



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante

por

Tânia Alexandra Neves Rodrigues

sob orientação de
Mestre Maria Carmo Carvalho

Faculdade de Educação e Psicologia
Porto, Julho de 2013

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por me terem proporcionado todo este percurso e por todo o seu apoio ao longo da minha vida.

Aos participantes do *Kosmicare* pela disponibilidade em participar neste estudo pois sem eles isto não seria possível.

Aos membros da equipa do *KC* pela dedicação a este projeto e pela ajuda prestada para este estudo em particular.

À professora Maria Carmo Carvalho pelo seu constante empenho por este projeto e por o tornar possível.

À Mara pelo seu apoio na tradução do questionário e por ter sido sempre uma referência ao longo da minha vida.

À Kika pelo seu apoio incondicional para comigo, sobretudo nesta fase final pois com ela tudo se tornou mais fácil.

Deixo também aqui um especial agradecimento às minhas amigas e amigos da faculdade, e por todo o clima de partilha e de ajuda que sempre nos uniu e que se intensificou neste momento decisivo.

RESUMO

O *Kosmicare* é um programa de intervenção em crise que atua em experiências difíceis despoletadas pelo consumo de SPA em ambientes recreativos e noutra tipo de crises que não estão necessariamente relacionadas com o consumo de SPA. O presente trabalho de investigação tem como objetivo avaliar os resultados deste programa de intervenção em crise em ambientes recreativos bem como caracterizar a experiência de crise vivenciada pelos participantes. Ao nível da avaliação dos resultados incluíram-se dois níveis: a avaliação da intervenção na perspetiva do participante e a avaliação do impacto produzido pela intervenção a longo-prazo, também na perspetiva do participante. Para avaliar estes aspetos foi elaborado um questionário de *follow-up online* que permitiu aceder de forma mais eficaz a uma amostra internacional que caracteriza os participantes atendidos nas edições de 2010 e 2012. A metodologia de investigação assenta no método qualitativo com recurso ao *software* Nvivo9® para a análise dos dados.

A avaliação do *Kosmicare* permitiu-nos verificar que este programa de intervenção além de ter facilitado a experiência de crise que levou o sujeito até ao espaço do *KC*, também permitiu que alguns dos sujeitos integrassem positivamente a experiência, tal como foi possível verificar-se com o *follow-up*. Além disso, a intervenção em crise parece ter surtido impacto a longo-prazo no que concerne às mudanças evidenciadas pelos sujeitos após esta vivência da situação de crise e da intervenção.

Considerada uma área de intervenção ainda pouco explorada no âmbito da intervenção na crise em ambientes recreativos, esta avaliação vem reforçar a ideia de que este tipo de programas de intervenção permitem ao participante ultrapassar a situação de crise no momento em que esta se despoleta o que demonstra que estes programas se tornam necessários nos ambientes recreativos de grande escala.

Palavras-chave: intervenção em crise, contextos recreativos, novos usos de drogas, avaliação dos resultados, emergências psicadélicas

ABSTRACT

The aim of *Kosmicare* crisis intervention program is to acting in hard experiences derive from the use of SPA in recreational contexts or to intervene in other crisis situation not necessarily caused by SPA use. This research work aims to evaluate the results of this crisis intervention program in recreational environments as well as to characterize the experience of crisis experienced by individuals. In respect of evaluation's results were included two analysis levels: the intervention evaluation from the participant's perspective and the long-term impact analysis from the intervention program, by the participant perspective too. In order to assess these aspects it was designed an online follow-up survey, which allowed accessing to an international sample in a more efficient way featuring individuals attended in 2010 and 2012 *Kosmicare* editions. The research methodology relies on a qualitative process using the Nvivo9 ® software for data analysis.

Kosmicare evaluation allowed us to verify that this intervention program besides having smoothed the experience of crisis that led the individual to *KC* zone, also allowed some of them to retain a positive experience, as found with the follow-up. Furthermore, the crisis intervention it seems to had caused some long-term effect respectively to the perceptible changes indicated by individuals after the crisis and intervention.

Considering that this intervention area remains a few unexplored field related to crisis intervention in recreational environments, this type of evaluation arises to show that it possible to individuals come through the crisis moment justifying the very important role that this programs play at large scale recreational contexts.

Keywords: crisis intervention; recreational contexts; new uses of drugs; program evaluation; psychedelic emergencies.

LISTA DE ABREVIATURAS

SPA – Substâncias Psicoativas

KC – Programa *Kosmicare*

LSD – Lysergic Acid Diethylamide

MDMA - metilenedioximetanfetamina

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

V.F.F – Visitor Feedback Form

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

UR – Unidades de Registo

QI – Questões de Investigação

MAPS – Multidisciplinary Association of Psychedelic Studies

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Os Novos Usos de Drogas – Ambientes Recreativos, Juventude e Subculturas Musicais	3
1.1. O Trance Psicadélico	7
2. A Intervenção em Crise – Conceitos e Aplicações Práticas.....	8
2.1. O Programa <i>Kosmicare</i> : Intervenção em Crise Aplicada a Emergências Psicadélicas.....	10
3. Complicações Psicopatológicas e Uso de SPA.....	13
4. Avaliação de Programas de Intervenção.....	14
PARTE II – METODOLOGIA	18
2.1. Participantes.....	20
2.2. Instrumento.....	21
2.3. Procedimentos.....	22
2.3.1. Recolha de Dados.....	22
2.3.2. Análise de Dados.....	23
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
3.1. Descrição do Sistema de Categorias.....	26
3.2. Análise e Discussão dos Resultados.....	33
3.2.1. Avaliação dos Resultados da Intervenção	34
3.2.1.1. Avaliação da Intervenção na Perspetiva do <i>Visitor</i>	34
3.2.1.2. Avaliação do Impacto da Intervenção na Perspetiva do <i>Visitor</i>	37
3.2.2. Caracterização da Situação d Crise na Perspetiva do <i>Visitor</i>	40
PARTE IV – CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	55

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Questionário de <i>Follow-up</i> do <i>KC</i>	56
Anexo 2. Tabela de Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	71
Anexo 3. Sistema de Categorias.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Desenho da Investigação.....	25
Tabela 2. SPA Associadas à Situação de Crise.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Percepção do grau de ajuda prestada pelo <i>KC</i> na experiência de crise.....	34
Figura 2. Percepção do <i>visitor</i> face ao significado da experiência vivenciada no <i>KC</i>	35
Figura 3. Percepção do <i>visitor</i> face à duração dos efeitos benéficos obtidos após a intervenção.....	38
Figura 4. Tipo de Crise.....	41

INTRODUÇÃO

Recentemente tem-se vindo a assistir a transformações nos padrões de uso de drogas por parte da população juvenil. Num estudo recente de Cruz e Machado (2010) são evidenciadas estas alterações que se manifestam não só ao nível dos padrões de consumo mas também ao nível das estratégias de gestão do consumo. Percebemos que o fenómeno dos *novos usos de drogas* evidencia padrões de policonsumo e tendem a sustentar-se nas subculturas juvenis que geralmente frequentam contextos recreativos de música eletrónica onde se inserem os consumos de SPA. De acordo com os dados do *II Inquérito Nacional do Consumo de SPA na População Geral* (Balsa, 2008), além de se assistir a um aumento de 7,8 % em 2001 para 12 % em 2007 no consumo de SPA, também se verificou a tendência de estes consumos serem mais elevados na população jovem e estes estarem associados às culturas de lazer.

