas. Nesse sentido, e apesar

de não ser objetivo primordial deste estágio, a estagiária teve a oportunidade de colaborar no desenho e elaboração de um projeto de investigação-ação que visava responder a uma lacuna interventiva e de investigação na área do consumo de substâncias psicotrópicas, desenvolvendo e aperfeiçoando competências-chave neste ramo.

Tratou-se de um estudo sobre o impacto de uma intervenção de RR direcionada ao uso não médico de psicotrópicos (uso em contextos recreativos) tendo em conta os riscos a ele associados (Aday et al., 2020). Consistiu numa intervenção integrada com o *drug checking* (serviço de análise de substâncias) e consultas breves de apoio psicológico com vista à redução de sintomas psicológicos persistentes (ansiedade, depressão, paranoias, delírios, alterações visuais, etc.) após uma experiência difícil com uma dada substância, em simultâneo com auxílio na integração da experiência através de técnicas diversas (escrita, meditação, *mindfulness*, terapia somática, respiração, grupos de integração, etc.), com base no modelo de Redução de Riscos Psicotrópicos e Integração (PHRI - Psychedelic Harm Reduction and Integration) (Gorman et al., 2021).

Em particular, a psicóloga estagiária colaborou na pesquisa bibliográfica sobre o tema associado ao uso não médico de psicotrópicos, com o objetivo de perceber os riscos associados a um consumo realizado em contextos sem supervisão, quais os possíveis danos a longo-prazo e quais as lacunas na investigação nesta área. Colaborou também na elaboração de uma ficha de leitura/base de dados com artigos pertinentes sobre o tema, no levantamento de necessidades interventivas e de investigação, no desenho da componente psicológica da intervenção, nas reuniões de equipa e na escrita da candidatura.

Nota Reflexiva

Esta atividade exigiu o aprofundamento de competências que foram fundamentais para outras vertentes do estágio e que são também competências gerais úteis ao longo da carreira de um psicólogo, qualquer que seja a sua área de atuação. Entre estas contam-se a aplicação

específica de competências de investigação, nomeadamente a revisão de literatura e a análise de necessidades, associadas às competências na escrita, planeamento e organização de dados, fundamentais na elaboração de futuros projetos; as competências na área da gestão, de comunicação e de relações interpessoais através da participação em reuniões de equipa e do contacto com parceiros do projeto, particularmente úteis para trabalho futuro em associações e empresas. Este projeto criou também a oportunidade de a estagiária dar início à construção de alguns materiais que pudessem servir de apoio à equipa da associação, tais como um manual de atendimento psicológico clínico para preparação e integração de experiências com SPA.

6.3. Drug Checking

Ao longo do estágio, houve a oportunidade de assistir a um atendimento típico no espaço Drop-In, da associação, desde o momento em que o cliente acedeu ao serviço, até que recebeu os resultados e foi encaminhado. Contudo, devido ao contexto pandémico, houve a necessidade de adaptar o programa do estágio para esta atividade, uma vez que o serviço móvel de *drug checking* não esteve em funcionamento. Estando disponível de forma permanente apenas em Lisboa.

O processo desenrolou-se da seguinte forma: depois de recolhida a amostra da substância por um técnico, esta foi analisada num laboratório por técnicos da área de química ou farmácia. Os resultados da amostra foram devolvidos à cliente juntamente com uma intervenção de psicoeducação elaborada por um técnico da área da Psicologia ou de Redução de Riscos, na qual foram transmitidos os riscos associados àquela substância (efeitos, danos a longo prazo, interações com outras substâncias ou medicamentos, etc.), as práticas que a cliente deveria implementar para reduzir esses riscos (relacionados com a dose máxima, via de consumo, estratégias para gerir ou reduzir o consumo, etc.). Nesta conversa foi também abordado o papel que o contexto exerce no decorrer da experiência (as características do contexto físico onde a substância é usada, as pessoas com as quais consome, a importância de

ter alguém a quem recorrer em caso de emergência, se existe água potável, espaços de descanso, etc.) e a importância do estado mental da própria pessoa (como se sente naquele momento, a fase da vida em que se encontra, perturbações psicológicas prévias, etc.). Foram também providenciadas dicas e informações sobre como lidar com episódios de crise psicológica associada ao uso de uma determinada substância (e.g., procurar um lugar mais calmo longe da estimulação, exercícios respiratórios para reduzir sintomas de ansiedade, técnicas de *grounding*, recorrer a uma pessoa de confiança, etc.).

Por vezes, é necessário um acompanhamento mais especializado, muitas vezes a cliente pode ser encaminhada para o acompanhamento psicológico, tendo em conta as necessidades particulares da cliente e as confluências entre as suas características pessoais psicofisiológicas, os efeitos da substância que utiliza e a forma como usa a substância (frequência, quantidade, via de consumo).

Nota Reflexiva

Observar e participar no atendimento do serviço de *drug checking* deu à estagiária uma visão macroscópica, global e integral, do serviço que a associação presta a uma cliente que testa a sua substância, recebe o resultado do laboratório com o suporte do atendimento em RRMD e, de seguida, a sugestão de encaminhamento para o serviço de acompanhamento psicológico.

Neste âmbito, a estagiária teve a oportunidade de entrar em contacto com a realidade da adulteração das diferentes SPA e com o impacto e a eficácia do serviço a partir da resposta da cliente quando este é informado de forma objetiva acerca da alteração ou potenciação da substância (ou seja, quando esta se apresenta em quantidades muito superiores àquela que é considerada a dose “média”). Verificou-se que, ao receberem informações científicas sobre o conteúdo das suas drogas, alguns consumidores consideraram a adoção de comportamentos protetores da saúde. Os resultados da testagem de substâncias representaram também um

contributo para o desenho de intervenções personalizadas de redução de danos que tiveram em conta as características, perfis e motivações das pessoas.

O serviço de *drug checking* contribuiu para a aprendizagem e tomada de consciência por parte da estagiária dos mercados informais de drogas e sua monitorização. Este serviço permite conhecer a introdução nos mercados de novas substâncias ou de novas fórmulas de substâncias já conhecidas, como é o caso das pastilhas de elevada dosagem. Permite também a recolha de informação acerca de novas formas de consumo, dos contextos em que estas ocorrem, constituindo, assim, uma ferramenta essencial para a desenhar as intervenções junto dos consumidores e campanhas de promoção da saúde mais eficazes.

O contacto com o *drug ckeckin* também acrescentou conhecimento à estagiária acerca do papel do *set* e do *setting*, dos efeitos adversos e das contraindicações referentes às diferentes substâncias. Com o intuito de evitar situações de crise psicadélica, a informação sobre a preparação da experiência de SPA passa também pela compreensão da natureza subjetiva da mesma, de forma a gerir expectativas e a promover a autorregulação, bem como a desenvolver novas estratégias e práticas, como ter o auxílio de um *trip-sitter*, que poderá também usufruir de sessões de preparação.

6.4. Planeamento de uma Formação – Formação em Integração Psicadélica

A estagiária ficou responsável pelo planeamento e organização de uma formação para a equipa da associação, com especialistas na área da integração de experiências psicadélicas, com o objetivo de aumentar as competências de intervenção da equipa na área e diversificar as abordagens usadas.

A estagiária ficou responsável por ser a interface entre a instituição formadora — uma organização internacional sem fins lucrativos na área da educação, pesquisa e serviço etnobotânico — e o local de estágio, realizar uma proposta de orçamento, disponibilizar um espaço para a formação, entre outras tarefas administrativas.

Foi desenvolvida a proposta de uma formação de b-learning (*online* e presencial), com 3 dias de formação teórica presencial, 2 dias de formação prática presencial, que incluía técnicas de integração, um *workshop* de respiração holotrófica e, ainda, 12 meses de supervisão clínica *online*.

A Formação em Integração Psicadélica, apesar de aceite, tanto pela equipa da associação como pela entidade formadora, teve de ser temporariamente suspensa devido à pandemia de COVID-19.

Nota Reflexiva

A possibilidade de participação da psicóloga estagiária em atividades ditas “não-psicológicas” ou não clínicas, como foi o caso da organização da Formação em Integração Psicadélica, contribuiu, por um lado, para que houvesse uma familiarização com os atores, associações, instituições, plataformas, autores e conceitos que norteiam a área da psicologia ligada ao uso de SPA, principalmente no que se refere aos “consumos não problemáticos.” Por outro lado, contribuiu para que a estagiária encontrasse formas de atuar como psicóloga mesmo em atividades que não estivessem ligadas a um atendimento psicológico propriamente dito.

6.5. Reuniões de Equipa

A estagiária teve oportunidade de participar em reuniões de equipa, nas quais foram discutidos os vários projetos, as dificuldades presenciadas por cada membro da equipa, os próximos passos em cada projeto a decorrer e as soluções para encontrar novos financiamentos.

Também foi possível participar em reuniões de equipa multidisciplinar relacionadas com os casos que foram presenciados pela estagiária, com a participação de técnicos de áreas como a medicina/psiquiatria, RRMD e psicologia clínica.

Houve oportunidade de realizar reuniões entre as três estagiárias que colaboraram com a associação em simultâneo. As reuniões de estagiárias eram produtivas, não apenas pela oportunidade de partilha de aspetos importantes dos projetos desenvolvidos pelos estudantes e

dos aspetos de funcionamento dos serviços, mas por servirem como um espaço no qual as estagiárias pudessem trocar experiências, refletir e pensar em possibilidades de intervenção naquele específico contexto.

Nota Reflexiva

As reuniões de equipa revelaram ser um espaço de aprendizagem contínua que primou pela multidisciplinaridade, pelo encontro de diferentes saberes e pontos de vista acerca dos diversos temas oferecidos pelo estágio. Estas reuniões entre as estagiárias constituíram uma oportunidade para discutir em profundidade e partilhar as expectativas, anseios e dificuldades de cada uma, que passavam não apenas pelo aperfeiçoamento profissional, mas pelo desenvolvimento pessoal, trazendo ganhos para todas as profissionais envolvidas. O conceito de equipa de estagiárias, oferecido pelo estágio, foi além da conceção tradicional e ofereceu um espaço criativo e acolhedor onde houve lugar para troca de experiências, aprendizagens, percepções, dúvidas, dificuldades, medos e desejos.

6.6. Consultas de Acompanhamento Psicológico Individual

Durante o estágio foram observadas consultas realizadas pela médica psiquiatra e pela psicóloga da instituição. Foram também realizadas consultas de forma autónoma. Este trabalho de observação e dinamização de consultas permitiu à estagiária ter contacto com várias problemáticas que surgem muitas vezes associadas a este público-alvo, tais como: dificuldade em lidar com a gestão do consumo de alguma substância (principalmente de canábis); questões relacionadas com *Chemsex*; sintomatologia psicótica; situações de dificuldade em lidar com experiências desafiantes (*bad trips*) no consumo de substâncias psicadélicas; experiências significativas com psicadélicos que precisam ser integradas, etc.

A participação da estagiária no serviço de consultas contribuiu para também para tomar conhecimento do processo desde o momento em que uma pessoa solicita uma consulta. Por vezes, o pedido está relacionado com um mal-estar associado ao consumo, outras vezes é

solicitado apoio na implementação de estratégias de RRMD ou de gestão do mesmo. A maior parte dos pedidos foram solicitados pelas próprias clientes à associação por e-mail, tendo estes tomado conhecimento do serviço através das redes sociais e ou sido encaminhados por outras instituições de apoio ao usuário de SPA. Normalmente, é inicialmente realizada uma triagem onde o problema e a queixa apresentados são avaliados pelos técnicos da associação e o pedido é encaminhado e agendado de acordo com o objetivo da consulta. Em alguns casos, foram realizadas apenas uma ou duas consultas com a psicóloga de RRMD, o número suficiente para dar resposta à necessidade da cliente. Outras vezes, verificou-se a necessidade de prestar um acompanhamento com um carácter mais continuado — de intervenções breves — e, noutros casos, verificou-se a necessidade de encaminhamento para outras entidades especializadas.

Nota Reflexiva

Após a primeira fase em que os acompanhamentos psicológicos individuais foram realizados em conjunto com outros profissionais (psiquiatra e psicóloga especializada em RRMD), estes passaram a ser realizados de forma autónoma pela estagiária. Além da familiarização sobre a temática do uso de substâncias e as principais queixas das clientes, a estagiária teve a oportunidade de contactar e desenvolver o conhecimento sobre novas possibilidades de intervenção psicológica, tais como as intervenções breves e a RRMD, assim como a familiarização da aplicação de modelos bastante usados nesta área de intervenção, como foi o caso da Entrevista Motivacional.

O saber-fazer do psicólogo na instituição de acolhimento do estágio e a postura humanista adotada pela instituição exigem a necessidade de rompimento com alguns paradigmas clássicos ligados à psicologia, muitos deles provenientes da psicanálise, onde se distancia o cliente do profissional. Este estágio apresenta não apenas a oportunidade, mas também a necessidade de operar algum afastamento das tradições mais formais da psicologia, mantendo-se os padrões éticos e técnicos de um atendimento psicológico. Na prática, este modo

de intervir levou a estagiária a entrar em contato com a realidade das SPA de forma não estigmatizante, respeitando à liberdade de escolha da cliente e aproximando o contato entre psicólogo e cliente na busca por alcançar uma relação terapêutica caracterizada pela investigação colaborativa. Nesta díade honesta, onde há o comprometimento do terapeuta e a responsabilização do paciente na busca da sua própria autonomia, existe abertura para incluir e para adaptar o serviço prestado pelo psicólogo na associação, tanto às escolhas, quanto à realidade do momento presente que a cliente está a viver.

6.6.1. Aplicação de Instrumentos de Diagnóstico e Cotação e sua Interpretação

O estágio ofereceu a oportunidade para a aplicação de instrumentos de diagnóstico adequados à problemática identificada no âmbito da avaliação psicológica realizada pela estagiária. Ficou estipulada a realização de pelo menos uma avaliação psicológica, a ser realizada até o mês de junho de 2021. Em primeiro lugar, a estagiária tinha recebido a proposta de identificar provas e instrumentos de avaliação psicológica nos domínios da avaliação do consumo problemático (e.g., ASI, AUDIT) e no domínio da avaliação do risco relacionado com o uso de SPA (e.g., ASSIST), assim como as escalas de sintomas (e.g., BSI, STAI, MSEC), consoante a pertinência dos casos de acompanhamento psicológico. Realizada a pesquisa e depois de aprovada a decisão em reunião multidisciplinar na associação, foram selecionados os testes psicométricos adequados e procedeu-se à aplicação dos mesmos no âmbito de uma avaliação psicológica realizada à paciente A., cujo caso será formulado e analisado na Parte III deste relatório.

Os instrumentos aplicados pela estagiária foram o STAI — Inventário de Estado-Traço de Ansiedade, a BSI — Inventário de Sintomas Psicopatológicos, e o NEO-PI-R — Inventário de Personalidade. Não foram aplicados testes de despistagem de consumos problemáticos (como o ASSIST ou o AUDIT), uma vez que, no caso da avaliação psicológica em questão, não se verificou essa necessidade, já que havia conhecimento prévio do padrão de consumo da

cliente, que tinha demonstrado ter consciência do carácter de abuso do seu consumo. Assim, foi dada preferência a um complemento de avaliação que providenciasse mais informação relativa a sintomatologia psicológica. Esta questão será desenvolvida de forma pormenorizada mais a frente no relatório de estágio, no ponto 7, relativo ao caso clínico.

Nota Reflexiva

A estagiária identifica-se fortemente com a ACP e com a abordagem humanista, mas vai mais longe na defesa de que o diagnóstico nem sempre é necessário (Rogers, 1951). No contexto da associação, era necessário considerar o diagnóstico sem que houvesse um foco exclusivo no mesmo, uma vez que os instrumentos psicológicos eram aplicados em situação que assim o exigia, e não por método. Mesmo havendo um diagnóstico, a estagiária teve sempre a preocupação de abordar cada cliente de acordo com a sua singularidade e respeitando a sua idiossincrasia. Independentemente desta consideração, a aplicação dos referidos instrumentos proporcionou uma aprendizagem da interpretação, cotação e devolução dos resultados, bem como da importância de saber fornecer *feedback*. Este processo, em paralelo com a construção da relação terapêutica com o objetivo de aumentar a consciência de que os consumos devem ser o foco da atenção do consumidor, permitiu à estagiária lidar com o desafio de desenvolver e potenciar o envolvimento do consumidor na intervenção proposta. Os benefícios para esta população da aplicação de testes psicológicos têm que ver com o auxílio que prestam ao prognóstico, ao suporte psicológico relativo à adesão ao tratamento e no seu contributo para a prevenção e intervenção. Tem também um papel importante na definição de políticas públicas referentes às dependências em SPA.

Para que o consumidor de SPA consiga compreender os propósitos da avaliação, a estagiária teve de fornecer informação detalhada sobre a própria avaliação, sobre como os seus resultados podem ser usados para referências adequadas e como também podem ser usados para identificar a eficácia do tratamento ou das estratégias de RRMD disponibilizadas à cliente.

A detecção precoce e a intervenção nos problemas de consumo de SPAs é uma estratégia que aumenta a possibilidade dos indivíduos beneficiarem de uma intervenção breve capaz de reduzir significativamente os danos resultantes do consumo de SPA. Na sequência desta identificação, é possível realizar os encaminhamentos necessários e intervir adequadamente nas particularidades de cada caso.

PARTE III — ESTUDO DE CASO

7. Caso Clínico

Compreensão empática é a [...] capacidade de se imergir no mundo subjetivo do outro e de participar na sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal ou não verbal o permite. É a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê.

— Carl Rogers e Marion Kinget (1977, p. 194)

Segue-se a apresentação de um estudo de caso com a duração de três meses, no qual foram realizadas um total de doze consultas de acompanhamento psicológico e a aplicação de provas de avaliação psicológica. O caso clínico diz respeito à cliente A.³ e a apresentação segue a seguinte estrutura:

- Anamnese
 - Identificação pessoal
 - Motivo da Consulta
 - História Clínica
 - Dados de Observação
 - Genograma Familiar
- Avaliação Psicológica
- Plano de Intervenção
- Síntese das Sessões
- Discussão do Caso
- Reflexão Pessoal

O estudo de caso de A. foi escolhido para ser apresentado neste relatório pelo seu destaque no decorrer do estágio, tanto pela relevância das aprendizagens, duração do

³ Por questões de confidencialidade, a letra A. – por ser a primeira letra do alfabeto – será usada ao longo do estudo de caso para identificar a cliente.

acompanhamento, riqueza de conteúdo e desafio clínico, como pela empatia que se gerou entre terapeuta e cliente. A estagiária reconheceu o processo terapêutico como sendo satisfatório no cumprimento dos principais objetivos propostos, assim como houve um parecer positivo da parte da cliente, revelando a eficácia do acompanhamento psicológico.

A cliente teve acesso aos serviços prestados pela associação, tanto através de autorreferenciação como pela divulgação nos media sociais, sendo o pedido de apoio realizado via email. Inicialmente, foi realizada uma triagem na qual o problema apresentado passou pela avaliação dos técnicos da associação. De seguida, o pedido da cliente foi devidamente encaminhado e agendado para a consulta de RRMD, com o objetivo de dar resposta ao pedido de redução de consumo de canábis.

A consulta de RRMD teve a duração de 60 min e foi realizada por videochamada, uma vez que o contexto da pandemia de COVID-19 assim o exigia. O atendimento foi realizado pela estagiária em conjunto com a psicóloga especialista em RRMD da associação.

Na sequência da consulta de RRMD, foram sugeridas à cliente sessões de acompanhamento psicológico, com as quais concordou. A estagiária realizou duas sessões de avaliação psicológica e, de seguida, nove sessões de acompanhamento psicológico com a cliente. As primeiras consultas tiveram como objetivo o estabelecimento do vínculo terapêutico, da recolha de dados anamnésicos, do desenvolvimento da história familiar e psicoafectiva da cliente. Nesta fase inicial, foi estabelecido o contrato terapêutico, onde foi determinada a frequência semanal, o dia da semana e o horário fixo e a duração das sessões, que variava entre 50 e 60 minutos.

