



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Género e Crise Psicológica em Ambientes Recreativos Noturnos – As Experiências Femininas

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

Mariana Teixeira Cardoso

Porto, Junho de 2018



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Género e Crise Psicológica em Ambientes Recreativos Noturnos – As Experiências Femininas

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante-

Mariana Teixeira Cardoso

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof. Doutora Maria Carmo Carvalho

Porto, Junho de 2018

“Lead me from the unreal to the real;
Lead me from darkness to Light;
Lead me from death to immortality.”

Brihadaranyaka Upanishad

Agradecimentos

Quero agradecer inicialmente à Professora Doutora Maria Carmo Carvalho, por ser a mentora desta investigação, por toda a orientação e disponibilidade que demonstrou, pelo apoio e conhecimento que me transmitiu acerca da temática e por estes 5 anos de ensinamentos.

Aos meus pais, um enorme obrigada, por todo o apoio que me deram, por estarem nos bons e maus momentos, por serem os melhores que poderia ter e por me incentivarem sempre ao longo deste meu percurso académico.

A minha irmã, pelo apoio incondicional, por seres a pessoa que mais estive presente, que mais me ajudou e por seres o meu orgulho, muito obrigada.

À UCP-FEP e a todo o seu corpo docente, um obrigada por terem contribuído para o meu crescimento académico.

À inês e a Filipa, um enorme obrigada por serem das melhores pessoas e amigas que a universidade me trouxe, sabem que vos levo comigo para a vida.

Ao tiago, a Carla e a Mafalda, por todo o apoio e suporte, e por terem estado sempre do meu lado neste percurso.

À Ana e a Jéssica, obrigada pela amizade, companheirismo, apoio e por sempre acreditarem em mim.

Ao Lourenço, que acaba de chegar ao mundo, desejo que a vida te sorria sempre.

Ao Pedro e ao Cristiano, obrigada pela motivação, e pela força que me deram.

Ao meu ano 2013, por todas as memórias e aventuras que recordarei para sempre.

Resumo

O presente estudo apresenta como objetivo compreender a crise relacionada com o uso de substâncias psicotrópicas no feminino.

A investigação conta com 153 participantes mulheres, de diferentes idades, nacionalidades e com consumos diferenciados de substâncias psicoativas. A investigação segue uma metodologia qualitativa, uma vez que esta considera a experiência subjetiva como fonte de conhecimento e demonstra interesse em perceber como os indivíduos experienciam e interpretam o mundo social. Procedeu-se a uma análise Semi-indutiva para a recolha dos dados, e como estratégia específica, foi realizada uma análise temática, esta tem como objetivo identificar os pontos relevantes, para responder às questões específicas do estudo como recurso ao *Nvivo11*®. Os dados obtidos foram recolhidos através dos documentos presentes no projeto Kosmicare, no Boom Festival de 2016.

Neste estudo, foi possível perceber que o consumo é mais evidente na população feminina mais jovem, que os sintomas mais frequentes são a ansiedade, instabilidade emocional e confusão/desorientação. Os temas de crise mais presentes foram o medo, a baixa autoestima e os efeitos intensos das substâncias consumidas. Identificou-se como limitação a falta de análise dos dados do género masculino, que permitisse uma comparação de resultados.

Palavras Chave: Crise Psicodélica; Mulheres; Intervenção em Crise; Contextos Recreativos

Abstract

This study aims to understand the crisis related to the use of psychedelic substances in the female population.

This research has 153 women participants of different ages, nationalities and different consumption of psychoactive substances. It also follows a qualitative method, since it is considered a subjective experience as a source of knowledge and shows interest in perceiving how individuals experience and interpret the social world. In order to collect the data, it was performed a semi-inductive analysis and a specific analysis strategy. Using Nvivo11® to identify the relevant points, it was carried out a thematic analysis conducive to answer the study's specific questions. The data obtained were collected through "Kosmicare Project" documents at Boom Festival in 2016.

In this study, it was possible to distinguish that consumption is more evident in younger female population. As a matter of fact, the most frequent symptoms are anxiety, emotional instability and confusion / disorientation. Likewise, the prevailing crisis were fear, low self-esteem and the intense effects of consumed substances. Due to the lack of male gender data in this study investigation, it did not allow a comparison in the final analysis.

Keywords: Psychedelic Crisis; Women; Crisis intervention; Recreational contexts

Índice de Abreviaturas

ARN – Ambientes Recreativos Noturnos

BF – Boom Festival

DMT - Dimetiltryptamina

EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*

ECATD-CAD - Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências

GDS – *Global Drug Survey*

IDT – Instituto de Drogas e Toxicodependência

I.F – *Intervention Form*

K - Comportamento

KC - *Kosmicare*

LSD - dietilamida do ácido lisérgico

MDMA - metilenedioximetanfetamina

NIDA – *National Institute on Drug Abuse*

QI – Questões de Investigação

SPA – Substância Psicoativa

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

V.R.F.A - *Visitor Report Form Arrival*

Índice de Anexos

Anexo 1 – Instrumentos

Anexo 2 – Sistema de Categorias

Anexo 3 – Quadro de objetivos e questões de investigação

Anexo 4 – Caracterização da amostra

Anexo 5 – Quadro de substâncias consumidas

Anexo 6 - Matrizes

Índice

INTRODUÇÃO	10
EPIDEMIOLOGIA NACIONAL E INTERNACIONAL	11
UMA PERSPETIVA FEMININA SOBRE A HISTÓRIA DAS DROGAS	13
O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA VIDA DAS MULHERES.....	16
A CRISE PSICADÉLICA	19
MÉTODO.....	21
<i>Participantes.....</i>	22
<i>Instrumentos/Materiais</i>	23
<i>Procedimentos de Recolha de Dados</i>	23
<i>Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados</i>	24
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS.....	42

Introdução

O presente estudo pretende oferecer um contributo para a compreensão da crise psicadélica tomando por referência a experiência das mulheres. Pretende-se contribuir, assim, para dois domínios ainda pouco explorados pela investigação científica, tais como o conhecimento da experiência psicadélica, sobretudo no que diz respeito aos episódios em que essa experiência se apresenta mais desafiante, e a perspetiva de género no uso de substâncias psicoativas (SPA), particularmente das substâncias psicadélicas. A escassez de informação neste domínio justifica, assim, a opção por este contributo.

De uma maneira geral, e tomando por referência a investigação sobre o uso de substâncias psicoativas, percebe-se existirem, globalmente, poucos contributos para uma perspetiva de género sobre este fenómeno. Estas limitações são mais significativas quando procuramos uma perspetiva de género sobre o uso de substâncias psicoativas psicadélicas. Deste modo, e partindo de uma amostra de mulheres que participaram numa intervenção em crise num festival de música e cultura psicadélica, a investigação propõe compreender as experiências de crise das mulheres que foram apoiadas por esse serviço.

Com efeito, a falta de uma perspetiva de género na investigação sobre o uso de SPA tem vindo a ser posta em evidência pela literatura. Segundo Toneatto, Sobell, e Sobell (1992), a falta de informação sobre as mulheres e o consumo destas substâncias foi reivindicado nos anos 80 pelos movimentos feministas americanos, com o pedido de criação de programas terapêuticos mais adequados e sensíveis às prioridades femininas. O mesmo autor reporta que entre 1970 e 1984, do conjunto dos estudos relativos ao alcoolismo, somente 8% dos indivíduos estudados eram do género feminino; e entre 1984 e 1989, apenas 25 estudos sobre a dependência apresentavam diferenças entre os géneros. Outros autores como Walter (et al., 2003) e McMahon e Luthar (2000) revelam existir uma necessidade de aumentar o mundo da investigação das SPA, relacionando-as unicamente com as mulheres, em vez de continuarem a realizar estudos de comparação de género.

Por outro lado, esta escassez de informação pode ser explicada através da análise de vários estudos que apresentam dados epidemiológicos, que afirmam que a prevalência de consumo de substâncias é predominantemente masculina (Cardoso & Monita, 2004; Seeman, 2004; Molina-Fernández, Rueda-López &

Fernández-Serrano, 2014; EMCDDA, 2017, entre outros). Alguns estudos apontam que as razões para a ausência de informação sobre o consumo de SPA por parte das mulheres pode ser explicado pela baixa prevalência. No entanto, existem estigmas em redor do consumo de SPA em mulheres, uma vez que, segundo Seibel e Toscano (2001), este grupo apresenta-se associado a estereótipos de promiscuidade, reforçados por valores dominantes típicos da influência social da religião católica.

Este estudo permitirá, deste modo, não só conhecer em profundidade as experiências de crise psicológica associadas ao uso de substâncias psicoativas psicadélicas numa amostra de mulheres atendidas num serviço de intervenção em crise num grande festival de música e cultura psicadélica, como também contribuir para o aumento do conhecimento sobre a relação entre o género e o uso de drogas. Temos, também, a expectativa de que esse conhecimento promova uma diminuição dos estereótipos que surgem frequentemente neste domínio.

Epidemiologia Nacional e internacional

Relativamente à epidemiologia para jovens adultas, é essencial referir que a fase de adolescência é aquela em que existe mais transições de vida. Segundo Wanscher, Percio Prado e Frigo (2014), quando os jovens realizam a mudança do ensino secundário para o ensino superior, são incentivados a experimentarem SPA, aumentando a prevalência do consumo juvenil. Relativamente a este consumo, verificam-se diversas causas associadas, como a disponibilidade e fácil acesso às substâncias, baixo custo, festas recreativas, pressão social (Wanscher, Percio Prado & Frigo, 2014) sendo que a curiosidade parece ser o motivo mais frequentemente associado a este uso (Silva, Santos, Barnabé & Valenti, 2013).

Por esta razão, foram analisados relatórios associados ao consumo dos jovens e estes descrevem que a prevalência no último ano do consumo SPA nas mulheres apresentou uma média nacional igual à media europeia na maioria das substâncias (cocaína, heroína, ecstasy e alucinogénios). Porém, a média nacional do consumo de cannabis demonstrava ser maior do que a média europeia (respetivamente 12% e 11%) (ESPAD 2015). O ECATD-CAD de 2015, que revela os dados, relativamente ao consumo de SPA em meio escolar, mostrou que as

raparigas dos 13 aos 18 anos apresentavam uma prevalência de consumo de droga ao longo da vida de 16,5% (Feijão, 2016).

Segundo o EMCDDA (2017), o tratamento das pessoas que apresentam problemas com o consumo de SPA é uma preocupação a nível Europeu, dado o elevado consumo de SPA ocorrido no último ano. Os resultados deste relatório mostram que, para a população entre os 15 e os 64 anos, a Cannabis apresenta 7% do consumo europeu, a Cocaína 1%, o Ecstasy-MDMA 0,8%, as Anfetaminas 0,5%, e os Opiáceos 0,4%. Em todas estas substâncias, o consumo é normalmente mais elevado para o sexo masculino. Estas tendências foram caracterizadas a partir dos indivíduos que procuram ajuda terapêutica. No caso da cannabis, e atendendo à procura de tratamentos, verificou-se que 83% eram pedidos por parte de homens e 17% por parte de mulheres; no caso da cocaína 86% são homens e 14% são mulheres; e no caso da heroína, 80% são homens e 20% são mulheres.

O Global Drug Survey (GDS) (2017) complementa as informações existentes sobre o uso de drogas e fornece dados essenciais e atuais sobre os padrões de uso, danos, saúde e bem-estar experimentados pelos consumidores de drogas no panorama mundial¹. Através deste relatório foi possível entender que as mulheres procuram tratamento médico maioritariamente devido a metanfetaminas (8,2%), sintéticos de cannabis (2,2%), MDMA (2,2%), anfetaminas (1,8%); LSD (1%), cannabis pura (0,9%) e cogumelos mágicos (0,2%) (Winstock, Barratt, Ferris, & Maier, 2017). Relativamente a problemas associados ao consumo, através do EMCDDA (2006), percebe-se que as mulheres acedem primeiramente a tratamento do que os homens e que representam 9% a 15% dos indivíduos infratores devido a drogas. Adicionalmente este dados para o sexo feminino parecem indicar uma relação com doenças como Hepatite C e SIDA.

No Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2016/2017 (Balsa, Vital & Urbano, 2017) as prevalências do consumo de SPA ao longo da vida para a população feminina mais jovem, ou seja, no intervalo de idades entre os 15-24 anos, mostra uma ausência do consumo de cogumelos mágicos, anfetaminas e heroína, mas um consumo de cocaína, cannabis

¹ GDS – Um survey online orientado para os utilizadores de todo o mundo, que visa recolher dados sobre tendências em amostras muito numerosas, mas sem pretensão de representatividade.

e LSD de, respetivamente, 0,5%/ 8,6%/ 0,2%. Num intervalo de idades maior, ou seja, entre os 15-34 anos, há um aumento do consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, ecstasy e heroína (respetivamente 9,5%/ 0,9%/ 0,4%/ 0,7%/ 0,3%), mantendo-se a ausência do consumo de cogumelos mágicos. Quando o intervalo aumenta para idades superiores (15-64 anos) verifica-se uma diminuição do consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, ecstasy e LSD (respetivamente 6,5%/ 0,6%/ 0,3%/ 0,4%/ 0,1%), identificando-se um aumento do consumo de heroína e cogumelos mágicos (respetivamente 0,4% e 0,1%) (Balsa, Vital & Urbano, 2017).

