



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Intervenção em crise em ambientes recreativos:
avaliação do processo e contributo para um
modelo de intervenção suportado em evidência
científica

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

por

Luís Paulo Soares Assunção

sob orientação de

Mestre Maria do Carmo Carvalho

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, julho de 2014

Agradecimentos

À minha família, pais e irmãos pelo apoio e compreensão ao longo de todas as etapas confiando e apoiando as minhas decisões ainda que por vezes fosse uma tarefa complicada, obrigado por estarem sempre presentes.

À Professora Carmo por toda a ajuda, compreensão na realização desta tarefa e pela motivação que me deu ao longo de toda esta etapa, por todo o conhecimento e paixão pelo seu trabalho.

Aos meus colegas de faculdade pelos anos passados pela partilha, pelo convívio e pelas vivências que atravessamos juntos, pelo apoio nos bons e nos maus momentos que vou guardar com estima.

Ao Kosmicare por todo o seu trabalho e partilha assim como de o espírito que este transmite.

À Mariana por toda a disponibilidade apresentada, partilha e apoio na realização deste trabalho, um muito obrigado.

Aos meus amigos...

Resumo

Este estudo apresenta como objetivo a contribuição para a avaliação do programa *Kosmicare*, sendo este um programa de intervenção em crise induzida pelo uso de SPA, implementado num ambiente recreativo correspondente a um festival de música eletrónica que se realiza em Portugal a cada dois anos durante o período de verão.

Este estudo encontra-se englobado num conjunto de estudos que visão a avaliação do programa contando com edições anteriores apresentando estes diferentes objetivos interligados. O objetivo deste estudo recai na análise dos dados obtidos na edição do programa de 2012, focando a avaliação do programa em duas vertentes: a avaliação de processo e a avaliação de resultados, sendo estas as principais metodologias adotadas para estes estudos (Carvalho & Frango, 2010). Para realizarmos esta análise optou-se pela utilização de um método misto incluindo este uma análise quantitativa assim como uma análise qualitativa dos dados (Hanso, Creswell, Clark, Petska & Creswell, 2005).

Desta forma pretendemos compreender de que forma a intervenção do programa acontece no que respeita a sua implementação, assim como quais as suas práticas de intervenção e estratégias utilizadas nas situações de crise relacionadas com o uso de SPA. Pretendemos também conhecer quais são os sintomas que se associam a esses consumos, assim como quais as estratégias que se refletem mais eficazes a proporcionar uma resposta adequada aos mesmos. Contando com a análise da satisfação dos participantes para a avaliação de resultados, para compreender se o programa vai de encontro às necessidades da população.

Este tipo de estudos possibilita uma melhor exploração da temática, em muitas das suas dimensões necessitam ainda de uma maior exploração, de forma a melhorar a eficácia das estratégias em torno deste tipo de situações para que estas possam ter resoluções mais adequadas.

Palavras-chave: Intervenção em crise, crise psicadélica, ambientes recreativos, avaliação de programas.

Abstract

The following study aims to a contribution of the evaluation of the program *Kosmicare*, this is an intervention program related crisis induced by SPA, that takes place in a recreational environment related to a festival of electronic music that takes place in Portugal every two years during the summer.

This study is incorporated in a group of studies that aim program evaluation, that already have data from earlier editions presented different goals that connect between. The aim of this study is to analyze the data obtained from the edition of 2012, focusing the program evaluation in two ways: the process evaluation and the results evaluation, being these the most used methodologies regarding these type of studies (Carvalho & Frango, 2010). To go forward with that analyzes we choose to use a mixed method, therefore including quantitative analyzes and qualitative analyzes (Hanso, Creswell, Clark, Petska & Creswell, 2005).

This way we can understand in what ways does the program works regarding its implementation, and what practices of intervention and strategies are used in crisis situations related with the use of SPA. This way we intend to know which are the symptoms that are related with the use of SPA, and what strategies reveled more effective to attend those symptoms. Through the satisfaction analyze from the participants we can access the results evaluation in order to understand if the program heads to the participants needs.

These kind of studies open a way to a better exploration of these theme, existing several dimension of it that deserve a better exploration, with the purpose of improving the strategies around these kind of situation so that these can have a proper resolution.

Keywords: Crisis intervention, psychedelic crisis, recreational environments, program evaluation.

Lista de abreviaturas

SPA – Substâncias psicoativas.

MDMA – *Metilenedioximetanfetamina*

LSD – *Lysergic acid diethylamide*

2CB – *Dimethoxyphenethylamine*

AMT – *Alpha-methyltryptamine*

DOB/DOC – *Dimethoxy-bromoamphetamine/Dimethoxy-cloroamphetamine*

GHB – *Gamma-hydroxybutyrate*

KC – Programa *Kosmicare*

RRMD – Redução de Risco e Minimização de Danos

V.R.A.F. – *Visitor Report/Arrival Form*

I.F. – *Intervention Form*

V.F.F. – *Visitor Feedback Form & Informed Consent*

M.S.E.C. – *Mental State Exam Checklist/Arrival/Departure*

Índice geral

Introdução	1
1 – Enquadramento Teórico	3
1.1 Ambientes recreativos e novos usos de drogas: Origens e transformações	3
1.2 Dimensões da crise psicadélica: características específicas da crise psicadélica e possíveis formas de intervenção	4
1.3 Intervenção em crise segundo modelos de redução de riscos e minimização de danos:	6
1.4 Programa <i>Kosmicare</i> : Intervenção em crise no uso de SPA em ambientes recreativos	7
1.5 Avaliação de programas de intervenção: Processo de avaliação	10
2 – Método	13
2.1 Participantes	15
2.2 Instrumentos	15
2.3 Procedimentos	16
2.3.1 Recolha de dados	16
2.3.2 Análise de dados	17
3 – Resultados e Discussão	21
3.1 Qual a população-alvo da intervenção em crise do <i>Kosmicare</i> ?	21
3.2 Padrões de uso de SPA	22
3.3 Situações atendidas (tipo de crise)	25
3.4 Sintomatologia	26
3.4.1 Características específicas dos diferentes tipos de crise	28
3.4.2 Sintomatologia específica dos diferentes tipos de SPA	31
3.5 Qual a afluência e grau de exposição dos <i>visitors</i> ao <i>Kosmicare</i> ?	35
3.6 Como foi feita a intervenção?	36
3.6.1 Estratégias utilizadas no processo de intervenção	36
3.6.2 Etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de situações atendidas	37
3.6.3 Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas	39
3.7 Avaliação de resultados	41
3.7.1 Qual a eficácia das diferentes estratégias utilizadas nos <i>visitors</i> ?	41
3.7.2 Qual a evolução da sintomatologia durante a intervenção?	43
3.7.3 Qual a perceção da satisfação dos <i>visitors</i> em relação ao serviço?	44

4 – Conclusões.....	46
Referências Bibliográficas	49

Índice de anexos

Anexo 1. Instrumentos..... 54

1.1 Form1. *Visitor* Report Arrival (V.R.A.F)

1.2 Form3. Intervention form (I.F)

1.3 Form4. *Visitor* Feedback Form & Informed Consent (V.F.F)

1.4 Form2. Mental Status Exam Checklist/Arrival/Departure (M.S.E.C)

Anexo 2. Estatísticas descritivas.....64

2.1 Número de SPA consumidas

2.2 Policonsumos das SPA específicas.

2.3 Quantidades das SPA

2.4 Vias de Consumo

2.5 Contextos de Consumo

2.6 Situações atendidas (tipos de crise)

2.7 Horas de entrada e saída dos *visitors*

2.8 Afluência nos diferentes dias do festival

2.9 Turnos da equipa

2.10 Resolução das situações atendidas

2.11 Satisfação dos *visitors*

2.12 Entrada e saída dos *visitors*

Anexo 3. Sistema de categorias.....70

Anexo 4. Matrizes.....87

4.1 Características específicas dos diferentes tipos de crise

4.2 Sintomas nas diferentes SPA

4.3 Etapas de intervenção nos diferentes tipos de situações

4.4. Estratégias utilizadas nos diferentes sintomas

4.5 Eficácia das diferentes estratégias no *visitor*

4.6 Evolução dos sintomas ao longo do processo terapêutico

Índice de tabelas

Tabela 1. Desenho da investigação.....	14
Tabela 2. Descrição sociodemográfica.....	22
Tabela 3. Grupo de SPA e SPA específicas.....	23
Tabela 4. Sintomas na crise mental.....	29
Tabela 5. Sintomas na não crise.....	29
Tabela 6. Sintomas na crise pessoal sem SPA.....	30
Tabela 7. Sintomas na dificuldade associada ao uso de SPA.....	31
Tabela 8. Sintomas nos depressoress.....	32
Tabela 9. Sintomas nos estimulantes.....	33
Tabela 10. Sintomas nos psicadélicos.....	34
Tabela 11. Processos de intervenção nos diferentes tipos de situações.....	38
Tabela 12. Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas.....	40
Tabela 13. Evolução dos sintomas ao longo do processo terapêutico.....	44

Introdução

Atualmente parece nubelar um ambiente de alterações e modificações no nosso dia-a-dia, desde transformações no panorama económico, social e ideológico. Estas estão também associadas aos cenários relativos aos ambientes recreativos, em que também estes atravessam uma época de transições, refletindo uma maior frequência no uso recreativo de SPA entre diferentes populações (Calafat & Juan, 2003). Neste sentido parece existir uma modificação em torno dos ambientes recreativos relativamente aos padrões de consumos de SPA tanto nas suas estratégias de utilização como no que respeita à diversidade das mesmas (NEWIP, 2003 e EMCDDA, 2006). Assim a necessidade de realizar uma intervenção em crise em situações relacionadas com o uso de SPA surge com o objetivo de transformar uma experiência psicadélica desagradável numa experiência construtiva, neste sentido prevenir que dessa experiência resultem danos sérios psicológicos que podem levar a estados psicóticos e hospitalização psiquiátrica (Karpetas, 2003). Segundo o *Inquérito Nacional ao Consumo de SPA's* na população portuguesa o *cannabis* surge como a SPA ilícita mais consumida com uma taxa de prevalência ao longo da vida de 8.3%, sendo apresentado também *LSD* e os *cogumelos alucinogénios* com 0.5%, estes consumos encontram-se maioritariamente em jovens entre a faixa etária entre os 15 e os 44 anos. Verificamos também que a taxa de continuidade de consumo de qualquer SPA ilícita é de 27,3%, correspondentes ao *LSD*, ao *cannabis*, ao *ecstasy* e à *cocaína* (SICAD, 2012). Contudo constatamos de acordo com a monografia acerca das Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas em Portugal (Negreiros & Magalhães, 2005) o número estimado de consumidores problemáticos de drogas apresenta uma nítida diminuição entre o ano 2000 e 2005. Neste sentido surge a necessidade de desenvolver programas de intervenção em ambientes recreativos em torno da prevenção e segundo modelos de redução de riscos e minimização de danos, sendo estes ainda populações de difícil contato criando necessidade de desenvolver modelos de intervenção alternativos de forma a dar resposta às necessidades existentes nestes ambientes (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Encontramos associado ainda a importância de avaliação de programas de intervenção direcionados para a intervenção em crise, de forma a compreender se os objetivos propostos pelo programa são alcançados assim como de forma a compreender de que forma estes podem ser melhorados em futuras aplicações de intervenções semelhantes.

Neste sentido este estudo propõe como objetivo contribuir para a avaliação do modelo de intervenção em crise no uso de SPA implementado pelo programa *Kosmicare* num festival de música eletrónica que acontece de forma bienal em Portugal. Este estudo encontra-se integrado num projetos desenvolvidos em torno de este programa contando com: 1) avaliação de processo da intervenção do KC (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011), focando a implementação do programa, a satisfação da equipa e satisfação dos participantes; 2) avaliação dos resultados segundo os indicadores do *Mental State Exam Checklist* (MSEC), visando a descrição da sintomatologia dos

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

episódios de crise e para a avaliação do estado mental dos *visitors* (Rodrigues, 2012); 3) validação do MSEC, tendo por base um estudo psicométrico e seu processo de validação (Fugas, 2012); 4) estudo de *follow-up*, que foca a avaliação do impacto da intervenção através da perspetiva dos participantes que receberam serviços do KC em 2010 e 2012 (Rodrigues, 2012); 5) e avaliação de processo e dos resultados tendo em conta a qualidade da intervenção e a sua eficácia (Pinto de Sousa, 2012), em que este estudo se propõe a demonstrar os resultados obtidos relativamente a intervenção realizada por o KC na edição de 2012.

A nível estrutural este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. Inicialmente apresentamos o enquadramento teórico de forma a ilustrar os conhecimentos em torno dos ambientes recreativos novos usos de drogas, das dimensões da crise psicadélica, da intervenção em crise segundo modelos de redução de riscos e minimização de danos, em torno do programa *Kosmicare* assim como da avaliação de programas de intervenção (Capítulo 1). De seguida é descrita a metodologia deste estudo relativamente aos participantes, aos instrumentos e ao procedimento e recolha de dados (Capítulo 2). Seguidamente o trabalho irá apresentar os resultados sendo estes discutidos através da análise de conteúdo e das estatísticas descritivas (Capítulo 3). Na última parte do trabalho encontra-se uma integração dos principais resultados obtidos assim como as principais conclusões em torno deste estudo (Capítulo 4).

1 – Enquadramento Teórico

1.1 – Ambientes recreativos e novos usos de drogas: Origens e transformações

A cultura recreativa ocupa um lugar central e em expansão na nossa sociedade. As atividades de lazer, de diversão, a busca de prazer, são algumas características que melhor definem a sociedade do princípio do século XXI, que se relacionam com o consumo e com a definição de identidades e de estatuto especialmente nos jovens (Calafat & Juan, 2003). Neste sentido estes ambientes constituem uma forma de esta população dar significado às suas vidas e experienciar parte da sua identidade, desenvolvendo atividades e rituais partilhados, em espaços informais onde adquirem um “capital humano expressivo”, necessário para as relações e interações sociais (Lomba, Apóstolo, Mendes & Catarina de Campos, 2011). Os diferentes intervalos de idades que se limitam a juventude nos diferentes momentos históricos variam consideravelmente, posto que a juventude constitui um processo psicológico que é transformado historicamente e culturalmente (Suárez, Tomás & Tomás, 2003)

A cultura recreativa atual pode ser comparada aos jovens “*flower-power*” dos anos 60’s, em que ambas as populações enfatizam uma mensagem de amor, comunidade e bondade (Boeri, Sterk & Elifson, 2004), e em que o consumo de SPA (substâncias psicoativas) apresenta uma maior prevalência que na população em geral (EMCDDA, 2006). O mesmo podemos verificar no ambiente da música *dance* no final dos anos 80’s e 90’s em que se assistiu um aumento na acessibilidade e no consumo de SPA como ecstasy e anfetaminas (EMCDDA, 2006). Os ambientes recreativos podem ser diferenciados em dois tipos: pequenos *clubs* e discotecas *mainstream*, e festivais e eventos de grande escala onde existe um consumo de SPA, sobretudo de ecstasy, LSD, cocaína, anfetaminas e cannabis, (EMCDDA, 2006). Podemos encontrar na literatura distinções realizadas em torno de alguns ambientes recreativos, sendo estes geralmente associados à cultura de *dance music*, e estes podem ser diferenciados em três tipos: o *techno*, o *house* e o *trance* (Silva, 2005). Atualmente parece existir uma procura dos jovens para o consumo de álcool excessivo, assim como para a experimentação de SPA como *cannabis*, *cocaína*, *ecstasy*, em que os níveis dos índices de policonsumos observados entre os consumidores jovens são cada vez maiores (Súarez, et al, 2003). Neste sentido os ambientes recreativos surgem como um tipo de festas multitudinários que se celebram em espaços fechados, que se prolongam por toda a noite, com um estilo de música predominante, associados estes ao uso de *MDMA* e outras SPA ilícitas (Martínez, González, Ojanguren & García, 2003). Parece existir uma coincidência temporal entre a extensão do uso de SPA e o desenvolvimento do mundo do espetáculo e lazer, caracterizado por espaços de encontro (macrodiscotecas, concertos, festivais, etc.) com emoções intensas e rápidas de todo o tipo, nestes ambientes algumas SPA encontram-se como complemento/instrumento ao serviço da diversão e do espetáculo (Infante, Barrio & Martín, 2003).

Um estudo de Lomba *et al* (2011) aponta para um aumento no consumo de SPA nos ambientes recreativos, referindo que Lisboa apresenta uma percentagem de consumidores de *cannabis* de

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

42,36%, cocaína 11,81%, e ecstasy 8,33%, seguindo a cidade do Porto com percentagens menos elevadas, em que no *cannabis* revela 28,69%, cocaína 8,93%, e ecstasy 5,36%. No entanto o Porto destaca-se como sendo a cidade com consumos mais elevados em SPA como LSD 3,13%, anfetaminas 2,17%, heroína 2,17%, *poppers* 3,19%, cogumelos mágicos 3,19% e ketamina 1,09%. Também o Inquérito Nacional de Consumo de Substâncias Psicoativas refere que na população portuguesa, nomeadamente nos jovens dos 15 aos 34 anos, as taxas de consumo de *cannabis*, cocaína e ecstasy no último ano são de 6,7%, 1,2% e 0,9%, respetivamente. Comparando os valores referentes à população geral com os relativos aos jovens deste estudo, verifica-se um aumento significativo dos consumos, o que se relaciona com a frequência dos ambientes recreativos, tal como é referido por Calafate et al. (2007) e, OEDT (2007).

Segundo um estudo de Parker, Williams e Aldrige (2002), parece existir uma acomodação nos hábitos de consumos recreativos de SPA através de um processo de normalização composto por cinco dimensões 1) acessibilidade/disponibilidade, havendo um aumento considerável na diversidade de SPA's nos últimos dez anos; 2) um aumento na percentagem de experimentação de SPA em adolescentes e jovens adultos; 3) o uso recente de SPA assim como o seu uso regular; 4) a acomodação social em torno da sensibilização em torno do uso de SPA em ambientes recreativos; 5) acomodação cultural, em que indicadores apontam que o uso de SPA é aceite não só nos ambientes recreativos como se propaga a uma sociedade mais abrangente. Neste sentido o que respeita as dimensões dos ambientes recreativos, estes merecem o foco de investigações devido a sua constante transformação no que respeita ao nível ideológico e social refletindo-se este em padrões diferentes do uso de SPA.

1.2 Dimensões da crise psicadélica: características específicas da crise psicadélica e possíveis formas de intervenção

A crise psicadélica como uma crise em geral não é necessariamente um aspeto negativo, pois de uma situação de crise podem surgir vários resultados, sendo uns mais positivos do que outros. Para a cultura chinesa a crise significa o momento tanto de perigo como de oportunidade. Esta dicotomia ajuda a compreender a oportunidade de a crise ter um potencial benéfico, assim como compreender os perigos de uma situação de crise e as consequências da sua fraca resolução (Kanel, 2003). Se um indivíduo se encontra numa situação de crise, este pode se tiver ajuda em superar a crise, resolver esta de uma forma apropriada e aumentar o seu nível de funcionamento em relação ao seu funcionamento antes da situação de crise. No outro oposto encontra-se a fraca capacidade para resolver uma crise, principalmente se o indivíduo não usufrui de ajuda na sua resolução, o que pode gerar um funcionamento mais reduzido em relação ao funcionamento que apresentava antes da crise (Kanel, 2003). Desta forma uma situação de crise pode ter dois resultados: ser um processo de integração da experiência o que resulta num insight, crescimento desenvolvimental para a pessoa; ou a incapacidade

de resolver a situação que gera *stress* e ansiedade reduzindo o nível de funcionamento de uma pessoa (Kanel, 2003). Se o indivíduo em crise não for acompanhado através de uma intervenção em crise apropriada para a situação, este irá utilizar mecanismos defensivos do ego como repressão, negação, recusa ou dissociação que podem reduzir o seu nível de funcionamento anterior à situação de crise experienciada. Este padrão pode ser prolongado por vários anos até que o ego do indivíduo seja completamente drenado da sua capacidade de lidar com a realidade, podendo originar situações de colapso psicótico (Grof, 2008). Neste sentido, mecanismos de defesa e abuso de SPA são vias comuns para superar uma situação de crise quando não está disponível acompanhamento profissional (Kanel, 2003).

Assim podemos clarificar alguns métodos de *coping* que o terapeuta pode utilizar numa situação de crise como 1) explorar a realidade da problemática e procura de informação; 2) ajudar na expressão livre de sentimentos tanto positivos como negativos e tolerância a frustração; 3) procura ativa de ajuda a outros; 4) separar a problemática em partes de forma a serem trabalhadas individualmente; 5) ter em conta estratégias de *coping* e esforço para superar a situação de crise enquanto se mantém controlo nas áreas que funcionam de forma adequada; 6) trabalhar com sentimentos de uma forma flexível acompanhado de uma abertura para mudança; 7) desenvolver a confiança do próprio indivíduo e de outros através de um resultado otimista da situação de crise (Kanel, 2003).

Como já foi referido a crise psicadélica inclui alguns aspetos que vão além de uma crise quando consideramos o conceito no geral, pois durante uma crise psicadélica o sujeito experiencia sensações bastante diferenciadas de uma situação normativa devido aos efeitos da substância consumida, o que aparentemente parece resultado numa “viagem ao interior” de uma pessoa aumentando a influência do inconsciente nesta “viagem”. Neste estado o indivíduo experienciar sensações agradáveis ou sensações mais desagradáveis o que pode originar *stress* e ansiedade se este não tiver capacidade para lidar com o que está a decorrer (Grof, 2008). Consideramos relevante esclarecer a diferença entre *set* e *setting* de forma a compreender como os efeitos das SPA’s podem variar consoante o indivíduo o contexto em que este se encontra na altura do consumo. Neste sentido o *set* é referido como a personalidade do consumidor e as suas atitudes em consumir uma SPA, incluindo também a motivação e a expectativa face a esse consumo. O *setting* diz respeito à influência das características do ambiente físico e social em que o consumo ocorre sobre a experiência, incluindo a influência do *stress*. É importante ter em conta também as propriedades farmacológicas das SPA que parecem desenvolver também um papel importante no consumidor e nos seus padrões de uso (Zinberg, 1984). O uso de tranquilizantes nestes situações não é aconselhável pois pode ter um impacto negativo no participante que faz com que este “congele” na fase negativa da crise não atingindo a sua resolução, sendo importante nestas situações uma abordagem construtiva proporcionando suporte, proteção e ajuda no processo não interferindo no mesmo (Grof, 2008). A criação de confiança e cooperação em pouco tempo sob circunstâncias dramáticas, a libertação de ansiedade, a empatia com o participante, o conhecimento íntimo das

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

dinâmicas dos estados psicadélicos são aspetos relevantes para ter em conta numa intervenção em crise psicadélica, em conjunto com um sentido de segurança e conforto enfatizando o tempo limitado do efeito da SPA (Grof, 2008). Neste sentido é importante em situações de *bad trip* haver um acompanhamento específico e direcionado ao visitante sendo este acompanhamento distinto de qualquer outro devido às especificidades únicas de cada pessoa, sendo cada acompanhamento diferenciado também (Nielsen & Bettencourt, 2008).

Alguma literatura refere alguns aspetos gerais que podem ser uteis em situações de crise psicadélica, sendo importante referir que ao contrário de uma terapia convencional de *talk down* (terapeuta recai sobre o problema tentando alertar e consciencializar o indivíduo para a resolução do problema), em situação de crise psicadélica é necessário um dialogo tipo *talk through* (a pessoa não se foca no problema mas deixa a pessoa em crise lidar com situação da sua maneira, podendo até nem falar apenas mostrar presença calma e transmissão de segurança), também outros aspetos importantes a ter em conta na crise psicadélica e a resolução num espaço calmo, onde o indivíduo em crise pode estar calmo e até ouvir musica, evitando estímulos stressantes para a pessoa (Grof, 2008).

1.3 – Intervenção em crise segundo modelos de redução de riscos e minimização de danos:

Consideramos relevante intervir em ambientes recreativos num sentido de redução de riscos e minimização de danos, de forma a tornar a experiência dos visitantes mais positiva e segura, visto que nesta população existem vários intervenientes que podem enfrentar uma situação de crise devido a um abuso de SPA. É relevante salientar alguns fatores que podem estar na origem de uma situação de crise derivada por consumos de SPA como: 1) as condições ambientais (temperaturas muito altas durante o dia em contraste com noites muito frias, ruído alto de forma continua, mudanças nos padrões de sono e alimentação, fracas condições de descanso/sono, a área alargada do festival, pó, liberdade de expressão radical...); 2) Adulteração de SPA (as substâncias ingeridas apresentam propriedades e efeitos contrários daqueles esperados pelo utilizador); 3) falta de informação nas doses, efeitos, condições de ingestão e policonsumo, 4) ambiente inapropriado e companhia durante a experiência (perder-se dos amigos, não ter conforto e segurança durante a experiência); variáveis pessoais (personalidade, traumas não resolvidos, experiencias problemáticas no passado) (Puente, 2009; Ventura, 2008 *cit in* Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Um estudo de Parker, Williams e Aldrige (2002), refere que os jovens que frequentam ambientes recreativos parecem apresentar uma maior vulnerabilidade para o consumo de maiores quantidades de SPA assim como de primeiro contato com as mesmas (Parker, Williams & Aldrige, 2002). Estas situações são passíveis de gerar um conflito interno no sujeito, originando desta forma um desequilíbrio que pode resultar numa crise experienciada pelo indivíduo que deve ser acompanhada de forma específica, por pessoas com amplo conhecimento acerca de crises psicadélicas e situações de crise no geral (Grof, 2008 & Kanel, 2003).