Nesta investigação incidimos sobre uma população que atende um ambiente recreativo específico – o *Trance*, contexto onde o *KC* faz a sua intervenção. Esta subcultura musical caracteriza-se sobretudo pelas suas ideologias e a sua dimensão espiritual, sendo o consumo de SPA e a sua combinação com a música que permitem a esta população atingir estados alternativos da consciência, o que constituiu em alguns casos o objetivo das pessoas que frequentam este tipo de ambiente recreativo (Silva, 2005; Calado, 2006). Sabe-se ainda que há uma preferência pelo consumo de substâncias alucinogénicas tais como o LSD pois provocam os efeitos procurados por esta população, permitindo-lhes experienciar sensações de transcendência e *viagem espiritual*, no entanto esta substância em específico também provoca efeitos indesejáveis e imprevisíveis (Puig, 2003). São precisamente estes efeitos indesejáveis que podem dar origem a situações de crise e é neste sentido que a intervenção do *KC* dirige a sua ação, ou seja, este tipo de intervenção surge da necessidade de intervir sobre situações inesperadas que por vezes são despoletadas pelo consumo de SPA. Assim, o objetivo do *KC* passa por transformar uma experiência potencialmente desagradável numa experiência construtiva para a pessoa, proporcionando-lhe um lugar seguro com um ambiente calmo e acolhedor (Nielsen & Bettencourt, 2008). De acordo com Dziegielewski e Powers (2005) a intervenção em crise tem como objetivo facilitar e acelerar a integração da situação de crise na pessoa, encaminhando-a para a mudança. Além disso, a principal fonte de angústia e sofrimento psicológico neste tipo de situações é a perceção que o sujeito tem face ao evento de crise e é nesta dimensão que o facilitador deverá atuar (Kanel, 2002). De modo a garantir a excelência deste tipo de intervenção em crise despoletada pelo consumo de SPA em ambientes recreativo, este estudo surge com a finalidade de avaliar os resultados da intervenção das edições de 2010 e 2012, na perspetiva do participante, pretendendo ainda avaliar um domínio específico da avaliação dos resultados que é a avaliação do impacto a longo prazo produzido pelo programa *KC*. Pretende-se ainda contribuir para a caracterização da situação de crise vivenciada pelo sujeito no festival e durante a sua estadia no *KC*. A necessidade

de avaliar este tipo de intervenção surge com dois fundamentos principais: (i) a importância de avaliar os resultados de uma intervenção a fim de compreender o impacto e os efeitos que esta surtiu na população-alvo e (ii) a necessidade de investir na avaliação deste tipo de programas de intervenção, dada a escassez de estudos que comprovem a sua eficácia. Além disso, os modelos de intervenção em crise, considerada uma intervenção breve, deverão demonstrar que este tipo de serviços são necessários e efetivos, evidenciando que os ganhos terapêuticos poderão ser atingidos num curto período temporal (Dziegielewski & Powers, 2005). Tendo em conta que um dos objetivos do KC é transformar uma experiência difícil numa experiência construtiva para que esta possa ser integrada de forma positiva na vida do sujeito, interessa-nos aqui avaliar esta dimensão da integração da experiência. Por fim, reconhecemos a importância da avaliação do programa de intervenção na medida em que esta poderá contribuir para a sua melhoria em futuras edições do Programa KC uma vez que a informação que é recolhida em relação a um determinado programa além de permitir promover esta melhoria também permite decidir se esta deverá continuar a ser implementada e alargada a outros contextos (Kröger et al.1998). No seguimento de outros estudos realizados no âmbito académico e que também incidiram na contribuição para a avaliação e melhoria desta intervenção em vários domínios, o objetivo a que este estudo se propõe será a avaliação dos resultados e a caracterização da situação de crise através de um estudo de *follow-up* com os sujeitos atendidos no KC em 2010 e 2012. Este estudo de *follow-up* integra também uma segunda parte que assenta no objetivo de caracterizar a população atendida no KC no que concerne aos seus padrões de consumo e outras dimensões do uso de SPA.¹ Para este estudo optou-se por uma metodologia qualitativa através da análise de conteúdo do discurso escrito pelos participantes, uma vez que os objetivos estão direcionados para uma compreensão aprofundada das perspetivas dos participantes acerca da intervenção e acerca da situação de crise vivenciada por estes.

Este estudo está organizado em quatro partes. A primeira parte integra uma revisão da literatura que nos permite refletir sobre os constructos teóricos incluídos neste estudo – *novos usos* de drogas, intervenção em crise e avaliação de programas de intervenção. Na segunda parte apresentamos a metodologia seguida neste estudo, onde são apresentados os dados relativos à amostra, aos instrumentos e aos procedimentos de recolha e análise dos dados. Na terceira parte são apresentados e discutidos os resultados obtidos através da análise do conteúdo ao discurso escrito dos participantes bem como a sua articulação com os dados da literatura. Por fim, na quarta parte incluímos a apreciação crítica dos resultados obtidos bem como as limitações do estudo e as suas implicações.

¹ Esta parte do estudo será desenvolvida numa fase posterior a este primeiro estudo. A primeira parte incide sobre os dados do *follow-up* relativos unicamente à avaliação da intervenção bem como à caracterização da situação de crise, ambos na perspetiva do sujeito; a segunda parte será desenvolvida posteriormente e pretende incidir somente na caracterização dos padrões de consumo e outras variáveis relativas aos usos de SPA dos participantes do KC atendidos em 2010 e 2012.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. OS NOVOS USOS DE DROGAS – AMBIENTES RECREATIVOS, JUVENTUDE E SUBCULTURAS MUSICAIS

Nesta primeira parte pretendemos refletir acerca do fenómeno dos novos usos de drogas, procurando incidir sobre a sua relação com os contextos recreativos e as subculturas juvenis. Uma vez que presente estudo incide junto de uma população atendida num programa de intervenção em crise que desenvolve a sua atividade num ambiente recreativo – um grande evento bienal de música eletrónica (*trance psicadélico*) que acontece em Portugal. Neste sentido, esta reflexão pareceu-nos pertinente para este estudo por três motivos: (1) a população que atende festivais de música eletrónica tem sido enquadrada neste conceito emergente dos *novos usos de drogas*; (2) este conceito remete ainda para o consumo em *ambientes recreativos* - onde a intervenção se desenvolve, e (3) a população que atende este tipo de eventos tem vindo a ser caracterizadas segundo os seus padrões de consumo de SPA e segundo a subcultura musical onde se enquadram. Neste sentido, pretendemos refletir sobre estes três conceitos, que estão intimamente relacionados com um último conceito que é a *juventude*.

Quando no referimos aos *novos usos de drogas*, é inevitável não falar nas mudanças que temos vindo a assistir nos padrões de consumo de SPA por parte de uma população específica: os jovens. Atualmente, os consumos de drogas estão intimamente relacionados quer com a população juvenil, quer com os contextos recreativos. Assim, os *novos usos de drogas* remetem para um consumo recreativo que consiste no uso de drogas para fins de diversão e de lazer por parte dos jovens (Calado, 2006) e constitui um novo padrão de uso de drogas: o policonsumo que se refere ao uso de duas ou mais drogas durante um período de tempo (Boys, Marsden & Strang, 2001). A novidade inerente a este fenómeno está sobretudo associada à mudança nos padrões de consumos de drogas. Se até à década de 90 os consumos estavam centrados na figura do *junkie* de rua e nas drogas *duras*, a partir desta altura a ênfase é dada à juventude, às culturas musicais e aos contextos recreativos onde se centram os consumos (Carvalho, 2007; Trigueiros & Carvalho, 2010).

De facto, o uso de drogas recreativas e psicoativas tem vindo a aumentar desde a década de 90 e este aumento parece estar estreitamente relacionado com o uso da internet como meio de divulgação e procura de informação relacionada com os consumos recreativos e respetivos contextos (Miller; Johnston, McElwee & Noble, 2007). Segundo dados recentes do European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2006), os jovens que frequentam eventos musicais, apontam para uma prevalência de consumo de drogas muito superior à prevalência de consumo na população geral, o que nos remete para um novo cenário e desafio na questão das drogas. Num estudo de Balsa (2005), constatou-se que a primeira experiência de consumo na população mais jovem era realizada em situações festivas e em espaços públicos. Neste estudo onde se destaca a análise das circunstâncias nas quais são consumidas SPA, constatou-se que as festas de passagem de ano surgem como contexto

com maior frequência de consumo (47,2%), seguida das festas públicas (27,1%), das festas de tecno-rave (25,7%) e nas festas de transe (19,4%). Nestes contextos recreativos é comum o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, mas também, um conjunto de drogas ilícitas tais como a cannabis e cocaína (Infante, Barrio & Martín, 2003). No entanto, não prevalecem apenas os consumos destas duas substâncias. O que se verifica é que estas duas são as que são utilizadas mais frequentemente em conjunto com as restantes. A cannabis e o álcool constituem também uma das combinações mais utilizadas com as restantes drogas de consumo (Silva, 2005; Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, OEDT, 2011). Isto explica a alta prevalência do consumo de cannabis entre os jovens. Esta continua a ser a substância ilegal mais consumida entre a população europeia, estimando que cerca de 78 milhões de europeus (mais de uma em cinco pessoas) com idades compreendidas entre os 15 e 64 anos terão consumido cannabis (OEDT, 2011). Além disso, dados da mesma fonte apontam para um consumo elevado de cannabis nos grupos de jovens que frequentam eventos musicais e clubes noturnos, sendo comum a sua associação com o consumo de grandes quantidades de álcool. Por outro lado, os jovens que consomem frequentemente ecstasy como sendo a sua droga preferencial de uso num determinado momento, tendem também a consumir cannabis, anfetaminas e LSD (Griffiths et al. 1997). Quanto ao ecstasy, esta também constitui a substância mais consumida na Europa depois da cannabis (2,5 milhões de europeus consumiram no último ano) e em relação aos alucinogénicos, nomeadamente o LSD, o seu consumo tem-se mantido baixos e estáveis (prevalência ao longo da vida varia entre 0 a 5,5 %) e verificou-se um aumento do consumo de cogumelos alucinogénicos (OEDT, 2011).