Segundo um relatório nacional anual (SICAD, 2016), a análise por sexo evidencia prevalências de consumo ao longo da vida mais elevadas nos homens, para todas as drogas consideradas. A preferência de consumo da população portuguesa é em primeiro lugar a cannabis, seguida do ecstasy e depois da cocaína, para ambos os sexos, tanto na população geral (15-64 anos), como na população jovem (15-34 anos). Apesar disso existem pequenas variações na população jovem, em que as mulheres preferem o consumo de cogumelos alucinogénios ao de cocaína; e os homens apresentam prevalências de consumo muito idênticas de cocaína, LSD e ecstasy. Por último, e relativamente às taxas de continuidade, as mulheres apresentaram consumos superiores aos dos homens no que diz respeito à cannabis, ecstasy e aos cogumelos alucinogénios.

Uma perspetiva feminina sobre a história das drogas

Ao abordarmos o uso de psicadélicos pelas mulheres somos transportados para um tempo antigo, em que “Deus” era visto como uma entidade feminina e em que as matriarcas antigas usavam pequenas doses de “veneno” como alucinogénios (Palmer & Horowitz, 2000), para equilibrar a energia dos indivíduos e para curas da comunidade (Espinoza, 2014). As deusas mais importantes de culturas antigas estão intimamente associadas a plantas intoxicantes, a “jardins de prazer” e a ervas sagradas que eram a forma de transmitir conhecimento, imortalidade e partilhar a ideia de paraíso (Palmer & Horowitz, 2000).

Existe uma tradição ocidental inerente à mulher, o xamanismo, que está associada à sabedoria intuitiva e à mística dos estados alterados de consciência (Espinoza, 2014). Outra tradição evidente é a que considera as mulheres inferiores

aos homens e que apresenta as drogas como substâncias perigosas, vistas como “paraísos artificiais” (Palmer & Horowitz, 2000).

No final da Idade Média e no Renascimento, as mulheres usavam plantas alucinogênicas que produziam sonhos, experiências visionárias e sexuais (Palmer & Horowitz, 2000). Devido a esta utilização eram tratadas como bruxas e prostitutas, estando reservado aos homens o papel de médicos oficiais.

Durante o início do século XIX o conceito de uso de drogas era visto como um vício ou um requisito médico, e foi em redor deste significado que se enraizou no discurso coletivo. Segundo Bleyer (2017), desde esta época que a espiritualidade tem sido associada ao estudo da dependência. Verifica-se, ainda, que os psicadélicos são usados devido à sua capacidade de induzir modificações no estado ordinário de consciência e gerar experiências espirituais significativas (Schultes, 1979 cit. in Bouso, Palhano-Fontes, Rodrigues-Fornells, Ribeiro, Sanches, Crippa & Riba, 2015). Por outro lado, o uso destas substâncias suscitou um sentimento anti-droga por parte da população, fomentado por perspectivas mediáticas que relacionaram o consumo com a criminalidade, por vezes de uma forma exagerada (Palmer & Horowitz, 2000).

O antigo consumo psicadélico não só sobreviveu até ao século XX, como acabou por se expandir (Tupper, 2008). É notório que estas substâncias sempre foram usadas para fins religiosos e medicinais por culturas tradicionais durante séculos (Masters & Houston, 1966 cit. in Letheby, 2016), nas quais as mulheres sempre estiveram presentes. A existência destes produtos acabou por chamar a atenção da ciência ocidental na década de 1940, o que provocou o seu estudo a partir de várias perspectivas diferentes (Letheby, 2016).

No século XX verificou-se uma explosão de uso recreativo de drogas, apesar das políticas antidrogas e leis severamente aplicadas e impostas pelo combate ao tráfico. Nas primeiras décadas, as mulheres, que apresentassem um estilo de vida associado ao consumo de drogas acabavam por prejudicar a sua reputação muito mais do que os homens que experimentassem estas substâncias (Palmer & Horowitz, 2000).

Durante a Segunda Guerra Mundial houve uma grande tendência da classe média para um consumo de substâncias ilegais e recreativas, em conformidade com a acelerada participação das mulheres na utilização de drogas. Assim, as décadas

de 1940 e 1950 foram aquelas em que as mulheres mais consumiam erva e onde apareceram os pioneiros dos psicadélicos (Palmer & Horowitz, 2000).

Podemos dizer que a história da ciência psicadélica moderna começa em 1943 quando o químico suíço Albert Hofmann ingeriu acidentalmente uma quantidade pequena de LSD. Este psicadélico foi o primeiro a ser produzido em grandes quantidades (Blewett & Chweles, 1959; Bleyer, 2017). Gradualmente, alguns psiquiatras testaram as drogas em si próprios, pois os psicadélicos pareciam incentivar o autoconhecimento e libertar a criatividade. Segundo Alyushin (2011), os psicadélicos tornam mais evidente o que existe na realidade e permitem observá-la de forma diferente, expandindo as fronteiras da consciência. Devido a isto, Osmond (1957 cit. in Letheby, 2016) criou o termo 'psicadélico', que significa manifestação mental.

Na década de 1960 os psicadélicos passaram a ser alvo de atenção por parte do controlo social. Segundo Palmer e Horowitz (2000) a população em geral, e principalmente as mulheres do movimento *Hippie*, apresentavam um consumo de erva e LSD exagerado. Devido a este consumo descontrolado e generalizado pela população associada à contra-cultura *Hippie*, os psicadélicos tornaram-se proibidos (Letheby, 2016; Sessa, 2012). Nas décadas de 1980 e 1990 surgiram outras substâncias cujo consumo veio a popularizar-se nos Estados Unidos da América e na Europa Ocidental, como é o caso do MDMA/Ecstasy. Essas substâncias começaram a ser consumidas pela população juvenil (Getty, 2003), deixando assim os psicadélicos como o LSD e algumas plantas do passado (associadas a tradições e cerimónias indígenas). No início do século XXI, as pesquisas foram ressurgindo lentamente e reiniciaram-se estudos sobre algo que esteve adormecido durante 40 anos na América do Norte (Bleyer, 2017; Sessa, 2012). Após este renascimento, nestes últimos 20 anos, houve um crescimento sem precedentes do interesse por psicadélicos. Ainda assim, existem bastantes obstáculos na aceitação destas substâncias (Sessa, 2017).

Neste sentido, percebe-se, que as mulheres constituíram uma parte significativa de todas as etapas da história das drogas e especialmente das drogas psicadélicas, tendo desempenhado sempre papéis importantes nesses percursos.

O Consumo de Substâncias Psicoativas na Vida das Mulheres

Segundo Bretteville-Jensen (1999), a população que consome SPA pode ser caracterizada de acordo com o tipo de droga, origem étnica e categoria etária. No entanto, o gênero é uma dimensão também importante para este consumo, pois segundo Simoni-Wastila, Ritter e Strickler (2004) as mulheres são mais propensas ao uso destas substâncias, não só devido ao seu fácil acesso mas também por causa das elevadas taxas de efeitos colaterais no sexo feminino (Seeman, 2004), que aumentam o risco associado ao consumo para esta população. Adicionalmente, as mulheres parecem exibir maior vulnerabilidade à dependência em comparação com os homens consumidores (Bretteville-Jensen, 1999). A este nível os dois gêneros apresentam trajetórias distintas na dependência (Tuchman, 2010), ao nível das características sociais, das consequências de uso e das preocupações que apresentam e que são específicas do gênero (NIDA, 2016).

No entanto, e para além do percurso na dependência, as mulheres consumidoras enfrentam outras dinâmicas específicas do gênero. Esteves (1997) explica que a visibilidade social do consumo de droga acaba por trazer uma penalização maior para as mulheres em relação aos homens, pois a sociedade demonstra uma ideia pré definida sobre os estilos de vida relacionados com as drogas, que não corresponde às expectativas impostas ao gênero feminino. Em comparação com os homens usuários de drogas, as mulheres enfrentam níveis elevados de estigma e vergonha, cargas socioeconómicas maiores, recebem menos apoio social e encontram-se mais facilmente expostas à violência (Arpa, 2017; Neale et al., 2014).

Em alguns estudos já efetuados, percebe-se que as mulheres dependentes ou com um passado de consumo problemático, são mais provavelmente oriundas de famílias que apresentam histórias familiares disfuncionais e ambientes stressantes (Tuchman, 2010), oriundas de famílias com problemas de consumo (Green, 2006) ou oriundas de famílias em que assumiram responsabilidades excessivas (Tuchman, 2010). Estas mulheres demonstram também uma maior probabilidade de se envolverem com cônjuges que apresentam problemas de abuso destas substâncias (Green, 2006 & Tuchman, 2010). Para além de todos estes fatores, as mulheres dependentes parecem também demonstrar vivências traumáticas, agressões físicas e abuso sexual na infância e idade adulta (UNODC, 2016), o que pode desenvolver

uma perturbação de stress pós-traumático, problemas ao nível da saúde mental (ansiedade e/ou depressão) ou aumentar o consumo de substâncias (Jonas et al., 2011). Outros elementos igualmente importantes para compreender o início do consumo nas mulheres são acontecimentos de vida recentes como um divórcio, morte de um filho, separação parental, quebra financeira inesperada ou perda de emprego (Grof, 2005).

Ao abordar as causas do consumo SPA por parte das mulheres entende-se que este é um fenómeno complexo, não só devido à quantidade existente de substâncias, mas também por causa dos padrões individuais e grupais (Móro, Simon, Bárd & Rácz, 2011). As diversas SPA apresentam propriedades específicas com implicações para o consumo, como o tamanho da dose e a forma de administração; e acarretam também consequências variadas do ponto de vista dos fatores psicológicos, pessoais, socioculturais e ambientais que influenciam a sua qualidade e, conseqüentemente, a experiência (Zinberg 1986).

Associada à experiência, existe uma necessidade de abordar os ambientes recreativos noturnos ligados ao género feminino. Segundo Romo (2004), os anos 90 fomentaram os movimentos culturais de dança possibilitando a participação das mulheres de forma ativa nestes contextos. Segundo o mesmo autor, estes ambientes associados à experiência de consumo de SPA, permitiram que as mulheres controlassem os seus consumos e os efeitos, permitindo sentimentos de segurança e bem estar com elas mesmas. As SPA usadas em contextos recreativos, segundo Measham (2002) contribuíram para a construção do papel de género feminino.

Atendendo à centralidade do uso da cannabis, no geral e no universo feminino, (Pacek, Herrmann, Smith & Vandrey, 2017; Balsa, Vital & Urbano, 2017; EMCDDA, 2017), alguns estudos têm posto em evidência o facto de as mulheres poderem estar em situação de risco acrescido para défice cognitivos, de memória episódica e de sintomatologia ansiosa associados a este consumo (Albertella, Le Pelley & Copeland, 2016; Patton, Coffey, Carlin, Degenhardt, Lynskey & Hall, 2002).

No que diz respeito ao uso de Opiáceos, a população feminina tem motivado uma série de preocupações clínicas e de saúde pública (Dayal, Sarkar & Balhara, 2017), devido ao aumento do consumo nesta população. Segundo Marks & Leukefeld (2017), este crescimento deve-se às elevadas prescrições médicas e a

maiores doses de opiáceos prescritos a mulheres. No entanto esta população também consome em ambientes recreativos e em contextos de rua (IDT, 2006).

Em relação aos psicoestimulantes, as mulheres são mais sensíveis aos seus efeitos (Anker & Carroll, 2011) demonstrando apresentar respostas mais rápidas de dependência para a cocaína, MDMA e anfetaminas (Van Swearingen, Walker & Kuhn, 2013), e revelam ser mais perceptíveis aos seus efeitos gratificantes em comparação com os homens (Anker & Carroll, 2011).

Nesta diversidade de SPA há também que considerar os psicadélicos, e ao facto de o seu uso remeter frequentemente para o domínio transpessoal² e espiritual (Moró et al., 2011; Bouso et al., 2015), são matérias associadas aos domínios transpessoais e espirituais. Existe uma grande variedade de psicadélicos, cada um deles com propriedades únicas, como é o caso do LSD, dos Cogumelos Mágicos, da Mescalina, do DMT (dimetiltriptamina), ou especificamente a Ayahuasca (Móró et al., 2011).