No estágio, foi privilegiada a abordagem terapêutica da ACP. O local de estágio utiliza uma postura eclética sustentada nos princípios da Intervenção Breve Motivacional (Miller & Rollnick, 2002; DiClemente & Prochaska, 1998) e na Psicoterapia de Redução de Riscos (Tatarsky, 2003; Gorman et al, 2021), com um cariz humanista e integrativo, onde os conceitos

fundamentais se prendem principalmente com a atitude não moralista e não avaliativa, compassiva e desestigmatizante da parte do terapeuta, que procura validar a autonomia e direitos pessoais do cliente, respeitando os seus valores e preferências (Gorman et al, 2021).

7.1. Anamnese

Identificação pessoal

A. é do sexo feminino, solteira, com idade aproximada entre os 20 e os 25 anos de idade. É de nacionalidade portuguesa, classe social média e é a mais nova numa fratria de duas irmãs. É licenciada, mas ainda não estava a exercer a profissão, tampouco se encontrava a trabalhar.

Motivo da Consulta

A. manifestou dificuldade na gestão do consumo regular de canábis. Na ocasião, a cliente também mencionou o uso recreativo de outras Substâncias Psicoativas (SPAs), tais como cocaína, ketamina, MDMA e ecstasy.

O motivo da procura de apoio psicológico prendeu-se principalmente com a redução do consumo de canábis e a sensação de falta de propósito e direção na vida pessoal e profissional. Também se queixou de sintomas, tais como episódios de ansiedade e instabilidade no humor.

História Clínica

A. nasceu no final dos anos 90 em Portugal. É a segunda filha de duas irmãs. Os pais são casados apesar de viverem a maior parte do tempo separados fisicamente, pois a profissão do pai exige contínuos e prolongados deslocamentos. Por esta razão, A. emigrou de Portugal com a família na primeira infância e, após cerca de uma década de frequentes mudanças de país, regressou a Portugal no início da adolescência, juntamente com a sua família.

Durante a adolescência, A. ficou a estudar em Portugal, numa escola que se destaca pela qualidade de ensino. Manteve-se nessa mesma escola por quase dez anos, período em que, pela primeira vez, consegue manter relações duradouras com os seus pares, que fazem parte da sua

rede afetiva significativa. São estes colegas da escola de Portugal que passam a ser a sua referência de “grupo de amigos.”

No percurso da escola — do 1º ciclo do ensino básico ao secundário — não sentiu qualquer problema de adaptação e interação com os pares, uma vez que se considera extrovertida e hábil socialmente. Teve sempre um bom desempenho escolar, apesar de ter faltado às aulas muitas vezes para estar com os amigos. Relatou dar início à “vida noturna” em bares e discotecas precocemente, fator que influenciava a participação de A. na escola, uma vez que tinha dificuldade em conseguir acordar cedo para as aulas.

A. conta que foi na fase da adolescência, em Portugal, com as amizades que fez na escola, que iniciou o consumo de canábis e que cerca de três anos mais tarde deu início ao consumo esporádico de outras SPA, principalmente MDMA e cocaína.

A casa de família de A. em Portugal ficava num distrito diferente da escola em que estudava, de forma que, para resolver o problema da distância, a mãe, A. e sua irmã, poucos anos mais velha, passaram a residir numa casa alugada muito próxima à escola. A mãe de A. deslocava-se frequentemente entre a casa próxima à escola e a casa de família, onde estava estruturada a vida profissional e social da mãe, pelo que passava pouco tempo na casa onde as filhas residiam. O pai, devido a contingências profissionais, residia entre Portugal e outros países da Europa.

No final da adolescência, A. emigra novamente para um país do norte da Europa com o objetivo de dar início à sua formação universitária, finalizando o curso quatro anos mais tarde. Recentemente, com a intenção de se juntar à sua família, regressou a Portugal em consequência da situação de confinamento resultante da pandemia de COVID-19.

Do ponto de vista profissional, A. encontrava-se desempregada, mas desejava encontrar um trabalho. Contudo, sentia-se indecisa por qual área profissional escolher: pela correspondente ao seu curso universitário ou por uma área artística na qual tem interesse.

No que se refere às relações familiares, o pai da cliente foi caracterizado como sendo um “exemplo de pai” (*sic*), muito compreensivo, equilibrado e admirado pela filha, que afirma gozar de ótima relação com ele. A mãe foi descrita como uma pessoa de personalidade forte e “caótica” (*sic*), no sentido de ser desorganizada, atrasada e fazer muitas coisas ao mesmo tempo. A. relatou o relacionamento mãe-e-filha como sendo conflituoso, havendo muitos desacordos, principalmente no que toca ao assunto dos consumos de SPA e ao estilo de vida da A. A cliente afirmou também que, apesar de as divergências, conseguia identificar que havia muita semelhança entre ambas: “Somos tão diferentes e tão iguais” (*sic*).

A irmã foi descrita como sendo alguém muito diferente de A. em termos de personalidade. O relacionamento entre elas é próximo e harmonioso: “damo-nos muito bem” (*sic*). A. considera a irmã como parte do núcleo da sua rede de apoio, assim como o seu pai.

Dados de Observação

A. mostrou cuidados com sua aparência física, apresentando-se nas consultas com roupas descontraídas e de acordo com a sua idade, revelando uma boa apresentação geral, apesar de transparecer fadiga e alguma tristeza. Sua comunicação é eloquente, com uso de argumentação clara e objetiva. Possui um apurado sentido de humor e usa vocabulário complexo.

A cliente mostrou-se autoconsciente, com facilidade na identificação dos seus aspetos conflituosos. Apresentou uma atitude ego-distónica, demonstrando tanto o desejo de ultrapassar as suas dificuldades, como uma predisposição para a adesão terapêutica, evidenciando estar motivada para o início das consultas de acompanhamento psicológico.

A. apresentou-se em estado de consciência vígil, lúcida e com percepções intactas. Conduta volitiva clara, precisão na tradução, identificação e explanação das suas emoções, na qual usa uma nomenclatura precisa.

Observou-se o nível mental de atenção e de memória intacto. Usufrui de um alto rendimento intelectual, apesar de evidenciar instabilidade emocional e ansiedade.

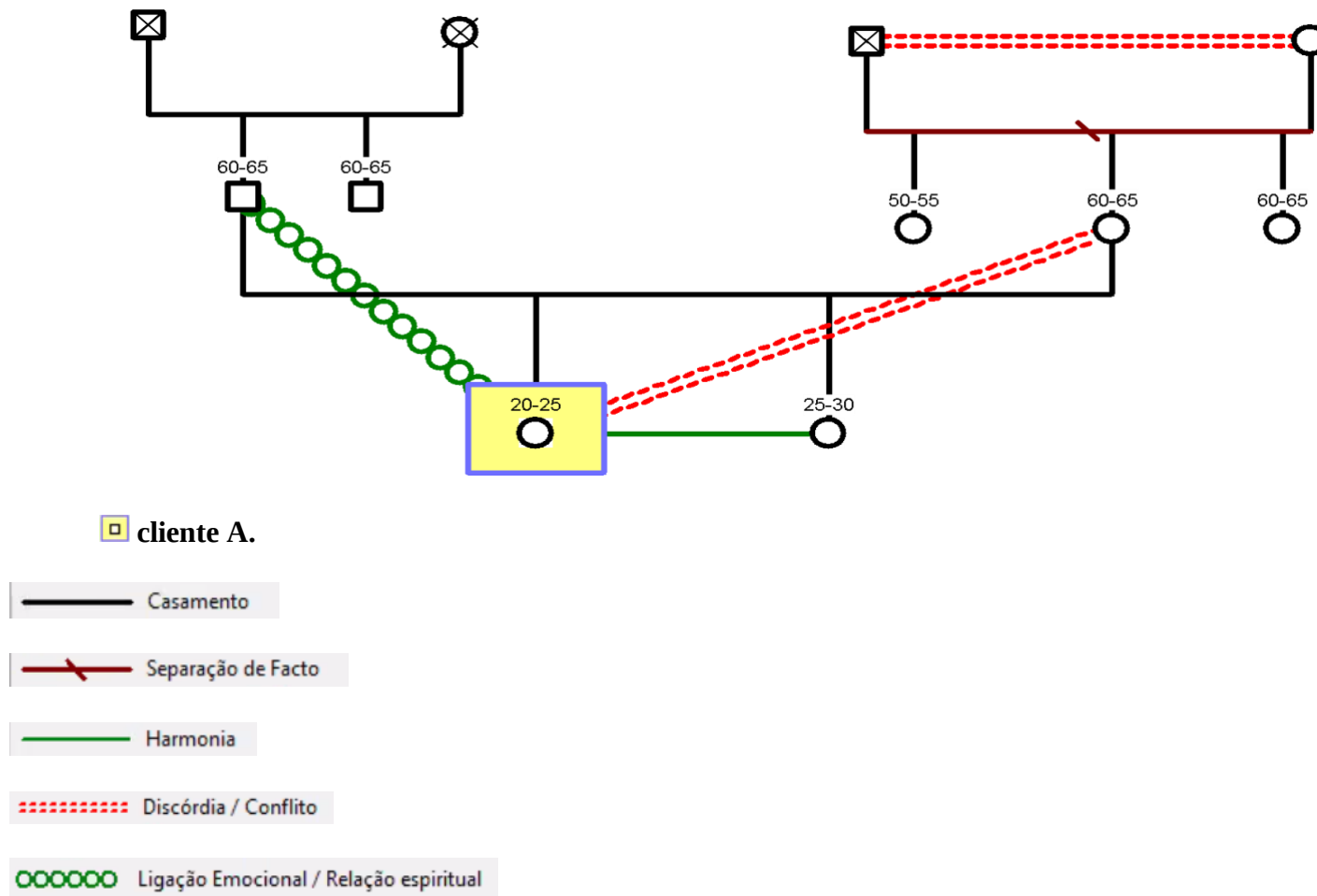
Do ponto de vista dos fatores biológicos não se observa nada assinalável em relação à gestação e ao parto, observando-se o desenvolvimento psicomotor adequado à idade. Também não se observam antecedentes hereditários de doença mental, deficiências ou comportamentos aditivos (SPA ou álcool).

Observou-se o perfeito desenvolvimento da maturação neurofisiológica e do aparelho cognitivo. Descreve um desempenho escolar e universitário irrepreensível com facilidade na aprendizagem, destacando-se pelos seus resultados académicos bem-sucedidos.

Genograma Familiar

Figura 1

Genograma Familiar da Cliente A.



7.2. Avaliação Psicológica

A cliente foi avaliada durante a entrevista clínica, na qual foi possível recolher dados da história biográfica, das relações sociais, informação sobre o problema apresentado e sintomas, a fim de compor uma anamnese, cujos dados se encontram supracitados.

Tendo em conta que a cliente demonstrou sintomatologia psicológica — manifestada por ansiedade, crises de raiva (hostilidade) e humor deprimido —, sintomas estes que se foram mostrando evidentes ao longo da entrevista clínica realizada em consulta, foi decidida a aplicação de dois instrumentos de despistagem de sintomatologia psicológica. Para isso aplicou-se o Inventário Breve de Sintomas (BSI), versão de Canavarro (1995), validado para a população portuguesa (Canavarro, 1999; Canavarro, 2007), e o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI), validado para a população portuguesa (Silva & Spielberger, 2007). Os testes mencionados foram aplicados durante as duas sessões de avaliação psicológica da cliente, ou seja, logo a seguir à consulta de RRMD e antes da primeira consulta de acompanhamento psicológico.

O Inventário Breve de Sintomas (BSI) é um instrumento de rastreio do mal-estar psicológico, constituído por 53 itens dispostos em 8 dimensões (i.e., Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo), onde cada uma delas é avaliada através de um determinado conjunto de itens de resposta. Os itens são respondidos numa escala de quatro pontos (entre 0 – Nada – e 4 – Extremamente), sendo que esta escala corresponde à intensidade com que o respondente experienciou as 53 manifestações de sintomatologia psicopatológica apresentada nos últimos sete dias (Derogatis, 2001). O somatório da pontuação em cada uma das categorias de sintomas permite ter uma noção mais clara do tipo de sintomatologia predominante na cliente e a que deverá ser dada especial atenção durante o planeamento da intervenção. O instrumento foi realizado por autorrelato, respondido pela própria cliente, tendo demorado

cerca de 20 minutos. O ponto de corte para a população portuguesa situa-se no valor igual ou superior a 1.70, pelo que, a partir desse valor, poderá considerar-se estar presente uma situação de gravidade sintomatológica (Canavarro, 2007).

Procedeu-se à cotação do teste, cujos resultados obtidos indicam que a cliente aparenta maior sintomatologia relativa a Obsessão-Compulsão (com um índice de 3.17) e de Ansiedade (índice de 2.67). Seguem-se, com valores mais baixos, a categoria de Depressão, Ideação Paranóide e Hostilidade (com índice de 2) e, por fim, a Sensibilidade Interpessoal (1.5); Somatização (1.29), Psicoticismo (1.2) e Ansiedade Fóbica (0.6).

Dividindo o somatório das pontuações em cada um dos itens respondidos e pelo número de itens para os quais a cliente deu resposta, alcança-se o Índice Geral de Sintomas que, neste caso, é de 1,71, que corresponde ao nível geral de mal-estar psicológico da cliente.

Podemos ainda constatar que a cliente apresenta 40 itens de resposta positiva dentro dos 53 apresentados no questionário. Ou seja, na semana anterior ao momento de resposta ao questionário, a cliente manifestou 40 dos 53 sintomas psicológicos apresentados no questionário, independentemente do grau em que estivessem evidenciados. Usando o somatório das pontuações de todos os itens (89) e dividindo pelo número de itens de resposta afirmativa, obtemos um Índice de Sintomas Positivos de 2,23.

Para um melhor entendimento dos sintomas ansiosos da cliente foi aplicado o instrumento STAI - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade, de Charles D. Spielberger (1983), na Versão Portuguesa de Danilo R. Silva (2007), para melhor compreensão do grau com que esta sintomatologia se manifesta na cliente.

O STAI inclui escalas separadas para medir a Ansiedade-Traço (Forma-y2) e a Ansiedade-Estado (Forma Y1). A escala de E- Ansiedade (STAI Forma Y-1) é composta por vinte frases que avaliam como se sentem as pessoas no momento em que estão a responder. A escala de T-Ansiedade (STAI Forma Y-2) é composta por vinte frases que avaliam como se

sentem as pessoas na sua vida em geral (Silva & Spielberger, 2007). As respostas ocorrem numa escala de Likert de [1 a 4]. Através da soma das pontuações em questão e tendo em conta que alguns dos itens são contabilizados de forma inversa, uma vez que estão formulados através da “ausência de ansiedade,” tanto na forma-y1 como na forma y2, obteve-se uma pontuação geral para Ansiedade-Estado de 55 e de Ansiedade-Traço de 65. Analisando a média padrão para um adulto do sexo feminino entre os 18-29 anos, denota-se um valor médio de ansiedade-estado de 37,01 e ansiedade- traço de 36,93. Assim sendo, é possível verificar que a cliente em avaliação apresenta níveis de ansiedade acima da média, no que diz respeito à ansiedade como traço (forma y2), mas também à ansiedade como estado no momento em que lhe foi solicitado o preenchimento do questionário (forma y1), na consulta que antecedeu o início do acompanhamento psicológico pela estagiária.

Para melhor entendimento dos domínios da personalidade da cliente A. e de forma a escolher as estratégias terapêuticas mais adequadas, foi aplicado o Inventário de Personalidade Neo-Revisto (NEO-PI-R) (Costa & McCrae, 1992) numa sessão posterior de avaliação, que se seguiu ao momento de aplicação dos dois testes anteriores. Trata-se de um inventário de personalidade constituído por 240 afirmações às quais o indivíduo se deve situar através de uma escala de 5 graus de concordância: Discordo fortemente, Discordo, Neutro, Concordo, Concordo Fortemente. Estas afirmações são agrupadas em cinco grupos distintos que se constituem como cinco grandes traços de personalidade que podem caracterizar o indivíduo — Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade - cada um composto por seis facetas distintas, ou seja, 30 facetas da personalidade que podem ser analisadas e que serão comentadas na Discussão de Caso (cf. p. 78). As folhas de resposta das provas psicométricas BSI, STAI e NEO-PI-R, preenchidas por A. podem ser encontradas no Anexo G).

O motivo pelo qual se optou pela aplicação deste teste está relacionado com o facto de que a pontuação obtida para cada uma destas dimensões nos fornece informação sobre a forma de funcionamento da cliente na relação consigo própria, com os outros e com o seu meio ambiente, sobre a forma como percebe as experiências (Lima & Simões, 2000), assim como as suas potencialidades e as suas fragilidades e aspetos passíveis de serem melhorados (Janeiro & Metelo, 2004). O NEO-Pi-R possibilita refletir sobre o impacto possível da personalidade no problema em causa, assim como refletir qual a abordagem terapêutica mais adequada ao respondente.

Importa salientar que as características da personalidade (*set*) são um dos fatores que influenciam o modo com as consequências dos consumos se manifestam (Zinberg, 1984), daí a importância de serem analisadas em conjunto com os fatores do contexto (*setting*), também este com um papel preponderante nas consequências do consumo de SPA (Zinberg, 1984).

Assim sendo, com base nos resultados obtidos - que poderão ser consultados no Anexo H - através da aplicação do teste NEO-PI-R verificou-se que a cliente pontua ligeiramente acima da média para o Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Amabilidade e pontua em níveis ligeiramente abaixo da média para Conscienciosidade.

Analisando mais detalhadamente cada uma das 30 facetas, verificamos que, dentro da categoria do Neuroticismo, são evidentes níveis elevados, acima da média do seu grupo etário e género para Depressão, Ansiedade, Impulsividade e Vulnerabilidade. No que diz respeito à extroversão as facetas que se evidenciam como apresentando valores acima da média são a Procura de excitação, Atividade e Emoções Positivas. No domínio da Abertura à Experiência, salienta-se a “fantasia,” “estética,” “sentimentos,” “valores,” e no da “amabilidade” é dado especial enfoque à “sensibilidade.” Apresenta valores significativamente abaixo da média para o seu género e grupo etário na categoria “Conscienciosidade,” no que diz respeito ao sentido de “ordem,” “competência,” “esforço de realização” e “auto-disciplina.”

Estes resultados dão-nos informações úteis sobre os aspetos fortes e vulneráveis da cliente, e servem o propósito de informar relativamente ao plano terapêutico mais adequado.

Por um lado, a cliente A. parece apresentar níveis significativos de instabilidade emocional, manifestada através de sintomas de ansiedade e depressão acima da média (preocupação excessiva, tristeza, humor deprimido, sentimentos de culpa). Esta instabilidade emocional parece manifestar-se também através de uma “dificuldade de controlo de impulsos” acima da média, que se manifesta numa incapacidade de controlar e resistir às tentações, com respostas de *coping* desadequadas às situações de adversidade (Costa & McCrae, 1992). A pontuação elevada na escala de “vulnerabilidade” indica alguma dificuldade em lidar com a frustração, indicando que tende facilmente a entrar em estados nervosos ou de pânico em situações de crise (Costa & McCrae, 1992).

Ainda como aspetos vulneráveis da cliente, podemos concluir que apresenta alguma dificuldade em organizar-se, é pouco metódica, com baixa tolerância à frustração e tendência a desistir das tarefas, com um sentimento de fraca força de vontade, sentindo-se pouco preparada e desmotivada para as tarefas para as quais se propõe. Aponta para a procura impulsiva de sensações e tendência hedonista (Costa & McCrae, 1992).

Não sendo este um aspeto necessariamente negativo, a cliente apresenta (de acordo com as pontuações anteriormente mencionadas para a escala de “extroversão”) um dinamismo e energia elevados e uma necessidade de estar ocupada, com uma busca acentuada e regular de novas sensações e experiências estimulantes, com tendência a arriscar. Facetas relativas à "Atividade" e “Procura de Excitação.” (Costa & McCrae, 1992).

Por outro lado, os resultados indicam diversos pontos fortes da personalidade da cliente que podem auxiliar o processo terapêutico. Os elevados níveis de Extroversão, apontam para uma elevada abertura à experiência, em particular na faceta “gregariedade,” e indicam que se trata de uma pessoa que gosta de conviver, tem muitos amigos e procura ativamente o contacto

social. Tem tendência a ser uma pessoa que experiencia facilmente emoções positivas intensas como a alegria, a felicidade e o amor (faceta “emoções positivas”). Dentro da categoria “amabilidade,” os elevados níveis de “complacência” e “sensibilidade” obtidos indicam, segundo Costa & McRae (1992) que é uma pessoa que perdoa facilmente os outros, que empatiza com os seus sentimentos e que é ela própria regida por sentimentos nas suas ações.