Uma efetiva redução de danos exige o estabelecimento de uma relação de confiança com os participantes e valorização das suas perspetivas, sendo importante intervir em ambientes recreativos trabalhando não só com os seus participantes, mas também com outros profissionais de saúde destes ambientes (Cruz & Machado, 2010). A primeira meta da intervenção de redução de danos é tentar estabilizar o comportamento problemático do indivíduo e prevenir uma maior exacerbação das consequências prejudiciais. Tende a estimular a manutenção da mudança de comportamento e não permitir que o problema se agrave, através de suporte, diálogo e outras formas de acalmar a pessoa para que esta consiga ultrapassar a situação de crise de forma integrada, evitando que esta desenvolva possíveis efeitos traumáticos (Mojeiko, 2007). No que respeita as situações de crise psicadélica estas apresentam uma duração aproximada de 8 a 12 horas, sendo importante intervir nessa altura que é quando a pessoa se encontra mais vulnerável e susceptível para mudança e integração da experiência (Grof, 2008). O uso de expressões como “tenta ficar calmo”, “tudo vai ficar bem”, devem ser evitadas pois transmitem um sentido de insegurança e fraca capacidade de lidar com a situação, assim como o questionamento repetitivo ou outros aspetos que possam refletir a preocupação ou ansiedade do terapeuta, a abordagem deve ser centrada numa perspetiva holística, não diretiva baseada na escuta ativa e aceitação da crise que o participante está a ultrapassar, podendo incluir outras estratégias e terapias complementares (homeopatia, psicologia transpessoal, *reiki*, entre outros) (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Assim a intervenção em crise relaciona-se com a minimização de danos e redução de riscos, pois esta é importante não só para a melhoria do ambiente em si mas também para a prevenção de possíveis aparecimentos de problemas psicológicos futuros, bem como a resolução de problemas emocionais e físicos experienciados na altura da crise e numa fase posterior à crise experienciada (Kanel, 2003; Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Assim o conceito de redução de riscos e minimização de danos encontra-se ligado aos ambientes recreativos, assim como à intervenção em crise, devido à necessidade de intervir na altura em que a crise decorre, sendo esta intervenção limitada no tempo, tendo em conta as especificidades da crise psicadélica

1.4 – Programa *Kosmicare*: Intervenção em crise no uso de SPA em ambientes recreativos

O programa de intervenção *Kosmicare* decorre num festival (*Boom Festival*) realizado de dois em dois anos em Portugal, considerado pelos participantes como um evento de grande escala (Carvalho, 2007). Neste sentido o presente estudo propõe realizar uma avaliação deste programa de intervenção relativamente à avaliação de processo e à avaliação, num conjunto de investigações com objetivo de contribuir para um modelo de intervenção em crise adequado a estes ambientes. O programa teve início em 2004, tendo sido desenvolvido ao longo tempo, aumentando o número e a diversidade de interessados no suporte em crise psicadélica (Nielsen & Bettencourt, 2008). O *Kosmicare* foi implementado noutras edições do festival (de 2004 a 2012), em que a recolha de dados para monitorização ocorre a partir de 2010, iniciando um plano de avaliação.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

O *Kosmicare* encontra-se inserido num festival que apresenta uma cultura/comunidade psicadélica de uma grande variedade de participantes de nacionalidades distintas, com diferentes motivações e significados para a experimentação de SPA esperados em ambientes de trance/psicadélico, como a procura de espiritualidade, transcendência, *insight*, contato com o “eu” ou crescimento pessoal (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Parece existir um padrão de policonsumos em ambientes recreativos, no entanto a preferência é marcada por drogas psicadélicas ou de viagem (como o *LSD*), os cogumelos mágicos bem como a presença de cannabis, sendo estas as três dominantes nestes ambientes (Silva, 2005). Há um número de indicadores que focam a relevância dos ambientes recreativos associado a populações jovens e na mudança dos seus padrões de consumo, num ambiente onde o uso de SPA’s surge como uma conduta normativa, em contraste com a associação de desvio (EMCDDA, 2009; EMCDDA, 2006; Griffiths, Vingoe, Jansen, Shenval, Hartnoll & Wilson, 1997; Parker, Williams & Aldridge, 2002; Parker, Aldridge & Measham, 1998 *cit in* Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011).

As edições anteriores revelam duas determinantes relevantes: 1) a própria organização tenciona que o Boom seja um ambiente em que é criado temporariamente um sentido de comunidade com compromisso na responsabilidade no bem-estar físico, psicológico e espiritual do participante; 2) e a particularidade na política de intervenção nas SPA suportado legalmente que descriminaliza o uso de SPA e oferece tratamento, orientação e suporte para prevenção, dissuasão e intervenções de redução de riscos (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). O *Kosmicare* integra a definição corrente de promoção de saúde, que reconhece “intervenções que recaem num espectro alargado de promoção e prevenção no tratamento e manutenção”, os objetivos das intervenções de promoção e prevenção sendo “diminuição da exposição ou do impacto dos fatores de risco que aumentam a probabilidade de indivíduos desenvolverem problemas, emocionais, comportamentais ou doença mental (...) e reforçar os fatores de proteção nos indivíduos, famílias e comunidades que aumentam a saúde e bem-estar reduzindo a probabilidade de problemas” (National Research Council and Institute of Medicine, 2009 *cit in* Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Apresenta como objetivo diminuir o risco de desenvolvimento de doença mental associado ao uso de SPA, principalmente psicadélicos, através do ênfase na intervenção em crise, assim como tenciona que a intervenção transforme uma experiência negativa e frequentemente traumática, numa experiência positiva (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011).

O programa conta três estruturas: um *dome* (espaço securizante), um *yurt* (para casos com necessidade de maior isolamento ou restrição física), um contentor (armazenar material de primeiros socorros, comida, material de RRMD) e um espaço ao ar-livre, localizadas distantes do *main floor*, possibilitando um ambiente com uma grande diminuição na estimulação sensorial. Espera-se ser um local confortável, com mínimo de decorações, de forma a criar uma atmosfera de “conforto, consciencialização e espiritualidade”. O espaço dispõe de exploração de atividades artísticas como

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

forma de expressão não-verbal (material de arte, instrumentos musicais), comida e água e outros materiais de RRMD (*flyers* informativos, sprays de água, tampões para os ouvidos, etc.) (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011).

Neste sentido o *Kosmicare* é um programa de prevenção seletiva – dirigida a grupos cujos ambientes apresentam comportamentos que apontem para os fatores de risco associados, e indicada – dirigida a participantes com padrões de risco acentuados ou com comportamentos de risco, com foco na criação de “espaço securizante para pessoas que atravessam uma crise psicadélica (Kosmicare, 2010). Apresenta várias dimensões tendo equipas com tarefas diferenciadas de forma a corresponder de uma forma mais adequada às necessidades da população que pretende atingir. Esta intervenção incorpora equipas como *Energy Control* (testar substâncias), o *Check-In* (redução de riscos), o *Erowid* (especialistas em substâncias), e contam também com o apoio do hospital local, departamento de bombeiros, a segurança interna e externa e também voluntários de várias áreas (Nielsen & Bettencourt, 2008). Para a implementação da prevenção seletiva recorre ao modelo da Redução de Riscos e Minimização de Danos (informação, *pill-testing*, contacto direto com os utilizadores, distribuição de parafernália de redução dos riscos do consumo) junto de utilizadores que manifestam a intenção de utilizar SPA no ambiente do festival, e que ainda não desenvolveram nenhuma situação problemática associada a esse uso. Para a implementação da prevenção indicada recorre ao modelo da intervenção em crise, oferecendo aos participantes que estão a atravessar uma situação difícil relacionada com a ingestão de substâncias, um espaço seguro onde a sua experiência se possa desenrolar, minimizando os riscos para a saúde mental dos participantes. (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011).

No programa *Kosmicare* tem-se em atenção a condição física e psicológica em que o visitante se encontra, bem como a forma como ele chega ao posto, com quem, e tenta obter o maior número de informações possíveis acerca do que é que consumiu, tempo que passou desde ingestão, existência de problemas psíquicos, entre outros aspetos que ajudam na escolha de uma pessoa para cuidar do visitante da melhor forma possível (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Quando um *visitor* chega ao *Kosmicare* são recolhidos dados relacionados com a crise como: SPA's ingeridas, efeitos sentidos pelo *visitor*, outros sintomas e história médica relevante (Nielsen & Bettencourt, 2008). Permite assim selecionar um *sitter* apropriado dependendo da língua, idade e duração do turno (Nielsen & Bettencourt, 2008). Esta escolha deve ser ponderada pois o estabelecimento de confiança e empatia entre o *sitter* e o *visitor*, assim como um amplo conhecimento das dinâmicas dos estados psicadélicos são aspetos relevante a ter em conta numa situação de crise (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). É essencial gerar oportunidade para a pessoa trabalhar nos aspetos potencialmente traumáticos da sua vida/experiência, estimulando a capacidade para lidar com eventos críticos (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Como abordagem terapêutica esta centra-se na holística, não

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

diretiva, baseada na escuta ativa e na aceitação da crise enfrentada pelo *visitor*, através de uma relação individualizada de suporte e ajuda (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011).

No próximo ponto iremos referir alguns aspetos acerca da avaliação de programas, em que este se relaciona com o *Kosmicare* através do desenvolvimento de uma monitorização que pretende alcançar no momento quem necessita. Acedendo desta forma às mudanças nos padrões de consumo e desenvolver estratégias que se adequem às características da população (Nielsen & Bettencourt, 2008).

1.5 – Avaliação de programas de intervenção: Processo de avaliação

Apesar de não existir uma investigação e literatura extensa em relação a este tipo de intervenções é possível identificar algumas componentes a ter em conta quando se pretende realizar uma avaliação de uma intervenção deste tipo. Assim, segundo a literatura a questão da avaliação revela-se uma etapa bastante importante pois é através desta que se determina a eficácia, eficiência e a qualidade da intervenção realizada (Almeida & Mourão, 2010). A avaliação de um programa de intervenção pode ser realizado de diferentes formas, não havendo um método correto mas sim várias metodologias e instrumentos que se adequam mais à intervenção em questão. Neste sentido é importante ter em conta as diferentes sugestões de avaliação que se encontram presentes na literatura de forma a incorporar aquela que melhor se enquadra no programa que se pretende avaliar (IllBack, Zins, Maher & Greenberg, 1990).

A literatura distingue duas etapas de avaliação como refere (Kroger, Winter & Shaw, 1998), 1) avaliação de processo, analisa a implementação de uma intervenção e as reações dos participantes. Descreve como a intervenção se desenrolou, se o *design* resultou e se o grupo-alvo visado foi ou não atingido. Debruça-se na qualidade da intervenção recolhendo todas as informações relevantes sobre o êxito ou insucesso fornecendo informações úteis para a melhoria da intervenção; 2) avaliação de resultados, examina os efeitos da intervenção, procura determinar se esta alcançou realmente os objetivos pretendidos, sendo um instrumento essencial para ajuizar se vale a pena prosseguir, adaptar ou abandonar uma intervenção. Neste sentido, a avaliação de processo/implementação diz respeito à avaliação sobre o percurso e processo do projeto, se este foi implementado de acordo com o previsto (fidelidades de implementação) “o porquê e porque não”, sendo possível identificar as forças, as fraquezas e das dimensões a melhorar. A avaliação de resultados diz respeito à verificação dos efeitos da intervenção nos grupos-alvo, estes resultados definidos (curto, médio e longo prazo) devem traduzir as mudanças ao nível das atitudes, crenças, comportamentos e integração das mesmas nesses sujeitos (Carvalho & Frango, 2010).

De seguida iremos apresentar diferentes propostas de avaliação encontradas na literatura desta temática. Segundo um estudo de Almeida e Morão (2010), a avaliação pode ser realizada de duas

maneiras diferentes, através de abordagens de avaliação de qualidade de programas (orientada para a análise dos processos), ou através de abordagens de avaliação apreciativa de programas (orientada para a análise do ponto de vista dos participantes). No caso específico do *Kosmicare*, a avaliação que realizada recaiu tanto na análise dos processos como na análise do ponto de vista dos participantes, de forma a perceber melhor a qualidade, eficácia da intervenção bem como se esta responde às necessidades da população para a qual esta é direcionada. A realização de uma avaliação não é pertinente apenas para perceber a eficácia e a qualidade da intervenção, esta também apresenta um forte impacto para ponderar quais foram os aspetos positivos na intervenção realizada, bem como os aspetos menos positivos onde a intervenção possa ser melhorada numa futura implementação, de forma a perceber que alterações serão importantes de realizar com o objetivo de melhorar a intervenção em questão (IllBack, Zins, Maher, & Greenberg, 1990).

Neste sentido o processo de avaliação passa por registo do que se está a operacionalizar bem como monitorizar os aspetos relativos à intervenção nos diferentes nos diferentes momentos em que esta ocorre, obtendo *feedback* de cada edição, comparado as diferentes necessidades dos participantes visando possíveis melhoramentos. Este registo e monitorização, serve não só para uma melhor organização da informação que é possível recolher durante a intervenção, mas também para uma futura análise de quais são os pontos fortes da intervenção e quais os aspetos que devem ser melhorados no futuro, tanto a nível do processo como a nível da satisfação percebida pelos participantes (IllBack, Zins, Maher & Greenberg, 1990). Através de método de avaliação é possível também usufruir desses registos de forma a servem partilhados pela comunidade que opera na temática, bem como contribuir para o alargamento do conhecimento a nível de investigação, onde estes dados obtidos de diferentes intervenções possam estar disponíveis para consulta de forma a auxiliar na construção de novas intervenções do mesmo tipo, bem como a melhoria das intervenções existentes, contribuindo assim para uma melhor compreensão do fenómeno e também no que diz respeito à investigação em geral, daí ser bastante importante que os dados recolhidos sejam partilhados dentro da comunidade (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011).

No processo de avaliação existem diferentes formas de perceber a eficácia e a qualidade da intervenção, um dos métodos apresentados é perceber que os resultados obtidos da intervenção vão de encontro de uma forma positiva aos objetivos propostos por essa intervenção. É possível perceber a eficácia da intervenção analisando os resultados obtidos através dos registos e monitorização realizada durante o processo de intervenção de forma a perceber se estes corresponderam aos objetivos propostos, utilizando vários instrumentos e métodos para a realização desses registos. Os instrumentos utilizados podem ser instrumentos já existentes para o efeito da avaliação ou estes podem ser desenhados especificamente para a intervenção realizada, sendo neste caso necessário para por todo um processo de validação de forma a estes serem percebidos como eficazes para a intervenção em causa (IllBack, Zins, Maher & Greenberg, 1990). Após percebemos então a importância da

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

monitorização e do registo dos todos os dados obtidos durante a intervenção para uma futura análise entre objetivos implementados e resultados obtidos que dizem respeito à avaliação do processo, é pertinente também perceber como se pode realizar uma avaliação segundo a satisfação percebida pelos participantes. A avaliação de um programa de intervenção através da análise de satisfação pode ser realizada através de breves inqueridos, ou instrumentos desenhados para o efeito devidamente validados que pretendem perceber a satisfação percecionada pelos participantes, que deve ser facultada após a experiência do participante no programa. Não é só pertinente perceber a satisfação percebida pelos participantes no programa mas também é importante perceber a satisfação dos membros da equipa de intervenção, que pode ser obtida de forma semelhante à dos participantes utilizando inquéritos e/ou instrumentos validados para o efeito. A análise da satisfação tanto dos participantes como dos membros da equipa é uma ferramenta bastante útil para perceber a eficácia do programa, bem como os seus pontos fortes e que aspetos do programa devem ser melhorados (Almeida & Mourão, 2010).

É importante ter em conta que todos os aspetos da avaliação se revelam pertinentes não só para perceber a eficácia e qualidade da intervenção mas também para um registo a nível de investigação tanto para questões práticas (criação de novas intervenção e melhoramento de intervenções já existentes), como para questões teóricas (um aumento do conhecimento acerca da temática em geral de forma a compreender de forma mais adequada o fenómeno em causa).

O estudo em questão apresenta ainda pouca literatura em relação à temática sendo necessário o desenvolvimento nesta área, principalmente no que diz respeito à intervenção em crise nos contextos recreativos para uma resolução de crise psicadélica de forma a prevenir possíveis doenças mentais provenientes dessas experiências. É também importante melhorar as questões de avaliação para que os dados obtidos das intervenções auxiliem na partilha de informação relativa aos projetos não só para melhoramento destes mas também para contribuir para um avanço na investigação da temática. Neste sentido foram desenvolvidas práticas em torno da avaliação do programa KC, passando pela documentação da implementação do programa, pela monitorização/recolha de feedback em torno da intervenção no que respeita à avaliação de processo, assim como pela clarificação dos seus objetivos se forma a compreender se estes foram alcançados relativamente à avaliação de resultados (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011)

2 – Método

Ao longo deste capítulo iremos descrever a metodologia utilizada neste estudo. Propomo-nos a apresentar um breve enquadramento com a síntese de trabalhos realizados anteriormente em torno da avaliação do KC, assim como a importância da avaliação de intervenções. Irá ser ilustrado o objetivo geral do estudo assim como as questões de investigação que orientam a análise dos dados.

No decorrer das diferentes edições do KC surgiu a necessidade de se iniciar uma avaliação da intervenção realizada através de duas abordagens: a avaliação de processo e a avaliação de resultados. A avaliação da intervenção visa compreender se os objetivos propostos foram alcançados no final da intervenção, assim como analisar as estratégias utilizadas para alcançar esses objetivos, permitindo uma dinâmica ativa desenvolvendo a oportunidade de melhorar programas de intervenção (EMCDDA, 2010). Apresentamos assim os trabalhos realizados anteriormente em torno da avaliação do KC de 2012: 1) avaliação de processo da intervenção do KC (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011), focando a implementação do programa, a satisfação da equipa e satisfação dos participantes; 2) avaliação dos resultados segundo os indicadores do *Mental State Exam Checklist* (MSEC), visando a descrição da sintomatologia dos episódios de crise e para a avaliação do estado mental dos *visitors* (Rodrigues, 2012); 3) validação psicométrica do MSEC, (Fugas, 2012); 4) estudo de *follow-up*, que foca a avaliação do impacto da intervenção através da perspectiva dos participantes que receberam serviços do KC em 2010 e 2012 (Rodrigues, 2012); 5) e avaliação de processo e dos resultados tendo em conta a qualidade da intervenção e a sua eficácia (Pinto de Sousa, 2012). Todos estes estudos foram desenvolvidos com o objetivo de contribuir para avaliação da intervenção, tanto no que respeita à avaliação de processo como à avaliação de resultados. Assim o presente estudo encontra-se situado neste enquadramento sendo este realizado na sequência avaliação de processo e dos resultados em torno da qualidade de intervenção e eficácia de 2010. Propomo-nos, neste sentido, realizar uma nova avaliação de processo e resultados em torno da edição do KC de 2012. Apresentamos por base o conceito de monitorização e acompanhamento que pretende fomentar e garantir a exequibilidade e qualidade da intervenção no terreno, através de suporte técnico-científico aos projetos, ao nível da sua execução e avaliação e da recolha sistemática de dados (Carvalho & Frango, 2010).

O processo de avaliação pode ser realizado a vários níveis sendo estes identificáveis em três fases: 1) planeamento da intervenção (definir os objetivos da intervenção bem como as estratégias utilizadas); 2) o processo de avaliação (perceber de que forma o processo de intervenção foi desenvolvido e implementado conforme estava previsto, identificando os seus aspetos positivos e negativos); 3) e a avaliação dos resultados (de que forma os objetivos proposto inicialmente foram atingidos), estando este projeto centrado nestas três dimensões (Carvalho & Frango, 2010). Neste sentido este estudo apresenta como objetivo geral avaliar a eficácia do programa de intervenção KC, assim como

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

compreender de que forma as estratégias utilizadas ao longo da intervenção foram de encontro aos sintomas apresentados pelos utentes.

Tabela 1. Desenho de investigação

Objetivo específico	Questões de investigação	Indicadores	Instrumento	Momento de recolha
1 - Compreender se as estratégias de intervenção utilizadas foram adequadas para lidar com as situações de crise dos visitors.	1.1 - Qual a população-alvo da intervenção em crise do <i>Kosmicare</i> ?	Idade	V.R.A.F	À chegada do <i>Kosmicare</i>
		Género		
		Nacionalidade		
		Padrão de uso de SPA's		
		Tipo de crise		
	1.2 - Qual a afluência e grau de exposição dos <i>visitors</i> ao <i>Kosmicare</i> ?	Sintomatologia	I.F	Durante o processo terapêutico
		Características específicas dos diferentes tipos de crise		
		Sintomatologia específica dos diferentes tipos de SPA's		
	1.3 - Que estratégias foram utilizadas durante a intervenção?	Permanência no <i>Kosmicare</i>	V.R.A.F	Chegada/durante processo terapêutico/saída
		Turno	I.F	
Dia do festival		V.F.F		
2 - Avaliação de Resultados (até que ponto a intervenção produziu os efeitos pretendidos?)	2.1 - Qual a eficácia das diferentes estratégias utilizadas nos <i>visitors</i> ?	Resolução (estratégias X resolução no momento de saída)	I.F	À saída do <i>Kosmicare</i>
		Estratégias utilizadas		Chegada/durante/saída
	2.2 - Qual a evolução da sintomatologia?	Sintomatologia	I.F	Chegada/durante processo terapêutico/saída
		Etapas de intervenção		
	2.3 - Qual a perceção da satisfação dos <i>visitors</i> em relação ao serviço	Equipa	V.F.F	À saída do <i>Kosmicare</i>
		Espaço físico		
		Grau de ajuda		

Assim foram desenvolvidas três questões de investigação em torno da avaliação de processo:

- 1) Qual a população-alvo da intervenção em crise do KC?
- 2) Qual à afluência e grau de exposição dos utentes ao KC?
- 3) Que estratégias foram utilizadas durante a intervenção?

Também para a avaliação de resultados foram desenvolvidas duas questões de investigação:

- 1) Qual a eficácia das diferentes estratégias nos utentes?
- 2) Qual a evolução da sintomatologia?
- 3) Qual a perceção da satisfação dos *visitors* em relação ao serviço?

Neste projeto a recolha e análise de dados é simultaneamente quantitativa e qualitativa, em que a recolha de dados é realizada em simultâneo ou de forma sequencial, em que é atribuída a mesma

prioridade para os dados quantitativos e os dados qualitativos (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). A utilização de um método misto de abordagens revela-se bastante pertinente para estudos deste tipo pois, permite atribuir uma voz aos participantes alertando para diferentes perspetivas da problemática em estudo, sendo valorizada a participação dos seus intervenientes de forma a compreender melhor o fenómeno em estudo podendo estes ter impacto nos resultados esperados (Hanso, Creswell, Clark, Petska & Creswell, 2005). Este tipo de método permite também a recolha e análise dos dados de forma contínua ou sequencial permitindo a que estes sejam integrados em diferentes etapas do processo de investigação. Este tipo de metodologia encontra-se enquadrado com relativos a avaliação (Hanson et al, 2005).

2.1 – Participantes

A amostra do presente estudo é referente ao grupo de sujeitos que recorreu aos serviços do KC (N=197). Este grupo apresentava maioritariamente idades compreendidas entre os 15 e 34 anos (87,2%), maioritariamente europeus (88,4%), contando também com participantes de outros continentes (11,6%). No que respeita o género, 135 eram do sexo masculino (68,5%) e 62 do sexo feminino (31,5%).

2.2 – Instrumentos

Foram utilizados neste estudo três instrumentos: 1) o *Visitor Report/Arrival Form* (V.R.A.F.) - relatório do utente à chegada (anexo 1.1); 2) o *Intervention Form* (I.F.) - relatório de intervenção (anexo 1.2); 3) e o *Visitor Feedback Form & Informed Consent* (V.F.F.) - relatório de feedback do utente e consentimento informado (anexo 1.3).

- O V.R.A.F. encontra-se dividido em 3 partes e dá informações acerca de: dados sociodemográficos do utente, chegada ao Kosmicare (condições em que foi trazido para junto da equipa), e uso de SPA's com referência nomeadamente ao tipo de substâncias, quantidades, momento e estratégias de uso e contexto. Através do V.R.A.F. foi possível obter dados relativos à população como características sociodemográficas (idade, género, nacionalidade, vezes no festival), à forma como o *visitor* chegava ao KC, tipo que crise que levou ao KC (uso intencional de SPA, uso acidental, não crise, crise pessoal, etc.). Também informações relativas ao uso de SPA (caso presente), como SPA, métodos de ingestão, contexto temporal e espacial, etc., permitindo obter uma caracterização dos participantes da intervenção.

- Por sua vez o I.F. está estruturado em 2 partes, sendo que na primeira se descrevem informações detalhadas quanto às intervenções realizadas no decorrer do processo terapêutico. Contempla uma síntese de problemas psicológicos e emocionais apresentados pelos *visitors*, bem como um sumário de

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

estratégias utilizadas e a resposta do *visitor* a estas, incluindo dimensões como processo de intervenção (tempo de intervenção, situações atendidas, estratégias utilizadas e eficácia na resolução). Na segunda parte descreve-se a condição do utente à saída, referindo a sua condição psicológica e física. Esta descrição permite ter acesso às diferentes etapas de intervenção, assim como espelhar os diferentes sintomas do *visitor* ao longo da permanência assim como identificar as diferentes estratégias utilizadas no decorrer do processo terapêutico.

- Por último o V.F.F. organiza-se em 2 partes. A primeira está relacionada com a perceção do utente acerca dos serviços do *Kosmicare*, devendo o mesmo avaliar o seu grau de concordância quanto a 4 questões relacionadas com o serviço através de uma escala de Likert de 5 pontos, era dada ainda a possibilidade ao utente de deixar um comentário ou sugestão acerca da sua experiência no *Kosmicare*. Na segunda parte era pedido aos utentes que dessem o seu consentimento acerca da utilização dos seus dados e informações. Os utentes concordavam assim, contribuir para um estudo alargado relacionado com o uso de SPA em ambientes recreativos e emergência de estados de crise psicadélica, sendo sempre garantido o seu anonimato e a confidencialidade dos seus dados.

2.3 – Procedimentos

2.3.1 – Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada no decorrer do programa de intervenção KC edição de 2012. Foram utilizados quatro instrumentos durante o processo de recolha, no entanto este estudo revê apenas os dados de três desses instrumentos (V.R.A.F., do I.F. e do V.F.F.). O *Mental State Exame Checklist* (M.S.E.C.) foi considerado apenas para a exploração de dados de conteúdo relacionados com os sintomas (anexo 1.4). De seguida iremos descrever o processo de recolha de dados, atendendo ao momento de recolha durante a intervenção e dimensões dos instrumentos utilizados.