Uma das propriedades que torna os psicadélicos únicos é serem substâncias com muito baixo ou nulo potencial aditivo (Getty, 2003); e ainda o facto de serem conhecidos por não causar danos corporais, defeitos congénitos ou danos genéticos; adicionalmente, o seu uso não costuma estar associado a violência ou a comportamentos agressivos (Krebs & Johansen, 2013). Desta forma, os sintomas mais recorrentes no consumo destas substâncias são períodos de confusão e turbulência emocional (Krebs & Johansen, 2013), alucinações, emoções fortes, distorção do espaço e tempo, sentimentos de singularidade, incompreensão e *Insight* (Prepeliczay, 2002).

Recentemente, as drogas psicadélicas como o LSD, MDMA e cogumelos mágicos têm sido investigadas como substâncias que demonstram um potencial terapêutico para perturbações mentais, como o stress pós-traumático, a depressão e a ansiedade (Ona, 2018). Apesar disso, alguns autores duvidam dos benefícios destas substâncias para a saúde mental quando consumidas por pessoas saudáveis em contextos naturalistas (Johansen & Krebs, 2015; Ona & Spuch, 2017), uma vez

² Dimensão Transpessoal –conteúdo que está para além dos acontecimentos da biografia individual a que as pessoas têm habitualmente acesso, por via da memória. O que a psicologia transpessoal diz é que existem estados modificados de consciência que podem permitir aceder a conteúdo que transcende a biografia, como por exemplo os acontecimentos que rodeiam o nascimento e a vida intrauterina (Grof, 2005)

que os estados de consciência induzidos pelos psicadélicos potenciam percepções e experiências com estímulos externos (Grof, 2005), que dependem das características pessoais e dos contextos em que ocorre o consumo.

As razões mais comuns para o consumo de psicadélicos na nossa sociedade é a curiosidade de vivenciar experiências sobrenaturais e a introspeção (Krebs & Johansen, 2013). Existe, porém, muito pouca investigação orientada para a relação entre as mulheres e o uso de psicadélicos. A este nível destacaríamos o contributo de Gomes (2003), que assinala que as mulheres parecem ser sujeitas a muito maior julgamento social associado ao envolvimento na experiência psicadélica.

A Crise Psicadélica

O conceito de crise está associado à inadequação de estratégias de *coping*, a comportamentos de resposta devido a uma determinada situação ou ameaça (Bancroft e Graham, 1999) e a um período de desequilíbrio psicológico (Roberts, 2005). Este conceito apoia-se em quatro aspectos principais: 1º- ocorre um evento precipitante; 2º- a percepção do indivíduo sobre o evento, se é ameaçador ou prejudicial; 3º - esta percepção leva a uma angústia emocional; 4º- esta angústia emocional origina o enfraquecimento das estratégias de *coping*, que anteriormente impediam que a crise ocorresse (Kanel, 2014). É importante ressaltar que estes momentos podem ocorrer a qualquer indivíduo, não requerendo na sua emergência, a ocorrência de um estado psicopatológico (Kanel, 2014).

A fase mais complicada é a reação ao momento de crise, no qual os indivíduos podem apresentar sintomas de abandono, confusão, ansiedade, choque, dúvida e raiva, podendo a pessoa por vezes parecer contraditória, desorganizada e agitada, mas também pode apresentar uma postura calma, reprimida e/ou apática (Roberts, 2005).

Relativamente à crise associada ao consumo de substâncias psicoativas, existem quatro dimensões importantes, sendo que, segundo Kanel (2014), a primeira está associada à saúde, quando uma experiência de crise envolve hospitalizações ou algo que prejudique biologicamente o indivíduo; a segunda dimensão é a crise legal, ligada ao tráfico de SPA; a terceira é a crise psicológica em que o indivíduo apresenta estados intensos de depressão e ansiedade; e, por último,

temos a quarta dimensão que é a crise espiritual, em que a experiência de crise se pode manifestar pela perda de consciência do *self*.

Fatores que podem estar afiliados a estas crises, segundo Zinberg (1986) e Carvalho et al., (2015), são as condições ambientais; SPA adulteradas; a falta de conhecimento na dosagem, efeitos e interações em caso de policonsumos; companhias inapropriadas durante a experiência psicadélica; variáveis pessoais (personalidade, experiências passadas problemáticas não resolvidas, diagnósticos psicopatológicos), entre outros. Nesta linha, é útil considerar a proposta de Zinberg (1986) e os seus conceitos de *set* e *setting*. O *set* refere-se ao conjunto de características psicológicas do indivíduo que vai influenciar as suas motivações, aspirações e atitudes face ao uso de SPA. O *setting* refere-se ao ambiente físico e social em que ocorre a experiência com SPA. Na experiência psicadélica, ambos podem ter uma função muito determinante.

A crise mais conhecida e atual, devido ao consumo de substâncias psicoativas, é a crise psicadélica. Esta é mais conhecida como *bad trip* e acontece devido à falta de controlo por parte do sujeito, podendo-se manifestar de formas e intensidades diferentes (Passie, Halpern, Stichtenoth, Emrich & Hintzen, 2008), variando de pessoa para pessoa e de substância para substância. Associada a esta experiência, conseguimos identificar sintomas comuns como a ansiedade, medo/pânico, euforia, paranóia, comportamentos psicóticos e/ou compulsivos, tristeza/depressão, comportamentos agressivos, perda de controlo, sensação de estar a enlouquecer, e que este acontecimento nunca terá fim (Johnson, Richards & Griffiths, 2008).

É de salientar, que em estudos sobre os psicadélicos o ênfase é maioritariamente, sobre o que levou ao consumo destas substâncias e que sintomas são apresentados após a sua ingestão, notando-se uma clara ausência de estudos que comparem estas substâncias unicamente com o género feminino. O presente estudo pretende aceder e dar a conhecer a realidade da crise psicadélica pela perspetiva feminina, mais do que olhar para o panorama de diferenças género associada à crise psicadélica. Verificando-se, assim, que para esta investigação existe uma carência de literatura em relação a esta temática, sendo necessário o desenvolvimento nesta área.

Método

O presente estudo foi realizado através de uma metodologia qualitativa, uma vez que se pretendia compreender a crise relacionada com o uso de substâncias psiquedélicas no feminino. Este tipo de investigação demonstrou ser a abordagem mais adequada para este estudo, pois considera a experiência subjetiva como fonte de conhecimento e apresenta interesse em perceber como os indivíduos experienciam e interpretam o mundo social (Almeida & Freire, 2008). Assim, a investigação qualitativa é considerada interdisciplinar e transdisciplinar, uma vez que ultrapassa as ciências físicas e humanas (Nelson et al., 1992 cit. in Aires, 2011), focando-se na interpretação e no entendimento naturalista da experiência (Aires, 2011). Ou seja, pretende estudar um fenómeno complexo de natureza eminentemente pessoal e social (Liebscher, 1998).

Esta investigação foi realizada a partir de informação recolhida no *Boom Festival 2016*, através do *Projeto Kosmicare*. Este é um serviço de intervenção em crise que atua num grande festival de trance psiquedélico que se realiza em Portugal, de dois em dois anos. O serviço prestado por este projeto executa a sua intervenção num local adequado para os seus objetivos, que passam por diminuir o risco de desenvolvimento de perturbações mentais associadas ao uso de SPA e transformar uma experiência negativa e, possivelmente, traumática numa experiência mais positiva e construtiva (Carvalho et al. 2015).

Uma das necessidades de intervenção que pode surgir nos ambientes recreativos é o aparecimento de crises relacionadas com o uso de SPA nesses ambientes. De forma geral, as crises podem ser vistas de forma adaptativa ou desadaptativa, consoante a forma como o sujeito lida com o evento precipitante (Kanel, 2014), sendo que um dos objetivos desta intervenção é procurar promover uma adequada resolução do episódio. Ademais, é um projeto que conta com uma equipa maioritariamente voluntária, multidisciplinar e internacional. Dentro desta, existem profissionais treinados em diversas abordagens terapêuticas e que operam continuamente durante o festival (Carvalho et al., 2014). Durante a intervenção é elaborada uma triagem das situações, trabalhando-se com a equipa médica no sentido de avaliar riscos físicos e garantir a segurança de cada sujeito. É também feita uma recolha de informação, garantindo a vigilância e o apoio psicológico a todas as situações e indivíduos que se enquadrem na definição de crise (Carvalho,

et al., 2014).

Foi no âmbito desta intervenção que nos propusemos realizar a presente investigação, com a intenção de contribuir para a compreensão da crise psicadélica nas mulheres. Par tal definimos como objetivos específicos: a) caracterizar a população feminina que recebeu intervenção no *Kosmicare (KC)*; b) descrever a experiência de crise na população feminina que recebeu intervenção no *Kosmicare (KC)* e c) compreender os temas de crise na população feminina do *Kosmicare (KC)* no contexto da discussão sobre o género e o uso de drogas. Destes objetivos específicos partimos para a formulação de questões de investigação: 1) que características podem ser consideradas sobre a população feminina que recebeu intervenção no KC?; 2) como é a experiência de crise nesta população? 3) que dimensões estão a ser usadas na descrição e avaliação desses episódios pela equipa? 4) existem necessidades e situações que possam ser específicas do género feminino? e 5) o que é que a população feminina do KC permite conhecer acerca das características das mulheres que usam SPA em ARN? (Anexo 3).

Participantes

A amostra foi recolhida de acordo com um procedimento de amostragem intencional e representativo de um fenómeno, ou seja, os sujeitos foram selecionados de acordo com um objetivo pensado e possuem características idênticas entre si (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988). Assim, as participantes do nosso estudo foram mulheres que estiveram presentes na edição de 2016 do *Boom Festival* e que apresentaram, em algum momento, a necessidade de receber apoio por parte de uma equipa de intervenção na crise psicológica associada ao uso de substâncias psicoativas a intervir nesse Festival (*Projeto Kosmicare*). O recrutamento das participantes iniciou-se no momento em que se começou a realizar a recolha da informação contida no *Visitor Report Form Arrival (V.R.F.A)* (Anexo 1). O universo com que contamos na nossa amostra é de n=153 mulheres, sendo que todas estiveram presentes no *Boom Festival* e no *Projeto Kosmicare*. A nossa amostra é variada, com mulheres de diferentes locais do mundo e com idades compreendidas entre os 16 e o 55 anos. Por fim, a base de dados utilizada contava com N=372 pessoas, em conjunto homens e mulheres, demonstrando, desta forma, uma percentagem aproximada de 41% de indivíduos do género feminino.

Instrumentos/Materiais

Os instrumentos utilizados neste estudo foram três: o (I) *Visitor Report Form Arrival* (Relatório do Paciente à Chegada) – V.R.F.A; (II) as notas cronológicas; e por último, (III) o *Intervention Form* (Relatório da Intervenção) – I.F. Todos estes formulários foram preenchidos pelos Secretários e *Sitters* do Projeto KC, no *Boom Festival* 2016.

O primeiro instrumento, ou seja, o V.R.F.A (anexo 1) tinha como objetivo permitir o acesso às características sociodemográficas das participantes (sexo, idade, nacionalidade); perceber quantas vezes é que estiveram presentes no BF; como é que chegaram ao KC e com quem; a hora e o dia em que deram entrada no KC; que tipo de crise apresentavam; qual ou quais as SPA consumidas, a sua dosagem, como e quando é que as ingeriram.

O segundo instrumento utilizado foram as notas cronológicas (anexo 1), que nos forneciam informação sobre quem acompanhou a participante durante o processo de crise, quantas horas ou dias estiveram presentes no KC, que estratégias foram utilizadas pelos *sitters* para diminuir os sintomas de crise, quando e como é que a paciente saiu do KC.

Finalmente, o terceiro e último instrumento foi o I.F (anexo 1). Este fornecia informação sobre o desenvolvimento da situação psicológica e estados emocionais das pacientes, indicava algumas estratégias terapêuticas utilizadas, como é que as pacientes respondiam à intervenção, e quais eram as etapas que o processo de intervenção percorria. O *Intervention Form* baseava-se numa descrição estruturada e o mais pormenorizada possível do processo de intervenção.

Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de informação sobre as participantes foi realizada ao longo do projeto *Kosmicare*, na edição de 2016 do *Boom Festival*, através dos instrumentos já mencionados anteriormente (Anexo 1).

O recrutamento das participantes ocorreu através da utilização do formulário V.R.F.A. Este foi preenchido pelos secretários na chegada de cada paciente, pois é através deste que se consegue identificar quais os pacientes do sexo feminino e quais os do sexo masculino. Através do I.F, recolhemos os relatos sobre a experiência de crise e a forma como estava a ocorrer a intervenção nas nossas

participantes. A estratégia para a obtenção dos dados foi a consulta e análise destes documentos, de forma a garantir toda a confidencialidade e anonimato das pacientes. Estes dados foram angariados entre 10 de Agosto de 2016 e 18 de Agosto de 2016, pela equipa presente no projeto. Mais tarde foi criada uma base de dados em Excel contendo todos os pacientes presentes no KC, homens e mulheres, com todas as suas informações relevantes.

Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

Em concordância com a metodologia qualitativa selecionada para este estudo, que apresenta como objetivo compreender a crise relacionada com o uso de substâncias psicotrópicas no feminino, percebeu-se que a abordagem mais adequada é a fenomenológica. Utilizou-se como técnica de tratamento e análise de dados a Análise Semi-Indutiva, com recurso ao software *Nvivo11*®. Esta técnica demonstrou ser a mais adequada, pois considera previamente uma estrutura de análise e categorias, que mantém em aberto a possibilidade de alterações e de surgirem novas categorias e códigos. A estratégia de análise específica foi a análise temática. A análise temática é um método flexível que permite aos investigadores concentrarem-se nos dados de diferentes maneiras. Segundo Braun e Clarke (2012) este tipo de análise possibilita identificar, organizar e oferecer sistematicamente *insights* sobre temas num conjunto de dados, permite definir o que é típico da amostra e dar sentido a esses pontos, e possibilita reconhecer os pontos relevantes dos dados para que seja possível responder às questões específicas da pesquisa.

O tratamento de dados realizou-se através do *Nvivo11*®, um software adequado para apoiar a investigação qualitativa, já que permite uma exploração do conteúdo mais aprofundado, com maior rigor científico e uma sistematização de dados de forma clara e organizada (Mozzato, Grzybovski, & Teixeira, 2016).

Iniciou-se este processo através da exportação do Excel com os dados de todos os pacientes do Projeto KC para o software. Esta base continha os dados de atributo (idade, género, nacionalidade, vez no BF; tipo de crise; SPA consumidas, entre outros) e de conteúdo (notas cronológicas e relatos das experiências de crise).

Numa primeira fase, começamos por criar um conjunto amplo de categorias de primeira geração. À medida que íamos percorrendo cada relato iam sendo gerados os códigos mais específicos, por um processo de comparação constante.

Este processo é o mais viável, pois os relatos dão lugar a códigos, ficando condensados e registados (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988). À medida que fomos criando as categorias e os códigos, os relatos foram sendo comparados com os já existentes. Quando nenhum se adequava ao relato eram criadas novas categorias ou códigos. Cada relato era atribuído a tantas categorias e códigos quanto possíveis e a atribuição de uma determinada unidade a tantas categorias quanto possível, num processo conhecido por codificação aberta (Rennie, Phillips & Quartaro, 1988). Este tipo de codificação é um processo de codificação inicial de análise dos dados que segmenta os dados e os divide em códigos que caracterizam a informação e os mantêm livres de alterações durante todo o processo (Saldaña, 2009).

Os relatos foram analisados na íntegra (n=153). No final de toda esta análise tínhamos então um sistema de categorias. As respostas às QI foram obtidas através deste sistema, seja pela descrição de tendências nos dados obtidos a partir de classificações e atributos, seja pela descrição de dados de conteúdo, contidos nas categorias e códigos mais relevantes. Sempre que se verificou necessário recorreu-se à elaboração de *Matrix Coding*, que nos auxiliou na exploração das relações entre categorias. Estas matrizes encontram-se de forma exaustiva no Anexo 6.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Para a apresentação e discussão dos resultados deste estudo optamos por organizar a apresentação dos mesmos em função da resposta às questões de investigação (Anexo 3).

Do procedimento de análise dos dados (N=153) suportados resultou um sistema de categorias composto por 11 atributos, cinco categorias de 1.^a ordem e 66 códigos (Anexo 2).

Que características podem ser conhecidas sobre a população feminina que recebe intervenção no Kosmicare?

A amostra analisada (N=153) apresenta uma predominância de mulheres com idades compreendidas entre os 19 e os 25 anos. As nacionalidades mais presentes são a francesa (n=24), a britânica (n=17), a alemã (n=13) e a holandesa (n=10). As substâncias preferencialmente consumidas são o LSD (n=77), a Cannabis (n=30) e o MDMA (n=28) (anexo 5). Na maioria dos casos (n=115) as mulheres apresentam

um episódio de crise que tinha sido motivado pela ingestão intencional de uma SPA. A forma mais frequente de ingestão destes produtos foi a via oral. Relativamente a estas características e revendo a epidemiologia, percebe-se que estes dados estão de acordo com a literatura. De acordo com Balsa, Vital e Urbano (2017), as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos consomem sobretudo LSD, a Cannabis e a Cocaína, tendências que também estão presentes na amostra estudada. No entanto, é de ter em consideração que estes resultados dizem respeito a um consumo auto-reportado. Ora, se atendermos ao fenómeno da adulteração a que estão frequentemente expostas as SPA utilizadas em ambientes recreativos noturnos, poderemos na verdade ter episódios de crise motivados por substâncias diferentes das que emergem nos dados (Martins, Valente & Pires, 2015). Para uma consulta exaustiva da caracterização da amostra e do consumo de SPA pode consultar-se o Anexo 4.

Como é experiência de crise nesta população?

Para obter uma resposta realizamos uma descrição breve de alguns domínios de atributos (intervenção/tipo de crise), cruzamos a subcategoria “Pedido” com as categorias “Sintomas” e “Temas de Crise” e cruzamos ainda, as subcategorias “Amigos” e “Namorado/Marido” com “Sintomas”.

Ao analisar esta população foi possível perceber que o tipo de intervenção mais identificado nestas mulheres foi a curta (n=33), ou seja, as pacientes estiveram no mínimo 6h mas máximo de 24h no serviço KC. Como já foi referido anteriormente, as mulheres apresentam, na sua exmagadora maioria, episódios de crise motivados pela ingestão intencional de substâncias psicoativas.

O cruzamento da Subcategoria “Pedido” com as subcategorias contidas em “Sintomas” permitiu-nos perceber que as mulheres chegam ao KC com pedidos relacionados com sintomas de ansiedade (n=12) – *“comes into KC at 6am with friend Julia exhibiting anxiety and stomach pain induced by LSD taken around 20pm the previous evening.”*(caso 23) agitação psicomotora (n=8) – *“ Mas uma vez dentro, tentando conter, começou subitamente a bater os pés contra o vidro traseiro do jipe, até que conseguiu removê-lo e saltar pela janela em andamento.”* (caso 1); e instabilidade emocional (n=7) – *“Brought in by some strangers, looking confused and anxious about her shoes in the tent. Didn’t want to stay. I convinced her to rest a*

little. She said that she took some LSD, wine and cannabis during the night” (caso 30).

Numa revisão da literatura existente percebe-se que, segundo Roberts (2005), e Johnson, Richards e Griffiths (2008), a ansiedade e a agitação são sintomas comuns na crise devido ao consumo de SPA. Krebs e Johanson (2013) também informam que a instabilidade emocional está igualmente presente neste tipo de crise. Adicionalmente é ainda possível verificar que, segundo Krebs e Johanson (2013), estes sintomas são expectáveis em casos de consumo de LSD. Sanches e Marques (2010) demonstram que a Cannabis apresenta mudanças ao nível do humor e, por vezes, alguma ansiedade e agitação.

O cruzamento da Subcategoria Pedido com as subcategorias contidas em Temas de crise, permitiu-nos identificar que as mulheres chegam ao KC com pedidos relacionados com o Medo (n=7) – *“Security informed KC she was Groovy Beach and we went to get her with the car.... was falling, being lost, scared, then security called KC.” (caso 43)*, e a Baixa autoestima (n=6) – *“Brought in by some strangers, looking confused and anxious about her shoes in the tent (...) Lots of sentences of not feeling pretty and deserving being in bare feet.” (caso 30).*

Na literatura percebe-se que ambos os temas identificados demonstram ser típicos numa crise associada a SPA. Segundo Johnson, Richards e Griffiths (2008) e Passie et. al (2008), o medo pode manifestar-se neste tipo de crises com formas e intensidades diferentes e varia de pessoa para pessoa. Prepeliczay (2002), Roberts (2005) e Kanel (2014) afirmam que sintomas de singularidade, incompreensão, abandono e perda do *self* são característicos de uma experiência com SPA.

De forma a perceber que tipo de relações interpessoais as participantes detinham com quem as acompanhava no momento de crise, cruzamos as Subcategorias contidas nas “Relações da Visitor” com as subcategorias contidas em “Sintomas”. Tal permitiu-nos identificar que as relações com mais referências são os Amigos (n=40) e as relações íntimas - namorado/marido (n=41). Analisando este cruzamento percebemos que perante sintomas de ansiedade os amigos (n=10), encontram-se em situação de suporte – *“arrived with her friend. She was feeling anxious upon experiencing effects from LSD that were much more intense than she'd expected.”*, e a relações íntimas, ou seja o namorado ou marido, perante situações de ansiedade tanto pode estar em posição de suporte – *“was brought by her boyfriend that stayed with her supporting her a lot. But eventually he became also*

very tired.”, como também podem estar na posição de causa dessa ansiedade – *“wants to have fun naturally but her boyfriend is adamant that it is a part of his lifestyle.”*.

Que dimensões estão a ser usadas na descrição e avaliação desses episódios pela equipa?

Através da análise dos dados conseguimos perceber quais as dimensões que a equipa do KC, usou na descrição e avaliação dos episódios de crise.

A equipa iniciou a sua avaliação identificando os sintomas presentes na nossa amostra, conseguindo-se observar uma lista de catorze categorias diferentes. Os sintomas mencionados nos relatos e presentes nessas avaliações são aqueles que as pacientes exibiram no momento em que chegaram ao serviço do KC e se iniciou as suas intervenções. Os sintomas identificados nos dados são agitação psicomotora (n=18), agressividade (n=6), alucinações visuais (n=18), auditivas (n=7), táteis (n=3) e olfativas (n=1), também está presente ansiedade (n=35), cansaço (n=27), comportamentos bizarros (n=2), comportamentos de oposição (n=4), comportamentos disruptivos (n=7), confusão/desorientação (n=23), delírio (n=17), descoordenação motora (n=4), distorção do tempo e espaço (n=15), ideação suicida (n=2) e instabilidade emocional (n=29).

Numa segunda fase, a equipa descreveu os episódios de crise que as mulheres estavam a passar, sendo que nesta secção foi possível perceber os temas de crise que emergiam das experiências da nossa amostra. Nos temas de crise, identificou-se uma lista exaustiva de vinte seis temáticas, resultantes do conteúdo das experiências durante a intervenção relativas às emoções, sentimentos e comportamentos que estavam a ser postos em evidência.

Os temas identificados foram abstinência (n=4), aceitação (n=10), ambientes stressantes (n=14), baixa autoestima (n=22), desconexão (n=6), desconforto (n=9), doença física (n=18), doença mental (n=19), efeitos intensos (n=22), *emotional release* (n=4), erotização (n=1), escuridão (n=5), gratidão (n=3), gravidez (n=2), insegurança (n=12), *insight* (n=4), mediunidade e dimensão transpessoal (n=14), medo (n=33), positividade (n=12), responsabilidades excessivas (n=7), solidão (n=15), tristeza (n=16), vergonha (n=4), vitimação ao nível do abuso sexual (n=3), assédio (n=2) e violência física (n=1). Estes temas tanto se poderiam referir a conteúdos específicos destes momentos de crise, que poderiam ser percebidos

como positivos ou negativos, como também se poderiam referir a acontecimentos de vida passados das *visitors*.

Existem necessidades e situações que possam ser específicos do género feminino?

Para abordar este tema, seria necessário uma comparação exaustiva com dados do género masculino. No entanto, essa comparação não se realizou, mas é possível perceber através dos dados quais as necessidades e situações mais frequentes do género feminino presente no KC.

Estas mulheres apresentavam-se maioritariamente no serviço do KC com os seus namorados/marido (n=41), com os seus amigos (n=40) ou sozinhas (n=15). As estratégias de intervenção mais utilizadas foram as psicoterapêuticas (n=41) e as logísticas (n=39). Relativamente aos sintomas mais experienciados no momento da crise pela nossa amostra foram a ansiedade (n=35), a instabilidade emocional (n=28), o cansaço (n=27) e a confusão/desorientação (n=23).

No que concerne aos temas mais presentes na experiências de crise, o medo (n=33), os efeitos intensos (n=22), a baixa autoestima (n=22), os ambientes stressantes (n=19) e a doença mental (n=19), demonstram ser os mais predominantes. Para obter uma leitura exaustiva de todas as características acima mencionadas pode consultar o Anexo 2.

O que é que a população feminina do KC permite conhecer acerca das características das mulheres que usam SPA em ARN?

Para a obtenção de uma resposta foi realizada uma descrição detalhada dos “Sintomas” e “Temas de Crise” mais frequentes e relevantes das nossas participantes. Os temas mais frequentes nesta população, por ordem, foram o Medo, a Baixa autoestima, os Efeitos intensos, a Doença mental, os Ambientes stressantes, a Doença física, a Solidão, a Tristeza, a Mediunidade e Dimensão transpessoal, a Positividade, a Aceitação e a Insegurança.