Também as pontuações nas escalas de “Abertura à Experiência” distinguem-na pela acentuada capacidade de ser criativa, de fantasiar situações hipotéticas e prazerosas na sua mente (faceta “fantasia”), de apreciar duma forma especial a beleza, e a experiência estética (faceta “estética”). Valoriza as emoções de uma forma particular, é sensível, empática e consciente das suas emoções e disponível para investir no seu autoconhecimento (faceta “sentimentos”) (Costa & McCrae, 1996). Apresenta ainda, um potencial e curiosidade intelectual distintos (faceta “ideias”) e abertura para se reexaminar a si e ao mundo, aos seus valores, demonstrando receptividade acentuada às diferentes perspectivas e ideias, sendo ela mesma uma pessoa bastante tolerante, não conformista e de “espírito aberto” (faceta “valores”) (Costa & McCrae, 1996).

7.3. Plano de Intervenção

O objetivo das consultas era dar seguimento aos assuntos abordados na sessão de RRMD, nomeadamente:

- Alcançar a diminuição do consumo de SPAs;
- Desenvolver competências e estratégias de coping para lidar com a ansiedade e estado de humor negativo;
- Desenvolver a motivação para a mudança;
- Adereçar as dúvidas sobre o seu futuro profissional.

7.4. Síntese das Sessões e Intervenção Terapêutica

Esta secção tem como objetivo descrever sucintamente as sessões realizadas com a cliente com foco na intervenção terapêutica. O acompanhamento psicológico será distinguido nas quatro seguintes partes:

A 1ª parte, “*A Consulta de RRMD*,” refere-se à sessão única e ao primeiro contacto da cliente com a associação, onde procurou ajuda específica para redução de consumo de canábis.

A 2ª parte, “*A Aliança Terapêutica e Novas Problemáticas*,” é alusivo às primeiras cinco consultas de acompanhamento psicológico onde houve lugar ao estabelecimento do vínculo terapêutico; dado seguimento às problemáticas abordadas na consulta de RRMD e onde foram apresentadas e desenvolvidas novas problemáticas.

A 3ª parte, “*A Ambivalência*,” relaciona-se com as duas sessões que correspondem à fase onde, após às estratégias de RRMD e a consequente diminuição no uso de canábis, ocorre um significativo aumento no consumo e uma ambivalência em relação à adesão à terapêutica.

A 4ª parte, “*O Salto Evolutivo*,” é caracterizada pelas duas últimas sessões com a cliente, onde se observa a conquista de alguns dos objetivos e o progresso de problemáticas abordadas nas consultas.

No decorrer da intervenção houve lugar à avaliação compreensiva dos problemas relacionados com os consumos de SPA, à aplicação da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002) adequada aos Estádios de Mudança (DiClemente & Prochaska, 1998) e foram adotadas estratégias de resolução de problemas, definição de metas, trabalho com a ambivalência, redução de riscos e *follow up*.

Ao longo das sessões, a estagiária desenvolveu uma atitude empática, de suporte, num espaço seguro e livre de julgamentos. Dos principais focos no início do acompanhamento psicológico, destacou-se o estabelecimento e a promoção da aliança terapêutica, a qual promoveu uma vinculação sólida, pautada pela transparência, confiança e empatia.

1ª parte: A Consulta de RRMD

O primeiro contacto com a cliente destinou-se à consulta de RRMD, realizada conjuntamente pela psicóloga de RRMD da associação e a psicóloga estagiária. Nesta consulta procedeu-se à recolha da história do consumo, nomeadamente: informação relativa à quantidade; frequência e duração ou alterações do padrão do uso de canábis; dados relativos aos indicadores de severidade do consumo; sintomas e gatilhos de consumo; identificação de dificuldades e de objetivos; e, ainda, os efeitos do uso de canábis na sua vida, que seriam utilizados na elaboração de um plano de gestão de consumo (Bleich et al., 2003 in Copeland 2009).

A. deu início à sessão de RRMD fazendo o enquadramento da história dos seus consumos (com início no princípio da adolescência) e a forma como habitualmente este servia funções recreativas, sociais e, por vezes “para relaxar” (*sic*). Descreve o padrão de consumo atual como diário e muito frequente “fumo o dia todo..., entre 4 e 15 ganzas por dia” (*sic*). Inicia os consumos pela manhã, antes de se alimentar e apresenta grande dificuldade em diminuir ou se abster, padrão este que refere estar a ser uma fonte de grande preocupação e culpabilidade, motivo pelo qual formula o pedido de ajuda. Tal descrição é acompanhada de um enquadramento com os mais recentes episódios e condições de vida, relatando sentimentos de “ansiedade, desespero, pouca motivação e de procrastinação” (*sic*) de tarefas, explicitando que, face à recente conclusão da frequência universitária, se sente “perdida, numa nuvem de confusão, num limbo” (*sic*), sem ocupação e sem saber que direção tomar. Nesta sessão, reconhece, que os consumos funcionam como forma de combater estes estados de sofrimento emocional e que se encontra “num ciclo vicioso” (*sic*) do qual sente que não consegue sair: “Fumo há 9 anos com regularidade e este é o primeiro ano que sinto que está a impedir que eu

tenha energia e motivação para fazer o que tenho que fazer. Tenho tanto tempo pra fazer tudo e eu não faço nada. Pela primeira vez tenho consciência que fumar me prejudica” (*sic*).

Após a recolha de informação, seguiu-se com uma intervenção psicoeducativa, procedendo-se à transmissão eficaz de informação sobre as SPA, de forma a responder a mitos, dúvidas, informações incorretas, práticas de risco elevado, bem como a fornecer alternativas mais seguras e adaptadas, o que incluiu informação sobre dosagens e interações com outras SPA (e.g. efeitos, mecanismos de ação, duração e intensidade). Foram abordados também fatores como os efeitos adversos e contraindicações das SPA (Copeland et al., 2009, p. 106).

Esta consulta foi então dedicada à disponibilização de estratégias de RRMD com o objetivo de desencadear a mudança de comportamento de consumo, através de intervenções específicas adaptadas à necessidade da A., destacando-se a tomada de consciência de padrões e modos de funcionamento quanto aos consumos, motivando e enfatizando a responsabilidade pessoal da A. como forma de reforçar a sua capacidade e compromisso para a mudança (Miller & Rollnick, 2002).

A intervenção considerou o modelo não abstinente de Tatarsky (2003), uma vez que a cliente reportou não se sentir “pronta” nem motivada para se abster do consumo de canábis. Por esse motivo, e numa atitude empática e de apoio, optou-se por compreender as metas intermédias, tais como a diminuição ou consumo em situações de menor risco, que permitisse a A. alcançar um maior controlo do próprio consumo, no pressuposto de que o controlo pode revelar-se como um fator que favorece a motivação para alcançar objetivos mais difíceis, tais como o uso esporádico, significativamente reduzido ou à própria abstinência (Copeland et al., 2009). Por fim, concluiu-se a consulta abordando a possibilidade de prosseguir com o acompanhamento psicológico, o que foi bem aceite pela cliente.

2ª parte - A Aliança Terapêutica e Novas Problemáticas

A segunda parte objetivou, por um lado, a manutenção da aliança terapêutica colaborativa e a continuação da operacionalização das estratégias de redução de risco, e por outro a exploração de novas problemáticas de vida da A., dando início ao acompanhamento psicológico.

Foi fundamental, na fase inicial do acompanhamento psicológico, avaliar em que “estádio de mudança” (Prochaska & DiClemente, 1998) a cliente se encontrava para a auxiliar na motivação das mudanças de comportamento em relação aos consumos, seguindo os princípios básicos da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002). Considerando o conteúdo apresentado nas primeiras sessões, identificou-se o nível de prontidão atual de A. para mudança (Szupszynski & Oliveira, 2008) como sendo numa fase transitória do “estádio de contemplação” para o “estádio de preparação” (Miller & Rollnick, 2002), tendo em vista que A. estava consciente do seu problema, reconhecia o prejuízo causado pelos consumos e que procurou ajuda na associação no sentido de reduzir o seu consumo de canábis.

Houve lugar a uma análise de custo-benefício do padrão atual do seu consumo que procurou verificar como os aspetos positivos do consumo se equilibram com as consequências negativas (Prochaska et al., 1994). Desta forma, A. identificou e registou os aspetos favoráveis e os desafiantes do seu consumo, de maneira a acedermos e discutirmos a respeito dos sentimentos ambivalentes da cliente na sua relação com as SPA. Também foram identificados, conjuntamente com a cliente, elementos precipitantes do aumento do consumo, tais como a ansiedade, sensação de vazio e dificuldade de estar sozinha, o contacto com locais e pessoas associadas ao consumo, os desafios relacionais e emocionais.

Foram discutidas estratégias para atingir o padrão de consumo pretendido, onde a cliente teve oportunidade de explorar as suas necessidades e os significados associados ao consumo. Foram estabelecidas metas ponderadas e adaptadas às necessidades de A. e foram

analisadas alternativas adequadas que permitissem a adoção de práticas de menor risco. Foram apresentadas estratégias favoráveis à mudança efetiva dos seus comportamentos, tais como, fazer um diário do seu consumo, conhecer e evitar situações gatilho, elaborar uma nova rotina em torno dos consumos, informar os amigos com quem A. consumia sobre a sua intenção, estabelecer um limite de quantidade de canábis a ser consumida, espaçar o tempo entre consumos, etc.

Assumindo que o estabelecimento destas estratégias e metas auxiliariam A. a desenvolver as suas competências para a redução do uso de canábis com maior autonomia, foi encorajada a iniciar o processo de automonitorização dos seus consumos.

Paralelamente à intervenção nos consumos, foram sendo abordadas outras problemáticas de vida, as quais, reconhecidamente, não puderam ser pensadas dissociadas do uso das SPA. A. abordou um dos acontecimentos, sentidos por ela como dos mais relevantes do seu contexto de vida atual: o término de uma relação amorosa de dois anos, sendo que os contactos entre ambos se mantiveram através de telefonemas diários, pautados por discussões e conflitos: “Está a ser *overwhelming*, não consigo impor limites nem os respeitar” (*sic*). Nas sessões seguintes voltou a abordar, com mais pormenor, as dificuldades inerentes à fase de transição entre o final da universidade e o começo da vida profissional e o sofrimento emocional associado, marcado pelas dúvidas e dificuldade em tomar decisões sobre o seu caminho profissional. Relata que se sente sem objetivos nem motivação na procura de trabalho, explica que sua vida está “um caos” (*sic*), e que é incapaz de manter uma rotina “estou sempre atrasada e a correr e falho àquilo que me proponho” (*sic*).

A. dedicou uma sessão à exposição da relação conflituosa com a sua mãe. Referiu sentir-se pressionada pela expectativa da sua mãe em ver resultados concretos no sentido de a vida de A. estar mais harmónica, de uma forma geral, e de ela conseguir um trabalho e definir uma estratégia para o seu futuro profissional. Mencionou não se sentir compreendida pela mãe

no seu estilo de vida, nos seus gostos e nas suas escolhas. “Sinto que a minha mãe não me conhece” (*sic*). Mencionou também a forma como os consumos de canábis interferem negativamente no relacionamento entre ambas. A este propósito, a vinculação terapêutica desenvolvida durante as sessões serviu também o objetivo de trazer para dentro da sala de atendimento, em modo de espelhamento (Gorman et al., 2021) as dificuldades relacionais que a cliente relatou, de forma a podermos trabalhar a vinculação promovendo segurança e em busca de um enraizamento emocional e da construção e identificação de limites pessoais.

Na sessão seguinte, A. mencionou sentir muita dificuldade em estar sozinha, explicou sentir um vazio e angústia muito grandes quando não está acompanhada dos amigos ou família. “Assim que tenho oportunidade ligo para um dos meus amigos vir à casa ou vou eu à deles” (*sic*). Revelou ter pensamentos negativos contra si própria “eu sou uma merda!” (*sic*). e afirmou estar desiludida consigo mesma “não me orgulho de nada em mim neste momento” (*sic*).

A. manifestou o desejo de cumprir uma rotina saudável e sentir-se com um propósito na vida, tomando a decisão de procurar fazer um trabalho voluntário, o qual, nas sessões seguintes foi descrito como tendo sido fonte de motivação, tanto por estar ocupada como por lhe conferir um novo sentido de contribuição para o mundo, uma vez que o projeto voluntariado era no âmbito da proteção ambiental e pessoas carenciadas.

Na semana seguinte, A. referiu que, através de um amigo, havia conseguido um emprego numa associação com a qual se identificava muito. Mostrou-se muito contente e afirmou ter vontade de trabalhar com dedicação. Disse que gostava muito dos colegas e do chefe e que o ambiente era familiar e divertido.

Simultaneamente, referiu sentir que estava a desinteressar-se pelo seu antigo grupo de amigos da adolescência, estando agora muito mais estimulada com as pessoas novas que estavam a surgir na sua vida. “É tão bom sair daquela bolha” (*sic*). Explicou com entusiasmo

que os novos amigos eram mais velhos, todos com trabalho e autônomos: “Eles têm vida a sério: casa, carro, trabalho e responsabilidade” (*sic*).

Nessa mesma sessão, A. mostrou um *meme* que tinha guardado como imagem de fundo do seu telemóvel:

Happiness is the new rich (Felicidade é o novo rico)

Inner peace is the new success (Paz interior é o novo sucesso)

Health is the new wealth (Saúde é a nova riqueza)

Kindness is the new cool (Bondade é o novo fixe)

A. considerou fazer sentido procurar em si mesma e nas pessoas ao seu redor: “*kindness, Inner peace, happiness*” (*sic*). Comentou que havia conhecido um rapaz e que estava a adorar a sua companhia, e referiu admirá-lo. “Gosto dele principalmente por ser uma pessoa tão fixe, com um trabalho (artístico) super bem feito e ter um coração enorme” (*sic*).

Relatou sentir-se bem melhor de maneira geral e que, apesar do cansaço do trabalho, se sentia menos ansiosa, mais bem-disposta e motivada para ir conseguindo conciliar cada vez melhor o novo emprego na associação com o trabalho voluntário.

Na sessão seguinte, A. disse ter conseguido aplicar algumas das estratégias apresentadas na consulta de RRMD e explicou ter aumentado o tempo sem consumo: “Eu aumentei a janela de horas sem fumar (canábis): já não fumo antes do pequeno almoço, e fumo a última o mais cedo possível antes de dormir. Assim tenho aumentado a janela de tempo sem consumir entre a última ganza da noite e a primeira da manhã. Tem resultado!” (*sic*).

Assim, foi possível identificar e devolver a A. que esta foi caminhando para o “estádio de ação” (Prochaska e DiClemente, 1983), sendo esta a fase ideal para evidenciar as estratégias bem-sucedidas adotadas por A., estabelecendo novas metas e estratégias que promovessem o compromisso de mudança e a capacidade da cliente da manutenção da sua autoeficácia na gestão de consumos de canábis.

As duas últimas sessões da 2ª parte destinaram-se a rever a forma como A. foi implementando e aderindo às estratégias de RRMD, assim como o seu estado de funcionamento geral, e a reforçar os pequenos e sucessivos passos da cliente na direção da mudança.

3ª parte: A Ambivalência

Depois da implementação das estratégias de RRMD acima descritas, observou-se, nesta fase, um período onde houve a retomada do padrão de consumo inicial que preocupava a cliente. A. apresentou-se ambivalente quanto à adesão da terapêutica e das estratégias de RRMD em curso. A cliente também alterou o seu padrão de pontualidade e assiduidade às sessões, atrasando-se frequentemente e chegando a faltar a uma das sessões, motivos pelos quais se distinguem estas duas sessões numa 3ª parte.

A. chegou à sessão muito emocionada. Pediu desculpas por ter faltado à última consulta de acompanhamento psicológico “Esqueci-me completamente, no meio de tanta coisa. Minha vida está uma confusão” (*sic*). Contou que as discussões com o ex-namorado tinham passado a ser diárias, voltando a sentir-se ansiosa e triste, com pensamentos negativos e autocríticos e com crises de raiva. Mostrou-se decepcionada consigo mesma porque sentia que não estava a progredir: “retrocedi ao invés de continuar a evoluir” (*sic*). Afirmou que deixou de conseguir colocar em prática algumas das estratégias de redução de consumo e que havia voltado a consumir canábis pela manhã. Sentia-se desapontada e desmotivada para cumprir as rotinas saudáveis que gostaria de praticar, permanecendo na cama por mais tempo do que gostaria. Mencionou, ainda, que estava a sentir dificuldade em cumprir os horários das sessões de acompanhamento psicológico, mostrando-se menos envolvida no processo terapêutico.

Tendo em conta a diminuição da adesão apresentada nesta fase, considerou-se pertinente abordar os motivos subjacentes à ambivalência da cliente, numa atitude acolhedora

e contentora dos seus estados emocionais com os princípios de abertura, de disponibilidade e de empatia.

Desta forma, e de acordo com a entrevista motivacional de Miller e Rollnick (1991), abordou-se a ambivalência sobre o uso da SPA e as questões motivacionais, recorrendo-se a questionamentos abertos, afirmações que evidenciam as capacidades da cliente, reflexões sobre as questões por ela expressas e a organização das ideias com a intenção de potencializar a descoberta conjunta (terapeuta e cliente) de motivações para mudança.

A seguir recorreu-se novamente à apresentação da espiral dos estádios de mudança de Prochaska et al. (1994), mediante a qual o padrão de mudança é visto como uma progressão não linear, e, portanto, como um fenómeno de movimento em espiral (SICAD, 2013, p. 10) em que se considera a recaída como parte de um processo, que ao mesmo tempo permite a escuta empática do ponto de vista de A. em relação ao próprio momento de vida. Com o acolhimento, novo enquadramento e normalização da ambivalência no consumo, A. teve a oportunidade de ressignificar esta fase aderindo à elaboração, conjuntamente com a psicóloga estagiária, de um novo plano de rotina diária com base nos seus interesses (tais como meditar, fazer *journaling*, praticar exercício físico, exercícios de respiração e práticas criativas), de forma que a sua execução fosse realista e ajustada ao momento em que a cliente se encontrava.

No geral, a intenção destas propostas foi a de contribuir para que A. elaborasse de forma mais integrada a ambivalência, reforçando a confiança no seu processo evolutivo, oferecendo suporte para a cliente encontrar suas próprias soluções para lidar com os problemas apresentados e incentivando o compromisso com a adesão à terapia e com a redução dos consumos.

4ª parte: O Salto Evolutivo

As duas últimas sessões, que designamos de 4ª parte, foram caracterizadas pela proposta de uma autoavaliação do desenvolvimento do processo terapêutico de A. seguido da

devolução da estagiária face aos ganhos terapêuticos e ainda pelo encerramento das sessões de acompanhamento psicológico. Desta forma, foi possível trabalhar a percepção de autoeficácia e autonomia de A. que, nesta fase final do acompanhamento, se entende relevante para que se mantenha motivada a continuar com a manutenção dos comportamentos desejados pela cliente.

A. anotou os resultados que considerava terem sido os mais relevantes no processo terapêutico e elaborou um pouco sobre cada um deles. Entre os vários itens apontados, A. considerou como sendo mais significativos a redução significativa no consumo de canábis, a melhoria nos relacionamentos de conflito, o aumento dos sentimentos de pertença com novos relacionamentos, a capacidade de implementar rotinas e seguir os seus objetivos, o início de um emprego que apreciava/valorizava e a possibilidade de iniciar a autonomização financeira dos pais, a capacidade de autovalorizarão e de se sentir mais valorizada pela família, bem como a melhoria do humor e bem-estar geral.

Mais especificamente, A. referiu ter conseguido retomar as suas rotinas implementando as estratégias definidas em sessão, assim como outras atividades do seu interesse nas últimas duas semanas e relatou sentir um grande benefício — “ajuda-me a centrar” (*sic*) — mostrando a intenção de manter estas práticas numa rotina com disciplina.

Explicou, ainda, que alterou a estratégia com o ex-namorado de forma a manter a proximidade com ele, contudo com muito menos conflito. Afirmou que esta mudança foi significativa na diminuição da ansiedade.