Este padrão de consumo parece estar bastante difundido na Europa entre os adolescentes e os jovens adultos, verificando-se ligeiras diferenças nestas duas populações, no que concerne ao tipo de combinação: assim, entre a população adolescente, as combinações mais frequentes são o álcool e o tabaco bem como uma pequena quantidade de duas ou mais drogas ilícitas, e nos jovens adultos a tendência é para a combinação do álcool, da cannabis e da cocaína (EMCDDA, 2009).

Mas afinal quais são as drogas preferidas da população juvenil? Esta pergunta remete por um lado, para o lazer noturno em geral e por outro para as subculturas juvenis associadas aos estilos musicais. Sobre estas últimas, alguns estudos têm vindo a investigar aprofundadamente estas subculturas (Chaves, 1998; Fernandes, 1990; Silva, 2005; Calado, 2006; Carvalho, 2007). Silva (2005), realizou uma investigação etnográfica sobre três estilos musicais, concluiu o seguinte: na cena *Techno* a droga de eleição é o ecstasy em pastilhas e o MDMA em pó; na cena *House*, é dada preferência ao consumo de cocaína e na cena *Trance*, os alucinogénicos, sobretudo o LSD e os cogumelos constituem as drogas mais consumidas neste contexto. Este autor conclui que estas preferências estão relacionadas com o tipo de música, que confere um objetivo partilhado pelos seus atores ao consumirem a substância de eleição e está também relacionado com o tipo de festa que caracteriza cada um dos estilos musicais. Lallemand e Schepens (2005) na sua publicação designam as drogas consumidas no âmbito dos contextos recreativos por “*as novas drogas da geração rave*”, e entre outras destacamos a

quetamina, as anfetaminas; o ecstasy; o MDMA; o GHB; os *Poppers*, os 2-CB e a Mescalina. Mas o que está aqui em causa não são propriamente as drogas que se consomem nos contextos recreativos, o que se salienta é sobretudo a procura dos seus efeitos. Por exemplo, Gerhard (2001) refere que o ecstasy é uma substância bastante consumida na cena *Techno* porque os seus efeitos estimulantes permitem aos sujeitos dançar horas a fio e além disso é uma substância que facilita as relações sociais na festa e que é maximizada pela música, pelo *show* de luzes e lasers, pela decoração, pela indumentária e pelo DJ. No seguimento desta ideia, Gill (1995, cit in Gilbert e Pearson 2003) refere que à *dance music* e os efeitos das substâncias permitem uma sensação de êxtase que se caracteriza por sensações de prazer físico e emocional, sensações de estar envolvido num momento coletivo e de uma experiência profunda da música. Todas estas sensações e experiências são englobadas no conceito francês “*jouissance*” que significa êxtase, felicidade e transcendência.

As subculturas juvenis em particular remetem para um a recreação da identidade pessoal dos jovens que é encontrada num estilo musical e cada estilo musical é composto por elementos (indumentária, espaço da festa, a estética do ambiente e os valores éticos e morais, bem como o consumo de drogas) que configuram identidade às subculturas juvenis (Calafat, 2000). Este autor refere que a o uso de drogas como elemento integrante dos contextos recreativos por parte dos jovens justifica-se pelo facto de existir um desejo de experienciar a festa, a música e a dança com maior intensidade e durante mais tempo, o que não quer dizer que a vida recreativa não exista sem drogas. É importante não cair no erro redutor de afirmar que os consumos de drogas e a vida recreativa são inseparáveis, pois esta relação não é assim tão linear. Este modo de recreação dá significado aos consumos de drogas devido aos seus efeitos como vimos acima, mas alguns frequentadores de festas não são consumidores de drogas, quando muito são consumidores ocasionais (Calafat, 2000).

Até agora estivemos a falar das subculturas juvenis sem definir este termo claramente. Desta forma, encontramos em Fernandes (1990, p.59) uma definição de subcultura: “*as subculturas refletem a pluralidade dentro de uma cultura e veiculam formas alternativas de expressão cultural*”. Assim uma subcultura juvenil consiste num estilo de vida adotado pelos jovens, que embora possam estar associados a uma componente ativista, a sua componente expressiva é mais notória, sendo esta que configura a identidade destas subculturas, desde a música até ao visual e linguagem própria (Fernandes, 1990). As subculturas juvenis bem como qualquer outra subcultura, caracterizam-se por estilos de vida, padrões de relação e comunicação, de trabalho e de expressão e pensamento próprios que lhes permitem a identificação como tal (Romaní, 2004). Este autor dá como exemplo de uma subcultura juvenil os *rockers*, um setor juvenil proveniente de classes médias e com uma atitude de rejeição expressada através da estética, da indumentária e da música.

Porém, esta relação entre os consumos de SPA's, a música e subculturas associadas à música, parece não ser novidade. Na década de 30 a cena do *jazz underground* aponta para o consumo de cannabis e cocaína com fins recreativos pelos seus seguidores, bem como na cena do *rock na roll* na década de 60 e a cena *punk* mais tarde, também apontam para o uso de anfetaminas e alucinogénicos, e

posteriormente na década de 80, o consumo de ecstasy ou MDMA difundiu-se nas *raves* e outros ambientes recreativos (Olszewski & Burkhart, 2002).

Atualmente, a música eletrônica constitui o estilo musical dominante entre os jovens e a ela estão associados os consumos de drogas que se perpetuam nos contextos recreativos como forma privilegiada para experienciar os seus efeitos (Silva, 2005). Na Europa, a música eletrônica terá surgido na década de 80 no Reino Unido e na Ilha de Ibiza, tendo-se alargado posteriormente para o resto da Europa, dando origem às subculturas juvenis (Calado, 2006).

Concluimos que temos vindo a assistir a uma transformação no cenário dos usos de drogas. Este fenómeno dos *novos usos de drogas* remete primeiramente para um conjunto de drogas frequentemente utilizadas por quem atende eventos musicais e entre este conjunto destacam-se as substâncias não injetáveis, tais como o ecstasy, a cocaína, metanfetaminas, LSD, ketamina e GHB (Miller; Johnston, McElwee & Noble, 2007). Entre estas substâncias, também habitualmente designadas por *designer drugs* ou drogas sintéticas, o ecstasy constitui a droga mais conhecida e aceite desde a década de 80 (Godinho, 1995) e as estatísticas assim os confirmam. No entanto, na perspetiva de Carvalho (2007), o fenómeno dos *novos usos de drogas* constitui uma novidade, não no tipo de drogas usadas, mas sim num novo tipo de consumo praticado por uma faixa etária jovem em contextos recreativos. Assim, este fenómeno surge como uma novidade que é conferida sobretudo por um padrão de uso que por sinal difere do padrão de uso de consumidores ditos *problemáticos*. Estes consumos problemáticos são comuns em sujeitos toxicodependentes ou *junkies* de rua (Cruz, 2011) e podem ser caracterizados pela incapacidade de gerir os consumos (Fernandes & Ribeiro, 2002) o que parece não acontecer nos consumidores *não-problemáticos*, que pensamos ser a categoria onde se inserem os consumidores de drogas recreativas, uma vez que estes consomem SPA com fins recreativos e utilizam substâncias que não são geradoras de dependência grave. Além disso, num estudo realizado por Infante, Barrio e Martín (2003), estes concluíram com a sua amostra de jovens espanhóis consumidores de substâncias em ambientes festivos/recreativos serem estes jovens socialmente integrados, que estudam ou trabalham e vivem com as suas famílias de forma ajustada, revelando satisfação ao nível das relações familiares e com os pares, destacando-se porém uma característica que em sujeitos não consumidores não se verificou – o interesse por experienciar sensações novas, buscando nos consumos de SPA uma forma de obter estas sensações.