A recolha foi realizada no decorrer da intervenção, em que os diferentes instrumentos foram utilizados em diferentes etapas da intervenção. Geralmente o primeiro contato com o *visitor* era realizado pelo secretário de serviço, sendo este feito também pelo *sitter* ou outro terapeuta dependendo da forma como o *visitor* chegava ao KC. Neste momento dava-se início ao processo terapêutico e através do V.R.A.F. são recolhidos dados sociodemográficos do *visitor* (idade, género, nacionalidade, etc.), forma como chegou ao KC (sozinho, permanência de amigos, etc.), tipo de crise e informações relacionadas com o padrão de substâncias (SPA usadas, contexto, momento, etc.). Esta recolha era geralmente feita pelo *sitter*, podendo o secretário auxiliar quando possível no que respeita a dados sociodemográficos. Ainda neste momento em simultâneo eram recolhidos dados acerca dos sintomas que o *visitor* apresentava (aparência, orientação, consciência, condição física, linguagem, etc.), através do M.S.E.C – Arrival, geralmente através do *sitter*. O segundo momento de recolha era realizado no

decorrer da intervenção e este era feito através do I.F., que contempla dimensões relacionadas com as etapas de intervenção, das estratégias utilizadas e sintomas ao longo do processo terapêutico. Através deste instrumento eram recolhidos dados em torno das etapas de intervenção, em forma de relatório permitindo registar quais as intervenções recebidas pelo *visitor*, sintomas e momentos significativos ao longo do tempo, permitindo a compreensão da resolução do caso. No último momento de recolha de dados, era solicitado ao *visitor* a sua colaboração preenchendo um instrumento relativo à satisfação do *visitor* em torno dos serviços do KC, seguido com o pedido de uso dos dados para fins de investigação e consentimento informado. Esta recolha poderia ser realizada tanto por o *sitter* como pelo secretário através do V.F.F., contemplando dimensões como condições do KC, a equipa, a intervenção, havendo um espaço disponível para acrescentar um comentário ou sugestão. Neste momento eram também recolhidos dados em torno dos sintomas do *visitor* no momento de saída do KC, através do M.S.E.C. – Departure. Esta recolha é realizada para compreender diferenças de sintomas no momento de chegada do *visitor* e no momento de saída. Por fim, neste mesmo momento são recolhidos dados relativos à condição do *visitor* à saída, tendo em conta condição física e psicológica, possíveis sintomas presentes no momento de saída, assim como forma como saiu do KC (sozinho, acompanhado, orientado, satisfeito, etc.). A recolha nos diferentes momentos, nem sempre era possível de realizar na totalidade. Em algumas situações de crise atendidas no KC tanto para o *sitter* como outros elementos da equipa era difícil realizar a recolha em simultâneo da intervenção, devido a momentos com grande afluência de *visitors*, situações atendidas que teriam que ter um acompanhamento mais próximo. Em situações que fosse dificultada a tarefa de realizar a recolha e a intervenção em simultâneo era atribuída preferência ao processo terapêutico. Houve também dificuldades em relação à recolha de dados relativos à satisfação do *visitor* e consentimento informado, pois em algumas situações os *visitors* abandonavam o serviço sem que fosse possível contactá-los, outras vezes porque simplesmente transmitiam o seu agradecimento ou comentário verbalmente não deixando informações registadas.

2.3.2 – Análise de dados

Como foi referido anteriormente optamos por utilizar uma metodologia mista, que consiste no conjunto de análises de dados tanto qualitativos como quantitativos num único estudo, recolhidos simultaneamente ou sequencialmente, que possibilita a integração dos mesmos numa ou mais fases do processo de investigação. Este tipo de análise permite-nos uma compreensão mais aprofundada do fenómeno em estudo, assim como generalizar os resultados duma amostra para uma população (Hanso, Creswell, Clark, Petska & Creswell, 2005).

Os dados foram trabalhados a partir do *software* Nvivo9, em que este permite realizar uma análise tanto quantitativa (descritiva, através da contagem de frequências) como qualitativa (análise de conteúdo). A análise de dados deste estudo relaciona-se com o método semi-indutivo em que

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

contamos com uma estrutura prévia para a análise dos dados, embora haja possibilidade de emergirem novas categorias e subcategorias inicialmente não antecipadas (Bernardo & Carvalho, 2012)

Para a análise quantitativa foram utilizados parte dos dados dos instrumentos V.R.A.F, em que este contém dados relativos às características sociodemográficas, tipo de crise, estado/hora/turno de chegada e de saída. Foram também utilizados dados do V.F.F., referentes à perceção dos *visitors* acerca da qualidade do KC (equipa, instalações, estratégias utilizadas, etc.). Foi também criada uma classificação dos dados em torno da resolução da situação atendida, nas categorias *resolvido*, *não resolvido*, *não se sabe* e *interrompido*. Todos estes dados foram tratados como forma de atributo podendo ser estes quantificados e trabalhados sob a forma de estatística descritiva.

Para a análise qualitativa foram utilizados os instrumentos V.R.A.F., utilizando dados em torno do padrão de consumo (SPA, quantidades, local, momento, contexto, estratégias de ingestão). O I.F., em que foram trabalhados dados relativos à condição física e psicológica de chegada dos *visitors* (sintomas, comportamentos, severidade, outros aspetos relevantes), estratégias utilizadas e evolução dos sintomas presentes ao longo do processo terapêutico, e por fim dados relativos à saída do *visitor* do KC, como condição física e psicológica no momento de saída, adequação das estratégias utilizadas em torno dos comportamento e sintomas apresentados de forma a compreender a resolução ou não dos sintomas apresentados inicialmente e durante o processo terapêutico. Foram retirados também dados do V.F.F. em que este detinha um espaço em que o *visitor* poderia deixar qualquer tipo de comentário em relação ao KC (serviço, equipa, instalações, grau de ajuda percebida, outros tipos de comentários).

O mesmo *software* foi utilizado para ambos os tipos de análise quantitativo e qualitativo, no entanto a forma como estes foram trabalhados apresenta algumas diferenças, em que os dados relativos a análise quantitativa foram analisados sob a forma de atributo e os dados relativos à análise qualitativa foram orquestrados sob a metodologia de análise de conteúdo. Esta metodologia permite realizar uma análise de conteúdo e de contexto dos documentos. Assim são identificados os temas presentes nos conteúdos, possibilitando o seu tratamento em torno da sua presença ou não, assim como a sua frequência (Berelson, 1952, Robson, 2002, *cit in* Ritchie & Lewis, 2003). Neste estudo foi realizada a análise dados em torno do conteúdo dos instrumentos utilizados, referentes ao processo terapêutico atribuindo relevância, aos *sintomas*, *padrões de consumo*, *comportamentos*, *estratégias utilizadas* e *satisfação* dos *visitors*. No sentido de garantir uma continuidade na leitura dos dados sobre diferentes edições da intervenção, partimos de um conjunto de categorias de análise à priori, com uma estrutura semelhante à de estudos anteriores com o mesmo objetivo que o nosso (Pinto de Sousa, 2012). No entanto foram criadas novas categorias para permitir enquadrar novas dimensões dos dados (categorias emergentes) assim como o oposto quando não foi encontrado nenhum dado semelhante a outras edições. Estas diferenças irão ser ilustradas posteriormente na secção dos resultados.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

A análise de conteúdo apresenta no seu decorrer quatro etapas relevantes: 1) organização da análise; 2) codificação; 3) categorização e 4) inferência.

Numa fase inicial correspondente à etapa de *organização da análise* foi realizada a transcrição dos instrumentos utilizados para o *software* Nvivo9. O exercício de transcrição permitiu-nos não só obter um primeiro contato com os dados, mas também obter uma visualização geral dos seus conteúdos de forma a estes poderem ser organizados. Esta organização permite a síntese dos temas presentes, atribuindo sentido aos mesmos, para que estes possam ser analisados de forma interpretativa. Assim com esta fase é possível reduzir os dados de forma a facilitar o seu tratamento criando um conjunto de categorias e conceitos de forma sintetizada (Ritchie & Lewis, 2003). No que respeita a este estudo esta etapa proporcionou duas fases distintas: 1) a organização dos dados sob a forma de atributo para aqueles que foram trabalhados sob o método quantitativo. Este exercício foi realizado através do Nvivo9 em que os dados de atributos são transversais a todos os protocolos analisados. Através desta tarefa foi possível proceder com a organização dos dados referentes às características sociodemográficas, tipo de crise, estado/entrada/saída do KC; 2) e organização dos dados sob método qualitativo em que estes foram codificados e organizados de forma a originar um sistema de categorias inicial. Este permitiu uma melhor compreensão em torno, dos comportamentos, sintomas, padrões de consumo dos *visitors*, assim como a estratégias utilizadas e resolução das situações atendidas.

A segunda etapa referente a *codificação* apresentou como objetivo a organização do conteúdo e das dimensões codificadas anteriormente sob a forma de resultados brutos. Este nível de tratamento apresenta um carácter rigoroso que não se encontra na primeira fase de organização dos dados. Nesta etapa é pertinente uma leitura mais aprofundada do conteúdo com o objetivo de compreender o que trata cada dimensão em específico, de forma a ser possível atribuir significado às mesmas dentro de um contexto próprio (Ritchie & Lewis, 2003). A etapa de codificação apresenta como objetivo a escolha de unidade de registo atribuindo-lhe um significado possibilitando a sua categorização, assim como da unidade de contexto que permite codificar a unidade de registo e o seu exato significado (Bardin, 2009).

A terceira etapa diz respeito à *categorização* em que esta apresenta duas fases distintas, em que na primeira são isoladas as diferentes dimensões codificadas presentes no conteúdo da narrativa e a organização do conteúdo para a descrição do processo terapêutico. (Saldaña, 2011). Neste sentido é possível agrupar as dimensões com características comuns, que consiste na classificação e reagregação das unidades de registo traduzidos na codificação, transformando os dados em bruto numa representação simplificada (Bardin, 2002). Assim nesta etapa deu-se início à criação do sistema de categorias, sendo importante salientar que o sistema utilizado neste estudo provém de um sistema de categorias criado anteriormente no estudo de Pinto de Sousa (2012). Neste sentido encontramos situações em que os códigos e categorias eram semelhantes e noutras que estes eram inexistentes

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

sendo necessário criar novas categorias, assim como situações de categorias existentes no estudo prévio não estando presentes neste. A adoção deste sistema de categorias provém da continuidade do estudo como descrito anteriormente, com o objetivo de encontrar as semelhanças e as diferenças entre as edições do programa de 2010 e 2012. Este sistema pode ser descrito como categorias mais abrangentes, como sintomas, comportamentos, estratégias, etc, apresentando níveis não tão abrangentes dentro das mesmas categorias (ex: categoria estratégias apresenta outro nível de categorização como médicas, logísticas, etc, até alcançar o nível dos códigos descritos, como nutrir e hidratar, dar espaço para descansar, etc).

Por fim a etapa final da análise é referente à *inferência*, que nos permite responder às questões de investigação anteriormente apresentadas. Esta etapa releva-se bastante útil no sentido de obtermos a frequências das unidades de significado no conjunto de dados. As respostas às questões de investigação são originadas por a obtenção de matrizes resultantes do cruzamento das diferentes categorias criadas, com o objetivo de clarificar e ajudar a compreensão entre a relação existente nas diferentes categorias (Bardin, 2009).

3 – Resultados e Discussão

Neste capítulo iremos apresentar os principais resultados obtidos, sob a forma descritiva através da contagem de frequências (quantitativo), assim como os resultados obtidos através da análise de conteúdo (qualitativo). São aqui descritos os resultados mais significativos em torno da análise realizada, para que estes possam ir de encontro aos nossos objetivos e questões de investigação. Esta descrição pode ser consultada na totalidade nos anexos e textos de apoio que vão surgir ao longo deste capítulo. No que respeita ao sistema de categorias este apresenta um conjunto de códigos utilizados para a realização das matrizes que pode ser consultado de formal integral no anexo 3. É também apresentada uma breve discussão em torno de alguns resultados encontrados, assim como possíveis semelhanças e diferentes entre os resultados obtidos na edição de 2010 e na edição de 2012 do programa.

3.1 Qual a população-alvo da intervenção em crise do *Kosmicare*?

- Descrição sociodemográfica:

No que respeita à idade dos *visitors* (n=99), esta apresenta uma variação entre os 15 e os 54 anos. A maioria dos participantes apresentava idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (49,5%). Em relação ao género (n=197), 68.5% dos *visitors* eram homens e 32.5% eram mulheres. A distribuição das idades dos participantes foi realizada de acordo com modelos suportados por EMCDDA (EMCDDA, 2013) e segundo relatórios de inquéritos à população portuguesa (SICAD, 2012).

Em relação à nacionalidade dos *visitors* que passaram pelo KC (n=173), 88.4% eram provenientes de países europeus (21,4% de França, 15% de Portugal, 13,3% de Inglaterra, 8,7% da Alemanha, 7% da Holanda). No entanto, apesar de com menor frequência, foi possível também encontrar *visitors* no KC provenientes de outros continentes como Americano (2,9% dos E.U.A., 1,7% do Canadá, 1,7% do Brasil), Africano (1,1% da Africa do Sul, 1,1% da Nigéria), do Médio Oriente (2,3% de Israel) e da Austrália (1,1%).

Com os valores obtidos (Tabela 2) em torno da nacionalidade dos participantes e também através de outros estudos como (Pinto de Sousa, 2012 e Carvalho et al, 2011) que remetem para a diversidade cultural em festivais de larga dimensão, compreendemos a importância de uma equipa diversificada a nível cultural. Em relação ao processo terapêutico estas especificidades demonstram-se úteis, pois permitem uma melhor comunicação dos terapeutas com os *visitors* (nas situações em que é possível falar na língua materna), e também para compreender as especificidades presentes das diferentes culturas presentes no mesmo espaço. Através destas características o processo terapêutico é facilitado por uma familiarização entre o *sitter* e o *visitor* mais de encontro, permitindo também a troca de

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

diferentes perspetivas e metodologias utilizadas entre os *sitters* alargando o espectro de cada em torno de possíveis intervenções.

Tabela 2. Descrição Sociodemográfica

Dados sociodemográficos	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Género		
Masculino	135	68.7%
Feminino	62	32.3%
Sem informação	-	
N válido	197	
Idades		
15-24 anos	49	49,5%
25-34 anos	38	38,4%
35-44 anos	9	9,1%
45-54 anos	3	3%
Sem informação	98	
N válido	99	
Nacionalidade		
Europa (França, Portugal, Holanda...)	153	88,4%
Americano (E.U.A., Brasil, Canadá)	11	6,4%
Africano (África do Sul, Nigéria)	3	1,7%
Médio Oriente (Israel)	4	2,3%
Austrália	2	1,1%
Sem informação	24	
N válido	173	

3.2 Padrões de uso de SPA

No que respeita aos padrões de consumos dos *visitors* este foi organizado em diferentes categorias (anexo 3), em torno das SPA utilizadas e quantidades, as vias de consumo e também o contexto onde ocorreram os consumos.

- SPA – Na categoria das SPA usadas pelos *visitors* foram encontradas diversas SPA com diferentes propriedades, tendo estas sido agrupadas de acordo com a sua semelhança. De seguida iremos apresentar os diferentes grupos de SPA encontrados, assim como a frequência de cada SPA em específico (Tabela 3). Estes valores relativamente ao LSD, ao MDMA e ao *cannabis* vão de encontro a resultados de estudos anteriores como (Alberto & Silva, 2005 e Calado, 2006), que referem drogas de eleição o LSD, MDMA, *cannabis* neste tipo de contextos. No entanto verifica-se que dentro desta população não foi encontrado nenhum sujeito que refere o uso de *ecstasy* (SPA presente em outras edições do programa) indo de encontro a estas estarem em constante alteração com o a desabituação do uso de algumas SPA mais frequente, onde novas SPA surgem das quais não se conhece ainda os

efeitos, composições, etc. que dificultam uma intervenção adequada em torno das mesmas. O mesmo podemos observar quando temos em atenção as SPA que são apresentadas de forma residual, em que estas diferem também consoante a edição do programa em que eram encontradas SPA como a *proscalina*, *metilona* ou *neurolépticos* (Pinto de Sousa, 2012) em que nesta edição encontramos outras SPA como *ballon*, *changa*, *inibidor 18D*, os *pós de smart shops*. Neste sentido verificamos as transformações que ocorrem com o decorrer do tempo no que respeita as SPA presentes nos ambientes recreativos. Mesmo relativamente aquelas que são encontradas mais frequentemente como o *LSD*, o *MDMA* e o *cannabis* podem sofrer alterações, modificando assim os sintomas que estas podem vir a refletir no utilizador, como podemos verificar com a presença do *DOC/DOB* tendo esta uma composição química semelhante ao *LSD* e ao *MDMA* com algumas alterações ainda desconhecidas (NEWIP, 2013). Surge assim a necessidade de obter informação e monitorização regular no que respeita às SPA e as suas adulterações, de forma a compreender os diferentes sintomas que destas podem advir no sentido de articular estratégias e metodologias mais indicadas para dar resposta em situações que o consumo das mesmas resulta numa experiência difícil (NEWIP, 2013).

Tabela 3. Grupo de SPA e SPA específicas

SPA consumidas	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Grupo de SPA		
Psicadélicos	145	93,5%
Depressores	39	25,1%
Estimulantes	20	13%
Indefinidos	10	6,4%
Sem Informação		42
N válido		155
SPA específica		
LSD	90	58,1%
MDMA	41	26,5%
Cannabis	38	24,5%
Álcool	32	20,6%
Ketamina	12	7,7%
Speed	9	5,8%
DOB/DOC	7	4,5%
Cocaína	7	4,5%
2CB	6	3,9%
Cogumelos	5	3,2%
Agonistas de opiáceos	5	3,2%
Pó branco	4	2,5%
Fármacos de prescrição	3	1,9%
Cafeína	2	1,3%
Outros	1	0,6%
Sem Informação		42
N válido		155

(1) Outros: Heroína, anfetaminas, metanfetaminas, *ballon*, *changa*, *energy ball*, *ibogaína*, *inibidor 18D*, pó de *smart shop*, *AMT*, *DMT*, *GHB*, *mescalina*.

Ainda no que respeita às SPA consumidas tentamos compreender quais os policonsumos, como o número de SPA consumidas em simultâneo por cada *visitor*. Foram também analisados o número de

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

consumos de cada SPA em simultâneo de forma a compreender quais as combinações mais frequentes. Neste sentido, numa amostra de 197 participantes (78,7%) referem terem usado uma ou mais SPA, em que apenas 9,1% afirmam não ter consumido nenhuma SPA, e por fim (12,7%) não apresentam informação acerca do consumo. No que respeita as participantes que referem uso de SPA (n=155) verificou-se que 60,6% dos *visitors* referem terem consumido apenas uma SPA, enquanto 16,8% refere ter consumido duas SPA em simultâneo, seguindo de 10,3% que referem terem consumido 3 SPA, 6,5% apresenta um consumo de quatro SPA, e por fim 5,2% referem terem consumido mais que 5 SPA em simultâneo (anexo 2.1). Recorremos ao cruzamento dos nodes das SPA's com as mesmas para obter o número de consumos realizado em simultâneo (anexo 2.2). As combinações mais frequentes apontam para o *LSD* e *MDMA* (11,6%), seguindo-se do *álcool* com *LSD* (10,3%), o *cannabis* com *LSD* (9%), sucedendo-se o *álcool* com *MDMA* (7,7%), o *álcool* com *cannabis* (7,1%), e por fim o *cannabis* com *MDMA* (6,5%). Podemos encontrar também outras relações entre SPA não tão frequentes como *speed* com *MDMA* (4,5%), *álcool* com *cocaína* (3,9%), *MDMA* com *cocaína*, ou *MDMA* com *Ketamina* (3,2%). É importante referir que algumas SPA apresentam maior número de combinações, como o caso do *LSD* que pode ser encontrado um uso em simultâneo com grande número de SPA, assim como *MDMA*, *cannabis*, e o *álcool* (Calado, 2006 e Mariana, 2012 e EMCDDA, 2006).

- Quantidades – A categoria das quantidades encontra-se dividida em dois grupos, por peso e por dose pois no momento em que a informação era recolhida os *visitors* nem sempre apresentavam a mesma escala em relação às quantidades ingeridas, uns referiam a quantidade em miligramas ou gramas e outros por uma medida não tão rigorosa como doses (anexo 2.3). Em relação às quantidades 33% dos participantes referem as quantidades por dose, 9,6% referem por peso e 45,2% afirmam não saberem a quantidade ingerida. No que respeita a informação em torno das quantidades (n=145) por peso, 4,1% dos *visitors* refere ter ingerido entre *100mg a 249mg*, seguindo-se de 4,8% que afirmam terem ingerido de *250mg a 499mg* e igualmente 4,8% que referem terem ingerido mais que *500mg*. Em relação às quantidades por doses, 29% dos *visitors* referem terem consumido *entre metade a uma dose*, seguindo-se de 11,7% com um consumo entre *uma a duas doses*, 6,9% entre *duas doses e cinco doses* havendo ainda 1,4% que apresenta um consumo de *mais de cinco doses*. Através destes resultados podemos inferir que este tipo de contextos podem ser propícios a experimentações de SPA, através de número elevado de consumos entre meia dose e uma dose encontrados como refere o estudo (Parker, Williams & Aldridge, 2002). Também em relação ao número de participantes que referem não conseguirem aproximar a quantidade de SPA's poderia ser explorado de que forma o conhecimento acerca da quantidade ingerida, pode ou não estar relacionado com uma situação de crise psicadélica.

- Vias de consumo – Tentamos também compreender quais os métodos de consumos mais usuais através de uma amostra de 83 participantes (anexo 2.4). A forma de consumo que foi encontrada com

mais frequência foi o método *oral* (este engloba formas como, bebido com água ou outro líquido, comido ou ingerido de alguma forma oralmente) sendo este referido por 85,5% dos *visitors*. De seguida o método encontrado mais frequentemente foi *fumado* 20,5%, seguindo-se o método de “*cheirar*” 15,7% em que o participante realiza o consumo por via nasal. Foram encontrados apenas 1,2% dos *visitors* referindo métodos como *comprimido* ou *injetado*. O método de consumo pode afetar o efeitos de determinadas SPA, podendo estes diferir na sua duração, intensidade, tempo que demora a atuar, etc.

- Contexto – Em relação à categoria dos contextos (n=104), esta foi dividida em três grupos de forma a ser mais compreensível o momento em que se deu o consumo, sendo esta diferenciada pelo momento *temporal*, *espaço* e a *companhia* (anexo 2.5). Neste sentido no que respeita à *companhia* 59,6% referem terem consumido com amigos ou com companheiro(a), seguindo de 4,8% que afirmam terem realizado o consumo sozinhos e 1% que refere ter consumido com estranhos. Em relação ao *espaço* podemos encontrar que a maioria dos consumos foi realizado no *dance floor* com 13,5%, seguindo-se 7,7% que refere ter consumido dentro do espaço do *festival*, 4,8% realizam o consumo no *acampamento* e por fim com menos frequência de 1% referem terem consumido noutros espaços como *praia*, *lagoa*, *galeria de arte*, *autocarro* e *airfort*. No que toca ao espaço *temporal* o momento que foram encontrados 35,6% dos consumos durante a *noite*, seguindo-se de 30% durante a *tarde* e 18,3% durante a *manha*. Houve situações que o consumo aconteceu não no próprio dia mas há mais tempo como há *dois dias atrás* (7,7%), *ontem* (6,7%) ou há *uma semana atrás* (1%), havendo também presença de um consumo durante *todo o tempo do festival* (1%). O contexto onde o consumo ocorreu é uma informação importante no processo terapêutico, de forma a compreender o *set* e o *setting* desse consumo (como referido anteriormente na seção dimensões da crise psicadélica). Pois ao conhecer o espaço, formas de consumo e tempo em que este foi realizado existe também um melhor conhecimento em torno dos possíveis efeitos naquela altura, duração, intensidade e há quanto tempo a crise está a decorrer, de forma a desenvolver uma intervenção mais eficaz. Em relação ao contexto temporal importa salientar a importância de uma intervenção não só no momento da crise mas também nos efeitos após esse momento, como se pode verificar na procura de ajuda por quem tinha consumido SPA à mais de um dia e ainda sentia alguns sintomas presentes.

3.3 Situações atendidas (tipo de crise)

Nesta secção iremos ilustrar os diferentes motivos que trouxeram os *visitors* ao KC (n=177). Estes encontram-se divididos em diferentes atributos de forma a diferenciar a razão da estadia no KC (anexo 2.6). Assim encontramos maioritariamente o motivo de um *dificuldade com o uso intencional de SPA* com 83%, em que relativamente à *dificuldade associada ao uso não intencional de SPA* encontramos 2,2% de situações atendidas, estando ambas estas situações relacionadas com crise psicadélica e outras dificuldades relacionadas com uso de SPA. Ainda relacionado com o uso de SPA, 4,5% das situações

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

atendidas foram relativas à *crise mental com uso de SPA*, em que o motivo é uma com crise mental agravada com o uso de SPA, que podem intensificar algumas características patológicas presentes nos participantes (não associadas ao uso de SPA) e em simultâneo com presença de sintomas associados a SPA. Foram também atendidas situações em que o motivo da procura do KC estava relacionado com uma crise mental não associada ao uso de SPA (1,7%). Estas consistem principalmente numa crise mental do participante com sintomas patológicos sem estar associado a um consumo de SPA. Relativamente à *crise pessoal sem uso de SPA* (4,5%), esta é semelhante a uma crise induzida por SPA (no que respeita a necessidade de apoio emocional, companhia, etc), no entanto não existem sintomas de crise mental ou presença de SPA. No que respeita à *não crise* (4%), esta corresponde a momentos em que o KC proporcionava ajuda em termos de logística (situações carros no parque, encaminhamentos para outros serviços, informação), cuidados de saúde (tratamentos de pequenos ferimentos, vacinas), disponibilizar espaço (descanso tampões para ouvidos, etc.). Estes motivos salientam a diversidade de funções que o KC passando não só pela ajuda na facilitação de experiências difíceis devido ao uso de SPA, mas também pelo apoio dentro das condições possíveis a condições de crise associada a doença mental que podem ser encontradas nestes ambientes. Também na diversidade do atendimento que presta apoio aos participantes do festival em situações não relacionadas com SPA ou crise mental em que é oferecida ajuda médica, reencaminhamento, e logística entre os diferentes serviços do festival e os seus participantes. É importante ter em conta que o número total da amostra é correspondente a 197 participantes em que das informações relativas à ao tipo de situação atendida apenas temos informação em torno de 177 participantes.

3.4 Sintomatologia

Esta secção apresenta como objetivo ilustrar os diferentes tipos de sintomas exprimidos pelos *visitors*. A categoria *sintomas* (n=153) engloba diferentes subcategorias que permitem organizar os sintomas por diferentes tipos, sendo aqui apresentados apenas aqueles que demonstram maior frequência dentro desta população. Esta categoria foi inspirada como referido anteriormente no sistema de categoria de estudos semelhantes (Pinto de Sousa, 2012) de forma a garantir a sua continuidade, e encontra-se descrito detalhadamente no anexo 3.