Afirmou sentir-se integrada no seu novo grupo de amigos, do qual se tornava cada vez mais próxima, assim como na equipa do trabalho, onde se sentia reconhecida nas suas capacidades e esforços. Referiu ter iniciado uma pequena formação numa área artística do seu interesse.

Relatou ter voltado a conseguir consumir regradamente canábis e conseguiu elaborar sobre fatores que, em si, julga contribuir para o aumento do consumo (como o aumento do

stress) e outros para a diminuição do consumo (a implementação mais consistente de rotinas como exercício físico, meditação e o *journaling* como forma de organizar o seu pensamento).

Comentou sobre a importância do reconhecimento das suas conquistas por parte da família. Atribuía este reconhecimento principalmente ao seu pai e comentou que já não queria esforçar-se pela aprovação da sua família. Mostrou que queria ser vista e valorizada exatamente por aquilo que é.

Referiu ainda, agradecendo as sessões de acompanhamento psicológico, que se sentia melhor em relação ao seu bem-estar em geral e que achava que isso se devia principalmente ao facto de se conhecer melhor. Comentou que a maior evidência desta afirmação é ela conseguir sentir-se bem consigo mesma quando está sozinha, e já não sentir necessidade de, sistematicamente, procurar amigos quando tinha tempo livre. Afirmou ser a primeira vez em muito tempo em ter prazer ao ocupar-se consigo própria: a escrever, meditar, organizar a sua casa ou fazer coisas simples por si mesma.

No final da sessão referiu sentir-se bem e numa fase construtiva de mudança. Reconheceu que apesar de ter havido progresso, precisava melhorar vários aspetos, nomeadamente a relação com mãe e com o ex-namorado e a dificuldade que sente ter em relação aos limites, “tenho ainda um longo caminho a percorrer” (*sic*).

Diante deste relato, foi possível identificar a autoconsciência do progresso de A. durante o acompanhamento psicológico e a motivação da cliente em continuar o seu desenvolvimento no sentido da conquista de mais estabilidade e harmonia na sua vida.

O testemunho da estagiária e a devolução à cliente sobre o seu desenvolvimento no processo terapêutico observou-se como um aspeto relevante, tanto na consolidação dos ganhos terapêuticos como no encorajamento para a manutenção dos mesmos. Nesse sentido, considerando o percurso realizado ao longo dos últimos três meses, a estagiária compartilhou a sua perspetiva a respeito das mudanças positivas, realizações e metas alcançadas por A. e

reconheceu a sua maturidade emocional, autorresponsabilização e o consolidar de um novo sistema de valores internos, adaptados e atualizados ao seu novo self percebido, fatores que se antevêm como preditores da continuação das melhorias sentidas no seu estado geral.

Por fim, houve lugar à abordagem das expectativas de A. em relação ao futuro e ao incentivo à continuação das práticas das atividades e estratégias propostas que sentiu como favoráveis. Mencionou-se, ainda, a possibilidade de A. prosseguir com seu processo terapêutico, com o acompanhamento de um psicoterapeuta, no qual se mostrou interessada.

Por fim, considerando o percurso realizado ao longo do acompanhamento psicológico, é possível antever um prognóstico favorável à cliente.

7.5. Discussão de Caso

Uma das experiências mais satisfatórias que conheço é apreciar plenamente um indivíduo da mesma forma que aprecio um pôr do sol. Carl Rogers (1996)

A presente secção pretende fazer uma discussão do caso acima descrito à luz das concepções teóricas e modelos já abordados na Parte I e II do relatório. Inicia-se por uma análise daqueles fatores que, à luz da teoria, podem ser apontados como sendo de risco para a problemática apresentada ou dos fatores que parecem constituir-se como protetores do seu trajeto de vida. Segue-se a articulação entre os modelos teóricos explicativos e a problemática e a vivência atual de A. Finaliza-se com a conceptualização teórica em relação à forma como a cliente foi vivenciando e evoluindo ao longo do processo terapêutico.

Fatores de Risco e Protetores ao Longo do Desenvolvimento

No decorrer das sessões, a cliente relatou aspetos da sua história biográfica e da sua vivência psicoafetiva fundamentais para a compreensão do seu caso.

O contexto familiar corresponde, na maior parte das vezes, à primeira base sobre a qual qualquer ser se desenvolve e estrutura, tratando-se, por isso, de um dos pilares fundamentais do desenvolvimento infantil. A. demonstra gratidão e orgulho em relação à forma como foi

educada pela família e reconhece o privilégio de ter tido oportunidades oferecidas para o seu desenvolvimento intelectual, afetivo e humano (como pessoa), prezando os valores transmitidos pela família como, justiça, honestidade, bondade, que eram partilhados dentro de casa e que descreve como internalizados. Tal percepção constitui-se, provavelmente, como fator protetor na construção da sua identidade, do seu autoconceito e no sentido da conexão à sua família (Williams, 2010).

No que diz respeito às relações afetivas no seio da família, alguns aspetos parecem ser também protetores, tais como a relação com a irmã, que é descrita como muito positiva e de suporte, e a percepção positiva (eventualmente idealizada) do pai, descrito como “um exemplo de pai” (*sic*), “muito compreensivo” (*sic*). Contudo, podemos considerar como um potencial fator de risco o facto de o pai se encontrar a maior parte das vezes ausente de casa (por questões profissionais), enquanto a mãe (que ao contrário do pai, é descrita como “pessoa de personalidade forte” (*sic*), “caótica” (*sic*), e pouco compreensiva, é quem fica praticamente a sós nas suas funções parentais com duas filhas a cargo, remetendo-se àquela a maior parte dos conflitos e desafios típicos dos relacionamentos entre pais e filhos.

Outro aspeto relevante no desenvolvimento de A. prende-se com o período da infância em que, durante quase uma década, mudou frequentemente de país de residência familiar e, consequentemente, de escola e de pares, ameaçando a consistência e a unidade dos contextos sociais e relacionais. A investigação permite identificar a mobilidade residencial na infância como um fator de adversidade na saúde ao longo do curso de vida (Jelleyman T, Spencer 2008) e, portanto, como um fator de potencial risco no ajuste emocional, enquanto que a estabilidade residencial parece estar mais relacionada com as representações internas de segurança (Winter et al., 2010). As evidências apontam, ainda, para a mobilidade frequente associada a maior probabilidade de iniciação acelerada do uso de SPA, de depressão no adolescente e a redução da continuidade dos cuidados de saúde. (Jelleyman, & Spencer 2008; Dewit, 1998), o que, de

facto se veio a verificar com o início de consumos de canábis no princípio da adolescência. Este aspeto será destacado oportunamente, pela importância que ocupa na história do problema.

Os dados recolhidos ao longo da entrevista permitem ainda elencar outros fatores com potencial protetor, tais como a boa adaptação e sentido de integração na escola primária e um percurso de bom desempenho escolar ao longo do seu desenvolvimento.

Ainda a propósito do contexto familiar podemos considerar que foi essencialmente a partir da adolescência que tiveram lugar os maiores conflitos neste meio, nomeadamente com a mãe que, entre outros fatores, pareciam ser desencadeados e relacionarem-se com os comportamentos de experimentação e outros de potencial de risco, tais como: o início precoce do consumo diário de tabaco e de canábis; uma vida recreativa noturna ativa que terá favorecido o aumento desses consumos e no final da adolescência, o início dos consumos, ainda que esporádico, de outras SPA (tais como MDMA, ketamina e cocaína), o que já pode ser considerado como um padrão de policonsumo, (OEDT, 2021); consequente diminuição da participação na vida escolar. Parece também ser de relevo que, durante o ensino secundário, A. e a irmã (poucos anos mais velha), foram residir para uma casa distante da residência familiar para que pudessem permanecer mais próximas da escola, situação que, apesar dos esforços da mãe em deslocar-se de uma cidade à outra e ficar o maior tempo possível com as filhas, tem potencial de contribuir para uma pobre supervisão e acompanhamento parental, favorecendo que o vínculo afetivo e partilha de valores se depositasse maioritariamente entre os pares, ainda imaturos tendo em conta a etapa do desenvolvimento em que se encontravam, bem como a manutenção ou agravamento dos referidos comportamentos de experimentação e de risco. Recorde-se que, pelo menos desde a adolescência, A. fez um forte investimento pessoal na vinculação com os pares, o que pode revelar um aspeto de personalidade significativo, tendo em conta os valores obtidos no NEO-Pi-R na faceta de “gregaridade” (na categoria “Extroversão”) e que se encontra ainda presente na vida atual. Por outro lado, A. foi revelando

não só alguma dificuldade em permanecer sozinha (recorrendo constantemente a amigos), como também momentos em que as fronteiras e limites nem sempre parecem ter sido claramente definidos ou comunicados aos pares, eventualmente servindo como mecanismo de manutenção do vínculo.

É sabido que a adolescência se configura como uma fase de desenvolvimento liminal e fundamental para a constituição da identidade do sujeito. Nesta fase transitória, o adolescente sente necessidade de reeditar sentimentos e vínculos primários em relação às figuras parentais, estabelecer os contornos de sua identidade e atualizar o seu sistema de crenças e valores (Avi & Santos, 2000). Nesta etapa do ciclo vital da família — família com filhos adolescentes — a divergência do sistema de valores é esperado, tal como o receio dos pais de que os filhos se aproximem cada vez mais dos seus pares e cada vez menos dos valores e atividades familiares (Bedene, 2010). Mais concretamente, uma parte dos valores descritos por A. parecem ligados a um estilo de vida menos convencional, como a cultura da noite, a sua aparência, o uso recreativo de SPA, a percepção de uma identidade não-conformista. Tudo isto que surge como evidente no NEO-Pi-R, nas categorias de “Abertura à Experiência” (ligados à criatividade, fantasia, estética) e de “Extroversão” (na faceta de “Procura de Excitação,” numa busca acentuada e regular de novas sensações e experiências estimulantes, com tendência a arriscar). Tais aspetos, por seu turno, parecem ser sentidos por A. como pouco compreendidos ou aceites no contexto familiar, principalmente pela mãe, situação que contribuiu, como já se referiu, para os frequentes conflitos entre ambas. Contudo, no decorrer das sessões, ficou evidente o desejo da A. de ser aceite pela sua família, especialmente pela sua mãe, exatamente como ela é, de se sentir respeitada na sua individualidade, no seu estilo de vida e na sua mundivisão. A. parece apresentar uma expectativa, talvez algo idealizada, de que a família/mãe a aceitasse na sua totalidade, incluindo as suas ideias e estilo de vida pouco convencional e, ainda, os comportamentos de experimentação e de risco que seguramente preocupariam a mãe. Tal não

acontecendo, motivou-se no sentido da adaptação, da pertença e do cumprimento das expectativas familiares e de redução do conflito, omitindo factos, representando papéis pouco sintónicos e inibindo-se de expressar o seu sistema de valores, o que, em contrapartida, parece ter alimentado o sentimento de que “corrompia” (*sic*) a sua verdade e a percepção de que a mãe não a “conhece de verdade” (*sic*), nem a aceita na sua totalidade.

Se por um lado as referências familiares se constituem como fundamentais para o referencial simbólico do ser em desenvolvimento, já que representam a fonte de proteção, segurança e afeto, por outro lado, o sucesso dessas condições favoráveis depende de uma organização familiar que detenha abertura para receber a nova versão que está em construção. (Sarti, 2004 in Santos & Pratta, 2012), situação que, como vimos, não era percecionado dessa forma pela A.

Recorrendo ao pensamento de Rogers (1961), que afirma que as pessoas só consideram seriamente a mudança quando se sentem aceites exatamente como são.

O Uso de SPA — da Adolescência à Idade Atual

Dada a relevância dos consumos de canábis desde a adolescência até o momento atual, que surgem como motivo explícito do pedido de ajuda, este tópico será desenvolvido com especial destaque.

O uso de SPA como fenómeno, representa, muitas vezes, o rito de passagem da adolescência à vida adulta (Santos & Pratta, 2012). Os primeiros consumos de A. ocorreram no início da adolescência com os colegas da escola e, apesar da cliente não ter acesso direto à compra da substância, foram tornando-se progressivamente mais frequentes. Para além de ser mais característico da adolescência a influência no consumo de drogas dar-se através das vivências com pares que consomem e facilitam o acesso e a aquisição das SPA, podemos apontar também para a canábis como um facilitador da integração entre pares. A iniciação na adolescência ao consumo de SPA está ainda associada à curiosidade face às drogas, a um

elevado grau de abertura às experiências e à procura de novas sensações (Cruz et al., 2010), traços esses que eventualmente começaram a estruturar-se nesta etapa e que, como exposto acima, se apresentaram elevados no Inventário de Personalidade NEO-Pi-R (Costa & McCrae, 1992), mais concretamente nas categorias “Extroversão” e “Abertura à Experiência” e pontua níveis abaixo da média na categoria de “Conscienciosidade.”

Apesar de consumidora habitual, a utilização de canábis pela cliente, durante o período da adolescência e até ao final da escolaridade obrigatória, pode ser considerada como recreativa, em contexto social, acompanhada de colegas da escola. Foi encarado pela cliente como sendo um consumo não-problemático e visto como uma prática controlada, racional e informada, caracterizado pela consciência dos riscos e prejuízos envolvidos (Cruz Fernandes, 2012, Aguiar, 2020). A. recorria à substância quando disponível e conseguia estabelecer um método de gestão relativamente ao seu consumo sem que houvesse prejuízo significativo no campo emocional e social, mantendo assim um estilo de vida funcional e revelando um funcionamento geral saudável. A canábis era utilizada, segundo a cliente, como fonte de prazer e o seu consumo cumpria, ainda, a função de desencadear a criatividade ligada aos seus trabalhos artísticos. Apesar do início precoce e frequente do consumo de canábis poder constituir-se como um fator de risco no desenvolvimento de perturbações relacionadas com as SPA, os padrões de consumo de SPA, frequentes e controlados, são aceites pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não estão necessariamente relacionados com a presença de perturbações aditivas (Aguiar, 2020). Por outro lado, foi sendo percebido no decorrer das sessões que os consumos pareciam funcionar, já na adolescência e em algumas circunstâncias, como mecanismo de coping, por exemplo, no combate à ansiedade, à impulsividade e no enfrentamento de emoções negativas. Integravam-se ainda na forma como socializava com o grupo de amigos, assumindo um papel importante na afirmação da sua identidade dentro de um sistema de valores sentidos por A. como idiossincráticos e não-conformistas, facetas estas

também suportadas pela avaliação psicométrica, como referido acima (características de “abertura à experiência”). Por este motivo, e sabendo que o uso recreativo destas substâncias pode tornar-se num traço comum de vida das camadas mais jovens, na busca de prazer e lazer (Pennay & Measham, 2016), pode-se observar, no caso de A., uma tendência para a normalização e vulgarização dos consumos, facto partilhado numa dada cultura popular (Measham et al., 1994; Parker, Williams & Aldrige, 2002). Desta forma, pode dizer-se que, pelos 17 anos de idade, A. estaria já perante um padrão de consumo bastante frequente, de policonsumos e com funções prováveis de coping, apesar de que esta não seria reconhecido dessa forma pela própria, que não revelava intenções de mudar o comportamento no futuro previsível. Por esse motivo, pode sugerir-se que se encontraria no estágio de pré-contemplação, segundo o modelo de Prochaska et al, (1994). De fato, será apenas após terminar a frequência universitária e ao regressar a Portugal, que A. reconhece o aumento significativo da frequência do consumo, passando a ser muito regular (entre 4 a 15 “ganzas” por dia e consumido muitas vezes sozinha) e estar fortemente enraizado nas suas rotinas diárias, momento em que o consumo deixa de ser considerado pela cliente como “não problemático” e passa a ser sentido como prejudicial e com consequências danosas. Tal parece evidente quando refere, na consulta de RRMD, que a principal queixa se relacionava com o excessivo consumo de canábis e a dificuldade que encontrava em gerir este consumo. “Fumo (canábis) há 9 anos com regularidade e este é o primeiro ano que sinto que está a impedir que eu tenha energia e motivação pra fazer o que tenho que fazer (...) Pela primeira vez tenho consciência que fumar está me prejudicando” (sic). A. reconhece que atualmente tem muita dificuldade de se abster do consumo de canábis e que tal só acontece “se for obrigada,” por ex., quando o acesso à compra é dificultado ou quando, tenta reduzir o consumo na presença da família, “mas tenho uma vizinha na cabeça a pedir erva.” Como tal, de acordo com o mesmo modelo (Prochaska et al., 1994), as descrições acima podem ser enquadradas na transição de um estágio de

Contemplação, para o estágio de Preparação, se entendermos o pedido de acompanhamento como sinal de uma intenção e de um passo na direção da mudança do padrão de consumos.

As SPA podem ser vistas como ferramentas polivalentes, utilizadas ao serviço da adaptação, com um significado pessoal importante, servindo uma função de suporte à vida do indivíduo até que uma solução alternativa e melhor seja identificada ou se torne disponível (Tartarsky, 2003). Como vimos anteriormente, no momento em que A. recorre aos serviços da Associação, encontra-se no momento em que reconhece o que o consumo de canábis é, não apenas como recorrente e prejudicial, mas também que cumpre uma função de coping, sendo usado como forma de auto-medicação (Tatarsky, 2003) na tentativa de regular os níveis elevados de ansiedade,⁴ as funções do sono e do apetite e as emoções intensas (descritas como desespero, raiva, culpa, frustração) e descritas pela própria como sendo “*overwhelming*” (sic). Observa-se que, na ocasião, A. demonstrava níveis altos de instabilidade emocional ou mal-estar psicológico. Os resultados do instrumento STAI registam níveis elevados e significativos de sintomatologia ansiosa (tanto de ansiedade-estado, como de ansiedade-traço); no BSI com valores elevados na Categoria de Ansiedade e de Depressão, Ideação Paranoide e Hostilidade; NEO-Pi-R, com níveis elevados de Neuroticismo e baixos níveis de Conscienciosidade, com o potencial de a vulnerabilizar para o sofrimento psicológico.

Acresce ainda que, tal como a literatura demonstra, a elevada frequência de uso de canábis está associada a um maior risco de depressão (Moore et al., 2007), com especial prevalência nas mulheres (McLaren et al., 2008), podendo considerar-se que, de certa forma, os consumos de A. podem ter contribuído para vulnerabilizar ou manter estados depressivos. No que diz respeito à ansiedade,⁵ acrescenta-se que não há evidência significativa de uma

⁴ Importante assinalar que o CBD, canabidiol encontrado na canábis, possui propriedades antipsicóticas e ansiolíticas (Clark, & Brown, 2008; in National Cannabis Prevention and Information Centre [NCPIC], 2017) com potencial terapêutico na ansiedade. Contudo o uso que A. faz da canábis pode promover a ansiedade.

⁵ A dimensão Obsessão-Compulsão no BSI obteve valores acima da média, no entanto, de acordo com os dados recolhidos na entrevista e ao longo do acompanhamento psicológico, não se apuraram critérios sugestivos de um quadro de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, de acordo com o DSM-V (APA, 2014). Verifica-se que estes

ligação causal entre os consumidores de canábis e a perturbação da ansiedade (Moore et al., 2007; McLaren et al., 2008). A canábis tanto pode provocar alívio como pode desencadear ansiedade, dependendo da quantidade de THC e de CBD⁶ contidos na substância (Hall & Solowij, 1998), assim como da quantidade de consumo.

Considera-se, então, que este padrão frequente e funções do consumo, se estabeleceu na sequência de um conjunto relevante de acontecimentos ansiogénicos e que podem ser entendidos como fatores precipitantes: a recente rutura da relação amorosa de dois anos, permanecendo, contudo, os contactos telefónicos diários pautados por discussões e conflitos, geradores de estados emocionais de ansiedade e culpa; o processo de adaptação ao regresso a Portugal após quatro anos de estudos superiores noutro país, gerando sentimentos de confusão e dúvida; a consequente maior proximidade com a mãe, numa relação também conflituosa e geradora de sentimentos de raiva e de culpa; a morte recente da avó como um evento de potencial impacto negativo em si e no clima emocional familiar; o contexto pandémico e as medidas da mitigação da COVID-19, as quais reduziram claramente a possibilidade de se suportar numa rede social mais vasta e de encontrar atividades ocupacionais ou laborais de interesse, o que dificultou a transição da vida académica para a vida profissional e a construção de um sentimento de propósito vocacional e significativo de vida.