Na literatura também encontramos algumas evidências de que esta população se distingue por um tipo de consumo *não-problemático*, conceito utilizado por Cruz e Machado (2010). Embora não possamos cair na falácia de afirmar que esta tendência é exclusiva da população aqui em discussão, não podemos deixar de referir que alguns estudos nos apontam este padrão de consumo. Este caracteriza-se pelo recurso a estratégias de gestão dos consumos, elemento que se diferencia de um tipo de consumo *problemático*. Estas estratégias de gestão por parte dos utilizadores têm como objetivo, por um lado, garantir um estilo de vida funcional em diversas áreas (laboral/escolar, familiar, social) e por outro, evitar o estigma associado aos consumos de drogas. Entre estas estratégias

destacam-se o cuidado com o tipo de substância que utilizam, evitando por exemplo o uso de heroína e outras substâncias que causam dependência, os contextos e circunstâncias onde consomem, a frequência com que consomem, entre outras estratégias que permitem gerir o uso de SPA's de forma menos prejudicial (Cruz & Machado, 2010). Daqui se entende que os jovens praticam um consumo de substâncias com maior conhecimento dos seus riscos e efeitos, e recorrem a estratégias de auto-gestão dos próprios consumos para evitar danos no estilo de vida. A World Health Organization, WHO (2008) define este padrão “*não-problemático*” como estando intimamente relacionado com o *uso recreativo* de drogas ilegais, em situações sociais ou relaxantes e implica a inexistência de dependência ou outro tipo de problemas. Esta definição centra-se em dois aspetos fundamentais para a compreensão deste padrão: por um lado o uso em situações específicas, e por outro, a inexistência de dependência.

Percebemos ainda outra mudança que atribui novidade ao fenómeno, no que concerne aos motivos para o uso de drogas. Se no período de finais de década de 70, predominava um clima de resignação e isolamento, onde prevalecia o consumo de heroína, atualmente temos vindo a assistir a uma tentativa de expansão da mente como uma forma de escapar da solidão ou para aliviar o *stress* e a ansiedade que caracteriza os tempos atuais, através do uso de cannabis, LSD e outras drogas que fazem parte do uso recreativo (Gerhard, 2001).

1.1.1. O *Trance Psicadélico*

Até agora estivemos a rever os conceitos inerentes aos *novos usos* de drogas e referimos a identidade que os estilos musicais conferem à população que compõe estas subculturas. Neste ponto, importa-nos agora introduzir especificamente o *Trance Psicadélico*, estilo de música eletrónica, caracterizado por um *universo simbólico* (Chaves, 1998) uma vez que o programa de intervenção, alvo de avaliação neste estudo, foi realizado no âmbito de um festival de *trance psicadélico*, que apresenta características que nos permitem enquadrar esta população num plano sociocultural.

Este estilo musical é talvez de todos os estilos de música eletrónica, aquele que mais se destaca pelas suas características e pela subcultura associada. Este *universo simbólico* caracteriza-se por uma experiência alucinatória associada ao contexto da festa de *trance*, cujos frequentadores ao consumirem sobretudo substâncias alucinogénicas procuram atingir estados de *trance*, de *viagem interior* ou de *insight* profundo. Para contribuir para esta experiência, além dos consumos de SPA, os próprios materiais psicadélicos e fluorescentes utilizados na decoração da festa, por vezes com alusão a deuses da religião Hindu, permitem estimular toda a função sensorial, contribuindo assim para a experiência psicadélica descrita pelos seus frequentadores (Chaves, 1998; Greener & Hollands, 2006).

Além desta componente, as festas de *trance* também estão repletas de um forte espiritualismo e para os seus adeptos, estas festas constituem o local perfeito para fazerem a sua “*viagem*” que os

encaminha para lá do quotidiano, para experiências espirituais, sendo a dança e o consumo de SPA duas componentes que facilitam a “*viagem espiritual*” (Calado, 2006). Como podemos perceber, o *trance* não se encerra na música, pois engloba um conjunto de valores e princípios – privilegia-se a realização destas festas na natureza, uma vez que um dos seus princípios é a defesa da Natureza, e a sua ideologia pode ser facilmente entendida na sigla PLUR - Peace, Love, Unity, Respect (Silva, 2005). A cena *trance* não se restringe a um momento de lazer, ela inclui dois pólos, o expressivo (naturalismo, espiritualismo e o recurso ao consumo de SPA’s para amplificação da consciência) e o ativista (difusão de ideais anarquistas, libertários, tolerância à diferença bem como posicionamentos alimentares tais como o vegetarianismo e o veganismo). Além disso a experiência de participar numa festa de *trance* é algo que os atores juvenis classificam como uma experiência intensa na amplificação da consciência e dos sentidos, sentimentos partilhados com o contexto e com os restantes atores (Carvalho, 2007). Greener e Hollands (2006) investigaram os adeptos do *trance* através de um questionário *online* e chegaram às seguintes conclusões: (1) existe um forte sentido de pertença a uma comunidade, não só nos festivais mas fora deles, (2) prevalece a ideia de que o seu estilo próprio de vida é uma forma de mudança social, partilhando estas ideologias utópicas com formas alternativas de viver, (3) a maior parte dos inquiridos descrevem-se como pessoas bastantes espirituais (75,2%), sendo o *trance* uma parte importante que contribui para este espiritualismo; (4) a música é um aspeto muito importante nas festas, bem como os consumos de drogas (88,6 % dos inquiridos indicaram consumos de drogas). Este último facto remete-nos para a importância de uma intervenção centrada especificamente nas crises despoletadas pelos consumos de SPA em contextos recreativos, embora este tipo de intervenções deva ter em conta não só o consumo como também outros fatores associados ao contexto onde este se insere. Tal como pudemos perceber com esta breve descrição do contexto, este caracteriza-se por um ambiente muito estimulante onde o consumo de SPA ocupa um papel central para alguns dos seus frequentadores. Como iremos perceber nas secções posteriores, embora o consumo de SPA constitua uma prática significativa para estes frequentadores, por vezes também constitui alguns riscos que não se prendem só com a substância em si, mas também com outras variáveis.

2. A INTERVENÇÃO EM CRISE – CONCEITOS E APLICAÇÕES PRÁTICAS

O Programa *Kosmicare* atua como um serviço de intervenção em crise relacionada com o uso de SPA, e por isso importa aqui rever alguns aspetos importantes sobre o conceito de crise e sobre a intervenção em crise para que possamos compreender melhor o que significa o estado de crise e de que forma se pode atuar sobre esta. Na subsecção seguinte iremos debruçar-nos especificamente sobre as *crises psicadélicas* atendidas no KC e de que forma este programa está preparado para lidar com as mesmas.

Este tipo de intervenção tem sido aplicada e investigada em vários domínios mas não encontramos nenhum estudo que se aproximasse da intervenção em crise despoletada por consumos de SPA em ambientes recreativos. A intervenção em crise é associada frequentemente ao suicídio e à sua prevenção, bem como em contextos psiquiátricos e com pacientes que foram submetidos a cirurgias (Auerbach & Killmann, 1977; Reisch, Schlatter & Tschacher, 1999; Neimeyer & Pfeiffer, 2001). Além destes âmbitos, a intervenção em crise tem sido também realizada em contexto hospitalar ou em unidades direcionadas unicamente para este tipo de intervenção (Viney, Clarke, Bunn & Benjamin, 1985; Tschacher & Jacobshagen, 2002). A única forma aproximada de intervenção em crise realizada no domínio dos consumos de SPA é no âmbito das toxicodpendências que nos remete geralmente para um contexto de tratamento onde a pessoa adicta surge com uma experiência de perda do controlo sobre o uso de substâncias, que se afigura em crise e resulta na procura constante de ajuda neste sentido em contextos de tratamento (Yeager & Gregoire, 2005).

O conceito de crise surge sempre associado à falha ou à inadequação das estratégias de *coping*, comportamento que remete para a forma como a pessoa responde a uma situação ou ameaça (Bancroft & Graham, 1999). No entanto, a definição de crise não se encerra na falha das estratégias de *coping*. De facto este aspeto é importante quando abordamos este conceito, mas segundo Kanel (2002) a crise define-se segundo três aspetos sequenciais: (1) a ocorrência de um evento precipitante; (2) a perceção do evento e (3) a falha nas estratégias de *coping*. É no segundo aspeto que nos devemos focar quando queremos compreender a crise, pois segundo esta autora, é a perceção que o indivíduo tem face ao evento que geralmente faz com que a pessoa experiencie um estado de *stress* subjetivo que por sua vez provoca uma falha nas estratégias de *coping*, fazendo com que os níveis das funções psicológicas, emocionais e comportamentais diminuam.