Neste sentido o sintoma com maior frequência foi a *ansiedade* (26,8%), presente na subcategoria relativa aos *afetos e emoções*, em que o *visitor* demonstra preocupação exagerada em torno de um ou mais temas, refletida em sintomas psicofisiológicos e sensação de desconforto geralmente acompanhado de inquietação “*ela chegou muito ansiosa, com taquicardia e sentia que ia ficar assim para sempre*”, estes sintomas encontram-se referidos associados ao uso de psicadélicos em estudos de Soar, Turner e Parrot, 2006. Seguindo-se o *medo* (21,7%) presente na mesma subcategoria, estando este associado a diversas situações como: medo de perder consciência, medo dos efeitos das SPA,

medo de morrer, medo que a experiência não termine, medo de permanecer naquele estado para sempre, medo de ficar maluco(a), etc “*tinha medo de morrer e que algo de mal lhe acontecesse*”. Pela *agitação emocional* (12,4%), em que o *visitor* reflete desconforto e instabilidade psicológica ou física devido ao seu estado emocional “*bastante emocional e sentimental*”, por a *necessidade de partilhar* (8,5%), em que o *visitor* apresenta um tema significativo para ele(a) que necessita de discutir, ajuda em tomadas de decisão, desafios emocionais, etc “*ela veio com necessidade de falar com alguém acerca de vários temas, desafios emocionais, práticos e ajuda em tomada de decisão*”, e pelo *sofrimento* (7,2%) relacionado com a sensação de dor psicológica ou física que cria desorientação e desconforto.

No que respeita à *atenção, consciência, alerta e orientação*, encontra-se a *confusão* (18,3%) com maior frequência, em que o *visitor* demonstra-se desorientado a nível pessoal/temporal/espacial, com alterações na concentração e na atenção geralmente com discurso lentificado e incoerência nas suas ideias “*fala de temas aleatórios e sem sentido, como números, cores, sons, cartar, sentido da vida*”. Seguindo-se a *desorientação pessoal* (12,4%) em que o *visitor* não consegue exprimir informações básicas relativas a ele(a) “*não sabia onde estava, o que estava a fazer e pensava que estava a perder a cabeça*”, pela *desorientação espacial* (11,8%) “*o visitor ainda estava desorientado no espaço*”, e pela *inconsciência* (9,1%) em situações em que o *visitor* chegava ao KC ou era encontrado inanimado “*foi encontrado inconsciente por detrás do main floor*”.

Em relação ao *conteúdo de pensamento* destaca-se o *delírio* (10%) refletindo geralmente associações com poderes sobrenaturais, intervenções divinas ou pensamentos desadequados e por vezes comportamentos violentos “*ele estava delirante acerca de ser Deus e poder saber o futuro*”, e *paranoia* (6,5%) “*ele tinha muitas questões relacionadas com o que as pessoas pensavam acerca dele*” sendo este associado ao uso de SPA’s como referido em Soar, Turner e Parrot, 2006.

A categoria *funções fisiológicas* é relativa a alterações do funcionamento normal do corpo, em que o sintoma com maior destaque foi o *cansaço/exausto* (17%), refletindo fraqueza e esgotamento físico em que o *visitor* necessita de descanso. Seguindo-se *náusea e vômitos* (9,1%) nestas situações o *visitor* geralmente vomita, tem fortes dores de estomago, diarreia, sente-se atordoado, “*fraqueza, vômitos e diarreia*”, por *dores* (9,8%) em que o *visitor* demonstrava dores físicas (dores de cabeça, sentir-se doente), pela *insónia* (5,8%) sendo esta a incapacidade do *visitor* dormir, e pela *fraqueza* (5,8%) “*foi trazido pelos paramédicos, fraco tónus muscular nas pernas*”.

No que toca à *atividade motora* o sintoma com maior frequência foi a *hipercinesia/agitação/inquietude* (6,5%) resultante da incapacidade de o *visitor* permanecer no mesmo sítio, estar de pé a caminhar em círculos, movimentos desorganizados sem contexto, seguido pela *incapacidade de se manter de pé* (5,9%) “*caía e levantava-se repetidamente*”, e pela *dificuldade em andar* (5,8%) em que o *visitor* apenas conseguia caminhar com auxílio ou com bastantes dificuldades.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Relativamente à *forma de pensamento, linguagem e fala*, onde foram identificados sintomas relativos a alterações na linguagem e forma de comunicação e também à forma como a organização do pensamento era expressa pelo *visitor*, destaca-se *ligado* (13,1%) em que o *visitor* se encontra num estado alterado devido ao consumo de SPA, “*ele ainda esta a tripar mas sente-se bem*”, e também a *incoerência* (4,6%).

Ao nível dos *indefinidos* foram incluídos os sintomas apresentados pelos *visitors* com maior especificidade como *a recuperar de uma experiência intensa* (11,8%) em que o *visitor* teve uma experiência intensa da qual está a reintegrar parte dela, não se encontrando ainda no seu funcionamento prévio à experiência “*ele sente-se bem, mas bastante cansado e precisava de algum tempo para integrar a experiência*”, e *dificuldade em estabelecer contato* (5,9%).

3.4.1 Características específicas dos diferentes tipos de crise

Para conhecermos as características específicas dos diferentes tipos de crise procuramos conhecer quais os sintomas mais frequentes de cada uma das situações específicas atendidas no KC. Neste sentido cruzamos (anexo 4.1) as subcategorias que dizem respeito à categoria *sintomas*, incluindo *afetos e emoções* (B.3), a *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.1), a *atividade motora* (B.4), o *conteúdo de pensamento* (B.6), os *indefinidos* (B.9), a *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.2), as *funções fisiológicas* (B.5), a *memória* (B.8), e as *percepções e imagens mentais* (B.7) com o atributo relativo ao tipo de crise, sendo estes a *dificuldade com uso intencional de SPA*, a *dificuldade com uso não intencional de SPA*, a *crise pessoal sem uso de SPA*, a *crise mental sem uso de SPA*, a *crise mental e uso de SPA*, e a *não crise*. De seguida iremos ilustrar os sintomas mais frequentes nos diferentes tipos de crise que passaram pelo KC.

No que diz respeito à *crise mental* foram encontrados sintomas relacionados com os *afetos e emoções* tanto na *crise mental e uso de SPA* como em *crise mental sem uso de SPA*. Estes apresentam em comum sintomas como *medo*, a *ansiedade* e *agressividade*. No entanto na *crise mental sem uso de SPA*, encontramos os sintomas como *evitante* e *deprimido* que não se encontram presentes na *crise mental com SPA*. A *crise mental e o uso de SPA* contem sintomas não encontrados na *crise mental sem uso de SPA* como a *agitação emocional*, o *desconfiado*, a *insegurança*, o *choro*, o *pânico*, entre outras. Encontramos diferenças significativas também ao nível dos sintomas relacionados com *funções fisiológicas*, em que se encontram presentes na *crise mental sem uso de SPA* sintomas como *desidratação* ou *desnutrido*, e na *crise mental e uso de SPA*, foram encontrados sintomas como *insónia*, *taquicardia* e *cansaço/exausto*. Existem diferenças também no que respeita aos sintomas *indefinidos* como a presença do sintoma *comportamento obsessivo-compulsivo* na *crise mental sem uso de SPA*, e a presença de sintomas como *dúvidas existências* e *dificuldade em estabelecer contato* nas situações relacionadas com *crise mental e uso de SPA*. No que respeita à *atividade motora* foram

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

encontrados apenas sintomas na *crise mental e uso de SPA* como *contração muscular e dificuldade em andar*. Através destes resultados compreendemos que o número de sintomas, assim como a sua severidade parece apresentar maior frequência quando a avaliação recai numa situação de crise mental e uso de SPA. A tabela 4 mostra em detalhe as diferenças e semelhanças entre a sintomatologia da *crise mental sem uso de SPA* e a *crise mental e uso de SPA*.

Tabela 4. Sintomas na crise mental

Tipo de Crise	Sintomas				
	Afetos e emoções	Atenção, consciência, alerta e orientação	Conteúdo de pensamento	Funções fisiológicas	Indefinidos
Crise mental e uso de SPA (n=8)	62,5%	37,5%	37,5%	25%	25%
Crise mental sem uso de SPA (n=3)	100%	33,3%	66,7%	66,7%	66,7%

Em relação às situações atendidas pelo KC relacionada com a *não crise*, foram encontrados sintomas relacionados com as *funções fisiológicas* como, *náusea/vómitos*, o *frio*, a *fraqueza*, *ferido* ou *cansado/exausto*. Estando estes apenas relacionados com funções corporais que pode estar associado com a condições gerais e climatéricas do festival, como grandes diferenças de temperatura entre o dia e a noite relacionados com frio e fraqueza, o dormir em acampamento que pode derivar em cansaço ou exaustão, assim como uma alimentação desadequada podem levar a origem destes sintomas (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011 e Mojeiko, 2007). No entanto como é apresentado na tabela 5 foram encontrados também sintomas relacionados com a *atenção, consciência, alerta e orientação* como a *sonolência e letargia* e *desorientação espacial*, estes geralmente associados com situações em que a pessoa não conseguia dormir com o barulho há alguns dias ou situações relacionadas com *visitors* que não conseguiam encontrar a tenda durante a noite.

Tabela 5. Sintomas na não crise

Tipo de Crise	Sintomas	
	Funções fisiológicas	Atenção, consciência, alerta e orientação
Não crise (n=7)	57,1%	14,3%

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Relativamente às situações atendidas devido a *crise pessoal sem uso de SPA* encontramos com maior frequência sintomas relacionados com os *afetos e emoções* como *nervosismo*, a *agitação emocional*, a *necessidade de partilhar*, a *ansiedade* e *desconfiado*, estas situações apresentam algumas semelhanças com a dificuldade relacionada com o uso de SPA, no entanto o *visitor* refere não ter consumido nenhuma, este procura apoio emocional, para resolução de problemas e por vezes tomada de decisão. Também presentes sintomas relacionados com as *funções fisiológicas* como *cansaço/exausto*, o *frio*, a *fraqueza* e *desidratação*, em que nestas situações o *visitor* procurava o KC para *descansar/repouso*, para fins de *nutrir e hidratação* ou *procura de agasalhos*. Foram também encontrados como podemos verificar na tabela 6, sintomas como *alheado* e *desorientação pessoal* relacionados com a *atenção*, *consciência*, *alerta e orientação*, e também sintomas como *a pessoa sente não estar aqui* e *abstinência* sendo estes sintomas *indefinidos*. Estas situações geralmente estavam associadas com procura do local de acampamento, perder os amigos sendo também encontrada uma situação relacionada com a abstinência de SPA's.

Tabela 6. Sintomas na crise pessoal sem SPA

Tipo de crise	Sintomas			
	Afetos e emoções	Atenção, consciência, alerta e orientação	Funções fisiológicas	Indefinidos
Crise Pessoal sem SPA (n=8)	75%	50%	50%	25%

Importa salientar no que respeita às situações atendidas relacionadas com o uso de SPA a diferença significativa entre a *dificuldade associada ao uso intencional* e à *dificuldade associada ao uso não intencional*. Neste sentido, esta comparação é um pouco limitada devido grande diferença entre as diferentes situações atendidas. No entanto como podemos verificar na tabela 7 apesar dessas diferenças foi possível encontrarmos sintomas semelhantes à *dificuldade associada ao uso intencional de SPA* e à *dificuldade associada ao uso não intencional de SPA*, como o *medo*, o *choro*, a *ansiedade*, a *agitação emocional* relativamente aos *afetos e emoções*. A *insónia* e *dores* relativamente às *funções fisiológicas*, assim como a *confusão* relativamente à *atenção, consciência, alerta e orientação*, o *delírio* e *preocupação* relacionado com o *conteúdo de pensamento*, também a *incoerência* e *fuga de ideias*, *descarrilamento* no que toca à *forma de pensamento, linguagem e fala*. No que respeita aos sintomas *indefinidos* foram encontrados também em comum sintomas como *sente que vai morrer* e *a recuperar de uma experiência intensa*. Como previsto a *crise associada ao uso intencional de SPA* apresenta um maior número de sintomas em frequência assim como a sua presença, em relação à *dificuldade associada ao uso não intencional de SPA*. Como é o caso de sintomas relacionados com a *atividade motora* presente na *dificuldade associada ao uso intencional de SPA* como

hipercinesia/agitação/inquietude, a incapacidade de se manter de pé, a dificuldade em andar. Apenas na dificuldade associada ao uso intencional de SPA foram encontrados sintomas como dificuldade em estabelecer contato, ataques de pânico como sintomas indefinidos, assim como necessidade de partilhar e evitante relacionado com as emoções e afetos. Também ao nível do conteúdo de pensamento existe maior frequência e número de sintomas no que respeita a dificuldade associada com o uso intencional de SPA como a paranoia, a dúvida e o perturbado. Esta comparação não é conclusiva como referido anteriormente devido à grande diferença entre o número de situações atendidas a este nível.

Tabela 7. Sintomas na dificuldade associada ao uso de SPA

Tipo de crise	Sintomas						
	Afetos e emoções	Funções fisiológicas	Atenção, consciência, alerta e orientação	Indefinidos	Atividade motora	Forma de pensamento linguagem e fala	Conteúdo de pensamento
Dificuldade associada ao uso intencional de SPA (n=147)	58%	36,1%	34,7%	23,1%	24%	21,1%	16,3%
Dificuldade associada ao uso não intencional de SPA (n=4)	100%	75%	75%	50%	-	25%	50%

3.4.2 Sintomatologia específica dos diferentes tipos de SPA

Para obtermos informações em relação aos sintomas associados aos diferentes tipos de SPA consumidas pelos *visitors* foi realizada uma matriz (anexo 4.2) que cruzasse as subcategorias dos sintomas incluindo os *afetos e emoções* (B.3), a *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.1), a *atividade motora* (B.4), o *conteúdo de pensamento* (B.6), a *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.2), as *funções fisiológicas* (B.5), a *memória* (B.8), as *percepções e imagens mentais* e os sintomas *indefinidos* (B.9) com o tipo de SPA consumidas como os *depressores* (A.3.1), os *estimulantes* (A.3.2), os *psicadélicos* (A.3.3) e as *SPA indefinidas* (A.3.4). De seguida iremos apresentar as relações que apresentam maior frequência entre estas duas dimensões estando estes apresentados na totalidade em anexo como referido anteriormente.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

No que respeita ao grupo dos *depressores* (n=39) o *álcool* surge como a SPA que apresenta maior número de sintomas dentro deste grupo, apresentando sintomas relacionados com os *afetos e emoções* como *ansiedade*, a *necessidade de partilhar*, a *agitação emocional*, também em torno da *atenção*, *consciência*, *alerta e orientação* como *confusão*, a *inconsciência*, o *não responsivo*, apresentando também sintomas associados ao *conteúdo de pensamento*, por exemplo *delírio* e *perturbado*, assim como sintomas em torno das *funções fisiológicas* e *atividade motora*, em que foram encontrados também com menor frequência sintomas relacionados com sintomas *indefinidos*. Apesar de outras SPA presentes na categoria dos *depressores* apenas foram encontradas frequências significativas ao nível dos *agonistas de opiáceos* como podemos verificar na tabela 8, em que os sintomas associados a estas SPA diferem do *álcool* em presença e frequência, sendo apenas encontrados sintomas mais frequentes em torno da *atenção*, *consciência*, *alerta e orientação* como a *inconsciência* e sintomas relacionados com *funções fisiológicas* como *náuseas/vómitos* e *fraqueza*. Este aspeto pode estar relacionado de o *álcool* ter sido a SPA dentro dos *depressores* com maior frequência, daí o número de sintomas presentes na mesma ser também mais elevado. Importa também ter em conta que o *álcool* é também das SPA que apresenta maior numero de policonsumos com outras SPA, o que reflete que os sintomas associados podem não ser apenas relativos ao uso do *álcool* mas sim ao uso do mesmo em simultâneo com outras SPA.

Tabela 8. Sintomas nos depressores

Grupo de SPA	SPA	Sintomas					
		Afetos e emoções	Atenção, consciência, alerta e orientação	Funções fisiológicas	Atividade motora	Indefinidos	Conteúdo de pensamento
Depressores (n=39)	Álcool	41%	36%	33,3%	30,8%	23,1%	15,4%
	Agonistas de opiáceos	2,6%	5,1%	5,1%	2,6%	2,6%	2,6%
	Fármacos de prescrição	2,6%	2,6%	-	2,6%	-	-
	Heroína	-	-	2,6%	-	-	-

Relativamente ao grupo dos *estimulantes* (n=20), apesar de ter sido encontrada sintomatologia associada a outras SPA dentro deste grupo iremos apenas apresentar neste capítulo aquelas que apresentam maior frequência, podendo as restantes serem consultadas no anexo 3. Assim a SPA que apresenta maior número de sintomas dentro deste grupo é o *speed* como podemos verificar na tabela 9. Esta SPA apresenta com maior frequência sintomas relativos às *funções fisiológicas* como *náuseas/vómitos*, *taquicardia*, o *cansaço/exausto*, a *fraqueza* e a *insónia*, havendo também sintomas associados com o *conteúdo de pensamento* como o *delírio* e a *paranoia*, relativamente aos *afetos e*

emoções apenas foram encontrados com maior frequência sintomas associados à *ansiedade*. A *cocaína* surge neste grupo como a segunda SPA com maior número de sintomas, com algumas diferenças em relação ao *speed* no que respeita à sintomatologia encontrada, apresentando apenas em comum sintomas como *ansiedade*, a *náusea/vómitos* e a *taquicardia* (NEWIP, 2013). No entanto foram encontrados sintomas na *cocaína* que não se encontram com frequência no *speed* como o *medo* relativo aos *afetos e emoções* e a *sudorese excessiva* relacionada com as *funções fisiológicas*.

Tabela 9. Sintomas nos estimulantes

Grupo de SPA	SPA	Sintomas					
		Afetos e emoções	Atenção, consciência, alerta e orientação	Funções fisiológicas	Atividade motora	Indefinidos	Conteúdo de pensamento
Estimulantes (n=20)	Anfetaminas	5%	5%	5%	-	-	-
	Cafeína	5%	-	5%	5%	-	5%
	Cocaína	15%	10%	15%	10%	5%	-
	Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-
	Speed	20%	10%	25%	5%	15%	25%

Em relação ao grupo dos *psicadélicos* (n=145), este é aquele que apresenta maior número de SPA assim como de consumos por *visitor* apresentado este maior número de sintomas também. De seguida iremos apresentar quais as SPA em específico dentro deste grupo com maior número de sintomas. O sintoma *medo* encontra-se presente em grande parte das SPA como no *LSD*, no *MDMA*, no *cannabis*, na *ketamina*, no *DOB/DOB*, não se encontrando presente no *2CB*. O sintoma *ansiedade* assim como a *agitação emocional* surge em SPA *psicadélicas* como no *LSD*, no *MDMA*, no *cannabis* e no *DOC/DOB*. A *necessidade de partilhar* emerge nas em SPA como o *LSD*, o *MDMA*, o *cannabis*. Surgem algumas diferenças em que sintomas como *sofrimentos* e a *insónia* surgem em SPA como *DOB/DOC*, o *LSD* e o *MDMA* não presentes noutras SPA, o que pode ser explicado pela semelhança da composição química destas duas SPA. O sintoma *cansaço/exausto* parece ser transversal a todas as SPA presentes neste grupo, o que pode significar que este pode não estar só associado com o uso de SPA mas também com as condições adversas do festival em si. O sintoma *confusão* parece estar associado ao uso de diferentes *psicadélicos* estando presente no *LSD*, no *MDMA* e no *cannabis*. Assim como a *desorientação pessoal/espacial/temporal* que se encontra presente no *MDMA*, no *LSD* e na *Ketamina*. O *delírio* e a *paranoia* são sintomas que surgem com frequência em SPA como o *LSD*, o *MDMA* e o *cannabis* (NEWIP, 2013). Num plano geral como podemos verificar na tabela 10, os padrões de sintomatologia com maior semelhança encontram-se em SPA como *LSD*, o *MDMA* e o *cannabis*, com a exceção de sintomas relacionados com forma de *pensamento, linguagem e fala* onde não foram encontrados sintomas significativos relativamente ao *cannabis*. Podendo estar relacionado

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

com menor frequência de consumo dentro dos *visitors* a *ketamina*, o *DOB/DOC* e o *2CB*, são as SPA dentro grupo com menor número de sintomas. A *ketamina* parece apresentar um padrão mais agressivo na sua sintomatologia existindo apenas sintomas como *agressividade*, *medo*, *contração muscular*, *taquicardia*, *inconsciência* ou não *responsivo*, assim como *náuseas/vómitos* e *cansaço/exausto*, em que não surgem sintomas relacionados com *afetos e emoções*, remetendo mais para um mau estar físico intenso mais do que psicológico. No que respeita ao *DOB/DOC* e *GHB*, apesar de estas apresentarem baixa frequência na sua presença estas apresentam um grande número de sintomas associados, o mesmo não verificamos no *AMT* que apenas apresenta um sintoma (*ansiedade*) e na *mescalina (choro)*. Este padrão de sintomas nos *psicadélicos* vai de encontro a sintomatologias semelhantes, presentes em estudos relativos a outras edições (Pinto de Sousa, 2012), em que a *ansiedade*, o *medo*, o *cansaço/exausto* surgem como sintomas bastante frequentes no uso destas SPA. No entanto verificamos que a *agitação emocional*, a *necessidade de partilhar*, *náuseas/vómitos* surgem com maior frequência nos dados relativos a edição de 2012, assim como a *agressividade* que também apresenta uma maior frequência no que respeita o uso das diferentes SPA. Este aspeto pode estar relacionado com a diferenciação do uso das SPA modificando a sintomatologia que deste pode advir.

Tabela 10. Sintomas nos psicadélicos

Grupo de SPA	SPA	Sintomas						Forma de pensamento, linguagem e fala
		Afetos e emoções	Atenção, consciência, alerta e orientação	Funções fisiológicas	Atividade e motora	Indefinidos	Conteúdo de pensamento	
Psicadélicos (n=145)	2 CB	1,4%	2.1%	2.1%	2.1%	-	-	0,7%
	AMT	0,7%	-	-	-	0,7%	-	-
	<i>Cannabis</i>	15,9%	9%	9%	5,5%	5,5%	4,9%	2.1%
	Cogumelos	2,8%	0,7%	0,7%	-	0,7%	-	-
	DMT	0,7%	-	-	-	-	0,7%	0,7%
	DOB/DOC	4,1%	1,4%	2,8%	1,4%	1,4%	0,7%	-
	GHB	0,7%	-	0,7%	10,7%	-	-	0,7%
	Ketamina	3,4%	3,4%	1,4%	3,4%	2.1%	2,8%	1,4%
	LSD	35,2%	20%	18,6%	9%	12,4%	11%	19%
	MDMA	13,1%	6,2%	4,1%	4,9%	4,9%	6,9%	4,1%
Mescalina	0,7%	-	-	-	-	-	-	

Importa considerar que os sintomas encontrados nas diferentes SPA podem não estar diretamente relacionados apenas com essa SPA mas com o uso em simultâneo tendo em conta os policonsumos

existentes dentro desta população, que dificulta a tarefa de especificar a relação entre um sintomas e uma SPA isolada. É importante neste sentido ter em conta as frequências dos policonsumo, assim como quais as SPA que são utilizadas com maior frequência em simultâneo de forma a obter uma melhor compreensão em torno do padrão de sintomatologia de cada grupo de SPA (ver seção policonsumos). No entanto, esta análise foi-nos útil para compreendermos as diferenças entre os sintomas em cada grupo de SPA, assim como compreender as semelhanças existentes em torno de SPA em específico, como o *LSD*, o *MDMA*, o *cannabis* e o *DOC/DOB*, ou diferenças entre *cocaína* e *o speed*. Não sendo estes dados conclusivos ou generalizados devido às grandes diferenças no que respeita à amostra em torno de cada SPA em específico.

3.5 Qual a afluência e grau de exposição dos *visitors* ao *Kosmicare*?

Foram atendidas pelo KC um total de 177 situações correspondentes a 197 *visitors*. No que respeita a *hora de entrada* (n=187) dos *visitors* no KC 31% deram entrada entre a 00.00/05.59 da manhã, 24,1% entre as 06.00/11.59, 22,5% entre o 12.00/17.59 e também 22,5% entre as 18.00/23.59. Em que relativamente à hora de saída (n=102) encontramos 26,5% entre o 12.00/17.59, seguindo de 26,5% entre a 00.00/05.59, de 25,4% entre as 06.00/11.59, e finalmente 20,6% entre 18.00/23.59 (anexo 2.7). Os turnos que apresentaram maior afluência no que respeita à entrada (n=194) foram o C com 28,4%, seguindo o D e o A com 20,1%, o E com 16,5% e o B com 15%. Em relação ao turno de saída (n=147) encontramos maior prevalência no turno C com 27,9%, seguindo o turno A com 24%, o turno B com 17%, o turno D com 16,3%, e por fim o turno E com 15%. No que respeita o número de participantes por cada dia do festival (n=194), os dias em que ocorreu maior movimento foram no dia 1 (21,6%), seguido do dia 3 (18,6%), o 31 (16%) e do dia 2 (16%), correspondentes aos 4º, 5º, 6º e 7º dia do festival. Isto reflete para uma maior afluência alguns dias após se iniciar o festival, em que nos primeiros dias existe um menor número de casos que tende a aumentar consoante a passagem dos dias do festival, em que estes surgem com maior número a partir do dia 31 (4º dia do festival), com tendência a aumentar no dias seguintes à exceção do dia 2 (6º dia do festival) que apresenta menor frequência, voltando a aumentar no dia 3 (7º dia do festival) até haver uma descida significativa no dia 4 (8º e ultimo dia do festival) em que apenas deram entrada 2,6% dos *visitors*. Para obter melhor compreensão em torno dos dias de entrada e de saída dos *visitors* no KC os dados encontram-se disponíveis na totalidade nos anexos 2.8 e anexo 2.9.

O fato de o número de *visitors* com informação relativa a hora de saída e turno de saída ser menor com a hora de entrada e turno de saída é que muitas vezes o *visitor* abandonava o KC sem que ninguém desse por isso. No entanto com estes dados podemos verificar que a maior das situações foram recebidas durante o período noturno, e que algumas delas necessitaram mais que um turno para serem resolvidas, o que implica passagem de informações relativamente aos casos presentes na altura da transição entre os *visitors*, assim como discussão entre os membros da equipa e *team leaders* para

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

troca de informações relevantes e estado do *visitor* nas situações mais complicadas, em que por vezes permaneciam *sitters* de diferentes turnos a operar em simultâneo. Não foi possível especificar o número de horas que cada *visitor* permaneceu no KC devido à forma como os dados foram analisados não podendo assim os dados serem conclusivos em relação à afluência dos *visitors*.