Para além dos fatores referidos, cujo impacto se foi mantendo ao longo da intervenção terapêutica, importa destacar outras condições que parecem contribuir não só para a manutenção dos estados emocionais de afeto negativo e dos consumos, como para a

valores resultam de cotações elevadas nas respostas aos itens: “dificuldade em se lembrar de coisas passadas e recentes”; “dificuldade em tomar decisões”; “sensações de vazio na cabeça” e “dificuldade em se concentrar.” Assim, pode inferir-se que, no caso de A., o valor elevado naquele domínio será melhor explicado por estados emocionais reativos aos acontecimentos e contexto de vida adversos e/ou a efeitos do uso frequente de canábis, do que pela presença de sintomatologia específica do foro obsessivo e compulsivo.

⁶ O THC é a substância psicoativa contida na canábis com os efeitos responsáveis pelo estado não ordinário de consciência, propriamente dito. A maioria dos outros canabinóides é inativa ou tem efeito residual, no entanto, alguns, como o CBD, modificam os efeitos psicoativos do THC, funcionando como um regulador dos seus efeitos (Mechoulam & Hanus, 2012 in WHO, 2016).

manutenção das questões relacionadas com as alterações do apetite e com a dimensão motivacional.

No que toca à regulação do apetite, importa referir a dificuldade que A. reportou em comer pela manhã antes do consumo de canábis, o que por vezes desencadeava náuseas e até o vômito. Sabe-se que o uso prolongado da canábis, associado a fatores genéticos e de stresse psicológico⁷ pode resultar em ataques periódicos de náusea e vômito (Richards et al., 2017, Ferreira, 2020). Neste caso foi realizado um diagnóstico diferencial para a síndrome de hiperémese por canabinóides (Ferreira et al., 2020), no qual A. não satisfaz os critérios para esta síndrome em termos de início, duração e frequência. Assim, elaborou-se a hipótese de que a falta de apetite e as crises de vômito seriam sintomas psicossomáticos, decorrentes dos fatores de stresse emocional experienciados naquela fase da vida.

A respeito dos aspetos motivacionais, a literatura fala-nos da síndrome amotivacional derivada do uso frequente de canábis, caracterizada por um estado de apatia, ineficácia, improdutividade e por uma baixa performance em atividades dirigidas a objetivos, assim como a uma diminuição na sensibilidade do sistema de recompensa (Smith, 1968, Rodrigues, 2017). Nesta linha, ao longo das sessões, A. relatou sentir-se pouco motivada para a realização das tarefas do dia-a-dia, nomeadamente aquelas relacionadas com a procura de trabalho, mencionou a sua frustração ligada à procrastinação, à perceção de falta de foco e de objetivos e, na fase de transição em que se encontrava, entre a vida académica e a vida profissional. Além disso, cabe recordar que a dificuldade em enfrentar os obstáculos e desafios da sua vida, acontecem não só no contexto de acontecimentos de vida adversos, como em plena pandemia. Os consumidores de uso frequente de SPA no contexto de pré-pandemia, parecem ter aumentado o seu consumo aquando da pandemia e das medidas para a sua mitigação

⁷ Induz a tolerância e *downregulation* de alguns recetores, especialmente do canabinóide 1. Dessa forma, ocorre a desregulação das vias neurais centrais e mediadores neuroendócrinos.

(EMCDDA, 2020). No decorrer do confinamento, devido ao stresse causado pela tensão geral e o medo de contrair a COVID-19, da diminuição dos contactos sociais e da redução da ocupação com atividades prazerosas e de lazer e da situação de desafio emocional subjacente, verificou-se o aumento do consumo de canábis pela cliente e, ao mesmo tempo, uma diminuição da possibilidade de obter mecanismos de *coping* mais funcionais e saudáveis no seu quotidiano, o que certamente contribuiu para a manutenção dos estados emocionais negativos e para a desmotivação.

No decorrer do processo terapêutico e num período em que teria já iniciado a redução dos consumos, ressurgiu uma fase crítica de discussões com o ex-namorado e conflitos familiares na qual A. sentiu um aumento dos níveis de ansiedade, que conduziram ao regresso do padrão de consumo de canábis prévio ao acompanhamento. Este aspeto foi descrito como de desilusão consigo mesma ao interromper as estratégias de redução de consumo aplicadas e pelo sentimento de falhar no compromisso consigo própria e com o processo terapêutico: “retrocedi ao invés de continuar a evoluir” (*sic*). Nesta fase, atrasou-se sistematicamente às sessões e chegou a faltar a uma sessão sem avisar. Apesar de A. se ter mostrado interessada e aderente à terapêutica desde o início, este período foi marcado pela desmotivação e fraca aderência de uma forma geral, mostrando-se desacreditada na sua própria capacidade de conseguir manter as estratégias definidas na consulta RRMD e no compromisso com as sessões. A cliente mostrou ambivalência entre o desejo de alterar o padrão de consumo — e ter uma vida mais saudável e regrada no geral — e a baixa resistência à frustração face ao desejo de consumir em maior quantidade em situações de crise. Contudo, a existência da ambivalência e da consideração pessoal do consumo como problemático são, segundo Randell e Scanlan (2018) condições para a eficácia da abordagem da Intervenção Breve Motivacional, que visa estimular a mudança. De igual forma, a ambivalência que poderia ser considerada como conducente a “avanços e recuos” na intenção e no processo de mudança do padrão de

consumos, está contemplada no Modelo dos Estádios de Mudança (Prochaska et al, 1992), uma vez que estes autores, conforme se referiu acima, entendem a progressão entre os diferentes estádios como não linear, mas em espiral (Prochaska et al., 1992, p. 1102-1104).

Tendo em conta as informações mencionadas na anamnese elaborada e o problema principal que motivou a cliente a procurar apoio — o consumo abusivo de canábis —, formulou-se a hipótese de que a cliente A. preenchia os critérios suficientes para o diagnóstico de Perturbação de Uso de Canábis de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais - DSM V (APA, 2014). O DSM V não faz distinção entre os conceitos de Dependência e de Abuso, mas, em contrapartida, inclui uma lista de sintomas que se constituem como um uso problemático (American Psychiatric Association [APA], 2014). A cliente cumpria pelo menos 4 dos sintomas listados nos critérios, sendo eles: *“A Canábis é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.”*; *“Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de canábis”*; *“O uso de Canábis é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância”*; *“Tolerância, definida por (...) necessidade de quantidades progressivamente maiores de Canábis para atingir a intoxicação ou o efeito desejado, (...) Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de Canábis.”* Face ao exposto, no que diz respeito ao enquadramento dos sintomas numa categoria de diagnóstico, considera-se que A. preenche os critérios para o diagnóstico de Perturbação de Uso de Canábis Moderada, segundo o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-V – APA, 2014).

Este diagnóstico foi passível de ser concluído sem ser necessário recorrer a um instrumento de despistagem de dependência ou abuso de substâncias, como por exemplo o ASSIST- Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias, uma

vez que a própria cliente relatou e reconheceu autonomamente o carácter problemático do seu consumo e expôs a sua necessidade e vontade de mudança.

Tendo em conta as informações relatadas pela cliente, foi formulada a hipótese de que se poderia estar diante de uma perturbação de ansiedade generalizada. Contudo, importa salientar que é comum que a ansiedade (e.g. ataques de pânico) seja despoletada após o consumo excessivo de substâncias, ou por abstinência da mesma, em particular da canábis (APA, 2014), sendo importante ter em conta este potencial diagnóstico diferencial.

Da Incongruência do Sistema de Valores à Atualização Identitária

Apesar de os temas serem indissociáveis, o foco das problemáticas trazidas pela cliente foram progressivamente migrando do espectro do consumo e seus sintomas para as dificuldades não diretamente relacionadas com as SPA. Os principais conflitos apresentados no acompanhamento psicológico surgem relacionados com problemas familiares, direção e propósito de vida, dificuldades em comunicar e aceitar limites na relação com o outro, inconsistências ligadas aos valores pessoais e dissonâncias noéticas.

Durante o processo terapêutico, observou-se a complexidade das emoções negativas da cliente, tais como culpa, raiva e frustração, relacionadas com a dificuldade que enfrentava em escolher uma área para o seu futuro profissional. Na fase de transição em que se encontrava — entre o término da universidade e o início da vida profissional — sentia-se confusa e desorientada: “Estou num grande vazio e sem rumo” (*sic*) — ao mesmo tempo que acreditava que ao dedicar-se a um caminho profissional, acrescentaria propósito à sua vida. A. estava dececionada consigo mesma por sentir que tinha potencial para ser uma pessoa dinâmica, pró-ativa, eficiente nas suas conquistas. Previamente a esta fase crítica, tinha como referencial interno uma imagem de si mesma forte e capaz, em conflito com um pobre autoconceito atual como apática e desmotivada na procura de um emprego e na tomada de decisão em relação ao seu futuro.

Desta forma, observa-se uma dissonância entre o self real, isto é, a forma como A. se vê no presente momento (“sem direção e sem propósito”) e o self ideal com uma rotina saudável, organizada, a trabalhar em algo com que se identificasse. Rogers (1983, p. 44, Rogers, 2009) fala da tendência à plenitude, à auto-realização, que compreende não só a manutenção, mas também o crescimento do organismo, motivado para que o self se realize no seu pleno potencial. Quando o self real e o self ideal estão discrepantes, dá-se uma incongruência. Como resultado desta incongruência, a cliente experienciou uma acentuada pressão interna derivada de um elevado nível de auto-exigência, que resultou de uma atitude autocrítica severa e de uma significativa diminuição da visão positiva que tivera outrora de si própria. Como explica Hipólito (2011), quanto maior é a discrepância entre o self real e o self ideal, menor é a estima de si. Tal parece claro com a presença de pensamentos autodepreciativos, como quando verbalizou, regularmente durante as sessões, não ter apreço por si mesma (“eu sou uma merda!,” “não me orgulho de nada em mim”) e pela atitude frequente da cliente em desculpar-se durante o acompanhamento psicológico.

Tal dissonância parecia manter-se bastante atual, no momento em que A. procurou ajuda, tema trazido frequentemente ao *setting* terapêutico. A necessidade de A. em dar à sua vida um relacionado com o campo vocacional e com um novo estilo de vida, desencadeou uma atualização e reestruturação do seu sistema de valores e interesses de forma geral. Ao mostrar o *meme* do telemóvel em consulta, ficou evidente aquilo a que Rogers (2001) chamou *insight*, ou autocompreensão: a tomada de consciência entre o “antigo eu” e o “novo eu” que foi surgindo no decorrer das sessões e no desenvolvimento do seu processo de maturação. A. desejava alcançar “calma e paz interior” (*sic.*), como forma de contrariar o ritmo a que estava a viver a sua vida. Aspirava integrar no seu cotidiano organização, disciplina, sentido de responsabilidade e autocompaixão. Durante a sessão, A. afirmou que fazia sentido procurar em si mesma e nas pessoas que se relacionava: “*kindness, health, Inner peace, happiness*” (*sic*) no

lugar dos antigos conceitos “*cool, wealth, success e rich.*” De facto, o progressivo envolvimento que foi conseguindo no meio social permitiu-lhe novas experiências e possibilitou que experienciasse os novos valores aspirados. O envolvimento com o novo grupo de amigos mostrou que o foco de interesse e admiração nas pessoas ao seu redor passou a estar relacionado com características como autonomia, competência profissional, criatividade, estabilidade, autenticidade e um estilo de vida saudável, ainda que inconvençional. Foi possível observar, no decorrer das sessões de acompanhamento psicológico, que A. se sentia valorizada no novo grupo de amigos, orgulhosa de ter um emprego onde sentia os seus esforços reconhecidos, sentia gratificação ao fazer o trabalho voluntário, demonstrando uma mais elevada estima de si mesma.

O interesse e devoção no trabalho voluntário ilustrou a necessidade da A. em sentir-se prestativa e de contribuir para o bem comum, corroborando os resultados psicométricos da categoria da “amabilidade.” Os elevados níveis de “complacência” e “sensibilidade” obtidos indicam, segundo Costa & MCrae (1992) que se trata de uma pessoa que empatiza com os seus sentimentos e é ela própria regida por sentimentos nas suas ações.

Este processo de atualização de valores e de identidade da A. remete-nos para aspetos que Carl Rogers (1961/2009) salienta da filosofia de Kierkegaard (1972), nomeadamente o dilema do indivíduo sobre o “desespero por não se escolher,” ou “não estar disposto a ser ele mesmo.” Pelo contrário, o desenvolvimento de A. revelou-se em direção oposta ao desespero, conferindo a mais profunda responsabilidade do ser humano: tornar-se naquilo que se é. Citando Rogers (1951): “O que você deve ser, você está se tornando agora.” Estes pressupostos assemelham-se aos processos vivenciados em terapia pela A., na busca por uma existência mais autêntica, de acordo com os seus valores e propósitos, na vivência do seu self real, tornando-se naquilo que realmente é, amadurecendo e assumindo uma maior responsabilidade pelas suas escolhas.

Daí que se possa entender que A. se encontrava numa fase de transição, num movimento autorregulatório e de tendência atualizante (Rogers, 1951/1992) que se configura na necessidade de um novo sistema de crenças e valores, processo esse que implica abertura e profundidade para conhecer-se e aceitar-se, aludindo àquilo que Rogers (2001) chamou aceitar a sua “irremediável imperfeição” encarando o paradoxo: “quando me aceito como sou, estou-me modificando” (2001, p. 20).

As últimas sessões de acompanhamento psicológico caracterizaram-se por uma melhoria significativa no cumprimento das práticas que A. se propôs a fazer, tais como meditação, *journaling* e exercício físico, rotinas estas que foram sentidas como importantes na melhoria do seu estado geral. Verificou-se também uma notável diminuição das crises de ansiedade, humor depressivo e pensamentos negativos que ocorreram simultaneamente com a retoma das estratégias de RRMD do consumo de canábis, que passou a ser menos frequente e mais controlado.

No campo das relações, a cliente foi bem-sucedida na comunicação dos limites pessoais, nomeadamente com o ex-namorado e, apesar de escolher manter-se presente na relação, passou a fazê-lo de forma mais harmónica e menos conflituosa. Reforçou o vínculo com o seu novo grupo de amigos, que representou os novos valores integrados por A. Ocorreu, ainda, uma reconciliação com a sua mãe que fez a cliente sentir-se mais acolhida no contexto familiar e lhe permitiu revelar, com mais confiança, aqueles que são os seus valores, fortalecendo o seu sentido de identidade e a sua congruência interna.

Quanto à orientação vocacional e profissional de A., que foi das maiores preocupações apresentadas nas consultas, esta foi tomando forma e direção desde que a cliente deu início ao emprego na associação, se voluntariou no trabalho comunitário e ingressou numa formação na área artística do seu interesse, satisfazendo tanto o campo da sua ocupação profissional, quanto o desejo de desenvolver a sua criatividade e ocupar-se de forma construtiva.

Durante o acompanhamento psicológico, foi possível apurar que A. foi tornando-se capaz de fazer reflexões e auto-análises mais profundas, com maior clareza em relação às suas necessidades e aos seus sentimentos e com mais consciência de si própria, apresentando comportamentos mais maduros, atitudes e pensamentos mais positivos e mostrando maior aceitação de si mesma.

Neste último período, para além do progresso significativo já mencionado, A. reportou sentir-se confortável e nutrir prazer ao ficar sozinha e na relação consigo mesma e recorrer menos frequente ao consumo de canábis. O padrão de consumos de A. passou a ser significativamente mais controlado e a aplicação das estratégias de RRMD tornaram-se mais consistentes e integradas no seu estilo de vida. Neste sentido, pode considerar-se que A. se posicionava no estágio de Ação, caracterizado por uma mudança de comportamentos, experiências e ambiente social de forma a ir superando o problema identificado relativo aos consumos (Prochaska & DiClemente, 1994).

Em conclusão, podemos assumir que, de uma forma geral, A. mostrou mais maturidade e satisfação perante a sua vida, nomeadamente na integração e atualização dos seus novos valores internos, com uma atitude mais positiva perante a vida e maior aceitação de si própria.

Rogers (1992) menciona que o self passa a organizar-se na medida em que os elementos negados pela experiência se tornam conscientes. A. ao identificar em si mesma e revelar os seus novos interesses e valores, o seu desejo em tornar-se mais saudável e ser valorizada e a auto valorizar-se por aquilo que é, estaria a aproximar-se do seu self real, tornando-se mais congruente. Como consequência, apresentou-se muito mais estável, com maior autocontrolo emocional e com significativa redução dos consumos e sintomas.

Este processo de atualização identitária foi sentido pela A. como um recomeço, uma oportunidade de vivenciar as suas experiências e relações de uma forma mais consciente e coerente consigo mesma, “como peças do *puzzle* que se vão encaixando” (*sic*), num contexto

terapêutico que procurou facilitar a autorregulação e autoconsciência, num processo em que A. se tornava cada vez mais a si própria.

7.6. Reflexão Pessoal

We are just walking each other home.

— Ram Dass

Das aprendizagens que foram sendo apuradas no decorrer das sessões de acompanhamento psicológico, destacam-se importantes momentos que convidaram ao desafio e à reflexão. A experiência clínica durante o estágio consolidou os conhecimentos rogerianos prévios e proporcionou a prática dos modelos em que se baseia a ação da entidade de acolhimento de estágio. Passo a enumerar as aprendizagens e reflexões mais significativas durante a prática clínica no período de estágio.

Uma das aprendizagens que foi sedimentada durante a realização dos atendimentos está ligada à importância de alcançar uma postura terapêutica caracterizada pela investigação colaborativa (Tatarsky, 2003). Durante o processo terapêutico foi evidenciado o comprometimento da estagiária, assim como incentivada a autorresponsabilização da cliente, trabalhando ambas na direção de objetivos partilhados, em busca de alcançar maior autonomia e harmonia no momento do ciclo de vida que em que a cliente se situava. A estagiária procurou ter uma atitude honesta, considerativa e colaborativa, de forma a trabalhar em equipa com a cliente e a proporcionar uma vinculação horizontal na qual a hierarquia entre terapeuta e cliente não tivesse um papel significativo. Com esta atitude observou-se uma maior empatia e proximidade na relação terapêutica.

A importância de a estagiária nutrir uma atitude de confiança nas propriedades curativas e na sabedoria interior da cliente foi uma dimensão que também se tornou evidente. A demonstração de confiança da terapeuta na resiliência da cliente, na capacidade inata de se curar e no facto de ser a própria cliente a maior autoridade sobre a sua experiência, acabou por

empoderar e autorresponsabilizar a cliente. Com o objetivo de promover a autonomia na cliente para um contínuo processo de desenvolvimento e auto-exploração, a estagiária procurou acompanhar o processo terapêutico sem a intenção de interferir, orientar ou guiar a sessão.

Na relação terapêutica, importa recorrer aos princípios básicos da redução de danos, estabelecer uma relação terapeuta-cliente empática e encarar a conexão como sendo um dos mais eficientes antídotos para a adição. Segundo Hari (2015), “o oposto da adição é a conexão.” Uma vez que não havia interesse na abstinência dos seus consumos, não faria sentido pedir à cliente para se comprometer a parar o seu comportamento aditivo, de forma que a intenção foi começar no ponto em que a cliente estava, guiado pela sua queixa, numa atitude de respeito, aceitação, compaixão e apoio. A partir daí, ponderar quais as pequenas mudanças positivas que a cliente estivesse preparada para fazer de forma a podermos iniciar o trabalho em conjunto e perceber que objetivos e abordagens eram mais adequados à sua situação.

Outro fator de relevo foi a contínua tomada de consciência de que aquilo que se pretende é que a cliente chegue às suas próprias conclusões, o que exigiu, da parte da estagiária, autocontrolo, paciência e tempo-espaco para facilitar que este processo ocorresse no momento possível da cliente. Na prática, isto passou por permitir momentos em/de silêncio sem qualquer tipo de intervenção, apesar do completo envolvimento da parte da estagiária, mostrando calma (como recurso a um possível desconforto) e ao mesmo tempo mostrando curiosidade por aquilo que emergia espontaneamente na sessão. Foi curioso observar que muitas das vezes em que aconteciam pausas e intervalos silenciosos na sessão ou, por exemplo, quando era encerrado um assunto em discussão seguido de um momento de silêncio, surgiam *insights* ou temas relevantes, que por vezes pareciam desconexos *a priori*, mas que se revelavam de grande importância ou com uma evidente (e surpreendente) relação com o tema abordado anteriormente.