Estes temas verificaram-se comuns em crises associadas ao consumo de substâncias psicoativas. Segundo Johnson, Richards e Griffiths (2008), o medo e tristeza são sintomas ordinários destas crises e a baixa autoestima e os efeitos intensos estão presentes a nível empírico sendo explicado por Prepeliczay (2002). Este último autor evidenciou que as emoções fortes referidas por si ligam-se aos

efeitos intensos e os sentimentos de singularidade e incompreensão conjugam-se com a baixa autoestima. Por sua vez, a solidão e a positividade são identificados por Roberts (2005), que conjuga a solidão com os sentimentos de abandono, dúvida e postura reprimida, assim como liga a positividade à calma. Os Ambientes stressantes, a Mediunidade e Dimensões transpessoais também estão descritos na literatura, intimamente ligados ao consumo de SPA por parte género feminino. Por outro lado, a aceitação, a insegurança, a doença mental e física revelam uma ausência de consistência literária para abordar uma correlação com o consumo de substâncias psicoativas em ARN.

Outros temas não tão frequentes mas igualmente relevantes para o estudo são o abuso sexual, assédio, violência física, responsabilidades excessivas e gravidez. Estes demonstram ser importantes, pois segundo Tuchman (2010), mulheres dependentes ou com passados de consumo problemático são provavelmente oriundas de famílias em que assumiram responsabilidades excessivas. Arpa (2017) e Neale et al. (2014) revelam, também, que mulheres dependentes enfrentam níveis elevados de estigma e vergonha, cargas socioeconómicas maiores, recebem menos apoio social e encontram-se mais facilmente expostas à violência. Outros fatores que as mulheres dependentes parecem também demonstrar são vivências traumáticas, agressões físicas e abuso sexual na infância e idade adulta (UNODC, 2016). Um motivo de preocupação a nível europeu é o consumo de drogas durante a gravidez, pois está associado a uma série de efeitos adversos, tanto para a mulher, como para o feto (EMCDDA, 2017).

Os sintomas mais demonstrados pelas nossas participantes e com maior relevância foram ansiedade, instabilidade emocional, cansaço, confusão e desorientação, agitação psicomotora, alucinações visuais, delírios e distorção do tempo e espaço. Analisando todos os sintomas e revendo a literatura, verificou-se que todos estes domínios estão presentes, pois segundo Johnson, Richards e Griffiths (2008) e Roberts (2005), a ansiedade, o cansaço, a agitação e o delírio são sintomas comuns neste tipo de experiências. Krebs e Johansen (2013) afirmam que os períodos de confusão, desorientação e instabilidade emocional são recorrentes neste padrão de crise e Prepeliczay (2002) revela que as alucinações, distorção do tempo e espaço são características frequentes no consumo de SPA.

Outro sintoma não tão frequente mais igualmente relevante é a ideação suicida, pois segundo Romão e Vieira (2004), as mortes por suicídio ou tentativas de

suicídio são duas vezes mais prevalentes no gênero feminino do que no gênero masculino. O que torna este tema ainda mais relevante, é quando Weir (2001) revela que um dos seis fatores mais importantes no comportamento suicida é o aumento do consumo de substâncias psicoativas.

Com isto, consegue-se perceber que os dados vão de encontro à literatura existente.

Conclusões

Neste estudo procuramos contribuir para a compreensão da crise relacionada com o uso de substâncias psicadélicas no feminino. Percebemos que o consumo é mais evidentes numa população feminina mais jovem e que os episódios de crise têm sido motivados pelo consumo intencional de substâncias psicoativas. Conseguimos identificar também, que os amigos e os companheiros são os que mais estão presentes nos episódios de crise. Através dos dados conseguimos concluir que as substâncias mais consumidas são o LSD, a Cannabis e o MDMA.

Ao longo das experiências vivenciadas pela população em estudo, e através da avaliação da equipa, percebeu-se que os sintomas mais frequentes foram a ansiedade, a instabilidade emocional e a confusão/desorientação. Os temas de crise mais frequentes foram o medo, a baixa autoestima e os efeitos intensos das substâncias consumidas. Desta forma, e verificando que estes dados estão de encontro ao descrito na literatura quanto ao consumo de substâncias psicadélicas, percebe-se uma tendência de que estes sintomas e temas de crises estejam presentes em mulheres consumidoras dessas mesmas substâncias.

Como limitações do estudo, reporta-se a falta de análise dos dados do gênero masculino, pois dificultou a resposta a algumas das questões de investigação em que seria necessário uma comparação de gênero. Como outra limitação identificamos que os relatos na base de dados fornecem informação de um consumo auto-reportado e para além disso, estes dados reportam-se a consumos e experiências em ambientes recreativos num projeto inserido num festival, o que acaba por limitar a investigação. Por último, identificamos também como limitação a quantidade excessiva de dados omissos na base de dados.

Relativamente a investigações futuras, sugere-se a realização de mais trabalhos qualitativos que permitam perceber a experiência de crise, as

necessidades, situações específicas e características dos homens que consomem substâncias psicoativas. Desta forma seria possível realizar-se uma comparação entre ambos os géneros. Propõe-se ainda a realização de uma investigação com o objetivo do presente estudo, permitindo um enquadramento com outros tipos de contextos e mais próximos de outras realidades.

Em suma, acreditamos que os resultados obtidos são importantes contributos para a realização da presente investigação, bem como para toda a comunidade científica. Percebeu-se que este é um tema com escassez de estudos e com necessidade de validação científica.

Referências Bibliográficas

Aires, L. (2011). Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional (1º ed.). Porto: Universidade Aberta.

Albertella, L., Le Pelley, M. E., & Copeland, J. (2016). Frequent cannabis use is associated with reduced negative priming among females. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 24(5), 313-319. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pha0000085>.

Almeida, L., & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação (4º ed.). Braga: Psiquilibrios.

Alyushin, A. (2011). Psychedelic experience as a heuristic tool for exploring the mind and the brain. *Neuroquantology*, 9(3), 577-590.

Anker, J. J., & Carroll, M. E. (2011). Females are more vulnerable to drug abuse than males: Evidence from preclinical studies and the role of ovarian hormones. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 8, 73-96. doi: 10.1007/7854_2010_93.

Arpa, Sharon. (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Consultado em European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2017). *IV inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/2017*. Lisboa: Instituto Da Droga e Da Toxicodependência.

Bancroft, J., & Graham, C. (1999). *Intervenção na crise*. Lisboa: Climepsi.

Blewett, D. B., & Chwelos, N. (1959). *Handbook for the therapeutic use of lysergic acid diethylamide-25 individual and group procedures*. Consultado em MAPS: <http://www.maps.org/research-archive/ritesofpassage/lisdhandbook.pdf>.

Bleyer, J. (2017, Maio, 02). *A Radical New Approach to Beating Addiction*. Consultado em Psychology Today: <https://www.psychologytoday.com/articles/201705/radical-new-approach-beating-addiction>.

Bouso, J. C., Palhano-Fontes, F., Rodríguez-Fornells, A., Ribeiro, S., Sanches, R., Crippa, J. A. S. & Riba, J. (2015). Long-term use of psychedelic drugs is associated with differences in brain structure and personality in humans. *European Neuropsychopharmacology*, 25(4), 483-492.

Braun, V., Clarke, V., & Terry, G. (2012). Thematic analysis. *APA handbook of research methods in psychology*, 2, 57-71. doi: 10.1037/13620-004.

Bretteville-Jensen, A. L. (1999). Gender, heroin consumption and economic behaviour. *Health Economics*, 8(5), 379-389.

Cardoso, S., & Manita, C. (2004). Mulheres toxicodependentes: O género na desviância. *Revista Toxicodependências*, 10(2), 13-25.

Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P. & Veríssimo, L. (2011). *Kosmicare research project – process evaluation report*. Universidade Católica do Porto: Porto.

Carmo 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.

Dayal, P., Sarkar, S., & Balhara, Y. P. S. (2017). Predictors of inpatient treatment completion among females with opioid use disorder: Findings from a tertiary care drug dependence treatment centre of india. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(4), 464-468.

EMCDDA, I. (2017). *European drug report 2017: Trends and developments*. Consultado em: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001PTN.pdf> e [n](#).

Espinoza, Y. (2014). Sexual healing with amazonian plant teachers: A heuristic inquiry of women's spiritual–erotic awakenings. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(1), 109-120. doi: 10.1080/14681994.2013.861060.

Esteves, M. (1997). *Relações Perigosas. As companheiras dos dependentes de opiáceos: Contribuição para o seu estudo*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.

Feijão, F. (2016). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências, 2015*. Consultado em: http://www.sicad.pt/PT/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Paginas/detalhe.aspx?itemId=170&lista=SICAD_ESTUDOS&bkUrl=/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos.

Getty, A. (2003). Twists of fate. *Revision*, 25(3), 12-18.

Gomes, M. (2003). Introduction: Women and entheogens. *Revision*, 25(3), 2-4.

Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research and Health*, 29(1), 55-62.

Grof, C., & Grof, S. (1990). *The stormy search for the self: a guide to personal growth through transformational crisis*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher.

Grof, S. (2005). *Psicoterapia con LSD*. Barcelona, Spain: La Liebre de marzo.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). (2006). *Normas orientadoras de programas terapêuticos com agonistas opiáceos*. Consultado em [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction](#):

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231349_EN_PT04_Normas%20Orientadoras%20PTAO%20Agosto06.doc

Johnson, M., Richards, W., & Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: Guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22(6), 603-620. doi:10.1177/0269881108093587.

Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E. and Brugha, T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England, *Psychological Medicine*, 41, 709-719.

Kanel, K. (2014). *A guide to crisis intervention* (5^oed.). USA: Cengage Learning.

Krebs, T. S., & Johansen, P. (2013). Psychedelics and mental health: A population study. *PloS One*, 8(8). doi:10.1371/journal.pone.0063972.

Letheby, C. (2016). The epistemic innocence of psychedelic states. *Consciousness and Cognition*, 39, 28-37.

Liebscher, P. (1998). Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. *Library Trends*, 46(4), 668-680.

Marks, K. R., & Leukefeld, C. G. (2017). A preliminary study examining women's physical health and nonmedical prescription opioid use in a recovering framework. *Journal of Women's Health*, 26(3), 286-293. doi: 10.1089/jwh.2016.5961.

Measham, F. (2004). Play space: historical and socio-cultural reflections on drugs, licensed leisure locations, commercialization and control. *International Journal of Drug Policy*, 15, 337-345.

Martins, D., Valente, H., & Pires, C. (2015). CHECK! NG: A última fronteira para a Redução de Riscos em contextos festivos. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 646-660. doi: 10.1590/S0104-12902015000200020

McMahon, T. J., & Luthar, S. S. (2000). Women in treatment: Within-gender differences in the clinical presentation of opioid-dependent women. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(10), 679-687.

Molina-Fernández, A., Rueda-López, F., & Fernández-Serrano, M. (2014). Epidemiological and social factors of Drug problems in Spain. *NIDA*. doi: 10.13140/RG.2.1.4505.5125. Consultado em ResearchGate: <https://www.researchgate.net/publication/299455313> Epidemiological and social factors of Drug problems in Spain NIDA 2014.

Móró, L., Simon, K., Bárd, I. & Rácz, J. (2011). Voice of the psychonauts: Coping, life purpose, and spirituality in psychedelic drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(3), 188-198.

Mozzato, A. R., Grzybovski, D., & Teixeira, A. N. (2016). Análises Qualitativas nos estudos organizacionais: As vantagens no Uso do Software NVivo®. *Revista Alcance*, 23(4), 578-587.

National Institute on Drug Abuse. (2016). *Strategic Plan – Advancing Addiction Science*. Consultado em NIDA: https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/nida_2016strategicplan_032316.pdf

Neale, J., Nettleton, S. and Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: a qualitative exploration, *International Journal of Drug Policy*, 25, 3-12.

Ona, G. (2018). Inside bad trips: Exploring extra-pharmacological factors. *Journal of Psychedelic Studies*, 1-8. doi: 10.1556/2054.2018.001.

Ona, G., & Spuch, J. (2017). What happens after your first trip? A longitudinal, prospective, pragmatic-oriented study. *Journal of Transpersonal Research*, 8(1), 41–54.

Pacek, L. R., Herrmann, E. S., Smith, M. T., & Vandrey, R. (2017). Sleep continuity, architecture and quality among treatment-seeking cannabis users: An in-home, unattended polysomnographic study. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 25(4), 295-302. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pha0000126.supp>.

Palmer, C., & Horowitz, M. (2000). *Sisters of the extreme: Women writing on the drug experience: Charlotte brontë, louisa may alcott, anaïs nin, maya angelou, billie holiday, nina hagen, diane di prima, carrie fisher, and many others*. Vermont: Park Street Press.

Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *BMJ*, 325, 1195-1198.

Passie, T., Halpern, J. H., Stichtenoth, D. O., Emrich, H. M. & Hintzen, A. (2008). The pharmacology of lysergic acid diethylamide: A review. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(4), 295-314.

Prepeliczay, S. (2002). Socio-cultural and psychological aspects of contemporary LSD use in germany. *Journal of Drug Issues*, 32(2), 431-458.

Rennie, D. L., Phillips, J. R., & Quartaro, G. K. (1988). Grounded theory: A promising approach to conceptualization in psychology?. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(2), 139.

Roberts, J. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention and crisis management. In. A.R. Roberts (Eds.). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research* (3^o ed., pp. 3-34). New York: Oxford University Press.

Romão, M., & Vieira Eyre de Souza, L. J. (2004). Tentativas suicidas por envenenamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(1).

Romo, N. (2001). Género y etnografía entre personas usuarias de drogas: el caso del “extásis” en la “cultura del baile”. *Trabajo social y salud*, 39, 321-332.

Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Chennai: Sage.

Sanches, R., & Marques, J. (2010). Cannabis and mood. *Revista brasileira de psiquiatria*, 32(2), 173-180.

Seeman, M. V. (2004). Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1324-1333.

Seibel, S. D. & Toscano Junior, A. (2001). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.

Sessa, B. (2012). *The psychedelic renaissance: Reassessing the role of psychedelic drugs in 21st century psychiatry and society*. London: Muswell Hill Press.

Sessa, B. (2018). The 21st century psychedelic renaissance: heroic steps forward on the back of an elephant. *Psychopharmacology*, 235(2), 551-560. DOI 10.1007/s00213-017-4713-7.

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). *Relatório anual 2015 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Consultado em:

<http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/Relatório%20Anual%20Drogas%20e%20Toxicodependências%202015.pdf>.

Silva, M. L. d., dos Santos, N. M., Barnabé, V., & Valenti, V. E. (2013). Fatores de risco que podem induzir o uso de drogas por estudantes de uma universidade pública. *Journal of Human Growth and Development*, 23(3), 346-351.

Simoni-Wastila, L., Ritter, G., & Strickler, G. (2004). Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Substance use & Misuse*, 39(1), 1-23. doi: 10.1081/JA-120027764.

Toneatto, A., Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Gender issues in the treatment of abusers of alcohol, nicotine, and other drugs. *Journal of Substance Abuse*, 4(2), 209-218.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127-138. doi: 10.1080/10550881003684582.

Tupper, K. W. (2008). The globalization of ayahuasca: Harm reduction or benefit maximization? *International Journal of Drug Policy*, 19(4), 297-303.

Van Swearingen, A. E., Walker, Q. D., & Kuhn, C. M. (2013). Sex differences in novelty-and psychostimulant-induced behaviors of C57BL/6 mice. *Psychopharmacology*, 225(3), 707-718.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2016).World Drug Report.. Consultado em UNODC: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.

Walter, H., Gutierrez, K., Ramskogler, K., Hertling, I., Dvorak, A., & Lesch, O. M. (2003). Gender-specific differences in alcoholism: implications for treatment. *Archives of women's mental health*, 6(4), 253-258. doi 10.1007/s00737-003-0014-8

Wanscher, D., Percio Prado, G., & Frigo, J. (2014). Uso de psicotrópicos por alunos do ensino superior. *Revista UNINGÁ Review*, 18(2). 5-9.

Weir, E. (2001). Suicide: The hidden epidemic. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 634-636.

Winstock, A., Barratt, M., Ferris, J., & Maier, L. (2017). *Global Drug Survey*. Consultado em GDS: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2017_key-findings-report_final.pdf.

Zinberg, N. (1986). *Drug, set and setting : The basis for controlled intoxicant use* (1ªed.). New Haven, United States: Yale University Press.

Anexos

Anexo 1 - Instrumentos

Visitor (name and KC file number): _____ ; _____

Sitter: _____

Day: ___/___/2016 Time: ___:___ Shift: ___:___

Form #1 – Visitor Report/Arrival

Please fill in this form at the moment visitor arrives at Kosmicare

Part I - Visitor Demographics

1. Age: _____ 2. Sex: Male Female 3. Previous times at the Festival: 1st Time 2nd Time
 3 or more

4. Nationality: _____

Part 2 - Arrival at KC

4. This visitor was brought by: KC Team Medics Friends His/Her own Other:
 (Describe): _____

5. If brought by friends, signal if stayed with him/her: Yes No (Describe – include friends names):

6. This visitor was brought because:

Was having a difficult experience associated with the intentional use of psychoactive substance(s) (PAS)

Was having a difficult experience associated with non-intentional use of psychoactive substance(s) (PAS)

Was having a personal crisis not related to PAS use.

Was having a mental (psychiatric) crisis not related to PAS use.

Was having a mental (psychiatric) crisis and also presented PAS use.

Other.

Describe: _____

Part 3 - Psychoactive Substance Use (PAS) (when presented; signalling if “unknown”)

7. Name of PAS (Including Alcohol; Cannabis and suspected NPS)	8. Ingestion quantities	9. When (day and Hour)	10. Ingestion context (where; with whom)	11. Ingestion strategy (e.g. snorted, smoked)

Intervention Form

(Secretary/Research Assistant fills out a form for each visitor during visitor's permanence in Kosmicare, gathering information directly or with sitter's assistance)

Name of Secretary: _____

Day: ___/___/___ **Time:** ___:___ **Shift:** ___:___

I. Describe the case and main issues visitor was dealing with (include emotional states and all available case history and present context information

B. All relevant events and intervention strategies (per chronological order):

Day	Shift	Time	Sitter	Intervention Please describe all relevant <u>events</u> during visitor's permanence, <u>strategies</u> used and visitor <u>response</u> ; include allopathic or homeopathic medications; other medical interventions; psychological interventions; other therapeutic strategies used.

Anexo 2

Sistema de Categorias

A. Etapas

- A0. Antecedentes
- A1. Pedido
- A2. Avaliação
- A3. Encaminhamento
- A4. Desenvolvimento da Intervenção
- A5. Alta e período pós-crise

B. Relações

B1. Relações da Visitor

- B1.1. Amigos
- B1.2. Boomers
- B1.3. Desconhecido
- B1.4. Namorado/Marido
- B1.5. Outros Familiares

B2. Figuras da Equipa KC

- B2.1. BMS
- B2.2. Coordenadora KC
- B2.3. Equipa KC
- B2.4. Médico
- B2.5. *PeaceKeepers*
- B2.6. *Sitters*

B3. Sozinha

C. Intervenção

- C1. Contenção Física
- C2. Estratégias Complementares
- C3. Estratégias Logísticas
- C4. Estratégias Médicas
- C5. Estratégias Psicoterapeuticas

D. Sintomas

- D1. Agitação Psicomotora
- D2. Agressividade
- D3. Alucinações
 - D3.1. Auditiva
 - D3.2. Olfativa
 - D3.3. Tátil
 - D3.4. Visual
- D4. Ansiedade
- D5. Cansaço

- D6. Comportamento Bizarro
- D7. Comportamento de Oposição
- D8. Comportamento Disruptivo
- D9. Confusão/desorientação
- D10. Delírio
- D11. Descoordenação Motora
- D12. Distorção do tempo e espaço
- D13. Ideação Suicida
- D14. Instabilidade Emocional

E. Temas de Crise

- E1. Abstinência
- E2. Aceitação
- E3. Ambientes Stressantes
- E4. Baixa Autoestima
- E5. Desconexão
- E6. Desconforto
- E7. Doença Física
- E8. Doença Mental
- E9. Efeitos intensos
- E10. *Emotional Release*
- E11. Erotização
- E12. Escuridão
- E13. Gratidão
- E14. Gravidez
- E15. Insegurança
- E16. *Insight*
- E17. Mediunidade e Dimensões Transpessoais
- E18. Medo
- E19. Positividade
- E20. Responsabilidades Excessivas
- E21. Solidão
- E22. Tristeza
- E23. Vergonha ou Embaraço
- E24. Vitimação
 - E24.1. Abuso Sexual
 - E24.2. Assédio
 - E24.3. Violência Física

Quadro do Sistema de Categorias

A. Etapas (Codifica as diferentes experiências e temas nos dados, oferecendo o contexto para o momento da intervenção em que as mesmas estão a ocorrer)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de referências
A0.	Antecedentes	Referência a acontecimentos ou experiências da biografia das participantes, anteriores aos acontecimentos no KC	<i>"She came worried and very anxious about taking psychedelics in the next days to come. She had to bad experiences that unfold a lot of anxiety crisis during the last 5 years. She is in a lot of pressure at work. She feels that the crisis are connected to those previous experiences and wants to have "a good one" to releave her symptoms."</i>	1	10
A1.	Pedido	Etapa relativa à recepção do pedido de intervenção no KC, à chamada que foi efetuada e à informação aí contida, como é que a <i>visitor</i> foi encontrada e como foi transportada	<i>"Chamada do KC à FunkyBeach para uma boomer que estava nua, sozinha, muito agitada, fugindo e correndo, delirante. Karin, que estava fora de turno, conseguiu apaziguá-la até chegarmos. Respondeu bem ao KC e aceitou entrar no jipe do Malta. Mas uma vez dentro, com Maria tentando conter, começou subitamente a bater os pés contra o vidro traseiro do jipe, até que conseguiu removê-lo e saltar pela janela em andamento."</i>	1	26
A2.	Avaliação	Durante o momento de crise realiza-se uma avaliação do estado mental e físico de cada paciente	Had lingering physical effects from previous day's mdma and amphetamine use (back pain, painful breathing). Arrived with boyfriend, reported "pain-all-over" in chest, back, when breathing. Reported taking mdma and speed but not getting enough sleep. Says pain worsened as day went on. Was observed by the doctor.	1	5
A3.	Encaminhamento	Este momento pode surgir em várias etapas da intervenção, logo que seja detetada uma situação que requer a avaliação e/ou intervenção por parte de outro serviço que não a emergência psicológica - por e.g. situações que requerem avaliação e intervenção médica de BMS - Boom Medical Services - ou por parte de uma estrutura no exterior (por e.g. hospital)	<i>"She was really needing to talk to someone about her feelings. "Loneliness". We had a 2 hour talk about her life. She then left to the medic because she had a urine infection. Manuela took Tessie to the Hospital and helped with the procedures and her feelings of rejeciton."</i>	1	6
A4.	Desenvolvimento da intervenção	Etapa em que se regista a forma como se está a desenvolver a intervenção, se houve alguma	<i>"she arrived very anxious and lost, asking to talk to someone. She hasn't take any substances but feels like she is tripping the hole time os having panic attacks. I talked to her and cleanse a little with sleep. She is calmed</i>	1	89

		alteração na paciente ou se foi realizada alguma estratégia	and wanted to rest.”		
A5.	Alta e período pós-crise	Intervenções que tiveram lugar no momento da “alta” do KC	“Viajou contida por 3 seguranças. No KC continuou com contenção compassiva por 2 sitters + presença de uma mulher (Maria Melo). Passado apenas duas horas começou a acalmar. Pediu roupas. “Regressou” totalmente ao fim de 3 horas, pedindo para regressar à sua tenda. Conduzimo-la à sua tenda, totalmente orientada e com discurso congruente.”	1	23

B. Relações (Referências a pessoas ou relações significativas para a *visitor* ou para a intervenção)

B1. Relações do Visitor (Relações significativas ou recentes, ou até mesmo relações com desconhecidos)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de Referências
B1.1	Amigos	Relações interpersonais do Visitor	“She took space cake for sleep a little bit. Bad idea... She feels too high. She came with a friend of her and now is sleeping.”	1	40
B1.2	Boomer	Relações interpersonais do Visitor	“the guest come to the festival by herself but meet someone in boom bus and she is camping with a group. She express that a guy in the group is being disturbing her, trying to touch her dont leting her dance. She express her issues about that situation more than the substances.”	1	2
B1.3	Desconhecido	Relações interpersonais do Visitor	“Brought in by some strangers, looking confused and anxious about her shoes in the tent. Didn't want to stay. I convinced her to rest a little. She said that she took some LSD, wine and cannabis during the night.”	1	7
B1.4	Namorado ou Marido	Relações interpersonais do Visitor	“Boyfriend brought her and stayed with her all the time. Marga is a regular user of LSD and other drugs such as speed or ecstasy. She refers she as ingested superior doses of speed and LSD. She has been anxious about the long lasting effects due to high dosage. She refers that the trip seems unstopable and it never happens. Boyfriend has accompanied her all the time. Disappeared withou checking out.”	1	41
B1.5	Outros Familiares	Relações interpersonais do Visitor	“This morning, after a 2 hour sleep, she went to the supermarket and experienced the floor moving and walking shapes that worried her a lot. Now at 4pm she feels gradually better and better. On a 0-10 scale her trip now feels like a 3,5. This morning it felt like a 5,5. Rested a lot and decided to leave at 8pm with her sister to try and eat. If she feels unwell she will comeback.”	1	7