Roberts (2005) acrescenta à definição de crise, um período de desequilíbrio psicológico que resulta de um evento complicado, que não é resolvido através das habituais estratégias de *coping*. No entanto segundo este autor, a fase mais complicada é a reação à crise, ocorrendo logo após a perceção do evento, podendo manifestar-se sintomas de desamparo, confusão, ansiedade, choque, descrença e raiva. A pessoa pode parecer incoerente e desorganizada e a sua postura tende a variar entre calma, subjugada e apática, ou por outro lado, apresentar uma postura agitada (Roberts, 2005). Por fim, a definição de Dass-Brailsford (2007) parece conjugar as definições destes dois autores. Caracteriza um evento de crise tendo em conta cinco aspetos sucessivos: o evento precipitante da crise é percebido como ameaçador; há uma aparente incapacidade para modificar ou reduzir o impacto do evento *stressor*; há uma aumento do medo, da tensão e/ou confusão; há um alto nível de desconforto subjetivo e por fim instala-se um estado de desequilíbrio seguido de uma rápida transição para um estado ativo de crise. Nestas definições encontramos aspetos importantes: a perceção do evento, os sentimentos provocados por esta perceção e o estado final em que a pessoa fica (estado de crise) após processar estes aspetos.

A intervenção em crise constitui assim um modo de terapia realizada a curto prazo e o objetivo consiste em resolver os problemas imediatos do paciente e procurar restabelecer o equilíbrio psicológico da pessoa (Simington, Cargill & Hill, 1996). Importa aqui ressaltar um aspeto: a crise é geralmente caracterizada como um fenómeno limitado no tempo e que se resolve sempre num curto período, com ou sem ajuda profissional (Simington, Cargill & Hill, 1996; Dziegielewski & Powers, 2005). O facto de receber ajuda profissional parece ser útil, no entanto as reações posteriores à crise dependem também das características individuais da pessoa, do próprio evento e do contexto onde o sujeito se insere (Dass-Brailsford, 2007). Esta autora conceptualiza esta reação segundo três fases: a primeira, também descrita por Roberts (2005), refere-se à *fase aguda* - a reação inicial em resposta ao evento traumático, que envolve reações psicológicas e físicas descritas acima. Na segunda fase, a *fase do ajuste externo* - tende a começar entre o período das 24 horas após o trauma, na qual a pessoa tende a recuperar o seu controlo e a retomar as suas atividades de rotina, no entanto as pessoas podem parecer terem voltado ao normal e na verdade estão profundamente afetadas. É normal que nesta fase as pessoas apresentem reações variadas, o que confirma a tentativa de voltar ao normal enquanto processam o trauma. A terceira fase é a *fase da integração* - a pessoa tenta encontrar um sentido para o que aconteceu. Geralmente as pessoas que reconhecem e identificam as mudanças que ocorreram após o trauma acabam por integrar estes aspetos mais tarde (Dass-Brailsford, 2007). Ou seja, é o *insight* sobre a situação e sobre as mudanças que ocorreram após o evento traumático que permitem a sua integração.

2.1. O Programa *Kosmicare*: Intervenção em Crise Aplicada em Emergências Psicadélicas

O *Kosmicare* é um serviço de intervenção em crise que atua num grande festival de *trance psicadélico* que se realiza em Portugal de dois em dois anos. Este serviço realiza a sua intervenção num local adequado para os seus objetivos que passam por diminuir o risco de desenvolver doenças mentais associadas ao uso de SPA e transformar uma experiência negativa e possivelmente traumática numa experiência mais positiva e construtiva (Carvalho et al. 2011). Além disso, este programa de intervenção enquadra-se na definição de promoção da saúde mental que tem como objetivo incrementar as competências desenvolvimentais, promovendo a auto-estima, o bem-estar e a inclusão social bem o fortalecimento das capacidades para lidar com situações adversas (O'Connell, Boat & Warner, 2009). Este último aspeto é importante pois consta-se que a intervenção em crise poderá proporcionar mudanças positivas na vida da pessoa, e a forma como o evento é encarado pelo sujeito poderá produzir um impacto significativo no desenvolvimento pessoal, bem como no aumento das estratégias de *coping* para lidar com crises futuras (Dziegielewski & Powers, 2005).

Assim a intervenção do *Kosmicare* tem potencial para lidar com emergências psicadélicas no sentido de facilitar a sua aceitação e integração no sujeito. Para tal o *KC* dispõem de um espaço seguro

e acolhedor e de uma equipa de *sitters*², que aplicam técnicas terapêuticas no sentido de facilitar esta experiência e encaminhá-la para uma abordagem mais construtiva (Nielsen & Bettencourt, 2008). A intervenção do *Kosmicare* conta com uma equipa, na sua maioria voluntários, com experiência, conhecimento e sensibilidade para lidar com os participantes e com o contexto. O *KC* é constituído por uma Equipa de Coordenação, Líderes de Equipa, *Sitters*, Profissionais de Saúde, Secretários e Consultores. Tem parceria com uma associação americana - MAPS e é apoiada pelo SICAD, no que concerne a materiais de enfermagem, material informativo, entre outros, e cota com a pareceria de Equipas de RRMD. Esta última conta para além de outros recursos, com um serviço de análise das substâncias para detetar qual a substância presente na amostra e detetar a presença de adulterantes (Carvalho et al. 2010).

Mas afinal o que significa uma emergência psicadélica e por que é que esta constitui um evento de crise? Como já foi possível perceber, os consumos de SPA estão presentes nos contextos recreativos. Esta situação pode representar algumas consequências relacionadas com efeitos indesejáveis e inesperados das substâncias, no entanto não são apenas os efeitos farmacológicos que propiciam o desenvolvimento de uma crise psicadélica. Escotado (1998) refere que a personalidade e o *set e setting* do consumo interferem na experiência, podendo conduzi-la para maravilhas ou para horrores, ou seja, a pessoa pode ter uma experiência positiva ou pode ter uma “*bad trip*”, embora existam algumas reservas em relação ao uso deste termo.

Cohen (1960) num estudo sobre os efeitos adversos do LSD aponta para as seguintes conclusões: os efeitos adversos mais comuns são ataques de pânico, traduzidos num medo intenso de perder o controlo ou de não voltar ao estado normal; sensações de excessivo descontrolo que tendem a ocorrer quando a pessoa perde o *insight* sobre a situação e age como se estivesse em delírio com ideias paranoides; há também uma tendência para estados psicóticos prolongados e ideações suicidas ou até mesmo o suicídio consumado. Desta forma, o uso de LSD é desaconselhado para condições psiquiátricas conhecidas previamente, nomeadamente perturbações obsessivo-compulsivas, histerias ou perturbações da ansiedade; perturbações depressivas (uma vez que há uma tendência para o comportamento suicida); personalidades paranóides ou esquizóides, bem como esquizofrenias. Puig (2003) também aponta para alguns efeitos indesejáveis tais como crises de ansiedade intensas, sintomas de desrealização, despersonalização, dissociação e perda de identidade. A longo prazo podem também surgir *flashbacks* – reviver da experiências ou dos efeitos da substância.

Outra substância do grupo dos alucinogénios que também pode despoletar crises psicadélicas é a mescalina. Esta substância tem o potencial de catalizar material recaiado, que embora permaneça no inconsciente, sob o efeito da substância, este poderá surgir e trazer sofrimento para a pessoa. Assim o ambiente e a preparação são aspetos a ser considerados, bem como a personalidade – personalidades

² Designação atribuída aos terapeutas que compõem a equipa do *KC*.

autoritárias, paranóicas, obsessivas, depressivas, introvertidas ou ambivalentes, tendem a assimilar de forma negativa este material, por vezes tentando afastá-lo (Escohotado, 1998).

Outras condições também podem interferir no desenvolvimento de efeitos adversos das várias substâncias, nomeadamente as condições ambientais como altas temperaturas ou condições físicas (e.g. capacidade de metabolismo diminuída), o número excessivo de horas a dançar e a falta de reposição de líquidos (Rodriguez et al. 2003). Alguns estudos apontam também para uma estreita relação entre o consumo de MDMA e ecstasy e reações de hipertermia (Dafters, 1995; Davison & Parrot, 1997; Parrot, 2004). Este tipo de reação parece estar associada com a combinação entre o uso de drogas e os fatores ambientais característicos de um contexto recreativo (espaços geralmente muito quentes e sobrelotados) e o facto de as pessoas não ingerirem líquidos suficientes, provocam geralmente sintomas de desidratação e de hipertermia (Dafters, 1995). Alguns sujeitos também referem sentir certas reações negativas quando os efeitos do MDMA começam a dissipar-se. A maioria dos sujeitos incluídos neste estudo apontam para sintomas de letargia, depressão, irritabilidade e insónia enquanto 35 por cento dos sujeitos apontavam para alguns sintomas de paranóia. Em relação aos efeitos adversos desta substância 25 por cento dos sujeitos experienciaram uma “*bad trip*” com sintomas de paranóia, falha no controlo ocular, pensamentos confusos, pânico, medo, sensação de perda de controlo, pensamentos de morte, sentir-se imóvel e com temperaturas corporais altas – hipertermia (Davison & Parrot, 1997). Em termos psicofisiológicos, Parrot (2004) refere que os consumidores recreativos estão num estado híper-vigilante, provocado pelo aumento massivo da atividade neuro-transmissora. Este estado acontece porque os ambientes recreativos oferecem aos seus frequentadores uma grande variedade de estímulos sensoriais que são geralmente provocados pela interação entre o consumo de SPA, os padrões musicais e os *shows* de luzes.