A presença firme, mas calma e empática da estagiária, revelou ser fundamental quando foi presenciado, em sessão, um episódio de *acting out*. A importância de dar um *container* para a atuação com grande carga emocional, sem a intenção de interromper ou ajudar a diminuir a intensidade da emoção, mas procurando conter e “suster o espaço” (*holding space*) foi exemplificada nesta situação.

Outro elemento importante observado na prática clínica foi o exercício de não sucumbir à tentação de facilitar insights, interpretar conteúdos ou apontar para uma determinada direção em relação às experiências da cliente mas, pelo contrário, encorajá-la a exercer o seu próprio julgamento. Apesar de esta constante autoconsciência da estagiária constituir um desafio no acompanhamento psicológico, este processo deu-se com uma certa naturalidade, uma vez que A. tem elevada capacidade autoanalítica e consciência dos seus processos mentais, bem como facilidade em alcançar uma autocompreensão: Ou seja, acontecia espontaneamente ela própria chegar a uma conclusão ou *insight*. Entretanto, quando ocorria em sessão algum tipo de intervenção de caráter mais interpretativo ou diretivo da parte da estagiária, a intenção era permitir que a cliente pudesse avaliar se um determinado comentário lhe ressoava e lhe fazia sentido, valorizando o seu próprio discernimento sobre aquilo que pode ser aplicável e útil para a compreensão de sua experiência (Tatarsky, 2003).

A estagiária sentiu alguma dificuldade em relação ao encerramento das consultas. Apesar do acompanhamento estar enquadrado no modelo das Intervenções Breves, com uma data prevista de conclusão, surgiu um desconforto na interrupção do processo de A. que, na perspectiva da estagiária, não havia chegado ao fim. A estagiária sentiu que a cliente beneficiaria em ter o acompanhamento psicológico estendido no tempo, ao mesmo tempo que identificava a importância de a cliente dar continuidade ao processo terapêutico, havendo indicação para uma terapia continuada (eventualmente uma psicoterapia).

Apesar da limitação do tempo de atendimento e considerando a dificuldade em conseguir adereçar determinados conteúdos terapêuticos, a estagiária manteve-se realista quanto ao resultado terapêutico da cliente, cumprindo satisfatoriamente as expectativas da estagiária.

Outro fator significativo foi a tomada de consciência por parte da estagiária da sua intenção de estar completamente presente na sessão, empática e ressonante com a experiência da cliente, mas sem perder a visão macroscópica contextual da cliente nem a metavisão dos modelos pelos quais se estava a reger, numa espécie de presença tripla: a presença da estagiária consigo mesma (atenta à sua intuição, às reações do seu corpo, à focalização e à sua sabedoria intelectual e corporal, etc.), a presença da estagiária com a cliente (na ressonância, na díade terapêutica, em modo empático), e por fim o envolvimento da estagiária com o contexto geral (atenta à biografia da cliente, aos modelos usados, à envolvimento do contexto do estágio e da universidade, ao espaço físico onde ocorriam as consultas, ao ambiente em geral).

Um fator tido em atenção durante as sessões, e que é da maior importância, foi tomar em conta que o sintoma tem uma função adaptativa fundamental e é resultado da melhor gestão possível das dissonâncias do self: “Partimos da premissa que entram em ação forças da inteligência de autocura, elas mesmas expressões da tendência à hipercomplexificação atuante no indivíduo” (Hipólito, 2011, p. 159).

A importância da prudência relativa ao desejo de eliminar os sintomas também foi tida em conta pela estagiária que, idealmente, deve ser suscitado quando o organismo encontra um melhor equilíbrio alternativo ao sintoma (Hipólito, 2011), algo que sucede no processo natural de amadurecimento e autocura.

Durante o acompanhamento psicológico foi reforçada a ideia que a estagiária tinha previamente ao estágio: a da importância da supervisão clínica durante a prática de atendimentos psicológicos, quer durante o estágio, no qual a supervisão mostrou ser

fundamental (como parte das aprendizagens da formação académica, ao favorecer a integração entre teoria e prática, na gestão de algumas dúvidas e ansiedades, em relação à resolução de questões relacionadas com a transferência e a contratransferência nos acompanhamentos do estágio, etc.), quer ao longo de toda a prática profissional do psicólogo. Extrapolando esta ideia, a estagiária percebeu que, além dos benefícios da supervisão para o psicólogo, a psicoterapia pessoal para o profissional de saúde mental é como um recurso fundamental no desenvolvimento do seu autoconhecimento, na compreensão dos seus processos intersubjetivos, e ainda na aprendizagem clínica. O psicólogo beneficia assim a nível profissional e pessoal, na busca de aperfeiçoar-se como pessoa ao trabalhar as suas dissonâncias compreendendo e aceitando aspetos da sua personalidade e, conseqüentemente, estando cada vez mais autêntico e sendo congruente com partes de si mesmo. Estas condições são necessárias à facilitação da relação interpessoal e à promoção da mudança no processo terapêutico (Rogers, 1992).

Emergiu uma reflexão acerca da importância e da necessidade que o profissional da área de saúde mental tem em se atualizar, pesquisar, estudar, numa contínua aprendizagem, e de se manter flexível e com abertura ao novo, às tendências científicas ao desenvolvimento vanguardista, livre de preconceitos e de estigma.

Outra vertente do atendimento clínico no estágio que contribuiu para a aquisição de novas aprendizagens foi o contacto da estagiária com influências teóricas e modelos de intervenção utilizados no local de estágio, tais como a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002) e os Estádios de Mudança (DiClemente & Prochaska, 1998). As abordagens distintas daquelas com as quais a estagiária estava familiarizada e se identificava revelaram ser importantes contribuições para o seu processo de aprendizagem e foram implementadas no acompanhamento psicológico.

A experiência de acompanhamento psicológico colocou vários outros desafios. O acompanhamento do caso de A. foi escolhido para ser apresentado neste relatório pelo seu destaque no decorrer do estágio, tanto pela riqueza de aprendizagens, como pelos desafios clínicos, pela situação pandêmica e ainda pelo resultado positivo observado no final do acompanhamento psicológico baseado numa abordagem humanista, empática e livre de julgamentos, o que revelou a sua eficácia.

Um desafio sentido pela estagiária foi o constante exercício de isenção em relação às referências e aos valores da sua própria experiência pessoal, procurando estar despida de preconceitos e de ideias preconcebidas a respeito da história e das necessidades da cliente. No *setting* terapêutico, revelou ser fundamental que houvesse compreensão sem julgamento. A manutenção da consideração positiva incondicional (Rogers, 2011) exigiu da estagiária uma auto-observação contínua, de forma a distanciar-se de si e a centrar-se na cliente, numa atitude de observação e pesquisa com vista à apreciação e aceitação da pessoa concreta que está à sua frente, enaltecendo os seus recursos, focando-se naquilo que há de especial e único naquela cliente.

Nas palavras de Rogers e Rosenberg (1977), “*A maneira de estar com outra pessoa que é chamada empática... significa viver temporariamente em sua vida, movendo-se delicadamente nela sem fazer julgamentos... estar com outra pessoa dessa maneira significa que por enquanto você deixa de lado as opiniões e valores que você guarda para si mesmo para entrar no mundo do outro sem preconceitos...um jeito complexo, exigente, forte, mas sutil e gentil de ser.*”

Conforme foi referido acima, um dos desafios que surgiram durante o estágio foi a questão da impossibilidade de realizar a maioria dos atendimentos psicológicos de modo presencial, assim como a limitação da aplicação de instrumentos de teste psicológico durante o período do confinamento pela pandemia do COVID-19, o que cingiu a estagiária a apenas

uma oportunidade de aplicação dos testes de avaliação psicológicos. Desta forma, ainda que com a limitação do confinamento, a estagiária conseguiu aplicar com sucesso os saberes teóricos avaliativos na prática clínica com a cliente A., a qual posteriormente teve a oportunidade de realizar o acompanhamento psicológico.

Relativamente às aplicações dos instrumentos de avaliação psicológica, estes suscitaram ainda uma reflexão crítica sobre o modo com a sua utilização pode representar uma forma de padronização e titularização do sofrimento da pessoa. O seu uso pode conduzir à desvalorização das subjetividades e idiossincrasias individuais, o que, por sua vez, acarreta, muitas vezes, a estigmatização dos aspetos comuns da experiência humana que, por esta via, podem ser transformados em fenómenos patológicos. Uma abordagem exclusivamente baseada nos instrumentos de avaliação psicológica pode constituir um obstáculo à dimensão do olhar e da escuta na prática clínica, dimensão essa que implica uma compreensão mais vasta do significado do sintoma psíquico e do sofrimento. No que respeita à relação à aplicação de modelos e técnicas que têm distintas abordagens de base, a estagiária procurou sempre manter uma atitude humanista apoiada na Abordagem Centrada na Pessoa, inclusive nos casos em que o modelo escolhido apontava para uma maior diretividade ou tinha um objetivo nitidamente sustentado numa abordagem distinta. A intenção foi sempre a de encarar a cliente como pessoa, inteira, e não como um mero exemplo de uma teoria generalizante.

Neste âmbito a estagiária constatou que, independentemente do diagnóstico, cada pessoa é única na sua individualidade e que as suas especificidades devem ser tidas em conta. Embora os critérios de diagnóstico de determinada psicopatologia sejam transversais aos sujeitos diagnosticados, cada um destes deve ser entendido como um indivíduo cujos traços singulares devem ser respeitados. Para Rogers, o diagnóstico é algo desnecessário (Rogers, 1951), embora seja inevitável, num contexto institucional, ter de ser considerado. Não

devemos, no entanto, focarmo-nos inteiramente nesse diagnóstico, já que este representa apenas uma informação acSSIONAL.

É possível recordar as palavras de Jung para finalizar este texto: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (Jung, 1991, p. 5). Esta frase parece resgatar a humanidade dos psicólogos e profissionais da saúde que lidam com relações humanas, apontando para que devem empenhar-se no domínio teórico e técnico sem esquecerem que, acima de tudo, são humanos.

Este empreendimento comparativo entre as duas vertentes que têm distanciado a ciência do comportamento humano, deve ser visto como um alerta para que, cada uma por si, não terá resultados tão satisfatórios como quando ambas as ciências se entrelaçam. É nesse ponto comum que se deve compreender que a competição é desfavorável à ética, ao bom senso, ao conhecimento e à razão. Eventualmente, o caminho da ciência e da noética é o mesmo, deveriam andar de mãos dadas, desenvolver uma humanização da ciência psicológica e aproximar a dimensão noética da psicologia.

PARTE IV — CONCLUSÃO

8. Considerações Finais

Não é sinal de saúde estar bem-adaptado a uma sociedade doente.

— Jiddu Krishnamu (n.d.)

O presente capítulo pretende ser uma análise reflexiva da experiência de estágio na sua globalidade, visto que as atividades realizadas no âmbito da prática da estagiária foram previamente discutidas através de notas reflexivas, ao longo do capítulo 2 (cf. p. 49 e ss.).

A experiência de estágio na entidade de acolhimento foi pautada por objetivos académicos, profissionais e também pessoais. O estágio proporcionou um conjunto de aprendizagens e reflexões importantes para o desempenho da profissão de psicóloga, quer ao nível do acompanhamento clínico, quer ao nível da formação mais geral como ser humano. A escolha do local de estágio foi motivada pelo interesse e admiração da estagiária pelo trabalho desenvolvido por aquela associação.

De notar que uma parte relevante da atividade desta organização teve início através de um serviço de emergência psicadélica implementado, desde 2004, no Boom festival em Portugal. Em 2006, a estagiária contactou pela primeira vez com este serviço e teve a oportunidade de colaborar com a equipa do serviço de emergência psicadélica durante o festival. Desde então, desenvolveu o interesse pela psicologia associada às SPA, tanto na RRMD, como no “renascimento psicadélico” e no papel da ciência psicadélica na saúde mental.

A estrutura desta organização foi crescendo e foi posta em funcionamento em 2008 no Boom festival, em colaboração com a MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies), Projecto CheckIN (Check-IN — Cooperação e Desenvolvimento) e o SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências). O presidente da MAPS, Dr. Rick Doblin exaltou este festival e os serviços coordenados de emergência psicadélica, considerando-os vanguardistas na preparação para um mundo pós-proibição (Nielsen & Bettencourt, 2008). A evolução deste projeto enquanto serviço de RRMD

vocacionado para intervir em festivais e em outros contextos recreacionais, foi sendo desenvolvido e aperfeiçoado ao longo das edições deste festival (Valente et al., n.d.). Este projeto inovador foi crescendo e, em 2016, foi criada a associação com o mesmo nome, com o objetivo de investigar, intervir e advogar pelo empoderamento, segurança e saúde das pessoas que usam substâncias psicoativas em ambientes recreativos noturnos.

Um dos maiores interesses da estagiária em participar do serviço de apoio psicológico prestado pela associação prendeu-se com a metodologia interventiva utilizada pelos serviços de RRMD disponibilizados por esta associação, com ênfase na prevenção de possíveis danos que advenham do consumo de SPA. A intervenção é sustentada pelo princípio colaborativo, onde ocorre o envolvimento do utilizador no desenho, conceção e implementação dos programas e respostas (Valente et. al., n.d.) fundamentalmente baseadas na abordagem humanista, centrada na pessoa.

Neste sentido, a associação tem vindo a reunir uma equipa multidisciplinar e especializada, com as quais a estagiária teve o privilégio de contactar, composta por profissionais de diversas áreas (psicologia, psiquiatria, química, farmácia, etc.) que estão disponíveis para reconhecer os princípios da *mínima interferência*, focando a sua atuação na vertente não-diretiva, centrada na pessoa, proporcionando tanto à pessoa que procura apoio fora da crise, como àquela que se encontre em emergência psicológica, uma experiência profunda de cuidado, apoio e conexão humana (Carvalho et al., n.d.). Ainda que a prioridade da intervenção seja o garante da segurança física e mental do indivíduo, muito mais do que a promoção de uma transformação transpessoal, o apoio psicológico prestado pela equipa procura alcançar o maior benefício possível da experiência com as SPA no sentido de dar suporte também à dimensão psicoespiritual.

Outro interesse específico da estagiária na intervenção adotada pela associação e conhecido como "*outreach teams*," tem como premissa o uso de drogas enquanto escolha

individual e visa fornecer aos frequentadores de festas e usuários recreativos as ferramentas necessárias para que estes possam usar drogas de forma consciente e informada (Valente et al., 2017). Um bom exemplo é o serviço especializado de *drug checking*, disponibilizado por esta associação e pioneiro em Portugal, que, como foi explicado neste relatório, permite às pessoas analisarem quimicamente as suas substâncias e obter aconselhamento especializado acerca da sua utilização (Valente et al., 2017).

Para além da intervenção preventiva acima referida, nas situações de crise psicológica resultantes da utilização de SPA, a intervenção padrão pretende ser minimalista e, na maioria dos casos, é o próprio utilizador, visto enquanto *sujeito autónomo*, a avaliar o risco e a guiar o seu processo, sendo que as estratégias implementadas pela equipa são mais orientadas para a proteção do indivíduo através da redefinição do espaço do que pela intervenção do corpo (Soares et al., 2017). O respeito pelas escolhas do indivíduo é um aspeto notável da conduta desta associação e motivo de admiração pela estagiária. O facto de que a associação fundamenta a sua intervenção em premissas humanistas foi sem dúvida um motivo definitivo na escolha do local de estágio. Outro importante fator foi o trabalho que esta associação tem desenvolvido na forma como revê e atualiza os seus protocolos, de forma a garantir que estes possam ser facilmente adaptados a uma variedade de eventos, sendo que este serviço está preparado para apoiar outros tipos de crises que não só as relacionadas com o consumo de SPA, nomeadamente as que resultam de casos de assédio, abuso e agressão sexual, temáticas que têm ganho cada vez mais uma merecida visibilidade e também são do interesse da estagiária, quer enquanto profissional quer enquanto membro da sociedade. Outro aspeto a salientar é que, apesar do foco na RRMD, esta associação considera igualmente a *maximização dos benefícios* do uso de SPA, pelo que aposta numa intervenção “horizontal e inclusiva,” bem como “proximal e informal,” que tem em consideração as perspetivas dos frequentadores de festas e os ambientes em que se movimentam (Valente et al., 2017). É importante aqui referir o conceito

de *counterpublic health* salientado por estas autoras, citando Race (2008), que sugere ser possível tornar o uso de drogas mais seguro e, simultaneamente maximizar os seus benefícios, sendo para isso necessária a implementação de um conjunto de estratégias potencialmente interessantes no trabalho com consumidores de drogas em contextos recreativos.

Outra aproximação em que houve grande impacto na estagiária foram as ações de *advocacy* a que esta associação se propõe. Partem do entendimento dos contextos recreativos enquanto lugares de socialização, de vinculação e de criação de subculturas, particularmente para as camadas mais jovens (Valente et al., 2017), e da premissa de que a alteração intencional de estados de consciência pelo uso de SPA é um direito (Soares et al., 2017). Na sua palestra sobre “*Psychedelics and Cognitive Liberty*” (2020), a advogada Charlotte Walsh argumenta que a *liberdade cognitiva* está inserida nos direitos humanos mais básicos, referindo-se ao direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Walsh salienta que todos os seres humanos estão numa busca existencial, pelo que não faz sentido pensar o consumo de SPA apenas numa perspetiva religiosa ou medicinal, sendo urgente a defesa da total liberdade individual para controlar/alterar a nossa própria química cerebral e a liberdade de aceder a diferentes paisagens mentais, princípios que a estagiária sempre partilhou ao longo da sua vida. Além disso, a utilização de SPA desempenha um papel central na procura de experiências novas, mais agradáveis e intensas e o prazer enquanto motivação deve ser considerado válido para certos comportamentos sem que isso seja visto como antítese de segurança, controle ou saúde (Valente et al. 2017).

A estagiária gostaria de salientar a *visão empoderadora* do consumidor de SPA suportada por esta associação, que compreende que reconhecer o *direito a usar drogas* e o consumidor de drogas enquanto *sujeito autónomo* não significa que esta seja uma decisão lógica, antes enfatiza a liberdade individual e a importância de prestar apoio não restrito quando a segurança do indivíduo é posta em causa (Soares et al. 2017). Por fim, é importante referir

que estas autoras chamam a atenção para os desafios de se pensar no *HR double*^[2], considerando as implicações sociais e políticas de se reconhecer o direito individual ao uso de drogas enquanto característica importante da dignidade humana, tendo em vista não só os riscos que pode comportar, mas também os benefícios que pode trazer ao desenvolvimento humano. Sobre esta questão, Walsh (2020) lança a pertinente reflexão em torno da *descriminalização das drogas*, processo urgente e necessário, mas que não deve ser implementado em prol de uma lógica de regulamentação restritiva ou sob a lente da “medicalização” das SPA. Pelo contrário, advoga a liberalização do uso de SPA enquanto catalisador de mudanças de pensamento e sociais profundas e urgentes, ajudando a tratar traumas que não são só individuais, mas também sociais, contribuindo para a atualização dos modelos de existência atuais, reestruturando assim o retrato da sociedade atual.

Em jeito de conclusão, por todos os motivos suprarreferidos, importa expressar o privilégio sentido pela estagiária em poder colaborar com a associação em questão. A experiência de estágio revelou ser bastante significativa para o seu percurso académico e profissional, tendo esta desenvolvido competências e conhecimentos que alargaram o seu horizonte conceptual e contribuíram positivamente para a construção da sua “profissionalidade” a vários níveis. Adicionalmente, permitiu-lhe envolver-se não só com a vertente clínica associada às SPAs, mas com diversas atividades que, não estando diretamente relacionadas ao objetivo do presente estudo, permitiram desenvolver outras aprendizagens que se mostram relevantes para a sua prática como psicóloga, conforme explicado acima e em pormenor no capítulo 2 deste relatório. Nesse sentido, é importante referir que a experiência superou as expectativas da estagiária, que se viu mergulhada num universo progressista e altamente inspirador.