3.6 Como foi feita a intervenção?

Tentámos compreender como foi realizada a intervenção, assim como as metodologias mais adequadas para os diferentes tipos de situações atendidas no KC. Para isso procuramos conhecer quais foram as estratégias utilizadas durante o processo terapêutico (intervenção), quais as etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de pedidos, assim como as estratégias utilizadas para cada tipo de sintomas.

3.6.1 Estratégias utilizadas no processo de intervenção

Nesta seção iremos apresentar as subcategorias relativas às estratégias de intervenção que obtiveram maior significância, no entanto estas possam ser visualizadas na totalidade no anexo 3, onde se encontra o sistema de categorias de forma detalhada incluindo todas as estratégias utilizadas durante o processo terapêutico.

Neste sentido no que respeita à subcategoria das estratégias *psicoterapêuticas* (n=132), a estratégia com maior relevo foi a *conversa* em que neste momento o *sitter* acompanhava o *visitor* num processo de *talk thought* adequado a uma situação de crise psicadélica caso a pessoa esteja demonstre abertura (a pessoa não se foca no problema mas deixa a pessoa em crise lidar com situação da sua maneira). Sendo este um momento em que a pessoa pode refletir em torno de aspetos traumáticos, transformando um momento de crise em um momento de oportunidade de resolução assim como de crescimento pessoal. Este processo pode ser realizado esclarecendo à pessoa que os sintomas são temporários e originados pela SPA tranquilizando-a, incentivando assim abertura para que esta resolva os sintomas de forma adequada (Grof, 2008). A *escuta ativa* em que esta é baseada numa abordagem não diretiva, holística através da aceitação e da procura de conhecer a pessoa sem julgar, oferecendo apoio e segurança fortalecendo a relação (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Destaca-se também a estratégia *garantir que está seguro* associado a situações que a pessoa se sente com insegurança/medo, sendo benéfico o desenvolvimento de uma relação securizante assim a existência de um ambiente adequado e confortável de forma a facilitar abertura à pessoa para lidar com os sintomas (Grof, 2008). A estratégia *incluir outros sitters* surge devido à diversidade de culturas e de SPA's existentes dentro da população, assim como da severidade dos casos, sendo por vezes necessário um *sitter* procurar um colega para auxiliar no processo terapêutico criando maior diversidade de metodologias para uma resolução mais adequada da situação. O *sentar*

junto em silêncio é uma estratégia utilizada quando o *visitor* não se encontrava aberto para partilhar dando suporte apenas com a sua presença em silêncio. Surge também a estratégia *incluir amigos/namorada(o)* nas situações em que o *visitor* se encontrava com outras pessoas e pedia a sua companhia, desta forma a pessoa sente maior segurança e familiaridade facilitando o processo terapêutico e a abertura (Grof, 2008). O *contato físico* sendo este abraçar, tocar, segurar as mãos encontra-se com o *encorajar a ir fundo na experiência*, em que ambos surgem quando existe uma relação de confiança estabelecida entre o *sitter* e o *visitor* possibilitando a oportunidade através do suporte emocional de uma abertura para a resolução dos sintomas (Grof, 2008). A estratégia *dar informação acerca de SPA*, presente na subcategoria das estratégias de *RRMD* (n=23) parece relacionar-se com estratégias anteriormente referidas como *conversa*, *garantir que está seguro*, em que estas podem atuar no estado de desconforto, medo, ansiedade e insegurança do *visitor* proporcionando um ambiente mais securizante.

Podendo estar também associados não só com a crise psicadélica mas com as condições adversas do festival, encontramos estratégias como *dar espaço para dormir e descansar* e *dar espaço securizante*, neste sentido era atribuído um espaço ao *visitor* confortável e agradável de forma a facilitar a experiência (Grof, 2008). Estas estratégias eram utilizadas também em situações de insolação, ferimentos, de cansaço extremo e em situações em que os *visitor* se encontrava desidratado e/ou desnutrido necessitando de atenção médica sendo utilizada também a estratégia *nutrir e hidratar* relativamente às estratégias *médicas*. Ao nível das estratégias *complementares* (n=24) destaca-se a *massagem* em que o *visitor* recebia uma massagem de forma a reduzir a tensão e proporcionar relaxamento. No entanto, houve também situações em que foi necessário recorrer ao uso de *medicação homeopática*, quando era necessário reduzir a intensidade dos sintomas presentes. No que respeita a estratégias *médicas* houve um número reduzido de situações que foi necessário *medicação*, assim como em situações em que era necessário ajuda médica havendo reencaminhamento para ou de os *paramédicos do hospital do Boom*.

Estes dados remetem para a diversidade de situações atendidas pelo KC, assim como a sua especificidade, dando resposta a situações que não se encontra prevista no plano geral de objetivos. Reflete também a importância do trabalho com outras entidade de forma a otimizar a sua eficácia na resolução das situações atendidas. Este aspeto é relevante também no que respeita a organização da equipa sendo esta organizada de forma a obter maior diversidade cultural, linguística e de metodologias apropriadas para lidar com as diferentes SPA e sintomas dentro desta população.

3.6.2 Etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de situações atendidas

Para obtermos conhecimento em torno das estratégias que foram utilizadas nas diferentes etapas de intervenção nos diferentes tipos de situações atendidas pelo KC, realizamos matrizes (anexo 4.3) que

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

cruzassem as subcategorias das estratégias, incluindo as *psicoterapêuticas* (C.1), as *logísticas* (C.3), as de *encaminhamento* (C.6), as *médicas* (C.2), as *complementares* (C.5), as de *RRMD* (C.4) e as *indefinidas* (C.7), com as subcategorias correspondentes às *etapas de intervenção* como *etapa inicial* (F.1), a *etapa de desenvolvimento* (F.2) e a *etapa final* (F.3). Este processo foi realizado para cada tipo de situação atendida.

De seguida iremos descrever quais os dados mais significativos podendo estes ser consultados na totalidade de forma detalhada na tabela 11.

Tabela 11. Processo de intervenção nos diferentes tipos de situações

Fase da intervenção	Estratégias	Tipos de crise					
		Dificuldade com uso intencional de SPA (n=147)	Dificuldade com uso não intencional de SPA (n=4)	Crise mental sem SPA (n=3)	Crise mental e SPA (n=8)	Crise pessoal sem SPA (n=8)	Não crise (n=7)
Fase inicial	Psicoterapêuticas	36,7%	25%	33,3%	50%	-	-
	Logística	24%	-	66,7%	37,5%	25%	14,3%
	Encaminhamento	19%	-	33,3%	2, X%	25%	-
	Médicas	15%	50%	-	37,5%	12,5%	14,3%
	Complementares	8,2%	-	-	-	-	-
	RRMD	3,4%	25%	-	-	-	-
Fase desenvolvimento	Psicoterapêuticas	76%	100%	100%	75%	50%	-
	Logísticas	57%	50%	100%	50%	100%	42,9%
	Médicas	28,6%	75%	33,3%	50%	37,5%	28,6%
	Complementares	15%	-	-	12,5%	-	-
	RRMD	12,2%	100%	-	12,5%	-	-
	Encaminhamento	8,1%	-	33,3%	12,5%	12,5%	-
Fase final	Psicoterapêuticas	11,6%	50%	33,3%	37,5%	25%	-
	Logísticas	8,8%	-	66,7%	37,5%	12,5%	-
	Médicas	3,4%	50%	-	-	-	-
	RRMD	-	25%	-	-	-	-
	Encaminhamento	0,7%	-	33,3%	-	-	-

No que respeita à *etapa inicial*, observamos a utilização das estratégias *psicoterapêuticas* com maior frequência na maioria das diferentes situações atendidas, à exceção da *crise pessoal sem uso de SPA* e às situações correspondentes às situações de *não crise*. Estratégias ao nível da *logística* e *encaminhamento* encontram-se também presentes na *fase inicial*, geralmente estas estavam relacionadas com questões de *dar um espaço para dormir ou descansar, roupa e agasalhos* ou situações relacionadas com *reencaminhamentos de outro local para o KC*. As estratégias

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

complementares encontram-se presentes apenas na *dificuldade associada ao uso intencional de SPA* na *etapa inicial*, assim como estratégias de *RRMD* apenas se encontram na *dificuldade associada ao uso não intencional de SPA*, em que provavelmente informar o *visitor* acerca da SPA's que tinha ingerido era uma das estratégias utilizadas num consumo acidental de forma ao *visitor* deter conhecimento das mesmas (Calafat & Juan 2003). No que respeita às estratégias *médicas*, estas encontram-se presentes, embora com menor frequência em todas as situações à exceção da *crise mental sem uso de SPA*, estando esta associada a estratégias como *nutrir e hidratar*. Em relação à *etapa de desenvolvimento* encontramos novamente as estratégias *psicoterapêuticas* em destaque, tendo sido utilizada em todos os tipos de situações à exceção das situações de *não crise*. Encontramos presentes em todo o tipo de situações estratégias *logísticas* e *médicas*, em que estas correspondiam a *dar um espaço securizante*, *dar espaço para descansar*, contando também com estratégias como *nutrir e hidratar*, assim como administração de *medicação* em situações limite. As estratégias de *RRMD* encontram-se presentes em todas as situações em que existiu um consumo de SPA, em que o *sitter* informa o *visitor* acerca dos sintomas das SPA, assim como seus efeitos explicando que estes são normais e apresentam uma duração tranquilizando a pessoa, aspeto relevante para gerar confiança de forma a possibilitar condições para o processo terapêutico (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Veríssimo, 2011). Relativamente à *etapa final* encontramos estratégias *psicoterapêuticas* embora com menor frequência em todo o tipo de situações à exceção da *não crise*, assim como *logísticas* excluindo a *dificuldade associado ao uso não intencional de SPA* e às situações de *não crise*.

Através deste dados podemos compreender quais as estratégias mais utilizadas nos diferentes tipos de situações atendidas pelo KC, assim como identificar quais as fases da intervenção em que é utilizado maior número de estratégias. Desta forma compreender como decorre o processo terapêutico relativamente às estratégias utilizadas ao longo das diferentes etapas nos diferentes tipos de situações atendidas. No entanto estes dados não podem ser conclusivos devido a diferença das frequências relativas ao tipo de situações atendidas.

3.6.3 Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas

De forma a obtermos conhecimento em torno das diferentes estratégias utilizadas em cada tipo de sintoma, foi solicitada uma matriz (anexo 4.4) que cruzasse as subcategorias relativas às *estratégias* incluindo as *psicoterapêuticas* (C.1), as *logísticas* (C.3), as *médicas* (C.2), as de *RRMD* (C.4), as de *encaminhamento* (C.6) e as *complementares* (C.5) com as subcategorias dos *sintomas*, contendo os *afetos e emoções* (B.3), a *atenção, consciência, alerta e atenção* (B.1), a *atividade motora* (B.4), o *conteúdo de pensamento* (B.6), os *indefinidos* (B.9), os de *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.2), as *funções fisiológicas* (B.5) e as *percepções e imagens mentais* (B.7).

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

De seguida iremos descrever quais as estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas com maior frequência, podendo estas serem analisadas de forma mais detalhada na tabela 12.

Tabela 12. Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas

Sintomas	Estratégias					
	Psicoterapêuticas	Logística	Médicas	RRMD	Encaminhamento	Complementares
Afetos e emoções (n=103)	80,6%	44,7%	26,2%	18,4%	15,5%	14,6%
Atenção, consciência, alerta e orientação (n=64)	71,9%	51,6%	32,9%	7,9%	31,2%	9,4%
Atividade motora (n=34)	73,5%	61,8%	26,5%	3%	32,6%	23,5%
Conteúdo de pensamento (n=32)	84,4%	43,8%	21,9%	12,5%	34,4%	9,4%
Indefinidos (n=42)	73,8%	28,6%	24%	12%	16,7%	4,8%
Forma de pensamento, linguagem e fala (n=35)	71,4%	57,1%	20%	11,4%	28,6%	8,6%
Funções fisiológicas (n=69)	55,1%	59,4%	37,7%	13%	21,7%	17,4%
Percepções e imagens mentais (n=15)	91,3%	53,3%	33,3%	26,7%	20%	13,3%

Neste sentido podemos observar que no que respeita às estratégias *psicoterapêuticas* estas encontram-se presentes em todos os tipos de sintomas com maior frequência à exceção dos sintomas relativos às *funções fisiológicas*, apresentando estes maior prevalência nas estratégias relacionadas com *logística*. Neste sentido foram utilizadas estratégias como *conversar, garantir que está seguro, escuta ativa e incluir outros sitters* em torno de sintomas relativos aos *afetos e emoções*, à *atenção, consciência, alerta e orientação*, ao *conteúdo de pensamento*, aos *indefinidos*, e às *funções fisiológicas*. É frequente também a presença de estratégias *logísticas* como *dar espaço para dormir e/ou descansar, dar espaço*

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

securizante ou *dar roupa e agasalhos* nos diferentes tipos de sintomas à exceção das *percepções e imagens mentais* que apenas contam com a utilização de estratégias *psicoterapêuticas*.

Encontramos nos sintomas relativos aos *afetos e emoções*, à *atenção, consciência, alerta e orienta*, na *atividade motora*, no *conteúdo de pensamento*, nos *indefinidos* e nas *funções fisiológicas* estratégias *médicas* relacionadas na maioria com *nutrir e hidratar* à exceção dos *afetos e emoções* em que também se encontra presente o uso de *medicação*. No que respeita às intervenções *complementares* estas encontram-se nos sintomas de *afetos e emoções*, na *atenção, consciência, alerta e orientação*, na *atividade motora* e nas *funções fisiológicas* utilizando a *medicação homeopática* ou a *massagem*. Com menos frequência encontramos o *encaminhamento* como estratégia presente em sintomas como *afetos e emoções*, à *atenção, consciência, alerta e orienta*, na *atividade motora*, no *conteúdo de pensamento* e *funções fisiológicas* correspondente a *sinalização por Boom staff, sugerir reencaminhamento ou paramédico hospital Boom*. Em relação a estratégias de *RRMD* estas apenas apresentam maior frequência em sintomas relativos aos *afetos e emoções e funções fisiológicas*.

3.7 Avaliação de resultados

3.7.1 Qual a eficácia das diferentes estratégias utilizadas nos *visitors*?

Para analisar os dados relativos ao impacto das diferentes estratégias nos *visitors* solicitamos uma matriz (anexo 4.5) que cruzasse as subcategorias correspondentes às estratégias como *complementares* (C.5), as de *encaminhamento* (C.6), as *indefinidas* (C.7), as de *logística* (C.3), as *médicas* (C.2), as *psicoterapêuticas* (C.1) e as de *RRMD* (C.4) com os atributos relativos à *resolução* incluindo *resolvido* (n=103), *não-resolvido* (n=9), *não se sabe* (n=52) e *interrompido* (n=9) (anexo 2.10). Foi pedida também uma matriz que cruzasse as mesmas categorias relativas às estratégias com as categorias dos *comportamentos do utente* nomeadamente os *colaborativos* (D.3), os de *bem-estar* (D.1), os de *oposição* (D.4), os de *uso de SPA's* (D.5), os *desajustados* (D.6), os de *pedidos* (D.2), os de *regresso ao KC* e os de *transgressões* (D.7).

No que respeita às estratégias *psicoterapêuticas* verificamos que 43,1% dos casos em que estas foram utilizadas foram resolvidos, havendo 4,7% de situações em que estas não foram resolvidas. Em algumas situações não foi possível determinar qual a resolução, essas correspondem a não se sabe apresentando uma percentagem de 15,7%. As situações correspondentes a interrupção do processo terapêutico correspondem a 3,5% dentro das estratégias *psicoterapêuticas*. Associadas a estas estratégias encontram-se com maior frequência comportamentos do *visitor* relativos a *bem-estar*, de *pedidos*, de *oposição* e *colaborativos*.

Relativamente às estratégias *logísticas* observamos que 29,4% das situações com uso desta estratégia foram resolvidas, em que 13,2% não se tem informação, 3,5% foram interrompidos e 2,5% não

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

resolvidos. Verificamos que esta se refletem em comportamentos do *visitor* como de *bem-estar*, de *pedidos*, de *oposição* e *colaborativos*.

Em relação às estratégias *medicas*, podemos observar que 21,3% das situações em que esta estratégia foi utilizada foram resolvidos, em que 0,5% das situações surgem como não resolvidas, havendo 5,6% correspondentes a não se sabe e 1,5% a interrompido. Encontramos associado a estas estratégias comportamentos no *visitor* relativos a *bem-estar*, de *pedidos* e de *regresso ao KC*.

As estratégias relativas ao *encaminhamento* surgem com menor frequência apresentando 10,2% de situações resolvidas com recurso a estas estratégias, 1% associados a não resolução do caso, 6,1%, em que não se sabe e 1% interrompido. Aqui os comportamentos apresentam também um padrão semelhante as estratégias anteriormente referidas como de *bem-estar*, de *pedidos* e de *oposição*.

As estratégias relativas à *RRMD* e às *complementares* foi encontrado um padrão diferente relativamente aos comportamentos do *visitor*, associados a *bem-estar*, *pedidos*, de *regresso ao KC* e *colaborativos*, apesar de estas estratégias surgirem com menor frequência. No que respeita à resolução, verificamos que 7,6% das situações foram resolvidas em que foram utilizadas estratégias *complementares* e 8,1% das situações com recurso a estratégias de *RRMD* foram resolvidas, ambas apresentam 1% relativamente à não resolução das situações. Encontramos apenas presente nas estratégias *complementares* situações em que o processo foi interrompido (1%). Observamos algumas diferenças relativamente à eficácia das estratégias da edição de 2010 em que estas associadas a questões de *logística* apresentam maior percentagem de resolução na edição de 2012, assim como no que respeita às estratégias de *encaminhamento*. Estes dados podem-se refletir na procura do programa trabalhar em conjunto com outros órgãos presentes no festival, de forma a melhorar a resposta às situações atendidas de forma multidimensional (articulando com Boom Staff, hospital do Boom, segurança, organização).

Na categoria dos *comportamentos do visitor* emergiu a necessidade de uma nova subcategoria associada a comportamentos *transgressivos* (danos a carros, fugas) assim como *desajustados* (andar nu, queres trabalhar no KC). Esta pode estar associada à possível adulteração que as SPA possam sofrer, que levam a um conjunto de efeitos diferentes das SPA original, refletindo a importância de um trabalho em conjunto com uma entidade que teste as SPA usadas, de forma a compreender essas alterações e que repercussões podem advir das mesmas para que possam ser desenvolvidas respostas eficazes (Vilamala, 2008).

Através destes resultados podemos verificar que a maioria das estratégias relevam-se eficazes na resolução das situações atendidas, em que a frequência das situações não resolvidas surgem com menor frequência à exceção das estratégias *psicoterapêuticas*, podendo este estar relacionado com esta apresentar maior frequência em relação às outras estratégias. Importa salientar também O número

de situações atendidas em que não foi possível determinar a resolução do processo terapêutico, por falta de informação, situações que o *visitor* abandonava o serviço sem que ninguém nota-se entre outros aspetos.

3.7.2 Qual a evolução da sintomatologia durante a intervenção?

Para compreender quais foram os sintomas presentes nas diferentes etapas de intervenção foi solicitada uma matriz (anexo 4.6) que cruzasse a categoria relativa aos *sintomas* incluindo os *afetos e emoções* (B.3), a *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.1), a *atividade motora* (B.4), o *conteúdo de pensamento* (B.6), os *indefinidos* (B.9), os de *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.2), as *funções fisiológicas* (B.5), a *memória* (B.8) e as *percepções e imagens mentais* (B.7) com as categorias respeitantes às *etapa de intervenção*, sendo estas a *etapa inicial* (F.1), a *etapa de desenvolvimento* (F.2) e a *etapa final* (F.3).

Como é apresentado na tabela 13, podemos verificar que nos sintomas relativos aos *afetos e emoções* relativos à *ansiedade*, ao *medo*, à *necessidade de partilhar* e à *agitação emocional* estes tendem a diminuir ao longo do processo terapêutico, em que este se situa com maior diferenciação entre a etapa inicial e a etapa final. O mesmo verificamos nos sintomas associados à *atenção, consciência, alerta e orientação* como a *confusão* e a *desorientação temporal* que também demonstram uma descida entre a *fase inicial* e a *fase final*. Este padrão tende a surgir nos sintomas associados à *atividade motora*, ao *conteúdo de pensamento*, à *forma de pensamento, linguagem e fala* e às *funções fisiológicas* em que a maioria apresentam uma maior frequência numa *fase inicial* superior à frequência existente na *fase final*. Neste sentido parece existir melhoria em torno desta sintomatologia ao longo do processo terapêutico, em que estes apresentam maior frequência numa fase inicial diminuindo ao longo das etapas de intervenção. No entanto este pode estar associado à entrada do *visitor* no KC quando se encontram sob os efeitos mais intensos das SPA, em que estes tendem a diminuir ao longo do tempo. Contudo através destes dados não podemos retirar resultados conclusivos em torno da resolução da situação.

Tabela 13. Evolução dos sintomas ao longo do processo terapêutico

Sintomas	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa Final
Afetos e emoções (n=103)	94,2%	84,5%	16,5%
Atenção, consciência, alerta e orientação (n=64)	86%	76,6%	18,8%
Atividade motora (n=34)	91,2%	75,5%	17,6%
Conteúdo de pensamento (n=32)	78,1%	71,9%	28,1%
Indefinidos (n=42)	60%	69%	35,7%
Forma de pensamento, linguagem e fala (n=35)	82,9%	71,4%	28,6%
Funções fisiológicas (n=69)	88,4%	78,3%	14,5%
Memória (n=8)	50%	75%	37,5%
Percepções e imagens mentais (n=15)	80%	86,7%	13,3%

Ao nível dos sintomas *indefinidos* encontramos um outro padrão de sintomatologia onde existe um aumento dos sintomas da *etapa inicial* principalmente relacionados com a recuperar de uma *experiência intensa o não se sente confortável no seu corpo e duvidas existências* para a *etapa de final*. No entanto verificamos a *dificuldade em estabelecer contato* surge com um aumento na *fase inicial* para a *fase de desenvolvimento* em que nunca *fase final* a presença deste sintoma é praticamente ausente. Este pode ser explicado por o momento da entrada do *visitor* no KC ser próximo à altura em que os efeitos mais intensos das SPA usadas atuam no *visitor*, em que geralmente acontece um aumento dos sintomas que com o suporte adequado para situações de crise apresentam tendência para diminuir o que acontece na *etapa final* relativo a este tipo de sintomas. Encontramos um padrão semelhante embora com menor frequência ao nível dos sintomas da *memória*. Relativamente às *percepções e imagens mentais* observamos uma descida significativa relativamente aos sintomas *alucinações visuais e alucinações auditivas*, em que estes são frequentes numa *fase inicial* e de *desenvolvimento* e ausentes numa fase final à exceção de uma situação relativa às *alucinações auditivas*.

3.7.3 Qual a percepção da satisfação dos *visitors* em relação ao serviço?

Para obtermos conhecimento em torno da percepção dos *visitors* em relação ao serviço do KC foram realizados dois tipos de análise referentes ao instrumento V.F.F., utilizando processo quantitativo e um processo qualitativo.

Neste sentido no que respeita à análise quantitativa esta correspondia à primeira parte do instrumento com o objetivo compreender a satisfação dos *visitors* em torno do grau de ajuda que os serviços prestaram perante a situação, relativamente ao espaço, à preparação do KC para lidar com as situações recebidas e em relação à equipa do KC. Estes são avaliados por uma escala de 1 até 5, correspondentes a *não sei/não digo, discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente*. Verificamos assim (anexo 2.11), que no que respeita à percepção em torno *ajudado pelo serviço* (n=125), encontramos 90,4% com respostas em torno de *concordo totalmente*, seguindo-se 9,6% em *concordo*. No que toca ao *espaço* (n=123) do KC observamos o item *concordo totalmente* com 74,8%, seguindo-se do *concordo* com 23,6%, presentes ainda 0,8% nos itens *discordo* e *discordo totalmente*. No que respeita à satisfação em torno da *preparação do KC* (n=125) contamos com 89,6% em *concordo totalmente*, seguindo-se do *concordo* com 10,4%. Relativamente à satisfação percecionada acerca da *equipa do KC* (n=125) constatamos que 83,2% dos *visitors* assinalada *concordo totalmente*, seguindo-se de *concordo* com 16% e com menor frequência *discordo totalmente* com 0.8%.

No que respeita à análise qualitativa foi criada uma categoria, que pode ser consultada na totalidade no anexo 3, com objetivo de analisar os comentários dos *visitors* deixados no momento em que estes abandonavam o KC. Neste sentido a categoria relativa à *satisfação* (n=69), apresenta subcategorias ao nível da *ajuda* relacionadas com *suporte*, *apoio*, *presença ao visitor* (“*eles abraçaram-me, tomaram conta de mim deram-me o amor e o espaço que necessitava*”), *facilitação numa experiência difícil*, ao *visitor sentir-se seguro* (“*a vossa paciência e a vossa atitude de aceitação foi bastante relaxante*”), *disponibilizar recursos*, sendo estas as perceções mais frequentes nesta subcategoria. Ao nível da *gradidão/contentamento com o serviço* (n=64) encontramos com maior frequência o *agradecer*, seguindo a *agradecer à equipa* (“*a equipa ajudou-me bastante*”), contando também com *gradidão pelo suporte* (23, X%). No que respeita à subcategoria *opinião*, esta apresenta comentários em torno da *necessidade no festival* por exemplo, “*é bom ter serviços como estes, torna o Boom um sítio melhor*”, da *equipa e funcionamento* como “*eu acredito que o trabalho que fazem é incrível*”, e também com maior frequência comentários em torno de *ajuda especializada*, referentes por exemplo “*salvaram a minha sanidade*”. Esta categoria conta ainda com uma subcategoria referente a *sugestões* em que o *visitor* faz uma sugestão em torno do KC, como “*casa de banho orgânica por favor*”, “*Kosmicare devia ir internacional*” ou “*comida fresca como fruta ajuda*”.