B2. Figuras da Equipa KC (Referências a figuras da equipa KC, embora aqui também se estejam a incluir figuras da intervenção no festival)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de Referências
--------	------------	-----------	-------------------	--------------	-------------------

B2.1	BMS	Relações do Visitor no KC	“Recolhemos a Tanya no BMS. 3 gotas de LSD. Perdeu-se dos amigos no dancefloor. Começou sentir que os espaço era demasiado aberto, não tinha água, começou a sentir-se insegura e preocupada, e dirigiu-se ao hospital.”	1	3
B2.2	Coordenadora KC	Relações do Visitor no KC	“Mas uma vez dentro, com Maria tentando conter, começou subitamente a bater os pés contra o vidro traseiro do jipe, até que conseguiu removê-lo e saltar pela janela em andamento.”	1	2
B2.3	Equipa KC	Relações do Visitor no KC	“Suspected MDMA (not confirmed). Brought in by KC team. We found her after she stole shoes, jumped fenced and was restrained by peacekeepers. Disoriented and disorganized. Hostile at times.”	1	10
B2.4	Médico	Relações do Visitor no KC	“Was given 10mg diazepam. Did acupressure and the anxiety dissipated. She relaxed and slept. Ate a cereal bar and drank juice. Spasm and anxiety came back later on - no improvement. Declan was called. Spasm in breathing, pale, dehydrated. Had rehydrate salts and homeopathy. After 2 hours, still anxious and trying to sleep. Stayed like that for 2 more hours. Was observed by the doctor again (Marc G.). Pulse at 90bpm. Good general state.”	1	7
B2.5	Peacekeepers	Relações do Visitor no KC	“peacekeeper gave her wet tissues to clean herself off, we help and offer reassurance through touch. was calm quiet and sleeping for 20 minutes, wake up and was very afraid and confused with her memories and don't no what happened”	1	4
B2.6	Sitters	Relações do Visitor no KC	“Visitor presented after using LSD 16h previously - very emotional and periodic tremors in the limbs. Tried to calm her through breathing exercises but did not work. Visitor asked to see medical team - wanted medication as was feeling anxious and could not sleep. Saw Ricardo. Fiona took over the case.”	1	9
B3.	Sozinha	A paciente encontrava-se ou entrou no serviço por si mesma, sem acompanhamento .	“Chegou sozinha e saiu sem se despedir. Conteúdo do form do estado mental revela sentir presenças espirituais, uma sensibilidade que é habitual em si.”	1	15

C. Intervenção (Estratégias de intervenção de diversos âmbitos/níveis, das mais médicas até às mais holísticas, que são usadas para a resolução da crise)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de dados	Nº de fontes	Nº de Referências
C1	Contenção Física	Na experiência de crise foi necessário a utilização de força física (não violenta), para poder tranquilizar o <i>visitor</i>	“Brought in by KC team. We found her after she stole shoes, jumped fenced and was restrained by peacekeepers.”	1	2
C2	Estratégias	Quando para resolução da crise	“Spasm and anxiety came back later on - no improvement. Declan was	1	7

	Complementares	são utilizadas terapias alternativas, exercícios de respiração, homeopatia, meditação, etc.	called. Spasm in breathing, pale, dehydrated. Had rehydrate salts and homeopathy. After 2 hours, still anxious and trying to sleep.”		
C3	Estratégias Logísticas	Quando para a resolução da crise o KC oferece comida e um local para descansar ou pernoitar com as devidas condições	“Did acupuncture and the anxiety dissipated. She relaxed and slept. Ate a cereal bar and drank juice. Spasm and anxiety came back later on - no improvement.”	1	39
C4	Estratégias Médicas	Durante a crise, tenta-se identificar se a paciente é medicada ou se necessita de medicação, se está hidratado e se precisava do acompanhamento de um médico	“The visitor is receiving treatment for addiction and his accompanied by prescribed medications (methadone, diazepam, mirtazipin). She reports getting lost in the dark under the effect of ketamine and was too tired to look further for camp.”	1	24
C5	Estratégias Psicoterapêuticas	No momento de crise, o KC conversa, dá suporte, tenta acalmar a paciente de forma a controlar os seus impulsos	“Conversamos, tentei explicar-lhe como ela poderia sair deste processo, podendo ver com uma visão clara e libertar-se do medo que sentia. Ela conseguiu estar tranquila. Fez uma profunda análise sobre a sua vida. Sugerir que tomasse um banho e comesse alguma coisa.”	1	41

D. Sintomas (os sintomas que a pessoa exibe no momento em que chega ao serviço/inicia a intervenção. Esta informação é obtida por registos clínicos através de observação das pessoas responsáveis/envolvidas na intervenção)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de Referências
D1	Agitação Psicomotora	A experiência de crise provoca uma atividade motora excessiva associada a um sentimento de tensão interior. A atividade é geralmente improdutiva e repetitiva.	“Mas uma vez dentro, com Maria tentando conter, começou subitamente a bater os pés contra o vidro traseiro do jipe, até que conseguiu removê-lo e saltar pela janela em andamento.”	1	18
D2	Agressividade	A experiência de crise provoca impulsos destrutivos e violentos para com ele mesmo ou para os outros.	“Inicialmente muito agressiva com as palavras, desconfiada e revoltada por não conseguir controlar as vozes que dizia ouvir. Quando finalmente aceitou que estava num processo físico-mental, começou a entender o que estava acontecendo, apresentou-se mais tranquila e grata pelo suporte.”	1	6

D3. Alucinações (Experiência do tipo percepção, com a clareza e o impacto de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem a estimulação exterior do órgão sensorial correspondente. A pessoa pode ou não ter consciência de estar a ter uma experiência sensorial falsa)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de Referências
D3.1	Auditiva	Envolve a percepção do som na maioria dos casos uma voz	“Described his powerful experience with the sounds and feeling like his mind was conducting everything.”	1	7
D3.2	Olfativa	Envolve a percepção de um odor	“She had the feeling of having a violet coloured band of heat/glow over her eyes, her nasal breathing affected this (while inhaling). She was low on energy and had difficulties with the dust (thinking that maybe the dust caused it).”	1	1
D3.3	Tátil	Envolve a percepção de estar a ser tocado ou de algo por baixo da pele.	“stranger uncomfortable body sensation, strong emotions, visual/ closed eyes hallucinations.”	1	3
D3.4	Visual	Envolve a visão e pode consistir em imagens com formas definidas, tais como pessoas, ou imagens de não definidas.	“She arrived reporting she took mescaline and was seeing disturbing images about one hour after the ingestion. Images included people with animal like faces and large teeth. This caused extreme anxiety.”	1	18
D4	Ansiedade	Antecipação apreensiva de um perigo ou desgraça, acompanhado por uma sensação de preocupação, sofrimento e ou sintomas somáticos de tensão. O foco do perigo antecipado pode ser interno ou externo.	“Visitor had consumed magic mushrooms + mdma (0.3g). Threw up, so effects not so pronounced but felt anxious and overwhelmed by environment”	1	35
D5	Cansaço	Durante a crise o paciente sente-se exausto, sobrecarregado devido às substâncias e esgotado da experiência. Estado geralmente associado com a enfraquecimentos dos recursos físico e ou mentais.	“The girl just came to take a rest. Just exhausted”	1	27
D6	Comportamento Bizarro	A experiência de crise provoca comportamentos estranhos, fora do normal relativamente às	“space cake - odd behaviors”	1	2

			circunstâncias sociais em que se encontram.		
D7	Comportamento Oposição	de	Durante a experiência de crise a Visitor apresentou características de resistência, contestação e objeção.	“she was resistant to stay in the space because of her phobia. Moved outside KC compound to grass just outside fence”	1 4
D8	Comportamento Disruptivo		Durante a experiência de crise a paciente demonstrou comportamentos agressivos e de destruição de bens, colocando-se a si e/ou a outros em perigo.	“to the voices in her head in order to know if she rest stay in KC. she appealed to leave KC. she was aggressive in her way of talking.”	1 7
D9	Confusão/Desorientação		A experiência de crise remete para momentos de confusão, desorientação, dúvida e incerteza.	“Brought in by some strangers, looking confused and anxious about her shoes in the tent. Didn't want to stay.”	1 23
D10	Delírio		Crenças fixas que não são passíveis de mudar à luz de evidências apostas.	“Chamada do KC à FunkyBeach para uma boomer que estava nua, sozinha, muito agitada, fugindo e correndo, delirante.”	1 17
D11	Descoordenação Motora		A experiência de crise remete para a dificuldade dos movimentos físico. Devido às falhas nas ligações cerebrais e as unidades motores.	“Decided to stay in Kc because she was uncoordinated and could barely walk - so decided to stay at KC.”	1 4
D12	Distorção do tempo e Espaço		Alteração da percepção da realidade do tempo e do espaço em que se encontram.	“She was not sure about the place and if it was real... She was afraid about the time it could last, asking if it would really be over.”	1 15
D13	Ideação Suicida		A experiência provoca ideias de tentativa para colocar um fim na própria vida.	“Adam asked that I stay with her constantly - which is what was already being done. Ricardo did not see her. Niahm expressed concern as expressed suicidal ideation. Visitor became lacking affect again and wandered.”	1 2
D14	Instabilidade Emocional		Durante a experiência de crise identificam-se características de dificuldades emocionais e emotividade na paciente. A experiência de crise provoca no indivíduo uma propensão em vivenciar emoções negativas, apresentando baixo controlo,	“she arrived very anxious and lost, asking to talk to someone. She hasn't take any substances but feels like she is tripping the hole time os having panic attacks. I talked to her and cleanse a little with sleep. She is calmed and wanted to rest.”	1 29

percebendo um tudo como perigo ou ameaça.

E. Temas de Crise (Temáticas que emergem do conteúdo das experiências das pessoas, durante a intervenção. Temas relativos a diferentes experiências, emoções, sentimentos, comportamentos, que estão a ser postos em evidência nos dados relativos às participantes e que não têm estatuto de sintoma)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de Referências
E1	Abstinência	A experiência de crise transmite ao indivíduo uma necessidade de abandono das SPA.	“Feelings of oneness and fearing for her sanity. Had events like this in the past. Was in a mental institute - didn't use drugs for 4 years, but then used with friends. Planning to go to the uk to work.”	1	4
E2	Aceitação	A experiência de crise traz a oportunidade de a visitor se aceitar a si mesma ou às circunstâncias da sua vida.	“she still is believing in good reasons for everything and has hope of becoming happy again.”	1	10
E3	Ambientes Stressantes	O momento, situação e contexto da crise são percebidos como algo stressantes e o kosmicare surge sobretudo como um espaço em que se procura recuperar alguma segurança/tranquilidade.	“She wanted a safe space that was less hectic and overstimulating than the rest of the festival.”	1	19
E4	Baixa Autoestima	Intervenções ou conteúdo do discurso das pessoas que remete para uma baixa auto estima, questões do self e ou para sentimentos de rejeição e culpa.	“She started to have very confused time quesitons, about what is she, about what she wants in her life and felt she needed a little more safe space so she came here.”	1	22
E5	Desconexão	Experiência em que a participante revela dificuldade em estar em sintonia com os outros, que a rodeiam. Esse estado pode estar ou não associado a confusão. Também é um estado descrito nos dados com frequência à referência a “estar perdida”/lost mentalmente.	“he comes and asks for medication, explains today she's been able to enjoy the festival at last, but still feels disconnected from people, and having strong thoughts.”	1	6
E6	Desconforto	Experiência em que o indivíduo revela incomodo com o local em	“She was accompanied by two friends who left her, but after arrived her boyfriend. Through her 5 hour stay she continued to feel anxious.	1	9

		que se encontra, com as pessoas com quem está ou consigo mesma.	Benzodiazepine was administered after the 1st hour. Since she reported discomfort in her chest she was seen by the shift doctor multiple times.”		
E7	Doença Física	O tema da crise é marcado por sintomatologia orgânica, de intensidade variável, desde a indisposição e ligeiro mal-estar físico, até situações que requerem avaliação médica e encaminhamento para intervenção pelos serviços médicos.	“Arrived with boyfriend, reported "pain-all-over" in chest, back, when breathing.”	1	18
E8	Doença Mental	O tema da crise é marcado por sintomatologia que levanta a suspeita de um diagnóstico de doença mental; também se codificam aqui as referências a antecedentes de doença mental.	“diagnóstico de depressão; medicada há bastante tempo”	1	19
E9	Efeitos Intensos	O tema parece ser a intensidade dos efeitos dos consumos de substâncias.	“she has lost her friends and the experience is getting hard and was afraid that if she fell asleep something would happen. ”	1	22
E10	<i>Emotional Release</i>	Significa genericamente que a experiência da crise e da intervenção cria a oportunidade para a expressão emocional (sobre a forma de partilha de emoções, choro, etc).	“gave her a spot to sit. send away the extra people and let friends stay, gave her some drinks and food, let jessi talk and cry a bit, she wasn't talkative, tooth came off her when she was vomiting”	1	4
E11	Erotização	o tema da experiência de crise é marcado pela libertação de energia sexual, por comportamentos erotizados, eventualmente por nudez. A tônica dessa temática é positiva, não havendo no conteúdo da experiência alusão a história passada marcada por trauma ou violência de natureza sexual.	“PEdido apoio extra da segurança; acabou por voltar ao jipe por sua iniciativa, delirante, k erotizado muito exuberante.”	1	1
E12	Escuridão	A experiência da crise remete	“Partilhou com grande riqueza de detalhes a sua viagem interior, estava	1	5