É de salientar o facto de esta associação disponibilizar um serviço público, gratuito, anónimo e confidencial, assente nos pilares da responsabilidade social, informação,

empoderamento (levando em consideração direitos e responsabilidades) e descriminalização. A sua missão pioneira, aliada ao conjunto de pessoas qualificadas e competentes, comprometidas em prestar um serviço de qualidade, baseado em premissas e preocupações de elevada relevância e sustentadas pela evidência científica, contribuíram para que a experiência de estágio tenha sido verdadeiramente enriquecedora e inspiradora.

Para ser grande, sê inteiro: nada

Teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa. Põe quanto és

No mínimo que fazes.

Assim em cada lago a lua toda

Brilha, porque alta vive.

— Ricardo Reis

Referências Bibliográficas

- Aday, J. S., Mitzkovitz, C. M., Bloesch, E. K., Davoli, C. C., & Davis, A. K. (2020). Long-term effects of psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 113, 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.017>
- Advisory Council on the Misuse of Drugs. (2003). *Hidden harm: responding to the needs of children of problem drug users*. London: Home Office
- Aguiar, A. C. (2020) *Uso não-problemático de drogas em Portugal: a lei e as experiências dos utilizadores*.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30044/1/DISSERTAÇÃO%20FINAL%20ANA%20AGUIAR.pdf>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In KUHL, J. E.; BECKMANN, J. (Orgs.). *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). Springer-Verlag.
- Aldridge J., Measham F., & Williams L. (2011). *Illegal leisure revisited: Changing patterns of alcohol and drug use in adolescents and young adults*. Routledge.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Climepsi Editores.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervenções breves para o consumo nocivo e de risco de bebidas alcoólicas: Manual para utilização nos cuidados primários de saúde*. Organização Mundial de Saúde, Departamento de saúde mental e dependência de substâncias.

- Barratt, R. (2011). Exploring internal and external supply chain linkages: evidence from the field. *Journal of Operations Management*, 29(5), 514-528.
- Barrett, F. S., Bradstreet, M. P., Leoutsakos, J. M. S., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). The challenging experience questionnaire: characterization of challenging experiences with psilocybin mushrooms.” *Journal of Psychopharmacology*, 30 (12), 1279-1295.
- Bedene, M. R. (2010). *Caderno Temático: Reflexões sobre o enfrentamento da indisciplina entre jovens, adolescentes. alunos matriculados no ensino fundamental*. PDE. Universidade Fernando Pessoa.
- Biernacki, P. (1990) Recovery from drug addiction without treatment: a summary. In Lambert, E. (ed.), *NIDA Research Monograph 90 – The collection and interpretation of data from hidden populations*, 113-119. <https://www.drugabuse.gov>. 113-119
- Bolonas, S. (2011). *Publicidade sem código de barras: contributos para o conhecimento da publicidade a favor de causas sociais em Portugal*. Portugal: Edições Húmus.
- Calado, V. (2006). *Drogas Sintéticas: mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Núcleo de Investigação/ODT/IDT.
- Calado, V., & Lavado, E. (2018). *Representações sociais dos comportamentos aditivos. Inquérito ao público jovem presente no Rock in Rio*. SICAD.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M. A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. and Zavatti. (2001) *Risk and Control in the recreational drug culture*. Palma de Mallorca: IREFREA.

- Canavarro, M. C. (1993). Avaliação de Sintomas Psicopatológicos através do BSI: estudos de fiabilidade e validade do inventário. *Provas Psicológicas em Portugal*. Volume II.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In Simões, M.R., Gonçalves, M., & Almeida, L.S. (eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora
- Carbonaro, T. M., Bradstreet, M. P., Barre., F. S., MacLean, K. A., Jesse, R., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1268-1278.
- Carvalho, R. G., Fonseca, A. D., Dores, A. R., Santos, C. M., Batista, J., Salgado, J., & Sousa, M. (2019). *Linhas de Orientação para a Prestação de Serviços de Psicologia Mediados por Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC)*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Carvalho M. (2007), *Culturas juvenis e novos usos de drogas em meio festivo: O trance psicadélico como analisador*. Campo das Letras.
- Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Dias, P., Carvalho, J., Rodrigues, M., & Rodrigues, T. (2014). Crisis intervention related to the use of psychoactive substances in recreational settings-Evaluating the Kosmicare Project at Boom Festival. *Current drug abuse reviews*, 7(2), 81-100.

- Carvalho, M. C., Sousa, M. P., Frango, P., Dias, P., Carvalho, J., Rodrigues, M., & Rodrigues, T. (2014). Crisis Intervention Related to the Use of Psychoactive Substances in Recreational Settings - Evaluating the Kosmicare Project at Boom Festival. *Current Drug Abuse Reviews*, 7, 81-100.
- Cohen, P. & Sas, A. (1993). *Ten years of cocaine. A follow-up study of 64 cocaine users in Amsterdam*. <http://www.cedro-uva.org>.
- Coholic, D. A. (2011). Exploring the Feasibility and Benefits of Arts-Based Mindfulness-Based Practices with Young People in Need: Aiming to Improve Aspects of Self-Awareness and Resilience. *Child Youth Care Forum*, 40, 303–317. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9139-x>
- Copeland, J., Frewen, A., & Elkins, K. (2009). *Gestão das Perturbações do Uso de Canábis e Questões Associadas - um guia clínico*. CDT Porto & DICAD-ARS, Norte, IP. <https://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/Guia%20Clinico%20Perturbacoes%20Uso%20Cannabis.pdf>
- Costa, E. (2001). Novos Rumos da política sobre as drogas. *Revista Toxicodependências*, 7(1):3-15.
- Costa, E. (2017). Consumo de estupefacientes: evolução e tensões no direito português. *Julgar*, 32, 161-180.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.

- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1996). *NEO-PI-R Inventário de Personalidade Neo-Revisto: Manual Profissional*. CEGOC-Tea- Investigação e Publicações Psicológicas
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2012). The Five-Factor Model, Five-Factor Theory, and Interpersonal Psychology. In *Handbook of Interpersonal Psychology* (pp. 91–104). <https://doi:10.1002/9781118001868.ch6>
- Cruz O. (2015), Nonproblematic illegal drug use: Drug use management strategies in a Portuguese sample. *Journal of Drug Issues*, 45(2):133-150.
- Cruz, O. S., & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16, 39–47.
- Cruz, O., Machado, C. & Fernandes, L. (2012). O “problema da droga”: Sua construção, desconstrução e reconstrução. *Análise Psicológica*, 1-2, 49-61.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Pearson.
- Dewit, D.J. (1998). Relocação geográfica frequente da infância: seu impacto na iniciação do uso de drogas e no desenvolvimento de álcool e outros problemas relacionados a drogas entre adolescentes e jovens adultos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(5), 623-634.
- Domosławski A. (2011). *Drug policy in Portugal: The benefits of decriminalizing drug use*. Open Society Foundations.
- Eastwood N., Fox E., & Rosmarin, A. (2016). *A quiet revolution: Drug decriminalisation across the globe*. Release Drug, The Law and Human Rights.

- Faupel, C. E. (1991). *Shooting dope. Career patterns of hard heroin users*. University of Florida Press
- Fernandes, L. & Mata, S. (2016). A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-25. <https://www.gjcpp.org/en/article.php?issue=21&article=115>
- Fernandes, L. (2009). O que a droga fez à norma. *Toxicodependências*, 15(1), 3-18.
- Fernandes, L., & Silva, R. (2009). *O que a droga fez às prisões – um percurso a partir das terapias de substituição opiácea*. IDT.
- Fernández-Calderón, F., Díaz-Batanero, C., Barratt, M. J., & Palamar, J. J. (2018). Harm reduction strategies related to dosing and their relation to harms among festival attendees who use multiple drugs. *Drug and Alcohol Review*, 38(1), 57-67. <https://doi.org/10.1111/dar.12868>
- Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, Ó., Rojas-Tejada, A., Bilbao-Acedos, I., Vidal-Giné, C., Vergara-Moragues, E., & González-Saiz, F. (2014). Harm Reduction Behaviors Among Young Polysubstance Users at Raves. *Substance Abuse*, 35(1), 45–50. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.792760>
- Ferreira, A. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). [Addictions and psychotherapies] *Revista Toxicodependências*, 10(2): 65- 74.
- Ferreira, T.F. (2020). Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: A Practical Review for Clinicians Main Article Content (<https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/283>)
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.

- Fonseca, C. (2006). Consumo de Drogas: Crime ou Contra-Ordenação?. *Saúde Mental*, VIII(4), 39-51.
- Gashi, L., Sandberg, S., & Pedersen, W. (2021). Making “bad trips” good: How users of psychedelics narratively transform challenging trips into valuable experiences. *International Journal of Drug Policy*, 87, 102997. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102997>
- Global Commission on Drug Policy (2021). *Time to End Prohibition*. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2021/12/Time_to_end_prohibition_EN_2021_report.pdf em 8 de abril de 2022.
- Gorman, I., Nielson, E.M., Molinar, A., Cassidy, K., & Sabbagh, J. (2021). Psychedelic Harm Reduction and Integration: A Transtheoretical Model for Clinical Practice. *Front. Psychol.* 12:645246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645246>
- Grof, S., & Grof, C. (2008). *Lsd psychotherapy. The healing potencial of psychedelicmedicine* (4^o ed.). MAPS.
- Hall, W. & Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352, 1611 – 1616.
- Hari, J. (2015). *Chasing the Scream: The First and Last Days of the War on Drugs*. Bloomsbury.
- Harm Reduction International. (n.d.). *O que é a redução de danos?* https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_Portuguese_HRI.pdf
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Edual.

- Hughes, C., & Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 31,101–113
- Janeiro, L., & Metelo, T. (2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT- Sotavento/Olhão. *Revista Toxicodependências*, 10(1), 25-35.
- Jelleyman T., & Spencer, N. (2008). Residential mobility in childhood and health outcomes: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), 584-592. <https://10.1136/jech.2007.060103>
- Jenkins, E. K., Slemon, A., & Haines-Saah, R. J. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduction Journal*, 14(1). <https://10.1186/s12954-017-0180-z>
- Jung, C. G. (1991). *Obras Completas. Volume VII. Estudos Sobre a Psicologia Analítica* (3ª ed.). Editora Vozes.
- Kaasik, H., & Kreegipuu, K. (2020). Ayahuasca users in Estonia: ceremonial practices, subjective long-term effects, mental health, and quality of life. *Journal of Psychoactive Drugs*, 52, 255–263. <https://10.1080/02791072.2020.1748773>
- Kandel, D. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. In Lettieri, D, & Colabs. (eds.), *NIDA Research Monograph 30*.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J., (1992). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: MEDSI
- Kierkegaard, S. (1972). *O Conceito de Angústia*. Lisboa: Editorial Presença.

Kosmicare (n.d.). *Apresentação da Associação Kosmicare* (documento interno).

Kosmicare. (2021). Relatório de análise de conteúdo sobre consultas de aconselhamento psicológico e redução de riscos da Kosmicare 2019-2022.

Kosmicare. (2021b). Relatório do serviço de drug checking da Kosmicare

Lima, M. P. & Simões, A. (2000). NEO-PI_R manual profissional. Lisboa: CEGOC.

Marlatt, G.A. (1996), Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviours*, 21(6), 779-788.

Marlatt, G.A., & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27(6), 867-86. [https://10.1016/s0306-4603\(02\)00294-0](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00294-0)

Martins, D., Barratt, M., Pires, C., Carvalho, Ventura, M., Espinosa, S., & Valente, H. (2017). The detection and prevention of unintentional consumption of DOx and 25x-NBOMe at Portugal's Boom Festival. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 32(3). [http://10.1002/hup.2608](http://dx.doi.org/10.1002/hup.2608).

Martins, D., Valente, H., & Pires, C. (2015). CHECK! NG: The last frontier for Harm Reduction in party settings. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 646-660.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

McCall, H., Adams, N. Mason, D., & Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *BMJ*, 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5790>

- McLaren, J, Lemon, J., Robins, L., Mattick, R. (2008). Cannabis and Mental Health: Put into Context. *National Drug and Alcohol Research Centre*. University of New South Wales.
<http://www.ncpic.org.au>
- Measham, F., Newcombe, R. & Parker H (1994). The Normalization of Recreational Drug Use amongst Young People in North-West England. *British Journal of Sociology*, 45(2), 287-312. [HTTPS:// 10.2307/591497](https://doi.org/10.2307/591497)
- Menezes, I. (2010). *Intervenção Comunitária: Uma perspectiva Psicológica* (2º Ed.). Legis Editora
- Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 143e150). Guilford
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing* (2ª ed.). New York: The Guilford Press
- Mithoefer, M. (2017). *A manual for MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder; Version 8*. <http://www.maps.org/research/mdma/mdma-research-timeline/4887-a-manual-for-mdma-assisted-psychotherapy-in-the-treatment-of-ptsd>. Accessed 2 April 2021
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319–328.
- Nazaré, B., Pereira, M., Canavarro, M. (2017). Avaliação breve da psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*. 2, p.213-230

- Nielsen, S. & Bettencourt, C. (2008). KosmiCare: Creating Safe Spaces for Difficult Psychedelic Experiences. *MAPS*, XVIII (3), 39-44.
- Nielson, J. L., & Megler, J. D. (2014). Ayahuasca as a candidate therapy for PTSD. In Labate, B. C., & Cavnar, C. (eds.) *The Therapeutic Use of Ayahuasca* (pp.41-58). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40426-9_3
- Nutt, D., King, & Phillips, L. (2010). Drug harms in the UK: A multi-criterion decision analysis. *Lancet*, 376(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Publications Office of the European Union.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2011). *Drug policy profiles - Portugal*. Publications Office of the European Union.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2016). *Emergency department-based brief interventions for individuals with substance-related problems: a review of effectiveness*. Publications Office of the European Union.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2018). *European drug report. Trends and developments*. Publications Office of the European Union.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019). *Portugal, Country Drug Report 2019*. Publications Office of the European Union.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021). *Relatório Europeu sobre Drogas 2021: Tendências e Evoluções*. Serviço das Publicações da União Europeia. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PT_03.pdf em 5 de abril de 2022.

Ordem dos Psicólogos (2016). *Guia Orientador da Intervenção Psicológica nos Problemas Ligados ao Álcool*.

Organização Mundial da Saúde (2010). *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Organização Mundial da Saúde. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

Panagopoulos, I., & Ricciardelli, L. A. (2005). Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users. *International Journal of Drug Policy*, 16(1), 54–64. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.09.001>

Parker, H., Williams, L., Aldridge, J. (2002). The normalization of “sensible” recreational drug use: further evidence from the North West England longitudinal study.” *Sociology*, 36, 941-964. <https://doi.org/10.1177/003803850203600408>

Pavarin, R.M. (2016). First Consumers, Then Socially Integrated: Results of a Study on 100 Italian Drug Users Who Had Never Turned to Public or Private Addiction Services. *Substance Use & Misuse*, 51(7), 892-901. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1155620>

Pavarin, R.M., Rego, X., Nostrani, E., De Caro, E., Biolcati, R., Canêdo, J., & Sanchini, S. (2020). Differences between subjects with socially integrated drug use: a study in Italy and Portugal. *Journal of Substance Use*, 25(4), 449-455. [10.1080/14659891.2020.1736660](https://doi.org/10.1080/14659891.2020.1736660)

Pennay, A.E., & Measham, F.C. (2016). The normalisation thesis – 20 years later. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23(3), 187-189. <https://doi.org/10.3109/09687637.2016.1173649>

- Pires, C., Borges, M., & Valente, H. (2015), Netreach work in Europe: responses to developments on the dark web and the use of new psychoactive substances. In Wouters, M., & Fountain, J. (eda.), *Between street and screen. Traditions and innovations in the drugs field* (pp. 57-74) Pabst Publishers.
- Pompidou Group (2017). *Observations on trends and new insights concerning NPS by the participants of the 2017 Executive Training for the attention of the Permanent Correspondents of the Pompidou Group*. Pompidou Group.
- Presidência do Conselho de Ministros. (1999). *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*. INCM.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller, W. R. & Heather, N. (eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3–24). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1934-2_1
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443–448. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). Search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1113.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. Morrow.
- Quintas, J. (2011). *Regulação legal dos consumos de drogas*. Porto: Fronteiras do Caos.

- Randell, A., & Scanlan, F. (2018). *Evidence Summary: how effective are brief motivational interventions at reducing young people's problematic substance use* (2ª versão). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.
- Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research & Theory*, 13(4), 307–320. <https://10.1080/16066350500077728>
- Richards, J.R., Gordon, B.K., Danielson, A.R., & Moulin A.K. (2017). Pharmacologic Treatment of Cannabinoid Hyperemesis Syndrome: A Systematic Review. *Pharmacotherapy*, 37(6):725-734.
- Rodgers, B., & Tudor, K. (2020). Person-centered therapy: A radical paradigm in a new world. In *New Zealand Journal of Counselling*, 40(2), 21-35. https://www.nzac.org.nz/assets/Journals/Vol-40-No-2/2_Person-centred_therapy.pdf em 05 de abril de 2022
- Rodrigues, A. C. A. (2017). *Síndrome Amotivacional e Consumo de Canábis – Novas Perspectivas*. <http://hdl.handle.net/10451/30520>. Publicado online em 2017.
- Rogers, C. (1951). *Terapia Centrada no Cliente*. EDIUAL.
- Rogers, C. (1983). *Um jeito de ser* (4a ed.). EPU.
- Rogers, C. (1992 [1951]). *A terapia centrada no cliente*. Martins Fontes.
- Rogers, C. (1996). *A way of being*. Houghton Mufflin
- Rogers, C. (2001). *Tornar-se pessoa*. (5a ed.). (M. J. Ferreira e A. Lamparelli, Trad.).
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. S. Paulo: Martins Fontes.

- Rogers, C. R., & Kinget, M. (1977). Teoria da personalidade e da dinâmica do comportamento. In *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não diretiva* (p.104). Interlivros.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. The Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2-10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rogers, C., Ranson, & Rosemberg, R. L. (1977). A pessoa como centro. São Paulo. EPU, ed. Universidade de São Paulo.
- Santos, C & Medeiros, F. (2017). A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental. *Arch Health Invest*, 6(5), p. 204-208
- Santos, M.A. & Pratta, E.M.M. (2012). Adolescence and drug use through the lens of psychoanalysis: suffering and ecstasy in the passage. *Tempo psicanal.* 44(1), 167-182. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-4838201200010001
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Linhas de orientação para a intervenção em dissuasão*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. <http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Dissuasao/Documents/LOID.pdf>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2014), *Aplicação Do Assist – The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test e o Desenvolvimento de Intervenções Breves nas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)*. Lisboa: SICAD.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). *Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: Competências Dos Interventores*. SICAD. Retirado de https://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/31/Manual_LOTIRRMD.PT.pdf em 15 de abril de 2022.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). *Consumo de alto risco/frequente de cannabis*. SICAD. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/184/CannabisAltoRisco2017_Sumario_PT.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2018). *Sumário executivo — Relatórios anuais 2017*. SICAD. http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/146/RA17_SumarioExecutivo_RelatoriosAnuais2017_PT.PDF. Accessed 7 Feb 2020.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2019). *Relatório Anual — A Situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. SICAD. https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=169&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2020). *Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. SICAD. https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=175&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (n.d.). *Atribuições*.

<https://www.sicad.pt/PT/Institucional/Missao/Paginas/detalhe.aspx?itemId=4&lista=MissaoVisaoValores&bkUrl=BK/Institucional/Missao/>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (n.d.b). *Programa de Respostas Integradas*.

<https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/Programas/PORI/SitePages/ProgramasRespostas.aspx>

Silva, D.R., & Spielberger, C.D. (2007). *Inventário de Estado-Traço de Ansiedade*. Mind Garden.