Estas evidências apontam para possíveis situações de crise que podem suscitar a necessidade de intervenção. Referimo-nos sobretudo a condições ambientais e aos efeitos das SPA. No entanto alguns autores têm apontado para outro tipo de emergências, resultado também do consumo de SPA. Alguns sujeitos que consomem drogas psicadélicas tais como o LSD ou a psilocibina em doses mais elevadas, têm experiências místicas (e.g., fusão com o Universo, passagem entre morte e renascimento, transcendência do ego ou *insights* próximos de Deus) (Lyvers & Meester, 2012). O LSD em particular poderá mesmo ter efeitos terapêuticos na pessoa quando a experiência é bem assistida por um profissional experiente neste tipo de situações. Esta substância pode funcionar como um catalisador ou amplificador de processos mentais que mediatizam o acesso a material inconsciente, por vezes material traumático, ou seja, o LSD tem o potencial de ativar este material e trazê-lo à superfície, fazendo com que a pessoa o experiencie no momento (Grof, 2008). Este autor admite a adversidade dos efeitos de uma crise psicadélica que podem resultar em graves danos psicológicos, no entanto, esta experiência, quando bem assistida, pode representar um desenvolvimento importante, podendo até resultar na transformação da personalidade da pessoa.

Algumas experiências difíceis são também despoletadas por problemas da vida da pessoa que ao consumir uma substância psicoativa vê este problema a ser intensificado pelo efeito da SPA. Assim, lidar com este tipo de emergência implica por vezes ajudar a pessoa a expressar os seus medos e sentimentos face a esse problema, podendo obter bons resultados a este nível e reduzir os problemas psicológicos a longo-prazo, fruto desse mesmo problema (Doyle, 2001). Este autor refere ainda que após uma intervenção similar à do *Kosmicare* (num festival americano) percebeu que os estados alterados da consciência provocados pelo uso de SPA, sobretudo alucinogénicos, permitem ter conhecimento não só dos seus riscos mas também dos seus benefícios terapêuticos.

3. COMPLICAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS E USO DE SPA

A psicopatologia e o consumo de SPA apresentam uma relação complexa e que importa aqui refletir pois no decorrer da intervenção foi possível verificar a ocorrência de alguns episódios psiquiátricos clinicamente significativos por parte dos utentes. Além disso a literatura indica que determinadas complicações clínicas podem surgir após o consumo de SPA. Desta forma surge-nos esta necessidade de compreender melhor esta associação e para isso apresentamos algumas conclusões provenientes de estudos que se debruçaram sobre o assunto.

Alguns dos estudos que têm investigado esta associação, sugerem que ambas as condições (uso de substâncias e psicopatologia) co-ocorrem e podem desenvolver-se de variadas formas (Saban & Flisher, 2010). Por exemplo, a associação entre o uso de substâncias e a psicopatologia assumem quatro posições diferentes: (1) o uso de substâncias poderá causar a psicopatologia, (2) o uso de substâncias poderá desencadear uma predisposição psicopatológica; (3) o uso de substâncias poderá aumentar o risco de desenvolver uma psicopatologia e (4) o uso de substâncias poderá alterar o decorrer de uma psicopatologia (Saban & Flisher, 2010). Num outro estudo realizado com uma população frequentadora de ambientes recreativos, procurou-se compreender a existência de psicopatologia por parte de poli-consumidores. Depois de aplicada uma bateria de provas que mediam sintomas de ansiedade, depressão e dissociação, concluíram que os consumidores de uma variedade de SPA recreativas que constituíram este estudo apresentavam sintomas psicopatológicos significativos e sugeriram também que estes sintomas estavam relacionados com a frequência e duração do consumo ao longo da vida (Sumnall, Wagstaff & Cole, 2004). Por exemplo, o uso excessivo de álcool, anfetaminas e ecstasy estaria associado a um aumento dos sintomas ansiógenos.

O consumo de ecstasy surge também associado a sintomas de depressão, impulsividade e busca de sensações, no entanto, a forma como estes sintomas se relacionam com o consumo são desconhecidos. Podem surgir como consequência do uso de ecstasy ou podem ser um fator predisponente para o início do consumo de ecstasy (Win et al, 2006). Embora o consumo de ecstasy surja associado a vários problemas psiquiátricos e psicológicos, o padrão de consumo representa um

fator importante no que concerne ao desenvolvimento de problemas clínicos (Soar, Turner & Parrot, 2006). Estes mesmos autores investigaram de que forma estes padrões de uso de ecstasy e um historial de antecedentes psicopatológicos estariam relacionados, e concluíram que os consumidores problemáticos apresentavam maiores níveis de sintomatologia psicopatológica do que os consumidores não problemáticos. Ou seja, as complicações psiquiátricas surgem como resultado de um uso intensivo de ecstasy, da mesma forma que estes antecedentes influenciam o uso problemático de ecstasy. Ricaurte e McCann (2005), também referem o surgimento de complicações neuropsiquiátricas tais como défices cognitivos, psicoses e distúrbios do humor e da ansiedade, que tendem a persistir depois do uso de MDMA.

Como já referimos acima ao refletirmos sobre as complicações que podem surgir em contextos recreativos no decorrer dos consumos, existem contraindicações para determinadas condições, quer físicas, quer psicopatológicas. No que concerne a condições físicas, é totalmente desaconselhável que pessoas com problemas cardiovasculares, história de enfartes do miocárdio e hemorragias cerebrais ou com epilepsia, adotem qualquer tipo de consumo, correndo o risco de despoletar estes problemas no momento (Grof, 2008). Outras condições que representam um risco elevado são as condições emocionais e psiquiátricas. Desta forma, pessoas com graves problemas emocionais, desajustamento interpessoal, história de internamentos psiquiátricos, perturbações *boderline* e esquizofrénica, ou história de episódios psicóticos, representam situações de elevado risco no que concerne ao uso de substâncias, uma vez que estes também podem ser desencadeados pelo consumo (Grof, 2008).

Desta breve discussão podemos concluir que a relação entre psicopatologia e uso de substâncias psicoativas não é linear. Elas inter-relacionam-se e influenciam-se mutuamente. Saban e Flisher (2010), referem que esta associação detém na tentativa de compreender qual o fator de causa e o fator de efeito. Além disso, existem outros fatores a ter conta, tais como o padrão de uso, pois se por um lado, os sintomas psicopatológicos podem ser um fator de risco para iniciar o consumo, o contrário também é verdade, ou seja, o consumo é também constitui um risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos.

4. A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO

Para concluir esta primeira parte, dispomo-nos a refletir sobre as boas práticas na avaliação de programas de intervenção, no sentido de compreender com esta se processa e quais as suas especificidades. Importa ainda rever estudos anteriores que se debruçaram na avaliação específica do programa *Kosmicare*.

Na década de 60 assistiu-se a um aumento dos programas sociais nos Estados Unidos, com ênfase em programas especializados para um conjunto de problemas sociais, nomeadamente na área da educação e dos serviços humanos. Assim foram identificadas as populações que necessitavam de intervenções e estas eram desenhadas e implementadas para responder às necessidades destes grupos

(Illback, Zins, Maher & Greenberg, 2009). No entanto, durante a década de 50, após o período da Segunda Guerra Mundial, marcou o crescimento da avaliação de programas. Neste período surgiram imensos projetos iniciados com verbas federais, que se destinavam a desenvolver e implementar projetos que permitissem a reparação rural e urbana, bem como a prevenção na área da saúde e da delinquência, promoção de alojamentos e abordagens de planeamento familiar (Illback, Zins, Maher & Greenberg, 2009). Flaherty e Morell (1978, cit. in Illback, Zins, Maher & Greenberg, 2009) resumem em quatro razões a evolução do planeamento e avaliação de programas: (1) maior exigência para o uso de fundo públicos para programas de intervenção; (2) crescente interesse dos investigadores sociais nos problemas de foro público e social; (3) a notória escassez de recursos para as Ciências Sociais (4) a expansão de métodos apropriados para a investigação avaliativa.