		para espaços mentais e/ou temas que são desconhecidos e descritos como negros, sombrios, e por isso associados a experiências de medo. Podem dizer respeito a experiências da biografia ou a acontecimentos sem equivalente na experiência biográfica.	muito perturbada, com a descoberta da escuridão dentro de si mesma, temia não conseguir sair deste processo, temia ver o seu lado negro.”		
E13	Gratidão	Expressar gratidão pelas oportunidades trazidas pela experiência de crise.	“then we had a long 2 hours conversations about many different things that she was needing to release, crying in and out. she felt very relieved after chatting and of to leave.”	1	3
E14	Gravidez	Durante a experiência de crise identificam-se pensamentos associados a gravidez ou efetividade dessa situação.	“mulher grávida de 12 semanas. Desafiada por estar no Boom nesta situação. Gravidez foi um acontecimento inesperado na sequência de dificuldades entre o casal.”	1	2
E15	Insegurança	Durante a experiência de crise o estado emocional é alterado devido a uma situação percebida com alarmante ou ameaçadora provocando elevados níveis de ansiedade e agitação.	“Começou a sentir que o espaço era demasiado aberto, não tinha água, começou a sentir-se insegura e preocupada, e dirigiu-se ao hospital.”	1	12
E15	<i>Insight</i>	O tema de crise demonstra-se associado à experiência que provoca um auto conhecimento, a pessoa demonstra uma nova visão de si mesma e da experiência de crise	“Catarina chorou muito durante este procedimento, e ao final com um grande suspiro regressou a si mesma, agradecendo por toda a experiência e tomou consciência de que é amada, que é parte deste universo, que não precisa temer a escuridão, apenas aprender que precisa estar mais com ela mesma e ver a vida com outros olhos e mais confiança. Pouco tempo depois sentia-se bem e deixou o KC com um grande sorriso.”	1	4
E17	Mediunidade Dimensões Transpessoais	e Da descrição da experiência ou do estado mental da visitadora surgem referências a sensibilidade que remete para mediunidade ou para a capacidade de ter experiências transpessoais. Alterações ao nível da consciência e dos seus estados normativos associado ao estado mítico e espiritual.	“She was afraid from darkness she discovered in herself. She was talking about a fight between the human and the machine” “Partilhou com grande riqueza de detalhes a sua viagem interior, estava muito perturbada, com a descoberta da escuridão dentro de si mesma, temia não conseguir sair deste processo, temia ver o seu lado negro.”	1	14

E18	Medo	Durante a experiência de crise a paciente tem uma resposta emocional a algo percebido como ameaça ou perigo, associado a impulsos de fuga e luta.	"Couldn't find her friends and got scared. Came to KC by herself."	1	33
E19	Positividade	A experiência de crise demonstra ser positiva para elas, quando a crise é um percebida como alívio e bem estar.	"she really heeded safety and fetched a lot. felt very relieved after hours. after sleep she leaves KC full of energy and ina very positive mood."	1	12
E20	Responsabilidades Excessivas	Durante a crise, transmitem sentimentos associados à dificuldade em responder aos seus problemas ou aos de outros; a visitor vê-se como a pior juiz de si mesma, põe-se a si mesma sob grande pressão.	"She had teo bad experiences that unfold a lot of anxiety crisis during the last 5 years. She is in a lot of pressure at work."	1	7
E21	Solidão	Durante a experiência de crise identificam-se sentimentos de vazio e isolamento.	"had a serious blader infection, need to rest. She was really needing to talk to someone about her feelings. "Lonelyness". We had a 2 hour talk about her life."	1	15
E22	Tristeza	Durante a experiência de crise identificam-se sentimentos de desanimo, abatimentos, insatisfação e raiva.	"She has abandoned her friends and isolated herself from the rest of the group. She is constantly crying. Eventhough she feels lost, sad"	1	16
E23	Vergonha ou embaraço	A Experiência de crise provoca sentimentos desagradáveis com receio do ridículo, associando-se à timidez e/ou pudor.	"she felt embarassed and incredulous that she had needed to como to KC."	1	4

E24. Vitimação (referência a diferentes formas de vitimação, que fazem parte da biografia e antecedentes da participante ou que estão a ocorrer no presente. São vivências de sofrimentos cujo este dano pode ou não ser conhecido de forma consciente.)

Código	Designação	Descrição	Exemplos de Dados	Nº de Fontes	Nº de Referências
E24.1	Abuso Sexual	A experiência de crise remete para vivências (físicas, emocionais ou cognitivas) de uma história traumática de abuso sexual.	"Guest under influence of mushrooms, felt she had been stuck in a bad trip over the last... Something that begun after being raped on acid which shut parts of her nature and caused PTSD, and overall a depressed energy."	1	3

E24.2	Assédio	A visitor reporta avanços persistentes e não solicitados, por uma pessoa desconhecida ou não.	“She express that a guy in the group is being disturbing her, trying to touch her dont leting her dance. She express her issues about that situation more than the substances”	1	2
E24.3	Violência Física	Agressão física ao visitor, realizada por uma pessoa conhecida ou não.	“visitor was brought in by KC team. it took some minutes to calm her. she had a broken shoe and was pointing all it, later was seated comfortably with pillow and sleeping bags.”	1	1

Anexo 3 – Quadro de Objetivos e Questões de Investigação

Objetivo Geral: Compreender a crise relacionada com uso de substâncias psicotrópicas no feminino.

Objetivos Específicos	Questões de investigação	Indicadores
1. Caracterizar a população feminina que recebeu intervenção no Kosmicare (KC) em 2016.	1.1. <i>Que características podem ser conhecidas sobre a população feminina que recebe intervenção no Kosmicare?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Nacionalidade, - Vezes no festival - Tipo de Crise; - Como chegou ao KC, - Dia de chegada, - SPA da crise, - Quando ingeriu, - Via de Ingestão
2. Descrever a experiência da crise na população feminina que recebeu intervenção no Kosmicare (KC)	2.1. <i>Como é a experiência da crise nesta população?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição da intervenção e tipo de crise - A1. Pedido x D. Sintomas - A1. Pedido x E. Temas de Crise - B1.1. Amigos x D. Sintomas - B1.4. Namorado/Marido x D. Sintomas
	2.2. <i>Que dimensões estão a ser usadas na descrição e avaliação desses episódios pela equipa?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição de D. Sintomas e E. Temas de Crise
3. Compreender os temas da crise na população feminina do KC no contexto da discussão sobre o género e o uso de drogas	3.1. <i>Existem necessidades e situações que possam ser específicas do género feminino?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição de B. Relações mais frequentes - Descrição de D. Sintomas mais vivenciados - Descrição de E. Temas de Crise mais presentes
	3.2. <i>O que é que a população feminina do KC permite conhecer acerca das características das mulheres que usam SPA em ARN?</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição de D. Sintomas e E. Temas de Crise mais frequentes e mais relevantes para o estudo

Anexo 4 – Caracterização da Amostra

Mulheres – Intervenção em Crise no KC	2016/ N=153
Idade	
16-18	1
19-25	44
26-35	29
36-45	4
46-55	3
Missing	72
Nacionalidade	
Europa Ocidental	83
Europa do Norte	17
Europa do Leste	9
América do Norte	2
América Latina	7
Outros	9
Missing	24
Experiência no Festival	
1 vez	66
2 vezes	20
3 ou mais vezes	3
Missing	65
Tipo de Crise	
Experiência Difícil com SPA	115
Experiência Difícil sem SPA	9
Crise Mental com SPA	10
Crise Mental sem SPA	9
Crise sem SPA	8
Missing	9
Via de Ingestão	
Oral	21
Fumado	4
Inalado	5
Comido	3
Injetado	1
2 ou mais formas	6
Missing	125
Entrada no KC	
Por si	21

Amigos	19
Namorado/Marido	5
Paramédicos	4
Desconhecido	4
Seguranças	1
Missing	99
<hr/>	
Saída do KC	
<hr/>	
Por si	27
Amigos	24
Namorado/Marido	23
KC Team	4
BMS	2
Irmão(a)	2
Missing	71
<hr/>	
Intervenção	
<hr/>	
Curta (mínimo 6h máximo 24h)	33
Média (+24h/-48h)	2
Longa (+48h)	1
Nao Aplicável	29
Missing	88
<hr/>	
NºHoras no KC	
<hr/>	
Até 3h	18
6h-12h	28
12h-24h	4
24h-48h	2
+48h	1
Missing	87
<hr/>	

Anexo 5 – Quadro de Substâncias Consumidas

Substâncias	n
Ausência de Consumo	22
Não se sabe se houve Consumo	2
LSD	76
Cannabis	30
MDMA	28
Ketamina	11
2CB e 2CP	7
Álcool	8
Cogumelos Mágicos	4
Mescalina	3
Speed/Anfe/Metanfetaminas	9
GHB	3
Cocaína	4
Ecstasy	2
Benzodiazepinas	3
Indiferente	2
DOC	1
Consumo de 2 Substâncias	25
Consumo de +2 Substâncias	17

Anexo 6 – Matrizes

Pedido x Sintomas

D. Sintomas	A1.Pedido
D1. Agitação Psicomotora	8
D2. Agressividade	2
D3.1 Alucinação Auditiva	0
D3.2 Alucinação Olfativa	0
D3.3 Alucinação Tátil	0
D3.4 Alucinação Visual	1
D4. Ansiedade	12
D5. Cansaço	4
D6. K Bizarro	1
D7. K Oposição	3
D8. K Disruptivo	3
D9. Confusão/Desorientação	6
D10. Delírio	2
D11. Descoordenação Motora	0
D12. Distorção do tempo e espaço	4
D13. Ideação Suicida	0
D14. Instabilidade Emocional	7

Temas de Crise x Pedido

E. Temas de Crise	A1. Pedido
E1. Abstinência	0
E2. Aceitação	2
E3. Ambientes Stressantes	4
E4. Baixa Autoestima	6
E5. Desconexão	1
E6. Desconforto	4
E7. Doença Física	2
E8. Doença Mental	2
E9. Efeitos Intensos	3
E10. <i>Emotional Release</i>	0
E11. Erotização	1
E12. Escuridão	1
E13. Gratidão	0
E14. Gravidez	0
E15. Insegurança	0
E16. <i>Insight</i>	3

E17. Mediunidade e Dimensões Transpessoais	4
E18. Medo	7
E19. Positividade	2
E20. Responsabilidades Excessivas	0
E21. Solidão	1
E22. Tristeza	3
E23. Vergonha ou embaraço	1
E24.1. Abuso Sexual	0
E24.2. Assédio	0
E24.3. Violência Física	0

Sintomas x Amigos

D. Sintomas	B1.1. Amigos
D1. Agitação Psicomotora	5
D2. Agressividade	2
D3.1 Alucinação Auditiva	1
D3.2 Alucinação Olfativa	0
D3.3 Alucinação Tátil	0
D3.4 Alucinação Visual	4
D4. Ansiedade	10
D5. Cansaço	6
D6. K Bizarro	0
D7. K Oposição	1
D8. K Disruptivo	2
D9. Confusão/Desorientação	7
D10. Delírio	3
D11. Descoordenação Motora	1
D12. Distorção do tempo e espaço	3
D13. Ideação Suicida	0
D14. Instabilidade Emocional	11

Sintomas x Namorado/Marido

D. Sintomas	B1.4. Namorado/Marido
D1. Agitação Psicomotora	5
D2. Agressividade	1
D3.1 Alucinação Auditiva	0
D3.2 Alucinação Olfativa	0
D3.3 Alucinação Tátil	0
D3.4 Alucinação Visual	2

D4. Ansiedade	13
D5. Cansaço	8
D6. K Bizarro	0
D7. K Oposição	0
D8. K Disruptivo	1
D9. Confusão/Desorientação	8
D10. Delírio	3
D11. Descoordenação Motora	2
D12. Distorção do tempo e espaço	5
D13. Ideação Suicida	1
D14. Instabilidade Emocional	9