Através dos resultados obtidos tanto no que respeita à análise qualitativa como quantitativa, podemos verificar que a grande maioria do *visitors* apresenta um elevado grau de satisfação, aspeto relativo no que remete à avaliação de resultados que conta com o feedback dos participantes em torno da intervenção de forma a compreender a sua eficácia (Carvalho & Frango, 2010). Observamos também que no que respeita à análise qualitativa a existe também uma elevada frequência no que respeita aos comentários em torno de *gradidão*, *ajuda*, *suporte* e *ajuda indicada para lidar com este tipo de situações*, em que surge a necessidade de elementos profissionais e com conhecimentos em torno da crise psicadélica e uso de SPA's (Grof, 2008). No entanto verificamos também a existência de formulários sem informação principalmente no que respeita à zona destinada aos comentários, pois em muitas situações era dificultada a tarefa do preenchimento do formulário assim como em situações em que o *visitor* abandonava o KC sem qualquer informação de saída.

4 – Conclusões

Neste capítulo iremos sintetizar os principais resultados obtidos ao longo deste estudo assim como discutir as limitações relativas aos mesmos. Irão ser também sugeridas algumas implicações que este estudo apresente com maior relevância de forma a considerar futuras investigações em torno de avaliação de programas semelhantes.

Relativamente aos dados sociodemográficos verificamos que a maioria dos *visitors* apresenta uma faixa etária entre os 15 e os 24 anos, sendo a maioria do sexo masculino apesar de constar uma percentagem significativa de *visitors* do sexo feminino. Podemos observar que a maioria dos *visitors* provém de outros países, maioritariamente Europeus mas também de outros continentes. Neste sentido reflete-se a necessidade de uma equipa multidimensional com diferentes metodologias, idiomas assim como especificidades culturais de forma a responder a esta diversidade.

No que respeita ao padrão de uso de SPA o grupo dos psicadélicos surge com maior relevo principalmente no que respeita o *LSD* o *MDMA* e o *cannabis* indo este de encontro a estudos semelhantes (EMCDDA, 2006). Verificamos também que o *álcool* surge com bastante prevalência no que diz ao seu uso específicos, assim como a *ketamina* e o *speed*. No que respeita ao policonsumos o *LSD*, o *MDMA*, o *álcool* e o *cannabis* surgem como resultados mais significativos. Verificamos também que a maioria refere o uso de uma dose de uma SPA o que pode sugerir um momento de experimentação (Parker, Williams & Judith, 2002), existindo também uma frequência significativa relativamente a consumos de 3 ou mais doses, o que indica a necessidade de um programa de intervenção que dê resposta a estas problemáticas de forma a prevenir situações de crise com repercussões futuras/futuros consumos problemáticos (Soar, Turner & Parrot, 2006). Verificamos também que a maioria dos consumos são realizados durante a noite, sendo o contexto maioritariamente apresentado o *dance floor* e a companhia geralmente com amigos em que a estratégia utilizada é primariamente o método oral. No entanto estes dados encontram-se limitados devido à grande diferença entre as diferentes amostras, assim como a falta de dados, não sendo possível determinar que uma situação específica foi despoletada por um tipo de padrão de consumo específico, sendo pertinente aprofundar conhecimento em torno destas dimensões. Ainda ao nível das SPA constatamos também que sintomas como o *medo* e a *agitação emocional* encontram-se presentes em todos os *psicadélicos* à exceção do *GHB* e a *ketamina*, surgindo o *cansaço/exausto* transversal a todos os grupos de SPA, podendo este não ser derivado diretamente das SPA mas também das condições adversas do festival.

Analisando os diferentes tipos de situações atendidas pelo KC, verificamos que a maioria se encontra associada a uma *dificuldade associada ao uso de SPA intencional*, contando ainda com 4 situações relativas ao *uso não intencional de SPA*. Estas situações apresentam sintomas maioritariamente

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

relacionados com os *afetos e emoções*, como a *ansiedade*, o *medo*, a *agitação emocional* e a *necessidade de partilhar*, assim como sintomas ao nível do *conteúdo de pensamento* relativos à *paranoia*, o *delírio* e a *preocupação*, estando também associados sintomas relativos à *atenção*, *consciência*, *alerta e orientação* relativos a *confusão* e *desorientação pessoal, temporal e/ou espacial*. Encontra-se presente também um número significativo em torno das situações relacionadas com a *crise mental* em que o número e frequência dos sintomas apresentam maior relevância quando esta é associada ao uso de SPA aumentando o seu potencial de risco. Em algumas situações como podemos verificar (anexo 2.12) foi necessário proceder a evacuação do *visitor* para um hospital ou para junto da família (em situações limite), o que indica um possível melhoramento em torno da intervenção realizada nestas situações apesar de esta ser uma tarefa complicada devido a complexidade deste tipo de situações assim como o curto espaço de tempo em que ocorre a intervenção. Foram encontradas também situações relativas à *crise pessoal sem uso de SPA* em que estas geralmente apresentavam dificuldade fisiológicas como o *frio*, o *cansaço*, a *fraqueza* ou *desidratação*, salientando-se também sintomas como a *ansiedade*, o *nervosismo* ou *necessidade de partilhar*, em que neste tipo de situações o *visitor* procurava um espaço em que fosse possível restabelecer a sua condição física normal. Nas situações de *não crise* estas parecem semelhantes à *situação de crise pessoal sem uso de SPA's*, com a diferença dos sintomas a nível dos *afetos e emoções* não presentes neste tipo de situações contando apenas com dificuldades associadas às *funções fisiológicas* ou sintomas como *sonolência/letargia* e *desorientação espacial*, possivelmente relacionados com as condições do festival.

Relativamente à intervenção verificamos um maior recurso às estratégias *psicoterapêuticas*, em todas as etapas de intervenção assim como nos diferentes tipos de situações atendidas à exceção da *crise pessoal sem uso de SPA* e a *não crise*, em que nestas existe uma maior prevalência de estratégias ao nível *logístico* como *dar espaço para dormir ou descansar*, *dar agasalhos* e ao nível *médico* correspondente a *nutrir e hidratar*. Desta forma podemos compreender a necessidade de diversificar as estratégias utilizadas de forma a dar resposta aos diferentes tipos de situações atendidas em que estas diferem no que respeita às necessidades dos *visitors*. Verificamos também que as estratégias *psicoterapêuticas* encontram-se associadas a todos os tipos de sintomas encontrados, com exceção dos sintomas relativos às *funções fisiológicas* em que estes contam com utilização mais frequente de estratégias ao nível *logístico*. As estratégias *médicas* foram também utilizadas na intervenção maioritariamente sob a forma de *nutrir e hidratar* ou *apoio enquanto vomita*, em que houve recurso ao uso de *medicação* em situações limite principalmente no que respeita à *dificuldade associada ao uso intencional de SPA* e a *crise mental e uso de SPA*. Observamos uma variação na sintomatologia ao longo das diferentes *etapas de intervenção*, em que parece existir uma diminuição dos mesmos ao longo do tempo (mais frequentes na fase *inicial*, menos na *fase final*) à exceção dos sintomas *memória* e *percepções e imagens mentais*. Ao nível da resolução verificamos que a maioria das situações atendidas foram *resolvidas* havendo também um número de situações significativos em torno da falta

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

de informação relativa à resolução, no entanto não é possível determinar o número exato das horas/dias de permanência dos *visitors* no KC devido a forma de como os dados foram analisados, sendo esta uma das limitações deste estudo. Estes dados vão de encontro à categoria dos *comportamentos do visitor* em que esta apresenta maior frequência nos *comportamentos de bem-estar* podendo estar associado a uma resolução adequada da situação, no entanto importa ter em conta que este pode se encontrar presente nas diferentes *etapas de intervenção* não sendo apenas relativo à *etapa final*. Ainda no respeito a intervenção podemos observar que esta obtém *feedback* positivo no que respeita à percepção dos *visitors* em torno da satisfação, aspeto relevante na avaliação de programas, surgindo de forma a compreender se este vai de encontro às necessidades dos participantes (Carvalho & Frango, 2011). Neste sentido verificamos em torno da *satisfação* que a grande parte dos *visitors* demonstram *gratidão, contentamento com serviço*, assim como de *ajuda* e de *opinião* (geralmente felicitando aspetos positivos do KC), refletindo-se estes numa adequação do programa neste tipo de situações. No entanto importa considerar que dentro da população geral os dados obtidos em torno desta categoria demonstram-se insuficientes em que apenas 35% dos *visitors* contribuíram para o registo desses dados, sendo esta uma das limitações deste estudo.

Através deste estudo verificamos a necessidade assim como a dificuldade de estabelecer um modelo de intervenção dirigido a este tipo de situações devido à sua diversidade no que respeita às necessidades apresentadas, assim como sintomas presentes. A criação de um modelo de intervenção surge como uma tarefa difícil associado também a forma de como os dados foram analisados em que não se torna claro quais os sintomas associados a cada SPA em específicos, pois a mesma situação pode conter diferentes SPA não sendo possível determinar qual a SPA que está associada com um sintomas específico. Situação semelhante surge ao nível das estratégias em que a mesma estratégia utilizada pode estar associada a diferentes SPA assim como a diferentes sintomas, não sendo possível determinar qual é a estratégia que demonstra maior eficácia na resolução de um sintomas em específico ou de uma SPA. Neste sentido surge a necessidade de obter maior conhecimento em torno dos ambientes recreativos, assim como em relação à crise psicadélica, principalmente no que respeita a sua aplicação prática no desenvolvimento de programas adequados para responder a este tipo de situações. No entanto através destes resultados e estudos semelhantes (Bellis & Hughes, 2003), podemos identificar alguns padrões tanto no que respeita às SPA utilizadas e os seus policonsumos, assim como relativamente aos sintomas que podem ser encontrados neste tipo de situações e possíveis estratégias de resolução dos mesmos, sendo pertinente aprofundar esta temática através de relatórios e estudos em torno das diferentes edições realizadas, de forma a possibilitar um maior conhecimento assim como de desenvolver um modelo de intervenção de forma a prevenir possíveis perturbações mentais resultantes destes consumos assim como de proporcionar uma terapia adequada nas situações de crise em que estas se revelam limitadas em termos de duração.

Referências Bibliográficas

- Almeida, D., & Mourão, B. (2010). Avaliação de programas de prevenção das toxicodependências. *Toxicodependências*, 16, 78-88.
- Boeri, M., Sterk, C., Elifson, K. (2004). Rolling Beyond Raves: Ecstasy Use Outside the Rave Setting. *Journal of Drug Issues*, 34(4), 831-859.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bellis, M.A., Hughes, K. (2003). Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida noturna global: Global nightlife: a recreational drug use harm minimization. *Adicciones*, 15.
- Bernado, M. & Carvalho, M., (2012). O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses. El significado del uso de las drogas en el discurso de los jóvenes portugueses. *Health and Addictions/Salut y Drogas*, 12(2), 227-252
- Calado, V. (2007). Trance psicadélico, drogas sintéticas e paraísos artificiais. Representações: Uma análise a partir do ciberespaço. Obtido em Março de 2012, de www.idt.pt: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/artigo/VascoCalado.pdf>
- Calafat, A & Juan, M. (2003). *De la etiología a la prevención del uso y abuso de drogas recreativas*. Irefrea. Palma de Mallorca
- Carvalho, J., & Frango, P. (2010). *Programa de intervenção focalizada – Relatório Final. Ensaio para uma intervenção preventiva baseada em evidência científica*. [Focalized Intervention Program – Final Report. Essay for evidence-based preventive Intervention.]. Lisboa: IDT.IP.
- Carvalho, J., & Frango, P. (2011). *Intervenção Preventiva com Grupos Vulneráveis. A experiência do Programa de Intervenção Focalizada*. Instituto da Droga e Toxicoddependência. IDT, I.P.: Lisboa
- Carvalho, M. (2007). *Culturas juvenis e novos usos de drogas – o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Carvalho, M. C., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P., & Veríssimo, L. (2011). *Kosmicare 2010 Process Evaluation Report*. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Educação e Psicologia. Porto: Faculdade de Educação e Psicologia – UCP.
- Cruz, O., Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Toxicoddependências* [online], 16.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

EMCDDA. (2006). *Developments in recreational drug use in recreational settings*. Obtido em Março de 2012, de [ww.emcdda.europa.eu: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34883EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34883EN.html)

EMCDDA. (2010). *Relatório anual 2010: a evolução do fenómeno droga na Europa*. Obtido em 25 de 03 de 2013, de <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>

EMCDDA. (2013). *2013 Draft National Report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. "Portugal" New Developments, Trends and in-depth information on selected issues*. Reitox. Obtido em Maio de 2014 em <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index228487EN.html>

Fugas, J. (2012). *Mental State Exam Checklist: contribuição para a validação de um instrumento de avaliação do estado mental*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal.

Grof, S. (2008). Crisis intervention in situations related to unsupervised use of psychedelics. In S. Grof, *LSD Psychotherapy* (4thEd.; pp. 308-319). Santa Cruz –California: MAPS.

Hanson, W., Creswell, J., Clark, V., Petska, K. & Creswell, J. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224-235

IllBack, R., Zins, J., Maher, C., & Greenberg, R. (1990). An overview of principles and procedures of program planning and evaluation. In T.Gutkin, & C. Reynolds, *The handbook of school psychology*. (pp.799-820). Oxord: John Wiley and Sons.

Infante, C., Barrio, G., & Martín, E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, Vol 15.

Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. California: Brooks/Cole.

Karpetas, S. (2003). Ground Central Station at the Boom Festival: Creating a safe place for working with psychedelic crisis. MAPS, 2008, vol. 7, nº1.

Kroger, C., Winter, H., & Shaw, R. (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planner and evaluator*. EMCDDA (ed.). Obtido em 30 de 06 de 2011, de [http://www.emcdda.europa.eu/attachments.cfm/att_78087 EN manual1.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachments.cfm/att_78087_EN_manual1.pdf).

Lomba, L, Apóstolo, J. Mendes, Catarina de Campos, D. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Toxicodependências* [online]. vol.1.

- Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica
- Martínez, P., González, P., Ojanguren, B., & García, J. (2003). Evolución histórica del uso u abuso de MDMA. *Adicciones*, Vol. 15.
- Mojeiko, Valerie. (2007). Psychedelic emergency services: Report from Burning Man 2007. *MAPS*, Vol. 17, nº 3.
- NEWIP. (2013). *Tedi Trend Repport 3*. Obtido em Maio de 2014 em http://www.tediproject.org/uploads/trend_reports_file_1377412718.pdf
- NEWIP. (2013). *Tedi Trend Repport 4*. Obtido em Maio de 2014 em http://www.tediproject.org/uploads/trend_reports_file_1388103418.pdf
- Negreiros, J. & Magalhães, A. (2005). Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Nielsen, S., & Bettencourt, C. (2008). Kosmicare: creating safe spaces for difficult psychedelic experiences. *MAPS Bulletin* , 3, pp. 37-42.
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The normalization of ‘sensible’ recreational drug use. *Sociology* , 36,4, pp. 941-964.
- Pinto de Sousa, M. (2012). *Avaliação de um modelo de intervenção em crise no uso de substâncias psicoativas*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica, Porto, Portugal.
- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice – A guide for social science students and researchers* (pp. 12). London: Sage.
- Rodrigues, M. (2012). *Avaliação do estado mental em utentes de um projeto de intervenção em crise no uso de substâncias psicoativas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante não publicada, Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto.
- Rodrigues, T. (2013). *Avaliação dos resultados de um programa de intervenção em crise nos usos de SPA em ambientes recreativos – follow-up dos participantes do programa Kosmicare*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante não publicada, Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica do Porto.
- Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of qualitative research – understanding qualitative research*. Oxford: Oxford University Press.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Seabra, P., Negrão, R., Barbosa, S., & Massano, S. (2010). Programa de redução de riscos e minimização de danos em Torres Vedras – Avaliação e reflexões. *Toxicodependências* v. 16 n.2 Lisboa.

SICAD. (2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa* (relatório preliminar). Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. Obtido em Maio de 2014 em http://www.sicad.pt/BK/Lists/SICAD_NOVIDADES/Attachments/8/relatorio_preliminar.pdf

Silva, V. (2005). Techno, House e Trance. Uma Incursão pelas culturas da dance music. Obtido em Março de 2012, de [www.idt.pt: http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2005/3/2005_03_TXT6.pdf](http://www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2005/3/2005_03_TXT6.pdf)

Soar, K., Turner, J.J.D., & Parrott, A.C. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (3), pp. 417-424. British Association for Psychopharmacology.

Suárez, J., Tomás, E., & Tomás, M. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adiciones*, Vol 15

Vilamala, M. (2008). Energy Control: Harm Reduction with Drug Analysis at Boom Festival. *MAPS*. Vol. 18, nº3

Zinberg, N. *Drug, set, and setting. The basis for controlled intoxicant use*. Yale University Press. New Haven

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Anexos 1

Instrumentos

1.1 Form 1. Visitor Report/Arrival

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) _____

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

1.2 Form 3. Intervention

(On Arrival) Sitter: _____ Day: ___/___/___ Shift: _____:_____ Time: _____:_____

Part I - Detailed information regarding intervention

How did the visitor arrive at KC? Describe visitor's physical condition, psychological condition, presented symptoms and their severity, relevant/related medical history facts (mental or physical).

Please report interventions received by visitor in the order of their implementation. Kosmicare integrates a wide range of interventions. Therapeutic interventions include active listening, sitting with quietly, offering physical contact, accompanying visitor for a walk, physical restraint, aromatherapy, reiki, massage, listening to music, nurturing, hydrating, among others. Medical interventions include homeopathic intervention, allopathic intervention (psychiatrical and others) or other consultations. Social interventions include information, advising, offering logistical support, recommending the case to another service (inside or outside the festival), among others. Please describe visitor's condition, what has been done and how visitor reacted/effects. Use one full line per intervention.

Day/ Time/ Shift	Team Member:	Used strategies and visitors reactions/results

Part II - Signal how was visitor released		
Day/ Time/ Shift	Team Member:	Used strategies and visitors reactions/results

(More Form 3 sheets at Secretary!)

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Before leaving, please accompany the Visitor to the Secretary to fill in the Informed Consent and Satisfaction Report.

Thank You!

On his/her own	Escorted back to camping	To medics	To friends	To off-site medical or mental facility	Other (describe)
<p>Describe visitor's current psychological condition, current physical condition. Other comments (for e.g. visitor's verbalizations regarding the experience of KC):</p>					

1.3 Form 4. *Visitor* Feedback Form & Informed Consent

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

We want to make Kosmicare a better program that keeps on helping people going through difficult psychedelic experiences in the future. For this reason your feedback is of great interest to us! We ask you for your contribution to improve our services, by answering a few questions. Thank you for your collaboration!

Part I - The following items are related to your perception of Kosmicare Services.					
	Totally agree	Agree	Disagree	Totally Disagree	Don't know/Can't tell
1. I consider I have been helped by Kosmicare services.					
2. I consider Kosmicare's facilities (dome and surroundings) had all the appropriate conditions to satisfy my needs during my stay.					
3. I consider Kosmicare had well prepared efficient staff to help me deal with my situation.					
4. I consider Kosmicare's staff was helpful, caring and available to satisfy my needs during my stay.					
5. Please feel free to comment on any aspect(s) related to your experience at Kosmicare.					

Part II - Informed Consent

We have scientific research going on that will help us increase knowledge on substance use and psychedelic emergency and crisis. For this reason, information regarding your stay at Kosmicare is of great importance for us. All data collected are totally anonymous and confidential and we would benefit a lot from your contribution by agreeing to the use of such data for research purposes. Please signal and sign below:

YES: _____ *I have been informed and understood the objectives of Kosmicare Research Project and I agree to the use of information*

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Anexo 2

Estatísticas descritivas

2.1 Número de SPA consumidas

Nº SPA's	Total	
	N	%
Total (N=197)		
1	94	60,6%
2	26	16,8%
3	16	10,3%
4	10	6,5%
5	8	5,2%
Sem informação	25	
N válido	197	

2.2 Policonsumos das SPA específicas

	MDMA	LSD	Álcool	Cannabis	Ketamina	Cocaína	Speed	2CB	Pó branco
LSD	18								
Álcool	12	16							
Cannabis	10	15	11						
Ketamina	5	3	4	2					
Cocaína	5	4	6	2	2				
Speed	7	3	1	2	3				
2CB	1	3	2		3	1			
Cogumelos	1				1	1	1	1	
DOB/DOC	1	2	2	1		1			
Agonistas	2	2	1				2		1
Heroína		1	1		1			1	
DMT	1	1		1	1				
GHB	1		1	1		1			
Inibidor 18D	1	1	1			1			
<i>Energy ball</i>	1		1	1					
Pó branco	2						1		
Cafeína	2	2		2					
Fármacos	2	3		3					
Ibogaína		1		1					
<i>Ballon</i>		1						1	
Metanfetaminas			1						
Changa		1							

2.3 Quantidades das SPA

Quantidades	Totais	
(N=197)	N	%

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Por peso		
De 100mg a 249mg	6	4,1%
De 250mg a 499mg	7	4,8%
Mais de 500mg	7	4,8%
Sem informação	10	
N válido	145	
Por dose		
De ½ a 1 dose	42	29%
De 1 a 2 doses	17	11,7%
De 2 a 5 doses	10	6,9%
Mais de 5 doses	2	1,4%
Sem informação	10	
N válido	145	

2.4 Vias de consumo utilizadas

Vias de consumo	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Oral	71	85,4%
Fumado	17	20,5%
“Cheirar”	13	15,7%
Injetado	1	1,2%
Sem informação	72	
N válido	83	

2.5 Contextos de consumo

Contextos de consumo	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Temporal		
Noite	37	35,6%
Tarde	31	29,8%
Manhã	19	18,3%
2 dias atrás	8	7,7%
Ontem	7	6,7%
1 semana atrás	1	1%
Todo o festival	1	1%
Sem informação	51	
N válido	104	
Espaço		
<i>Dance floor</i>	14	13,7%
<i>Boom</i>	8	7,7%
Acampamento	5	4,8%
Autocarro	1	1%
Galeria de arte	1	1%
Praia	1	1%
Sem Informação	51	
N válido	104	
Companhia		
Com amigos	62	59,7%
Sozinho	5	4,8%
Com estranhos	1	1%
Sem informação	51	
N válido	104	

2.6 Situações atendidas (tipos de crise)



2.7 Horas de entrada e saída dos *visitors*

Afluência dos <i>visitors</i>	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Hora entrada		
00.00/05.59	58	31%
06.00/11.59	45	24,1%
12.00/17.59	42	22,6%
18.00/23.59	42	22,6%
Sem informação	10	
N válido	187	
Hora saída		
00.00/05.59	27	26,5%
06.00/11.59	26	25,5%
12.00/17.59	28	27,5%
18.00/23.59	21	20,2%
Sem informação	95	
N válido	102	

2.8 Afluência nos diferentes dias do festival

Afluência dos <i>visitors</i>	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Dia chegada		
28	5	2,6%
29	14	7,2%
30	29	15%
31	32	16,5%
1	42	21,6%
2	31	16%
3	36	18,6%
4	5	2,6%

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Sem informação N válido	3 194	
Dia de saída		
28	4	2,8%
29	10	6,9%
30	16	11%
31	29	20%
1	35	24,1%
2	23	15,9%
3	26	18%
4	2	1,4%
Sem informação N válido	52 145	

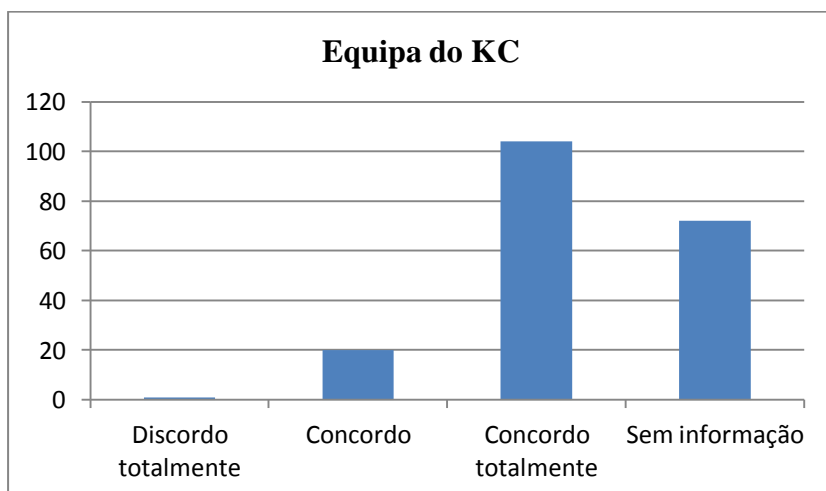
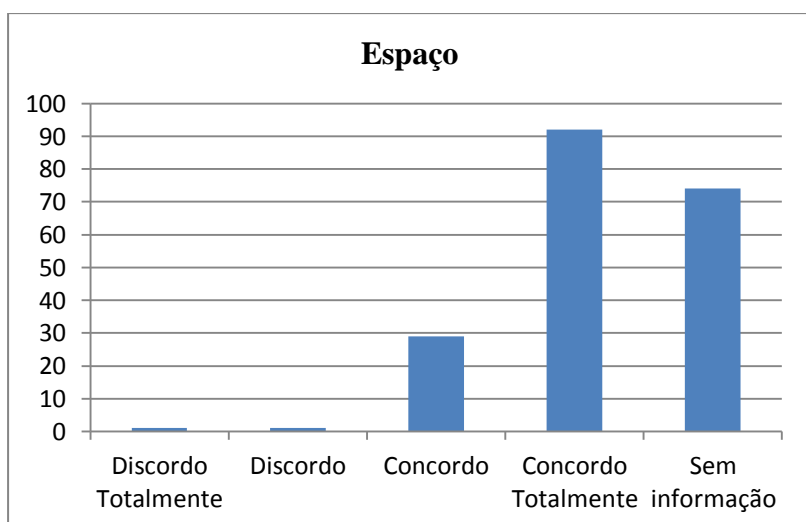
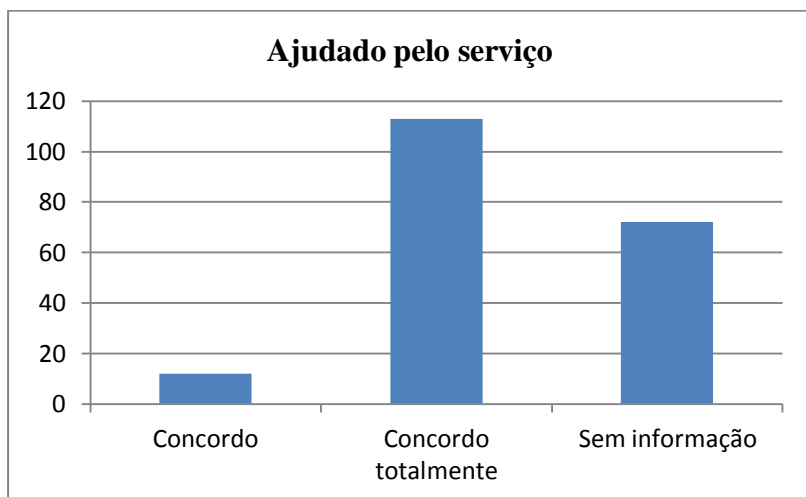
2.9 Turnos da equipa