Então surge-nos a pergunta: com que objetivo se realiza a avaliação de um programa? Esta pergunta remete para dois aspetos fundamentais na área da investigação avaliativa: por um lado a justificação do financiamento do projeto e por outro o interesse das partes envolvidas na implementação do projeto, em assegurar que a intervenção está a surtir os efeitos desejados (EMCDDA, 2001). Avaliar uma intervenção implica a recolha, análise e interpretação sistemática de informação relativa ao programa, pretendendo aceder aos efeitos produzidos por este (Kröeger, Winter & Shaw, 1998). Esta informação permite por um lado melhorar aspetos relacionados com a intervenção e por outro decidir se esta deve continuar a ser implementada e se deve ser alargada, ou se pelo contrário deve ser abandonada (OEDT, 1998; Organization for Economics Co-operation and Development - OECD, 2010). Assim, a finalidade de uma avaliação é um aspeto muito importante quando se decide executar, sendo necessário responder á seguinte questão: por que se está a efetuar a avaliação e para quem? A finalidade que nos surge mais premente neste âmbito é a possibilidade de contribuir para a melhoria de um serviço, no que concerne às suas técnicas, procedimentos e estratégias (OECD, 2010). O uso que se faz da avaliação pode ser conceptualizado segundo os seus objetivos que se categorizam em três tipos: (i) *instrumental*; (ii) *conceitual* e (iii) *simbólico* (OEDT, 2012). O primeiro pretende fornecer informação sobre o projeto ou programa no sentido de o melhorar, aplicando os resultados da avaliação de forma objetiva, o segundo pretende usar os resultados para um conhecimento em geral e o terceiro faz uso dos resultados para legitimar e sustentar posições pré-determinadas. No que concerne aos objetivos específicos de uma avaliação, esta pretende por uma lado determinar resultados, ou seja, efeitos e impactos, analisando a sua eficácia, a sua eficiência, pertinência e sustentabilidade, e por outro também permite oferecer conclusões e recomendações acerca da intervenção realizada no sentido de contribuir para futuras edições, quer no diz respeito à sua implementação, quer na fase do desenho da intervenção e avaliação (OECD, 2010).

Para Owen (2004), a avaliação deve ser vista como uma atividade de produção de conhecimento, pautada pela necessidade de fornecer informações relacionadas com o programa, ao público com interesse legítimo neste. Baseado neste pressuposto da produção de conhecimento, resultado e objetivo das avaliações, Owen (2004) propõe uma forma organizada e sumariada de

compreensão das diferentes formas e práticas avaliativas – o *Metamodelo de Avaliação*. Este modelo incluir cinco formas genéricas de avaliação que passamos a citar: (1) *avaliação proactiva* – realiza-se antes de o programa ser desenhado e a principal tarefa é obter conhecimento prévio sobre o problema para posteriormente decidir qual a melhor forma de planear e implementar o programa; (2) *avaliação clarificativa* – acontece no momento da divulgação do programa e o objetivo é dar a conhecer as dimensões essenciais do programa às partes interessadas; (3) *avaliação participativa/interativa* também acontece no momento da divulgação do programa e tem como objetivo incluir as partes interessadas do programa no processo de avaliação do mesmo; (4) *avaliação por monitorização* ocorre durante todo o programa e o objetivo é fornecer conhecimento sobre a execução do programa, através da constante monitorização aquando da sua aplicação, enfatizando a sua qualidade e por fim (5) *a avaliação do impacto*, usada para aceder ao impacto de programa, determinando quais os efeitos deste, baseados em critérios pré-estabelecidos para avaliar este aspeto.

É nesta última forma de avaliação específica que este estudo se insere, no entanto White (2010), aponta para alguma confusão no que concerne à utilização do termo impacto, que nos parece pertinente introduzir nesta reflexão. Este termo é geralmente utilizado para se referir ao efeito final da intervenção, o que nos remete obrigatoriamente para os efeitos a longo prazo (White, 2010). A avaliação do impacto investiga as mudanças produzidas por uma intervenção, incluindo não só os resultados esperados, como também os resultados inesperados, sejam estes negativos ou positivos (Rogers, 2012). A distinção entre a avaliação do impacto e a avaliação dos resultados é relativa e depende dos objetivos da intervenção e uma vez que o impacto se traduz num efeito a longo prazo e como resultado de uma intervenção, considera-se que o impacto é um termo que se insere no intermédio dos resultados (Rogers, 2012).

Assim, a avaliação dos resultados consiste na análise dos efeitos da intervenção, procurando compreender se os objetivos estabelecidos pelo programa foram atingidos (Kröeger, Winter & Shaw, 1998). Ora ao falarmos em efeitos, queremos saber se o programa foi eficaz, e isto é medido através do grau de alcance dos objetivos. No entanto é importante fazer aqui uma outra distinção entre eficácia e efetividade. Para sabermos se um programa foi eficaz, precisamos de saber se este surtiu algum resultado na população-alvo, ou seja quando falamos em eficácia falamos inevitavelmente de resultados que são medidos e explicados (Flay et al. 2005). Além disso quando medidos resultados que podem variar a sua intensidade no tempo, deve ser realizado um estudo de *follow-up* com um intervalo apropriado. Esta questão do tempo torna-se numa questão fulcral na determinação da eficácia do programa, pois os seus efeitos, mesmo que positivos, podem variar ao longo do tempo depois da intervenção, podendo diminuir devagar ou rapidamente ou podem persistir durante longos períodos (Flay et al. 2005). A eficiência refere-se à qualidade da implementação do programa em condições naturais, que por sua vez irá afetar os resultados. Assim conclui-se que para um programa ser efetivo, tem de se mostrar primeiramente eficaz (Flay et al. 2005).

Tendo em conta que estamos inseridos na avaliação de um programa de intervenção em crise, é importante referir a lacuna existente na literatura no que concerne a este tipo de intervenção aplicada a contextos recreativos. De qualquer modo, salienta-se a importância de demonstrar a eficiência e a necessidade de implementar intervenções breves como a intervenção em crise, ou seja, ao demonstrar a eficiência deste tipo de serviços, estamos a constatar a eficácia terapêutica atingida num curto e rápido período de tempo (Dziegielewski & Powers, 2005).

É com esta necessidade que nos debatemos e para a qual pretendemos realizar este estudo, no sentido de contribuir para a demonstração dos efeitos deste tipo de intervenção em específico.

PARTE II – METODOLOGIA

Nesta secção pretendemos apresentar a abordagem metodológica que orientou a realização deste estudo. Assim incluímos um breve enquadramento sobre a importância da avaliação dos resultados de uma intervenção bem como a síntese de anteriores trabalhos orientados para a avaliação do *KC*. De seguida apresentamos o objetivo principal deste estudo bem como as questões de investigação que orientaram a análise dos nossos dados, seguida de uma breve caracterização sociodemográfica dos participantes, do instrumento utilizado na recolha dos dados bem como a descrição dos procedimentos de recolha e análise dos dados.

A avaliação de programas de intervenção é um método que permite orientar as práticas interventivas e conduzir à produção de conhecimento que por sua vez deverá resultar no aumento da qualidade da intervenção tendo em conta os critérios da evidência científica (Carvalho & Frango, 2010). Assim, o presente estudo surge na sequência de um conjunto de investigações anteriores relativas ao processo de avaliação do programa *Kosmicare*, necessidade que se tornou evidente na medida em que o *KC* realiza uma intervenção, cujas práticas são relativamente recentes no panorama nacional o que nos remete para a urgência de demonstrar a sua eficácia e cuja problemática sobre a qual incide a intervenção carece ainda de um conhecimento mais aprofundado. Importa assim expor sucintamente os objetivos dos estudos acima referidos para melhor compreender o processo de avaliação relativo a esta intervenção no que concerne à edição de 2010: (1) avaliação do processo da intervenção do *Kosmicare* (Carvalho et al. 2011) tendo em conta a implementação do programa, a satisfação da equipa e a satisfação dos participantes; (2) avaliação do processo e dos resultados tendo em conta a qualidade da intervenção e a sua eficácia (Pinto de Sousa, 2012); (3) avaliação dos resultados segundo os indicadores do *Mental State Exam Checklist* (MSEC)³, contribuindo assim para uma descrição da sintomatologia dos episódios de crise e para a avaliação do estado mental dos *visitors* (Rodrigues, 2012); (4) validação do MSEC tendo em conta o estudo das suas características psicométricas e o seu processo de validação (Fugas, 2012). Este conjunto de estudos, centrados nos dados recolhidos na edição do *KC* de 2010, terá contribuído significativamente para o processo de avaliação da intervenção realizada pelo *KC*. Integrado neste conjunto de investigações, a presente investigação resulta do interesse em fazer um estudo de *follow-up*, cujo foco principal foi a avaliação o impacto da intervenção através da perspetiva dos participantes que receberam os serviços do *KC* em 2010 e 2012.