Smith, D. E. (1968). Acute and Chronic Toxicity of Marijuana. *Journal of Psychoactive Drugs*, 2(1), 37-48. <https://doi.org/10.1080/02791072.1968.10524399>

Soares, M., Carvalho, M. C., Valbom, M., Rodrigues, T. (2017). Tackling Harm Reduction, Human Rights and Drug Uses on Recreational Environments: Tensions, Potentialities and Learnings from the Kosmicare Project (Portugal). *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 112. <http://journals.openedition.org/rccs/6535>; <https://doi.org/10.4000/rccs.6535>

Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271–302. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x>

Szupszynski, K. P. D. R. ; & Oliveira, M. S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173. <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193818625012.pdf>

Tatarsky, A. (2007). Supporting material for building alliances with patients workshop. Unpublished document developed for International Harm Reduction Development Agency

- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 249-256
- Taylor, K., Macay, K., Murphy, J., McIntosh, A., McIntosh, C., Anderson, S., & Welch, K. (2015). Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland. *BMJ Open*, 2(4). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000774>
- Thal, S., Engel, L. B., Bright, S. J. (2022). Presence, Trust, and Empathy: Preferred Characteristics of Psychedelic Carers. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00221678221081380>.
- Trigueiros, L. & Carvalho, M. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Toxicodependências*, 16(3), 29-44.
- UNODC (2003). *Peer to Peer: using peer to peer strategies for drug abuse prevention*. United Nations.
- UNGASS (2016). *Outcome Document of the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem. Our joint commitment to effectively addressing and countering the World Drug Problem*. United Nations.
- United Nations. (2019). *World Drug Report 2019*. United Nations publication.
- Upton, D., & Trirlaway, K. (2014). *Promoting Healthy Behavior. A practical guide*. Routledge.
- Valente, H. et al. (n.d). Drug Checking Em Portugal: do proibicionismo às políticas baseadas na evidência. In *Redução De Danos Em Contexto De Festas* (p.105-122). Editora CRV (versão para revisão do autor).

- Valente, H., Martins, D., Carvalho, H., Pires, C. V., Carvalho, M. C., Pinto, M., & Barratt, M. J. (2019). Evaluation of a drug checking service at a large scale electronic music festival in Portugal. *International Journal of Drug Policy*, 73, 88–95. <https://10.1016/j.drugpo.2019.07.007>
- Valente, H; Vale Pires, C.; Carvalho, H. (2017), Nightlife as an educational setting: the harm reduction perspective. In Eldridge, A. & Nofre, J. (eds) *Exploring Nightlife: Space, Society and Governance*. Rowman and Littlefield International Limited.
- Vollenweider, F. X., & Geyer, M. A. (2001). A systems model of altered consciousness: integrating natural and drug induced psychoses. *Brain Research Bulletin*, 56(5), 495-507.
- Walsh, C. (2020). "Psychedelic Drugs and Human Rights: Sacramental Freedoms and Cognitive Liberty." Conference Chambokology Ep. 54 | 02/07/2020. Consultada em <https://soundcloud.com/radiozora/charlotte-walsh-psychedelics-and-cognitive-liberty-reimagining-drug-policy-reform>, acedido em 28 de março de 2022
- Walsh, C. (2020). Psychedelics and Cognitive Liberty. In Chambokology, Ep. 54, 02/07/2020, publicado a 10 de julho de 2020, consultado a 16 de março de 2022. URL: <https://soundcloud.com/radiozora/charlotte-walsh-psychedelics-and-cognitive-liberty-reimagining-drug-policy-reform>
- Williams, F. (2010). *Repensar as famílias*. Princípia.
- Winter, M.A., Davis, P.T., & Cummings, M.E. (2010). Children's Security in the Context of Family Instability and Maternal Communications. *Merrill Palmer Q* (Wayne State Univ Press), 56(2), 131–142. <http://10.1353/mpq.0.0043>

World Health Organisation (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194.

World Health Organisation (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*.

Zieglewski S., & Powers J. (2005). Designs and procedures for evaluation crisis intervention. In: Roberts, R. (ed.). *Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research*. (3^a ed.) Oxford University Press.

Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

Anexo A.

Campanha de Educação para as Drogas - Canábis

*** CANÁBIS ***
DRUG CHECKING

5 RAZÕES PARA TESTAR CANÁBIS

KOSMICARE
WWW.KOSMICARE.ORG

1 A CANÁBIS TEM CADA VEZ MAIS THC E A SUA POTÊNCIA TRIPLICOU

O THC É O COMPONENTE DA CANÁBIS QUE PROVOCA, ALÉM DOS EFEITOS PSICOATIVOS, SINTOMAS MAIS INDESEJADOS COMO ANSIEDADE, PARANÓIA E ALUCINAÇÕES

WWW.KOSMICARE.ORG

2 OS CANNABINOIDES SINTÉTICOS JÁ PROVOCARAM A MORTE EM PELO MENOS 30 PESSOAS NA EUROPA

NOS ÚLTIMOS ANOS TEM SIDO ENCONTRADA CANÁBIS CONTAMINADA COM CANNABINOIDES SINTÉTICOS (SUBSTÂNCIAS DA FAMÍLIA DO THC PRODUZIDAS EM LABORATÓRIO)

ALÉM DAS MORTES ASSOCIADAS TÊM SIDO RELATADAS EXPERIÊNCIAS MUITO INTENSAS E ALGUNS CASOS DE INTOXICAÇÕES AGUDAS COM CANNABINOIDES SINTÉTICOS

WWW.KOSMICARE.ORG

3 A CANÁBIS É A DROGA ILÍCITA MAIS CONSUMIDA EM PORTUGAL

PORTUGAL É O SEGUNDO PAÍS DA EUROPA COM MAIOR TAXA DE CONSUMO REGULAR DE CANÁBIS

NÃO SE JUSTIFICA QUE AS PESSOAS QUE A USAM NÃO TENHAM A POSSIBILIDADE DE ACEDER AO SEU REAL CONTEÚDO DE FORMA A PREVENIR POTENCIAIS DANOS PARA A SUA SAÚDE

WWW.KOSMICARE.ORG

4 TESTAR CANÁBIS É UMA FORMA DE REDUZIR OS RISCOS E PROMOVER A SAÚDE DAS PESSOAS

PARA ALÉM DE ANALISAR DROGAS, O SERVIÇO DE DRUG CHECKING PRESSUPÕE UM ATENDIMENTO ESPECIALIZADO, ONDE SÃO TRANSMITIDAS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE RISCOS, LEVANDO À ADOÇÃO DE PRÁTICAS DE CONSUMO MAIS SEGURAS E SEMPRE QUE NECESSÁRIO A LIGAR A PESSOA A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE

WWW.KOSMICARE.ORG

5 NINGUÉM SABE O QUE CONTÉM A CANÁBIS QUE CIRCULA EM PORTUGAL

COMO A CANABIS PARA FINS NÃO MEDICINAIS NÃO ESTÁ REGULADA É URGENTE MONITORIZAR OS MERCADOS INFORMAIS

TESTAR CANABIS IRÁ PERMITIR DEVOLVER ESTA INFORMAÇÃO ÀS PESSOAS QUE CONSOMEM, ÀS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ÀS ENTIDADES GOVERNAMENTAIS

WWW.KOSMICARE.ORG

Anexo B.

Campanha de Educação para as Drogas - Drug Checking

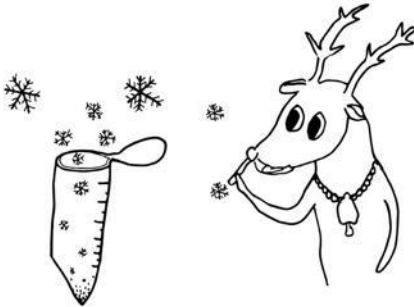
DRUG CHECKING
GRATUITO, ANÔNIMO, CONFIDENCIAL

DE ZEMBRO:
21 e 22
28 e 29



 KOSMICARE 16h-21h
R. CESÁRIO VERDE N° 17 B

TEST YOUR CRYSTALS

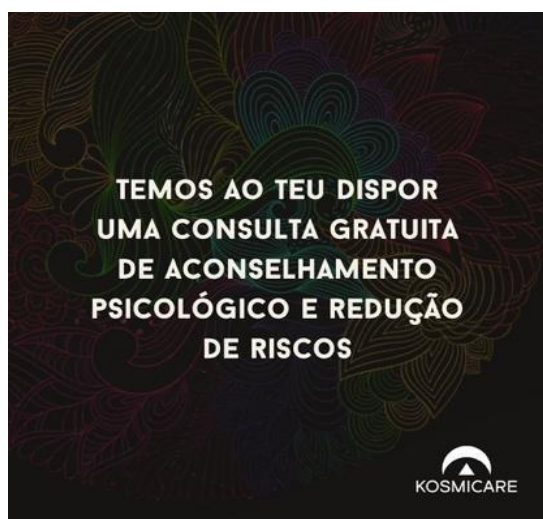
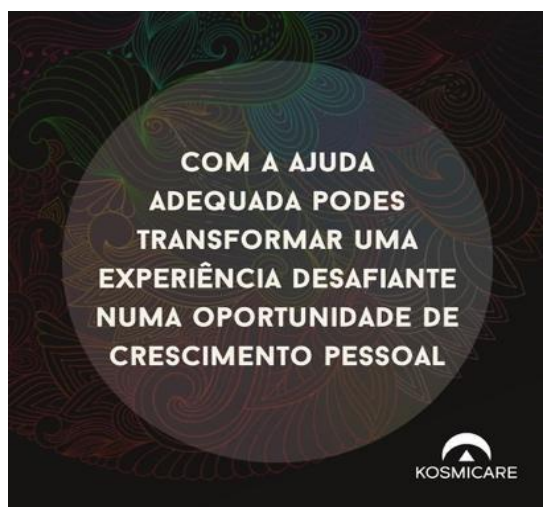


26 e 27 de DEZEMBRO: 17H-20H
@ R. CESÁRIO VERDE N° 17 B

 KOSMICARE @AKOSMICARE

Anexo C.

Campanha para as Consultas Psicológicas I



Anexo D.

Campanha para as Consultas Psicológicas II



Anexo E.

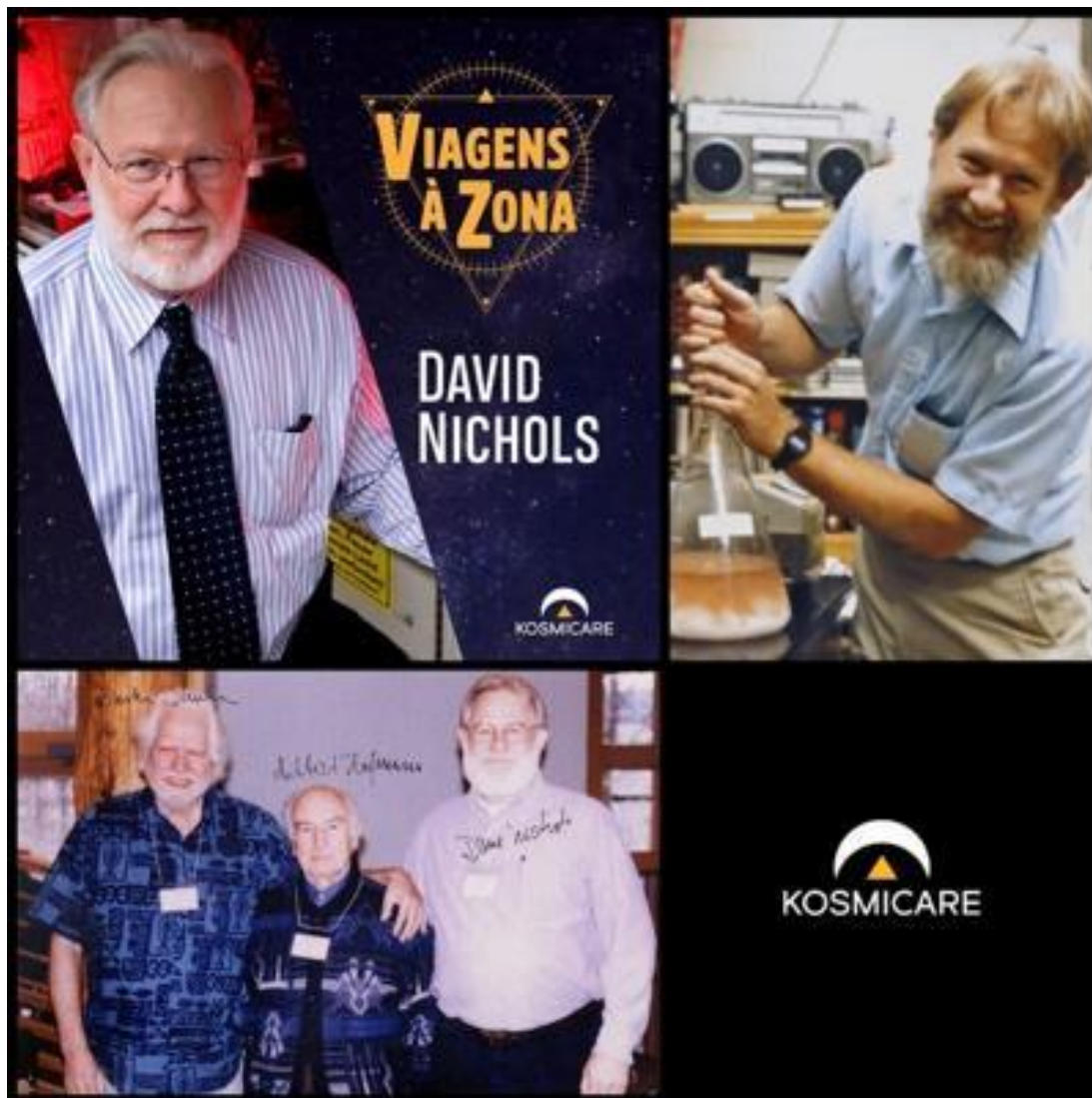
Campanha de Educação para as Drogas

Desmistificação de Crenças Relacionadas com Consumos de SPA



Anexo F.**Dinamização de Entrevista**

“Viagens à Zona com David E. Nichols.”



YouTube: <https://youtu.be/bCm4cRzUCNE>

Anexo G.

Provas Psicométricas de A.

Folha de Respostas do NEO-PI-R

NEO PI-R
FOLHA DE RESPOSTAS

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Empresa/Escola: _____ Localidade: _____ Data: _____

	DF - Discordo Fortemente	D - Discordo	N - Nem	C - Concordo	CF - Concordo Fortemente
1	31	61	91	121	151
2	32	62	92	122	152
3	33	63	93	123	153
4	34	64	94	124	154
5	35	65	95	125	155
6	36	66	96	126	156
7	37	67	97	127	157
8	38	68	98	128	158
9	39	69	99	129	159
10	40	70	100	130	160
11	41	71	101	131	161
12	42	72	102	132	162
13	43	73	103	133	163
14	44	74	104	134	164
15	45	75	105	135	165
16	46	76	106	136	166
17	47	77	107	137	167
18	48	78	108	138	168
19	49	79	109	139	169
20	50	80	110	140	170
21	51	81	111	141	171
22	52	82	112	142	172
23	53	83	113	143	173
24	54	84	114	144	174
25	55	85	115	145	175
26	56	86	116	146	176
27	57	87	117	147	177
28	58	88	118	148	178
29	59	89	119	149	179
30	60	90	120	150	180

Responda, por favor, as três perguntas seguintes:

- A. Responda a todas as questões de forma honesta e correta? ☒ Sim ☐ Não
- B. Responda a todas as questões? Sim ☒ Não ☐
- C. Calcular as suas respostas na escala correta? Sim ☒ Não ☐

Folhas de Respostas do STAI

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-1)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, nesto preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor parece descrever os seus sentimentos nesto momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer.....	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.....	1	2	3	4
10. Estou descansado.....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.....	1	2	3	4
15. Estou descontraido.....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-2)

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Instruções

Em baixo encontra uma serie de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio.....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Sou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.....	1	2	3	4

Folhas de Respostas do BSI

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☒	☐
2. Desmaios ou tonturas	☐	☐	☒	☐	☐
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☒	☐	☐	☐	☐
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	☐	☒	☐	☐	☐
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☒
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	☐	☐	☒	☐	☐
7. Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☒	☐	☐
8. Medo na rua ou praças públicas	☒	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de acabar com a vida	☐	☒	☐	☐	☐
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	☐	☒	☐	☐	☐
11. Perder o apetite	☒	☐	☐	☐	☐
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	☐	☐	☒	☐	☐
13. Ter impulsos que não se podem controlar	☐	☐	☒	☐	☐
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☒	☐	☐
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☒	☐	☐
16. Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se triste	☐	☐	☐	☒	☐
18. Não ter interesse por nada	☐	☐	☒	☐	☐
19. Sentir-se atemorizado	☐	☐	☒	☐	☐
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☒	☐	☐
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☒	☐	☐
22. Sentir-se inferior aos outros	☐	☒	☐	☐	☐
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	☐	☐	☒	☐	☐
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☒	☐
25. Dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☒	☐
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☒	☐	☐

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☒
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	☒	☐	☐	☐	☐
29. Sensação de que lhe falta o ar	☐	☒	☐	☐	☐
30. Calafrios ou afrontamentos	☐	☒	☐	☐	☐
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	☒	☐	☐	☐	☐
32. Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☒	☐
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	☒	☐	☐	☐	☐
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	☒	☐	☐	☐	☐
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	☐	☒	☐	☐	☐
36. Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☒
37. Falta de forças em partes do corpo	☐	☒	☐	☐	☐
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☒
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☒	☐	☐
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☒	☐	☐	☐
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☒	☐	☐
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	☐	☒	☐	☐	☐
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	☒	☐	☐	☐	☐
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	☒	☐	☐	☐	☐
45. Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☒	☐	☐
46. Entrar facilmente em discussão	☐	☐	☐	☒	☐
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	☐	☐	☐	☒	☐
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☒	☐	☐
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	☐	☐	☐	☒	☐
50. Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☒	☐
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☒	☐
52. Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☒
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☒

Anexo H.

Documento de Suporte à Cotação dos Testes Psicométricos

1. BSI (Canavarro, 1995)

Valores escala de Likert: [0 a 4]

Somatização: é constituído pelos itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37:

$$2+2+2+1+1+0+1=9 \dots 9/7 \text{ itens} = 1.29$$

Obsessões-Compulsões: é constituído pelos itens 5, 15, 26, 27, 32, 36.

$$4+2+2+4+3+4=19 \dots 19/6=3.17$$

Sensibilidade Interpessoal: é constituído pelos itens 20, 21, 22, 42.

$$2+2+1+1=6 \dots 6/4=1.5$$

Depressão: é constituído pelos itens 9, 16, 17, 18, 35, 50.

$$1+3+2+1+3=10 \dots 10/5=2$$

Ansiedade: é constituído pelos itens 1, 12, 19, 38, 45, 49.

$$3+2+2+4+2+3=16 \dots 16/6=2.67$$

Hostilidade: é constituído pelos itens 6, 13, 40, 41, 46.

$$2+2+1+2+3=10 \dots 10/5=2$$

Ansiedade Fóbica: é constituído pelos itens 8, 28, 31, 43, 47.

$$0+0+0+0+3=3 \dots 3/5=0.6$$

Ideação Paranóide: é constituído pelos itens 4, 10, 24, 48, 51.

$$1+1+3+2+3=10 \dots 10/5=2$$

Psicoticismo: é constituído pelos itens 3, 14, 34, 44, 53.

$$0+2+0+0+4=6 \dots 6/5=1.2$$

$$\text{Índice Geral de Sintomas: } 89/52 = 1.71$$

Total de Sintomas Positivos: 40 itens de resposta positiva

$$\text{Índice de Sintomas Positivos: } 89/40 = 2.23$$

2. Manual do Inventário do Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

Escala de Likert [1 a 4]

3a. STAI-Forma Y1 (Ansiedade-Estado)

Paciente:

$$1+1+2+4+2+2+4+3+4+4+2+2+2+4+2+2+4+4+4+2 = 55$$

Resultados padronizados:

$$\text{Média (Adulto Feminino 18-29 anos)} = 37.01$$

3b. STAI-Forma Y2 (Ansiedade-Traço)

Paciente:

$$2+3+3+3+4+3+4+4+4+3+4+3+1+4+4+2+2+4+4+4 = 65$$

Resultados padronizados:

$$M (\text{Adulto Fem 18-29}) = 36.93$$

Anexo I.

Cronograma do Estágio

	2020		2021					
	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Leitura de relatórios, documentos institucionais e pesquisa bibliográfica								
Reconhecimento e integração do espaço físico e da equipa								
Observação de Atendimentos em RRMD e Aconselhamento Psicológico em Drug Ckecking								
Acompanhament o psicológico individual								

Aplicação e cotação de instrumentos de avaliação psicológica								
Formação em Integração de Substâncias Psicadélicas								
Intervenção de proximidade online (“Netreach work”)								
Colaboração em candidaturas								
Ponto de Contacto e Informação fixo e móvel.								
Reuniões de Equipa, Multidisciplinares, Candidatura e de Estágio								