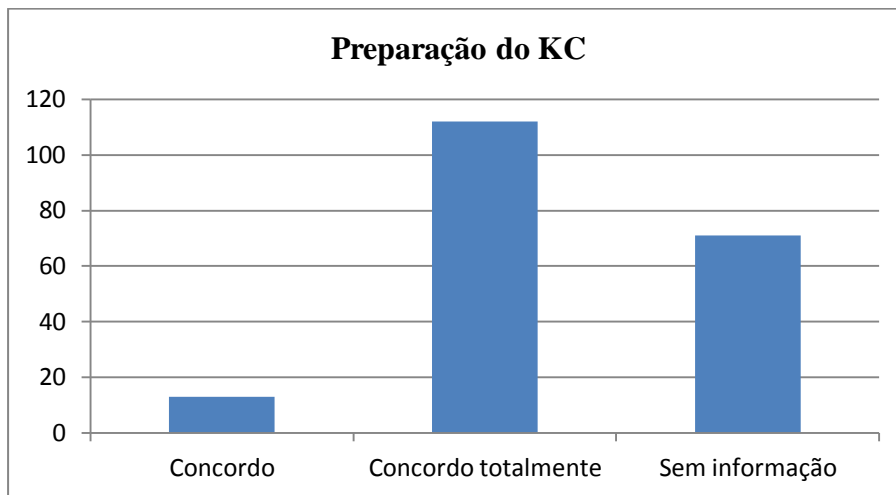
Turnos dos KC	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Turno entrada		
A	39	20,1%
B	29	15%
C	55	28,4%
D	39	20%
E	32	16,5%
Sem informação N válido	3 194	
Turno saída		
A	35	23,9%
B	25	17%
C	41	28,3%
D	24	16,3%
E	22	15%
Sem informação N válido	50 147	

2.10 Resolução das situações atendidas

Resolução	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Resolvido	103	59,5%
Não resolvido	9	5,2%
Não se sabe	52	30%
Interrompido	9	5,2%
Sem informação N válido	24 173	

2.11 Satisfação dos *visitors*





2.12 Entrada/saída do *visitor*

Entrada e saída do <i>visitor</i>	Totais	
	N	%
Total (N=197)		
Chegada do <i>visitor</i>		
KC team	31	17%
Médicos	12	6,6%
Amigos	63	34,6%
Por ele(a) próprio(a)	54	30%
Outro	22	12,1%
Sem informação	15	
N válido	182	
Saída do <i>visitor</i>		
Por ele(a) próprio(a)	62	64,6%
Escoltado de volta ao acampamento	6	6,3%
Para junto de amigos	24	25%
Para médicos ou hospital	1	1%
Outro	3	3,1%
Sem informação	101	
N válido	96	

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Anexo 3

Sistema de Categorias

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Categoria	Subcategorias		Fontes N=(X)	Fontes (%)	
A. Padrões de consumo (165)	A.1 Contexto (104)	A.1.1 Companhia (67)	A.1.1.1 Com amigos	62	
			A.1.1.2 Com estranhos	1	
			A.1.1.3 Sozinho	5	
		A.1.2 Espaço (31)	A.1.2.1 Acampamento	5	
			A.1.2.2 Airfort	1	
			A.1.2.3 Autocarro <i>Boom</i>	1	
			A.1.2.4 <i>Boom</i>	8	
			A.1.2.5 <i>Dance floor</i>	14	
			A.1.2.6 Galeria de arte	1	
			A.1.2.7 Lagoa	1	
			A.1.2.8 Praia	1	
		A.1.3 Temporal (87)	A.1.3.1 Manhã	19	
			A.1.3.2 Tarde	31	
	A.1.3.3 Noite		37		
	A.1.3.4 2 dias atrás		8		
	A.1.3.5 1 semana atrás		1		
	A.1.3.6 Ontem		7		
	A.1.3.7 Todo o Festival		1		
	A.2 Quantidade (145)	A.2.1 Peso (19)	A.2.1.1 de 100mg a 249 mg	6	
			A.2.1.2 de 250 a 499 mg	7	
			A.2.1.3 mais de 500g	7	
		A.2.2 Por dose (65)	A.2.2.1 de metade a 1	42	
			A.2.2.2 de 1 a 2 doses	17	
			A.2.2.3 de 2 a 5 doses	10	
			A.2.2.4 mais de 5 doses	2	
	A.2.3 Não se sabe		89		
	A.3 SPA's (155)	A.3.1 Depressores (39)	A.3.1.1 Agonistas de opiáceos	5	
			A.3.1.2 Álcool	32	
			A.3.1.3 Fármacos de prescrição	3	
			A.3.1.4 Heroína	1	
		A.3.2 Estimulantes (20)	A.3.2.1 Anfetaminas	1	
			A.3.2.2 Cafeína	2	
			A.3.2.3 Cocaína	7	
A.3.2.4 Metanfetaminas			1		
A.3.2.5 Speed			9		
A.3.3 Psicadélicos (145)		A.3.3.1 2CB	6		
		A.3.3.2 AMT	1		
		A.3.3.3 Cannabis	38		
		A.3.3.4 Cogumelos	5		
	A.3.3.5 DMT	1			
	A.3.3.6 DOB/DOC	7			
	A.3.3.7 GHB	1			

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

		A.3.3.8 Ketamina	12	
		A.3.3.9 LSD	90	
		A.3.3.10 MDMA	41	
		A.3.3.11 Mescalina	1	
	A.3.4 Indefinidos (10)	A.3.4.1 <i>Ballon</i>	1	
		A.3.4.2 Changa	1	
		A.3.4.3 <i>Energy ball</i>	1	
		A.3.4.4 Ibogaína	1	
		A.3.4.5 Inibidor 18D	1	
		A.3.4.6 Pó branco	4	
		A.3.4.7 Pó de smart shop	1	
	A.4 Vias de consumo (83)	A.4.1 Oral	71	
		A.4.2 Fumado	17	
		A.4.3 Cheirado	13	
		A.4.4 Injetado	1	

Categoria	Subcategorias		Fontes (N=X)	Fontes (%)	Unidades de registo	Descrição	
B. Sintomas	B.1 Atenção, consciência, alerta e orientação (64)	B.1.1 Alteração da alerta (21)	B.1.1.1 Alheado	10		"Parecia que estava noutra mundo."	A pessoa está alheada, sem prestar atenção a nada.
			B.1.1.2 Hipervigilância	2		"Tentamos convence-la que o carro presente não tinha nada a ver com ela."	Atenção exagerada a um determinado estímulo.
			B.1.1.3 Não responsivo	11		"Adormecido e amnésico, completamente desorientado."	O <i>visitor</i> não reage a estímulos ou tentativa de contato ou comunicação.
		B.1.2 Alteração da consciência (44)	B.1.2.1 Confusão	28		"Ele estava confuso."	Alteração da clareza e coerência do pensamento, dando-se a lentidão perceptiva, desorientação e alteração da atenção e concentração.
			B.1.2.2 Inconsciência	14		"Fomos busca-lo ao <i>dance floor</i> , estava inconsciente."	Falta de reação e atenção ao ambiente.
			B.1.2.3 Sonolência e letargia	5		"Muito sonolenta, confusa, revirando os olhos com discurso muito confuso."	Apatismo, lentificação e sonolência, mas desperto. Se fala, articulação é quase sempre deficiente o tónus muscular está diminuído, etc.
			B.1.3 Alteração da orientação (22)	B.1.3.1 Desorientação espacial	18		"Não sabia onde estava."
		B.1.3.2 Desorientação pessoal		19		"Não sabia o seu nome."	O <i>visitor</i> tem problemas em saber quem é, os amigos e/ou situações familiares.
		B.1.3.3 Desorientação temporal		12		"Não sabia o que tinha tomado nem quando."	O <i>visitor</i> encontra-se desorientado no tempo.
		B.2 Forma pensamento linguagem e fala (35)	B.2.1 Alteração da linguagem (7)	B.2.1.1 Disartria	3		"Ele articulava algumas palavras e sons que não conseguia compreender."
	B.2.1.2 Discurso lentificado			3		"Comunicou bem, de forma arrastada, mas com sentido."	Discurso é perceptível, entanto apresentação lentificado e tónus diminuído.
	B.2.1.3 Não fala, mas compreende o que é dito			1		"Ele não fala mas compreende o que lhe digo."	O <i>visitor</i> não é capaz de comunicar verbalmente mas compreende o que lhe é dito.
	B.2.2 Alteração na forma de pensamento (29)		B.2.2.1 Falar em <i>loop</i>	1		"Fala em <i>loop</i> palavras que expressam o mesmo."	O <i>visitor</i> falar em <i>loop</i> , em torno dos mesmo temas de forma repetitiva, não respondendo a perguntas.
			B.2.2.2 Fuga de ideias,	5		"Discurso descarrilado."	As ideias sucedem-se com rapidez, embora com

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

		descarrilamento			conexões imprecisas, confusas.	
		B.2.2.3 Incoerência	7	"Não tem um discurso coerente."	O discurso não é inteligível, unem-se palavras arbitrariamente sem haver uma conexão adequada entre elas.	
		B.2.2.4 Ligado	20	"Ela esta a <i>trippar</i> , mas está bem."	O <i>visitor</i> encontra-se em <i>trip</i> . Sensação viajante derivado de uma SPA's consumida.	
B.3 Afetos e emoções (103)	B.3.1 Afetos (56)	B.3.1.1 Agressividade	8	"O R. estava no chão, sujo, violento."	O <i>visitor</i> está agressivo.	
		B.3.1.2 Angústia	1	"Ele estava irritado, mas não muito."	Forte sensação de insegurança, falta de humor, ressentimento e dor.	
		B.3.1.3 Culpa	4	"Sente-se culpado por ter arruinado o festival aos amigos."	O <i>visitor</i> apresenta sentimentos de culpa em relação a alguma episódio da sua vida, que ainda não foi capaz de ultrapassar.	
		B.3.1.4 Deprimido	5	"Tem tendência para deprimir e ansiedade."	O <i>visitor</i> está deprimido.	
		B.3.1.5 Desconfiado	4	"Está um pouco desconfiado em relação a mim."	O <i>visitor</i> desconfia de toda a gente ou de pessoas específicas sem qualquer fundamento.	
		B.3.1.6 Evitante	7	"Difícil estabelecer contato com ele."	O <i>visitor</i> rejeita e/ou evita qualquer tipo de contato.	
		B.3.1.7 Fechado	4	"Ela não responde às questões que são colocadas."	O <i>visitor</i> está pouco comunicativo e fechado em si mesmo.	
		B.3.1.8 Ideação suicida	1	"Ele disse que queria morrer."	O <i>visitor</i> apresenta pensamentos de suicídio.	
		B.3.1.9 Inconformado	1	"Ele continua a falar da forma como o trataram."	Atitude de não-aceitação ao que se está a passar consigo.	
		B.3.1.10 Insegurança	4	"Perguntou-me se era perigoso."	O <i>visitor</i> sente-se inseguro.	
		B.3.1.11 Necessidade de partilhar	13	"Precisava companhia para conversar."	O <i>visitor</i> necessita de partilhar os seus sentimentos com outra pessoa.	
		B.3.1.12 Sofrimento	11	"Recorda momentos doloroso do passado."	O <i>visitor</i> sente dor e/ou infelicidade.	
		B.3.1.13 Vergonha	3	"Sentiu-se envergonhado."	O <i>visitor</i> sente vergonha.	
		B.3.2 Emoções (82)	B.3.2.1 Abandonado	1	"Amigos abandonaram-no e perdeu-se."	O <i>visitor</i> sente-se abandonado.
	B.3.2.2 Agitação emocional		19	"Estava muito agitada emocionalmente."	O <i>visitor</i> apresenta agitação emocional.	
	C.3.2.3 Alegria patológica, euforia		4	"Gesticula, eufórica."	Alegria que não corresponde às circunstâncias da pessoa e é desapropriada. Estado de ânimo expansivo.	
	B.3.2.4 Ansiedade		41	"Ele estava bastante ansioso."	Estado de temor e preocupação, que se acompanha de sintomas psicofisiológicos característicos de hiperatividade dos sistema nervoso vegetativo.	
	B.3.2.5 Choro		9	"Ela chora muito."	O <i>visitor</i> chora.	
	B.3.2.6 Desespero		1	"Ela continua a repetir que precisa de	O <i>visitor</i> está desesperado.	

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

				ajuda."	
	B.3.2.7 Grito	2		"Gritando, recusando ajuda."	O <i>visitor</i> grita.
	B.3.2.8 Incontinência afetiva	6		"Desafios emocionais. Muito emotiva."	Ausência de controlo da experiência afetiva. Não consegue dominar as suas emoções que surgem rápida e intensamente.
	B.3.2.9 Medo	33		"Sentiu-se com medo ao olhar para os amigos."	O medo pode ter a ver com a duração da <i>trip</i> , medo que esta nunca mais acabe e que permaneça naquela condição para sempre, medo de perder o controlo, medo de certos estímulos externos, medo de ficar louco, medo de morrer, etc.
	B.3.2.10 Nervosismo	7		"Um pouco ansioso e nervoso."	O <i>visitor</i> está nervoso.
	B.3.2.11 Pânico	2		"Ele estava completamente em pânico."	O <i>visitor</i> sente pânico.
	B.3.2.12 Raiva	2		"Estava bastante zangado com os amigos."	O <i>visitor</i> apresenta emoções de raiva.
	B.3.2.13 Solidão	2		"Contente, mas sentia-se sozinho e ansioso."	O <i>visitor</i> sente-se sozinho.
	B.3.2.14 Tristeza	4		"Ela sente-se triste."	O <i>visitor</i> demonstra tristeza.
	B.3.2.15 Vazio	1		"Ele sente-se emocionalmente vazio."	O <i>visitor</i> , experiência a sensação de vazio.
B.4 Atividade motora (34)	B.4.1 Comichão em parte do corpo	1		"Sentia comichão no braço."	O <i>visitor</i> sente comichão numa parte do corpo.
	B.4.2 Contração muscular	3		"Ele revira-se e contrai o corpo."	É um processo fisiológico característico das fibras musculares que corresponde a capacidade de gerar tensão com a ajuda de um neurónio motor.
	B.4.3 Dificuldade em andar	9		"Tem problema nas costas que dificultam o seu andar."	O <i>visitor</i> apresenta dificuldade em caminhar devido um ferimento ou condição.
	B.4.4 Espasmos	2		"Braços e as pernas apresentam espasmos."	Contração involuntária de um músculo, ou conjunto de músculos ou órgão.
	B.4.5 Gesticular	1		"Gesticular."	O <i>visitor</i> gesticula de forma desorganizada e fora contexto.
	B.4.6 Hipercinesia, agitação e/ou inquietude	10		"As pernas moviam-se constantemente. Não parava quieta."	Movimento constante e incapacidade de permanecer sentado e parado.
	B.4.7 Incapacidade em se manter de pé	9		"Necessita de ajuda para se deslocar até ao <i>tippy</i> ."	O <i>visitor</i> é incapaz de se manter de pé sem auxílio.
	B.4.8 Movimentos	3		"Movimentos repetitivos das luzes."	O <i>visitor</i> apresenta um tipo de movimento constante

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

	repetitivos				e repetitivo.
	B.4.9 Movimentos dissociados	6		"Com movimentos súbitos e inesperados."	O <i>visitor</i> realiza múltiplos movimentos aos mesmo tempo, aleatoriamente.
	B.4.10 Parte do corpo adormecida	1		"Mãos adormecidas."	O <i>visitor</i> apresenta uma parte do corpo adormecida.
	B.4.11 Revirar os olhos	1		"Revira os olhos."	O <i>visitor</i> revira os olhos.
B.5 Funções fisiológicas (69)	B.5.1 Cansaço e/ou exausto	26		"Exausto devido à privação de sono."	O <i>visitor</i> está cansado ou exausto.
	B.5.2 Comportamento sexual desajustado	1		"Entrou no KC a dar beijos e a <i>flirtar</i> com homens e mulheres."	O <i>visitor</i> apresenta comportamentos sexuais desajustados, tentando tocar inapropriadamente.
	B.5.3 Desidratação	7		"Demos água e sais minerais para a desidratação."	Ocorre quando o corpo do <i>visitor</i> não tem água suficiente para realizar funções normais. Ela pode ser leve e causar sintomas como fraqueza, tontura, fadiga, etc.
	B.5.4 Desnutrido	4		"Não comia nada desde ontem."	O <i>visitor</i> não se alimenta à bastante tempo.
	B.5.5 Dores	9		"Chegou a chorar com muitas dores nas costas."	O <i>visitor</i> tem dores física ou psicológicas.
	B.5.6 Ferido	6		"Ele está ferido no pé!"	O <i>visitor</i> está ferido fisicamente.
	B.5.7 Fraqueza	8		"Ele estava fraco."	O <i>visitor</i> está fraco fisicamente.
	B.5.8 Frio	6		"Ele estava frio e quase inanimado."	O <i>visitor</i> tem frio.
	B.5.9 Insolação	5		"Ficou especada a dançar para o sol o dia todo."	Ocorre quando há uma exposição exagerada a um ambiente muito quente e seco, aumentando a temperatura corporal.
	B.5.10 Insónia	9		"Ele chegou porque não conseguia dormir há 3 dias."	Dificuldade em dormir ou manter o sono.
	C.5.11 Náusea, vômitos	14		"Tem vômitos e diarreia."	O <i>visitor</i> vomita e/ou sente náuseas.
	B.5.12 Perda de visão	1		"Ele diz que não consegue ver nada."	O <i>visitor</i> refere não conseguir ver.
	B.5.13 Reage a estímulos dolorosos	2		"Reage apenas a estímulos primários."	O <i>visitor</i> reage apenas a estímulos doloroso aplicados externamente.
	B.5.14 Sudorese excessiva	3		"Estava a suar muito e pouco responsivo."	Produção e eliminação de suor excessiva.
	B.5.15 Taquicardia	7		"Sentia-se ansiosa por ter o ritmo cardíaco acelerado."	O <i>visitor</i> apresenta ritmo cardíaco acelerado.
	B.5.16 temperatura corporal elevada	4		"Atingiu uma temperatura corporal muito elevada e desmaiou."	O <i>visitor</i> apresenta uma temperatura corporal elevada, como febre, causado pelo sol, falta de água, etc.
	B.6.1 Delírio	15		"Apresenta também delírios."	O <i>visitor</i> apresenta pensamento delirantes, geralmente em torno de poderes sobrenaturais, alteração da

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

B.6 Conteúdo de pensamento (32)	B.6.2 Dúvida		1	"Não sabia o que sentia."	forma como perceciona o mundo exterior. O <i>visitor</i> apresenta uma dúvida em relação a um tema.
	C.6.3 Paranoia		10	"Tinha bastantes perguntas acerca do que as pessoas achavam dele."	O <i>visitor</i> apresenta um discurso paranoico, geralmente em torno de que alguém o persegue, que é observado, etc.
	B.6.4 Perturbado		8	"Muito perturbado."	O <i>visitor</i> encontra-se perturbado.
	B.6.5 Preocupação		9	"Estava preocupado com a possibilidade de ser homossexual."	O <i>visitor</i> apresenta preocupação por em tema específico.
B.7 Percepções e imagens mentais (15)	B.7.1 Alucinações auditivas		9	"Tinha a sensação que tinha o amigo na cabeça."	Sensação de estímulo auditivo quando inexistente.
	B.7.2 Alucinações visuais		11	"Tinha visões e alucinações com a morte."	Sensação de estímulo visual quando inexistente.
	B.7.3 Efeito <i>slow motion</i>		1	"Sentia que estava tudo em <i>slow motion</i> ".	Sensação alterada do movimento.
	B.7.4 Sensação alterada do toque		1	"Sensação alterada do toque de pele."	O <i>visitor</i> experiência uma sensação alterada ao toque.
	B.7.5 <i>Flashbacks</i>		1	"Chegou a dizer que tinha <i>flashbacks</i> ."	O <i>visitor</i> experiência eventos passados mentalmente.
B.8 Memória (8)	B.8.1 Amnésia		8	"Não se lembrava das ultimas 4 horas da sua <i>trip</i> ."	Incapacidade de recordar informação.
B.9 Indefinidos (42)	B.9.1 Pessoa sente não estar aqui		1	"Tinha a sensação do que a que rodeava não era real."	O <i>visitor</i> sente não estar no momento e contexto presente.
	B.9.2 A recuperar de uma experiência intensa		18	"Teve uma experiência intensa e partilhou bastante. Ainda está a processar."	O <i>visitor</i> estar a recuperar de uma experiência intensa com SPA's.
	B.9.3 Ameaça matar-se e/ou matar todos		2	"Ameaçando matar-se e matar todos."	O <i>visitor</i> apresenta ameaças de que se vai matar e/ou matar todos.
	B.9.4 Ataque de pânico		5	"Ele descreve sintomas de ataque de pânico."	O <i>visitor</i> experiência um ataque de pânico.
	B.9.5 Comportamento obsessivo compulsivo		2	"Tem antecedentes de depressão e comportamento obsessivo compulsivo."	O <i>visitor</i> apresenta um antecedentes obsessivo compulsivo.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

B.9.6 Dificuldade em estabelecer contato		9	"Não consigo estabelecer contato com Z."	O <i>visitor</i> não estabelece qualquer tipo de contato.
B.9.7 Dúvidas existências		3	"Ele questiona acerca de perguntas existenciais."	O <i>visitor</i> apresenta dúvidas existências, como quem sou, etc.
B.9.8 Fala sozinho		1	" <i>Visitor</i> estava a falar sozinho."	O <i>visitor</i> fala sozinho.
B.9.9 Não se sente confortável no corpo		1	"Começou a sentir-se desconfortável no seu corpo."	O <i>visitor</i> não se sente confortável no corpo.
B.9.10 No chão e /ou sujo		2	"Muito sujo e molhado."	O <i>visitor</i> encontra-se no chão e/ou sujo.
B.9.11 Sente que vai morrer		3	"Ela pensava que ia morrer."	O <i>visitor</i> sente que vai morrer.
B.9.12 Abstinência ou tratamento		2	"Abstinência de ópio."	O <i>visitor</i> encontra-se na fase de abstinência de uma SPA's.

Categoria	Subcategoria		Fontes (N=X)	Fontes (%)	Unidades de registo	Descrição
C. Estratégias de intervenção (162)	C.1 Psicoterapêuticas (132)	C.1.1 Acompanhamento próximo, vigilância	4		"Permaneceu todo o dia no KC, observada com vigilância, pois os delírios foram-se mantendo."	O <i>visitor</i> necessita de uma monitorização próxima de forma a não se prejudicar a ele mesmo ou outros.
		C.1.2 Aconselhar a descansar	9		"Encorajei-a a dormir, o que ela o fez durante toda a noite."	O <i>sitter</i> aconselha o <i>visitor</i> a descansar.
		C.1.3 Avaliação	14		"Vi a sua pulsação e confirmei se tínhamos contato via rádio caso fosse necessário ajuda médica."	O <i>sitter</i> avalia o tipo de situação e o tipo de cuidados que requer.
		C.1.4 Contato físico	17		"Toque, abracei-o e confortei-o de que os efeitos iriam passar."	O <i>sitter</i> utiliza contato físico, como abraçar, tocar ou segurar as mãos do <i>visitor</i> .
		C.1.5 Contenção	5		"Teve que ser enrolado em lençóis e contido."	O <i>sitter</i> contém o <i>visitor</i> fisicamente para o proteger ou proteger outros.
		C.1.6 Conversar	74		"Sentei-me junto do <i>visitor</i> e conversamos acerca do espírito do festival e também sobre a sua <i>trip</i> ."	Conversar é uma estratégia que difere consoante o tipo de situação. As temáticas podem ser em torno de informar acerca de experiência psicadélicas, aconselhar a parar de lutar contra os sintomas e o processo do corpo, explicar que os efeitos são derivados das SPA's e são normais, assim como explicar o que

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

				pode ter originado a situação, como privação de sono, as SPA's, a duração dos seus efeitos. Pode ser também mencionados aspetos relacionados com a história de vida do <i>visitor</i> .
C.1.7 Encorajar a ir fundo na experiência	17		"Incentivei-a a expressar as suas emoções, conectar-se com elas e exprimi-las."	O <i>sitter</i> encoraja o <i>visitor</i> a explorar profundamente o que a experiência lhe está a proporcionar sem medo.
C.1.8 Escrever e/ou desenhar	5		"Ele decidiu escrever tudo o que se passava dentro dele, o que ajudou."	O <i>sitter</i> encoraja o <i>visitor</i> a escrever/desenhar para que possa expor os seus sentimentos.
C.1.9 Escuta ativa	47		"Ouvimos a sua história até ele adormecer."	A escuta ativa é uma estratégia em que o <i>sitter</i> se limita a ouvir o <i>visitor</i> (o conteúdo geralmente está relacionado com a trip, amigos, etc.)
C.1.10 Exercícios de respiração	10		"Fizemos exercícios de respiração."	O <i>sitter</i> ajuda o <i>visitor</i> a fazer exercícios de respiração para diminuir a sua ansiedade.
B.1.11 Informar	4		"Falei com ele e expliquei o que estávamos a fazer."	O <i>sitter</i> explica ao <i>visitor</i> os procedimentos e o que está a ser feito de forma a conter a sua ansiedade ou outros sintomas.
C.1.12 Garantir que está seguro	40		"Tentamos fazer com que ele Mante-se a calma, garantindo que está seguro."	O <i>sitter</i> garante ao <i>visitor</i> que se encontra num sítio seguro e que vão tratar dele.
C.1.13 Incluir amigos	32		"Os amigos estavam sempre junto dela e a pouco e pouco ficou mais calma."	O <i>sitter</i> inclui amigos ou companheiros no processo terapêutico para que o <i>visitor</i> se sinta mais seguro
C.1.14 Incluir outros <i>sitters</i>	40		"Consultou-se o psiquiatra sob forma de facilitar encontro com família."	O <i>sitter</i> inclui outro terapeuta no processo terapêutico de forma a otimiza-lo com o trabalho de diferentes estratégias específicas, também situações em que houve dois os mais terapeutas no processo.
C.1.15 Incluir outros <i>visitors</i>	2		"Ele relacionou-se bem com outro <i>visitor</i> e falaram."	O <i>sitter</i> inclui outros <i>visitors</i> no processo terapêutico devido a empatia estabelecida entre eles, ajudando-se mutuamente.
C.1.16 Levar o utente a passear	7		"Caminhamos e falamos durante algumas horas."	O <i>sitter</i> leva o <i>visitor</i> a caminhar à volta do KC ou do festival.
C.1.18 Mostrar disponibilidade	15		"Sentei-me junto dela e dei-lhe o meu apoio."	O <i>sitter</i> mostra-se disponível.
C.1.19 <i>Visitor</i> quer ficar sozinho	2		"O <i>visitor</i> quer ficar sozinho para organizar os seus pensamentos e emoções."	Por vezes o <i>visitor</i> demonstra necessidade de privacidade em que deixando-o sozinho um tempo ajuda a manter a calma e organizar os seus pensamentos.
C.1.20 Reunião de	2		"Em reunião de coordenação	A reunião de equipa acontece quando era necessário

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

	equipa			decidiu-se telefonar à família."	realizar a tomada de decisão em torno dum caso em conjunto.
	C.1.21 Seguir o <i>visitor</i>	5		"Eu segui-a durante 40 min, enquanto andava sem destino."	O <i>sitter</i> segue o <i>visitor</i> quando este quer estar sozinho e resolve andar pelo exterior do KC.
	C.1.22 Sentar junto em silêncio	36		"Apenas me sentei junto a ele em silêncio."	O <i>sitter</i> dá suporte ao <i>visitor</i> permanecendo apenas junto dele em silêncio.
	C.1.23 Técnicas de relaxamento	15		"Ele está a fazer exercícios de relaxamento."	O <i>sitter</i> utiliza estratégias que visam acalmar e relaxar o <i>visitor</i> .
	C.1.24 Tentar contato/comunicar	9		"Tentei contato, muito perturbado."	O <i>sitter</i> tenta estabelecer contato com o <i>visitor</i> em que este parece evitante/não responsivo.
	C.1.25 Terapia centrada no cliente	2		"Terapia centrada no cliente."	A terapia centrada no cliente é uma estratégia humanista que direciona toda a sua abordagem no utente.
C.2. Médicas (58)	C.2.1 Apoio enquanto vomita	3		"Estar junto dele, ajudar a vomitar, vomitou várias vezes."	O <i>sitter</i> dá suporte físico ao <i>visitor</i> enquanto este vomita, segurando a cabeça, limpar, etc.
	C.2.2 Baixar temperatura corporal	5		"Estivemos a molhá-la com panos molhados para diminuir a temperatura e com aloe-vera."	O <i>sitter</i> procura estratégias que ajudam a baixar a temperatura corporal do <i>visitor</i> quando esta se encontra elevada
	C.2.3 Medicação	11		"Foram administradas 4mg de Loperamide and 1 Doralite."	O <i>sitter</i> recorre ao uso de medicação.
	C.2.4 Nutrir e hidratar	47		"Dei-lhe sumo, bolachas e fruta."	O <i>sitter</i> providencia comida ou bebida ao <i>visitor</i> .
C.3 Logísticas (97)	C.3.1 Acompanhar <i>visitor</i> ao acampamento	7		"Acompanhei-o até à tenda na zona de campismo."	O <i>sitter</i> acompanha o <i>visitor</i> até ao acampamento quando este o solicita ou quando não o consegue fazer por si.
	C.3.2 Ajudar a encontrar amigos, tenda, objetos.	6		"Ela precisava de ajuda para encontrar a mala e a tenda."	O <i>sitter</i> ajuda o <i>visitor</i> a encontrar amigos, objetos, tenda, etc.
	C.3.3 Contatar organização	1		"Foi contactado o <i>car park</i> para resolver a situação."	Quando é necessário o KC realizar contato com alguma parte da organização do <i>Boom</i> para lidar com uma situação.
	C.3.4 Contato com família	2		"Pedi o telefone para contatar a família."	Situação em que é necessário que o KC ou o <i>visitor</i> contate família.
	C.3.5 Dar espaço para dormir e/ou descansar	69		"Nós oferecemos um espaço para dormir."	O <i>sitter</i> providencia um espaço onde o <i>visitor</i> possa descanar ou dormir.
	C.3.6 Dar espaço securizante	34		"Construímos confiança para que ela se sintasse segura."	O <i>sitter</i> providencia um espaço securizante para que o <i>visitor</i> se possa acalmar, reduzir ansiedade, relaxar.
	C.3.7 Dar mensagem de um amigo	1		"Quando ela acordar telefona à S."	O <i>sitter</i> assegura os amigos do <i>visitor</i> que o avisam que eles estiveram no KC.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

	C.3.8 Dar roupa ou agasalhos	16	"Ofereci-lhe um cobertor."	O <i>sitter</i> providencia roupa ou agasalhos ao <i>visitor</i> .
	C.3.9 Escoltado até família	2	"Escoltado até à família."	Situações em que o KC organiza o encontro do <i>visitor</i> com a família.
	C.3.10 Evacuar para hospital	1	"Chamou-se paramédicos que decorreram com a evacuação."	Situações em que o KC encaminhava situações para o hospital.
	C.3.11 Informar que amigos está no KC	3	"Avisou que o amigo estava a dormir no <i>tippy</i> ."	Situações em que o KC informa os amigos do <i>visitor</i> que este se encontra no serviço.
	C.3.12 Levar ao WC	10	"Acompanhei-o até ao WC."	O <i>sitter</i> acompanha o <i>visitor</i> ao WC.
	C.3.13 Limpeza e higiene pessoal	3	"Limpei-lhe o olho e dei-lhe gotas."	O <i>sitter</i> ajuda no <i>visitor</i> a limpar-se.
	C.3.14 Transporte	4	"A equipa foi chamada pela produção a deslocar-se ao Intermarche."	Situações em que o KC transportava o <i>visitor</i> .
C.4. RRMD (23)	C.4.1 Dar informação acerca de SPA's	23	"Expliquei-lhe os efeitos do <i>space cake</i> para compreender o que se estava a passar com ela."	O <i>sitter</i> dá informação acerca das interações e dos efeitos das SPA's com o intuito de tornar o <i>visitor</i> mais consciente e consequentemente reduzir os danos associados ao consumo.
	C.4.2 <i>Pill-test</i>	1	"Eu disse-lhes para irem a tenda de <i>NEWIP</i> para testarem o que tinham consumido."	O <i>sitter</i> aconselha o <i>visitor</i> a testar a SPA para verificar se estas foram adulteradas com outro tipo de substância que possam justificar reações atípicas.
C.5 Complementares (24)	C.5.1 Dar sais minerais	3	"Deu-se água e sais minerais para a desidratação."	O <i>sitter</i> recorre ao uso de sais minerais.
	C.5.2 Dar tampões para ouvidos	1	"Dei-lhe tampões para os ouvidos."	O <i>sitter</i> proporciona tampões para os ouvidos.
	C.5.3 Massagens	7	"Massagem nas costas e no pescoço."	O <i>sitter</i> faz uma massagem ao <i>visitor</i> .
	C.5.4 Medicação homeopática	16	"Intervenção homeopática."	É administrada medicação homeopática.
	C.5.5 Musicoterapia	1	"Ouvimos música em conjunto."	O <i>sitter</i> usa a música como recurso para ajudar o <i>visitor</i> a ter uma experiência mais agradável.
	C.5.6 Ritual com Palosanto	1	"Ritual com Palosanto."	O <i>sitter</i> recorre ao uso de Palosanto para relaxar o <i>visitor</i> .
C.6 Encaminhamento	C.6.1 Hospital <i>Boom</i>	6	"O KC foi chamado para auxiliar um doente no hospital."	Situações transferidas do hospital do <i>Boom</i> para o KC, e também em que o KC prestava ajuda no hospital.
	C.6.2 <i>Boom staff</i>	17	"H. chegou com seguranças."	Quando um <i>visitor</i> chegava ao KC através da equipa do <i>Boom</i> .
	C.6.3 <i>NEWIP</i>	1	"Ele veio da tenda da <i>NEWIP</i> ."	Quando <i>visitor</i> era encaminhado pela tenda de <i>NEWIP</i> .
	C.6.4 Participantes do festival	5	"Estava inanimado, encontrado por uma pessoa no festival."	Quando o <i>visitor</i> chegava através de outro participante festival.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

	C.6.5 Sugerir encaminhamento para KC	8	"Foi trazido por um membro do KC, um pouco desorientado."	Situações que o <i>visitor</i> é encontrado por um membro do KC fora do espaço do serviço, quando este acha pertinente ser ajudado.
C.7 Indefinidas (4)	C.7.1 Ficar apenas com <i>sitters</i> do mesmo sexo.	2	"Agressivo sexualmente, ficou apenas na companhia de <i>sitters</i> do sexo masculino."	Situações em que era necessário que o <i>visitor</i> permanecesse apenas com <i>sitters</i> do mesmo sexo.
	C.7.2 Levar ao restaurante	1	"Pediú-nos para irmos com ela até ao restaurante."	O <i>sitter</i> leva o <i>visitor</i> até ao restaurante.
	C.7.3 Partilhar cigarros	1	"Pediú companhia para conversar e fumar um cigarro."	O <i>sitter</i> faz companhia ao <i>visitor</i> enquanto fuma um cigarro.

Categoria	Subcategorias	Fontes (N=X)	Fontes (%)	Unidades de registo	Descrição
D.1. De bem-estar (124)	D.1.1 Agradecer	34		"Abandona o KC, bastante melhor e relaxado, sem ansiedade e grato pela ajuda."	O <i>visitor</i> demonstra agradecimento perante o suporte do KC.
	D.1.2 Apresentar crítica	2		"Sente-se bem, mas cansado e diz precisar tempo para integrar a experiência. Tenciona regressar para falar mais um pouco."	O <i>visitor</i> é capaz de se posicionar criticamente acerca do seu estado mental, físico e psicológico.
	D.1.3 Boa condição física e psicológica	31		"Estável a nível físico e psicológico, um pouco cansado com a experiência mas pronto para sair."	O <i>visitor</i> apresenta uma condição física e/ou psicológica estável.
	D.1.4 Boa disposição	10		"Ela estava muito comunicativa e contente por ter tido ajuda."	O <i>visitor</i> demonstra estar contente e feliz.
	D.1.5 Calmo	32		"Ela estava calma, lúcida e consciente. Sentia-se esclarecida e contente."	O <i>visitor</i> está calmo, tranquilo e relaxado, melhoria dos sintomas.
	D.1.6 Capacidade de integrar a experiência	21		" <i>Visitor</i> sentia-se contente e satisfeito, foi até ao <i>dancefloor</i> ter com os amigos e continuou a experiência sozinho."	O <i>visitor</i> apresenta uma capacidade adequada para lidar com a experiência.
	D.1.7 Coerente	10		"Ela sentia-se bem, comunicativa, discurso coerente."	O <i>visitor</i> revela coerência entre discurso e comportamentos.
	D.1.8 Comunicar	29		"Deixei-o falar acerca do que se passava. Ele recorda memórias dolorosas do passado."	O <i>visitor</i> demonstra interesse em comunicar com <i>sitter</i> .
	D.1.9 Demonstra contentamento	27		"A equipa ajudou-me bastante. Deram toda a sua energia, com muito amor e paciência."	O <i>visitor</i> demonstra contentamento perante a ajuda dada pelo KC.
	D.1.10 Dormir e/ou descansar	47		"Foi dormir para o <i>tippy</i> . Acordou mais contente."	O <i>visitor</i> permanece no KC a dormir e/ou descansar.
	D.1.11 Estável	40		"Falamos com ele até o tranquilizar e quando se sentiu melhor abandonou o serviço."	Quando o <i>visitor</i> já não apresenta sintomas, está compensado e integrado.
	D.1.12 Orientado	22		"Acordou perto das 16.45h completamente"	O <i>visitor</i> demonstra recuperar

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

D. Comportamentos (138)			orientado."	orientação após experiência.	
	D.1.13 Partilha	13	"Ela estava interessada na experiência e sente necessidade em partilhar o que fez e o que sente."	O <i>visitor</i> demonstra interesse em partilhar a experiência.	
	D.1.14 Recuperar consciência	17	"Ele estava calmo, consciente e desperto."	O <i>visitor</i> recupera consciência após ter estado num estado inconsciente.	
	D.1.15 Responsivo	12	"Refletimos acerca de diferentes pontos de vista, Sua reação foi bastante positiva, mostrando-se recetivo às propostas oferecidas."	O <i>visitor</i> está responsivo em relação à ajuda dada pelo KC.	
	D.1.16 Sentir-se confiante	8	"Ele estava bem, nós ajudamos e tomamos conta dele até sentir de novo confiança para abandonar o KC."	O <i>visitor</i> recupera a confiança em si após uma situação complicada.	
	D.1.17 Sentir-se seguro	12	"Estava muito contente por ter estado no KC, sentiu-se seguro e protegido do do "mundo exterior".	O <i>visitor</i> recupera sensação de segurança.	
	D.1.18 Sorrir	3	"Sentimento forte, com uma cara sorridente."	O <i>visitor</i> está sorridente ou da gargalhadas.	
	D.2 Pedidos (46)	D.2.1 Pede agasalhos	2	"Ele deitou-se e pediu alguns cobertores."	O <i>visitor</i> pede roupa ou agasalhos.
		D.2.2 Pede água e/ou comida	4	"Ele pediu algo para comer e beber."	O <i>visitor</i> pede água e/ou comida.
		D.2.3 Pede ajuda	6	"Falou com alguém do <i>staff</i> , pediu ajuda e foi trazida para o KC."	O <i>visitor</i> pede auxílio ao KC ou outras entidades.
		D.2.4 Pede descanso	17	"Ele estava confuso e precisava descansar. Pede apenas um sitio para dormir."	O <i>visitor</i> pede um espaço para dormir e/ou descansar.
		D.2.5 Pede medicação	3	"Ela ficou ansiosa e começou a pedir comprimidos para dormir."	O <i>visitor</i> pede medicação.
		D.2.6 Pede falar com com psiquiatra	1	"Ele queria falar com um psiquiatra."	O <i>visitor</i> pede para falar com um psiquiatra.
		D.2.7 Pede privacidade	1	"Pediu para irem sozinhos para o <i>tippy</i> ."	O <i>visitor</i> pede privacidade.
		D.2.8 Pedir companhia	4	"Pede que o acompanhemos à <i>healing area</i> ."	O <i>visitor</i> pede companhia.
		D.2.9 Pedir contato físico	1	"Ele precisava de um abraço."	O <i>visitor</i> pede contato físico.
		D.2.10 Pedir informação	3	"Ele estava interessado no KC, veio por curiosidade."	O <i>visitor</i> dirige-se ao KC para pedir informação.
		D.2.11 Pedir para conversar	14	"Ele veio à procura de alguém para falar acerca de diversos problemas, desafios e tomada de decisão."	O <i>visitor</i> pede algum para conservar.
D.3 Colaborativos (9)			"Ela tinha dificuldade em andar, mais bastante simpática e cooperativa."	O <i>visitor</i> colabora no processo terapêutico, dando informação, aceita medicação, confia na equipa.	
D.4 De oposição		13	"Difícil de comunicar, ele não disse nada desde que chegamos ao KC."	O <i>visitor</i> apresenta comportamentos de oposição em relação à intervenção,	

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

(13)					como recusa em falar, recusa medicação oferece, resistência.
D.5 De uso de SPA's (2)		2		"Passado um tempo ele foi fumar um "charro" e regressou um pouco agitado para falar mais um pouco."	O <i>visitor</i> consome uma SPA enquanto se encontra no espaço do KC.
D.6 Desajustados (6)		6		"Veio com o <i>staff</i> do <i>Boom</i> muito confusa, agitada e perturbando as outras pessoas no festival, completamente nua."	O <i>visitor</i> apresenta comportamentos que perturbam o espaço e/ou equipa e/ou outros <i>visitors</i> .
D.7 Regresso ao KC (10)		10		"Sentiu que foi uma experiência inspiradora na sua vida, voltou depois para mostrar a sua gratidão contentamento."	O <i>visitor</i> regressa ao KC, após ter abandonado o serviço, para continuar com o processo terapêutico, agradecer ou responder aos questionários.
D.8 Transgressões (6)		6		"Foi encontrada pelos seguranças do <i>Boom</i> , danificando os carros que se encontravam no parque."	O <i>visitor</i> apresenta comportamentos transgressivos e/ou postura violenta.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Categoria	Subcategoria	Fontes (N=X)	Fontes (%)	Unidades de registo	Descrição	
E. Satisfação dos visitors (69)	E.1 Ajuda (27)	E.1.1 Complicações fisiológicas	1		"Tinha diarreia e problemas de estomago."	O <i>visitor</i> sente ajuda em resolver complicações fisiológicas.
		E.1.2 Disponibilizar recursos	13		"Os tampões para o ouvidos ajudaram bastante."	O KC dispões recursos aos <i>visitor</i> de forma a auxiliar a terapia (tampões para ouvidos, cobertores, almofadas, etc.)
		E.1.3 Estratégias de <i>coping</i>	9		"Sem a vossa ajuda não seria possível lidar com a experiência."	O <i>sitter</i> ajuda o <i>visitor</i> a desenvolver estratégias de <i>coping</i> adequadas para lidar com a situação.
		E.1.4 Facilitação numa experiência difícil	25		"A minha estadia aqui transformou uma experiência má numa aprendizagem."	O <i>sitter</i> ajuda o <i>visitor</i> especificamente durante uma situação de crise facilitando a sua resolução de uma forma adequada.
		E.1.5 Sentir-se seguro	22		"Senti-me muito seguro e protegido."	O <i>visitor</i> sente segurança transmitida pelo espaço/equipa.
		E.1.6 Suporte a amigos do <i>visitor</i>	3		"Muito contente por o KC estar aqui para me ajudar e especialmente ajudar o meu amigo."	O KC dá suporte a amigos de um <i>visitor</i> (resolução da crise, mensagens, logística, etc.).
		E.1.7 Apoio/presença/ suporte ao <i>visitor</i>	43		"Muito contente por ter tido a ajuda e o suporte que precisava."	O <i>visitor</i> sente que o KC o apoiou/ajudou numa situação difícil (resolução de crise, expor emoções, presença, ajuda nos efeitos após a <i>trip</i> , etc.).
	E.2 Gratidão/ contentamento com o serviço	E.2.1 A equipa	30		"A equipa ajudou-me bastante".	O <i>visitor</i> agradece e/ou demonstra contentamento em relação à equipa.
		E.2.2 Agradecer	60		"Muito obrigado".	O <i>visitor</i> agradece o serviço disponibilizado.
		E.2.3 Com funcionamento	36		"É boa a existência de um local assim."	O <i>visitor</i> demonstra satisfação em relação ao funcionamento do KC.
		E.2.4 O espaço	15		"Espaço tranquilo."	O <i>visitor</i> demonstra satisfação em relação ao espaço do KC.
		E.2.5 Pelo suporte	23		"Muito contente por ter tido ajuda e o suporte que precisava."	O <i>visitor</i> demonstra satisfação e/ou contentamento em relação ao suporte recebido.
	E.3 Opinião (40)	E.3.1 Ajuda especializada	23		"Ajudaram-me de uma forma profunda."	O <i>visitor</i> refere ter tido um suporte indicado para a sua situação.
		E.3.2 Equipa e funcionamento	18		"Acredito que o trabalho que fazem é incrível."	O <i>visitor</i> apresenta uma opinião em relação ao funcionamento e/ou à equipa.
		E.3.3 Necessário no festival	23		"Folgo em saber que existe um espaço assim num festival."	O <i>visitor</i> refere a importância de um serviço como este num festival.
		E.3.4 Recursos	5		"Uma estadia muito boa num <i>tippy</i> muito bonito."	O <i>visitor</i> apresenta uma opinião em relação ao espaço e aos recursos do KC.
	E.4 Sugestão (8)		8		"Casa de banho orgânica por favor."	O <i>visitor</i> apresenta uma sugestão em relação à equipa, espaço funcionamento e/ou logística do KC.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Categoria	Subcategoria	Fontes (N=X)	Fontes (%)	Descrição
F. Etapas de intervenção (161)	F.1 Etapa inicial	154		Chegada do <i>visitor</i> ao KC.
	F.2 Etapa de desenvolvimento	153		Fase de desenvolvimento da intervenção.
	F.3 Etapa final	107		Momento em que o <i>visitor</i> abandona o KC.

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Anexo 4

Matrizes

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

4.1 Características específicas dos diferentes tipos de crise

	Afetos e emoções	Atenção, consciência, alerta e orientação	Atividade motora	Conteúdo de pensamento	Específicos	Forma de pensamento, linguagem e fala	Funções fisiológicas	Memória	Percepções e imagens mentais
Dificuldade com uso intencional de SPA's	85	51	32	24	34	31	53	6	12
Dificuldade com uso não intencional de SPA's	4	3	0	2	2	1	3	0	2
Crise pessoal sem uso de SPA's	6	4	1	1	2	1	4	0	1
Crise mental sem uso de SPA's	3	1	0	2	2	1	2	1	0
Crise mental e uso de SPA's	5	3	1	3	2	1	2	1	0
Não crise	0	1	0	0	0	0	4	0	0

4.2 Matriz Sintomas nas diferentes SPA's

Sintoma vs SPA's	Afetos e emoções	Atenção consciência, alerta e orientação	Atividade motora	Conteúdo de pensamento	Indefinidos	Forma de pensamento, linguagem e fala	Funções fisiológicas	Memória	Percepções e imagens mentais
Agonistas Opiáceos	1	2	1	1	1	1	2	0	0
Álcool	16	14	12	6	9	5	13	1	4
Fármacos de prescrição	1	1	1	0	0	0	0	0	1
Heroina	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Anfetaminas	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Cafeína	1	0	1	1	0	0	1	0	0
Cocaína	3	2	2	0	1	1	3	0	1
Metanfetaminas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Speed	4	2	1	5	3	0	5	1	1
Balloon	0	1	1	0	0	0	1	1	0
Changa	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Ibogaína	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Pó branco	1	2	0	0	1	0	2	0	0
Pó de smart shop	1	0	0	1	0	0	1	0	0
2CB	2	3	3	0	0	1	3	1	0
AMT	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Cannabis	23	13	8	7	8	3	13	0	6
Cogumelos	4	1	0	0	1	0	1	0	0
DMT	1	0	0	1	0	1	0	0	0
DOC/DOB	6	2	2	1	2	0	4	0	2
GHB	1	0	1	0	0	1	1	0	1
Ketamina	5	5	5	4	3	2	5	1	1
LSD	51	29	13	16	18	27	29	3	8
MDMA	19	9	7	10	7	6	13	2	2
Mescalina	1	0	0	0	0	0	0	0	0

4.3 Matrizes das etapas de intervenção nos diferentes tipos de situações

Dificuldade com uso intencional de SPA's	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Complementares	12	22	1
Encaminhamento	28	13	1
Indefinidas	2	2	0
Logísticas	35	69	13
Médicas	22	42	5
Psicoterapêuticas	54	111	17
RRMD	5	18	3

Dificuldade com uso intencional de SPA's	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Complementares	0	0	0
Encaminhamento	0	0	0
Indefinidas	0	0	0
Logísticas	0	2	0
Médicas	2	3	2
Psicoterapêuticas	1	4	2
RRMD	1	4	1

Dificuldade com uso intencional de SPA's	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Complementares	0	0	0
Encaminhamento	1	1	1
Indefinidas	0	0	0
Logísticas	2	3	2
Médicas	0	1	0
Psicoterapêuticas	1	3	1
RRMD	0	0	0

Dificuldade com uso intencional de SPA's	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Complementares	0	1	0
Encaminhamento	2	1	0
Indefinidas	0	1	0
Logísticas	3	4	3
Médicas	3	4	0
Psicoterapêuticas	4	6	3
RRMD	0	1	0

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

Dificuldade com uso intencional de SPA's	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Complementares	0	0	0
Encaminhamento	2	1	0
Indefinidas	0	0	0
Logísticas	2	8	1
Médicas	1	3	0
Psicoterapêuticas	0	4	2
RRMD	0	0	0

Dificuldade com uso intencional de SPA's	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Complementares	0	0	0
Encaminhamento	0	0	0
Indefinidas	0	0	0
Logísticas	1	3	0
Médicas	1	2	0
Psicoterapêuticas	0	0	0
RRMD	0	0	0

4.4 Matriz Estratégias utilizadas nos diferentes sintomas

	Afetos e emoções	Atenção consciência, alerta e orientação	Atividade motora	Conteúdo de pensamento	Específicos	Forma de pensamento, linguagem e fala	Funções fisiológicas	Memória	Percepções e imagens mentais
Complementares	15	6	8	3	2	3	12	1	2
Encaminhamento	16	20	11	11	7	10	15	3	3
Indefinidas	3	2	2	2	1	1	2	0	1
Logísticas	46	33	21	14	12	20	41	5	8
Médicas	27	21	9	7	10	7	26	1	5
Psicoterapêuticas	83	46	25	27	31	25	38	7	14
RRMD	19	5	1	4	5	4	9	1	4

4.5 Matriz eficácia das diferentes estratégias no *visitor*

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica

	Complementares	Encaminhamento	Indefinidas	Logísticas	Médicas	Psicoterapêuticas	RRMD
Resolvido	15	20	2	58	42	85	16
Não resolvido	1	2	0	5	1	9	1
Não se sabe	7	12	2	26	11	31	6
Interrompido	1	2	0	7	3	7	0
Colaborativos	1	2	1	7	4	9	1
De bem-estar	7	13	2	61	31	71	11
De oposição	2	5	2	111	2	12	0
De uso SPA	0	0	0	0	0	2	0
Desajustados	0	2	0	0	1	1	0
Pedidos	3	6	2	17	12	27	1
Regresso ao KC	2	1	1	7	5	6	0
Transgressões	0	3	3	3	1	6	0

4.6 Matriz evolução dos sintomas ao longo do processo terapêutico

	Etapa inicial	Etapa de desenvolvimento	Etapa final
Afetos e emoções	97	87	17
Atenção consciência, alerta e orientação	55	49	12
Atividade motora	31	26	6
Conteúdo de pensamento	25	23	9
Indefinidos	25	29	15
Forma de pensamento, linguagem e fala	29	25	10
Funções fisiológicas	61	54	10
Memória	4	6	3
Percepções e imagens mentais	12	13	2

Intervenção em crise em ambientes recreativos: avaliação do processo e contributo para um modelo de intervenção suportado em evidência científica