³ Instrumento desenvolvido por Carvalho (2010) para avaliar as alterações do estado mental de uma experiência de crise relacionada com o uso de SPA e cujo preenchimento se baseia nos dados resultantes da observação realizada pelo *sitter* (terapeuta) relativamente a um *visitor* na hora da sua chegada e na hora em que este sai do *KC*. É constituída por 8 dimensões que compreendem (1) aparência e atitude; (2) comportamento psicomotor; (3) consciência, alerta, atenção e orientação; (4) linguagem e fala; (5) processamento do pensamento; (6) consciência e self; (7) afetos e emoções e (8) funções fisiológicas.

O presente estudo incide na metodologia qualitativa uma vez que se pretende compreender aspetos particulares da intervenção. Neste tipo de abordagem dá-se ênfase à descrição pormenorizada e à compreensão em profundidade emergente do contato direto e da vivência com o programa e com os participantes (Kröeger, Winter & Shaw, 1998) e um dos aspetos privilegiados na recolha dos dados deste estudo tem a ver com a compreensão aprofundada das perspetivas dos participantes face à intervenção que receberam (Snape & Spencer, 2003). Além disso, este tipo de investigação assente na avaliação dos resultados de programa de intervenção ancora-se na perspetiva da *investigação-ação* na qual o objetivo se afigura na produção de conhecimento acerca de um determinado tema e na compreensão da necessidade de intervir no contexto onde esse tema se desenrola, ou seja, o estudo de uma determinada situação social permite simultaneamente produzir conhecimento, o que por sua vez nos permite obter a informação necessária para melhorar a qualidade de ação sobre essa mesma situação social (Almeida & Freire, 2003). A avaliação dos resultados tal como já referimos na secção anterior, pretende examinar os efeitos de uma intervenção procurando determinar se esta alcançou os objetivos pretendidos, aspeto que permitirá auxiliar na decisão de prosseguir, adaptar ou abandonar a intervenção (Carvalho & Frango, 2010). Assim, orientadas por esta premissa, o objetivo geral deste estudo, inserido no âmbito da avaliação dos resultados, consiste na avaliação do impacto produzido pela intervenção a longo prazo nos sujeitos atendidos no *KC*, contribuindo desta forma para a melhoria de futuras edições do programa. Tal como refere Rogers (2012), a avaliação do impacto, inserida na avaliação dos resultados, pretende investigar as mudanças produzidas pela intervenção. Neste sentido, procurou investigar este aspeto na perspetiva do *visitor*. Para proceder à avaliação do impacto da intervenção percebido pelos participantes consideraram-se os seguintes objetivos específicos (i) avaliar a intervenção do *KC* na perspetiva do *visitor* procurando compreender por exemplo o grau de perceção de ajuda prestada pela intervenção bem como o significado atribuído a esta e por último (ii) avaliar as mudanças a longo prazo produzidas pela intervenção, igualmente na perspetiva do participante, tendo em conta por exemplo a perceção dos benefícios pessoais obtidos após a intervenção. Por último mas não menos importante, também incluímos neste estudo o objetivo de (iii) caracterizar a situação de crise que levou o *visitor* ao *KC*, ou seja, interessa-nos conhecer detalhadamente a situação de crise tendo em conta, entre outros aspetos, a forma como esta se despoletou. Assim no que concerne à avaliação dos resultados da intervenção do *KC* na perspetiva do *visitor*, consideraram-se as seguintes questões de investigação, tendo em conta dois domínios específicos da avaliação dos resultados:

A. Avaliação da intervenção na perspetiva do *visitor*:

Neste domínio, pretende-se obter a perceção dos participantes face à intervenção da qual foram alvo e para isso consideraram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a percepção do *visitor* face à ajuda prestada pela intervenção na experiência de crise?
- Qual o grau de significado atribuído pelo *visitor* à intervenção?
- Quais foram os aspetos percebidos como mais úteis na intervenção do *KC*?
- Quais foram os aspetos percebidos como menos úteis na intervenção do *KC*?

B. Avaliação do impacto da intervenção a longo-prazo na perspetiva do *visitor*:

No que concerne à avaliação do impacto, domínio específico da avaliação dos resultados, no entanto remetendo para os efeitos (mudanças sentidas após a intervenção e integração da experiência de crise) da intervenção, percebidos a longo-prazo, consideraram-se as seguintes questões de investigação:

- Quais foram benefícios obtidos após a intervenção, na perspetiva do *visitor*?
- Qual a duração dos benefícios obtidos após a intervenção, na perspetiva do *visitor*?
- Qual a percepção atual dos *visitors* face à experiência de crise?

Por fim, no que concerne à caracterização da situação de crise na perspetiva do *visitor*, consideraram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a tipologia da situação de crise?
- Como se despoletou a experiência de crise?
- Quais as SPA associadas à experiência de crise?
- Qual a sintomatologia associada à situação de crise?
- Como é que o *visitor* lidou com a situação de crise?
- Como é que o *visitor* chegou ao *KC*?

Para uma visualização mais pormenorizada e esquemática dos objetivos específicos e a sua relação com as questões de investigação, incluímos no final desta secção a Tabela 1 (pág. 25) na qual estas duas dimensões também se apresentam relacionadas com os itens do questionário.

2.1. PARTICIPANTES

O presente estudo é constituído pelos participantes atendidos no programa *KC* nas edições de 2010 e 2012 (N=18) que forneceram o *email* para posterior contacto. Os participantes da edição de 2010 (N=7) e os participantes da edição de 2012 (N=11) resultaram do contacto posterior à intervenção, através do questionário *online* de *follow-up* (cf. Anexo 1) sendo que do universo de participantes atendidos em 2010 (N=120), um total de 44 sujeitos deixaram o seu *email* para posterior

contacto e do universo de participantes da edição de 2012 (N=200), um total de 77⁴ sujeitos deixaram o contacto.

O recrutamento dos participantes passou por uma primeira fase na qual foi necessário proceder à recolha dos *emails* que constavam do *formulário do feedback do visitor*⁵, (V.F.F.). No que concerne aos participantes de 2010 foi-nos fornecida uma base de dados onde constavam os endereços de *e-mail*. Relativamente aos participantes de 2012, procedeu-se à importação dos contactos dos *visitors* para outras bases de dados, o que implicou a consulta de todos os processos resultantes da implementação da edição de 2012. A solicitação de preenchimento do V.F.F. foi realizada no momento em que a pessoa estava de saída do espaço do KC. O secretário ou o *sitter*⁶ de serviço solicitavam ao *visitor* o preenchimento deste formulário sempre que possível, tendo em conta o estado da pessoa. Alguns *visitors* mostravam-se recetivos face a este pedido, no entanto outros optavam por não colaborar, ou porque não estavam em condições de escrever, ou porque queriam abandonar o espaço e não mostravam disponibilidade em compreender o objetivo deste pedido, aspeto que era sempre respeitado, uma vez que durante a implementação do programa, o respeito pelas necessidades dos sujeitos e a sua assistência eram prioritários sobre as necessidades que advinham da investigação.

Os sujeitos que constituíram a amostra deste estudo (N=18) tinham idades compreendidas entre os 24 e 33 anos e maioritariamente do sexo masculino (61%), sendo o sexo feminino menos representado (39%) e a maioria era proveniente do continente Europeu (72 %). No que concerne às habilitações 11 participantes tinham a Licenciatura (61%) e 4 estariam a frequentar o 12º ano (22%). No que concerne à ocupação, a maioria dos *visitors* eram estudante (33%) e 5 dos participantes estariam a trabalhar na área das Atividades Intelectuais e Científicas⁷ (28%). Para uma visualização mais integral das características sociodemográficas dos participantes ver Anexo 2. Ressalve-se ainda que do total dos 18 participantes, 2 destes não responderam às questões de carácter mais descritivo, embora tenhamos dados referentes por exemplo ao tipo de crise.

2.2. INSTRUMENTO

Para este estudo desenvolveu-se um questionário *online* – “*Kosmicare:Crisis Intervention at Boom Festival 2010/2012 – Questionnaire and Follow-up Survey*” (cf. Anexo 1) com a finalidade de recolher dados relativos à população atendida no KC bem como à sua perceção face à intervenção.

⁴ No total de *emails* da edição de 2012 contaram-se 85 emails no entanto 8 deles foram impossíveis de decifrar.

⁵ Designação atribuída às pessoas atendidas no KC.

⁶ Designação atribuída ao terapeuta no serviço do KC.

⁷ Estrutura proposta pela Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) de 2010 e que engloba por exemplo profissionais da saúde, especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais, profissionais de tecnologias de informação e comunicação, etc.

Este questionário era constituído por cinco secções, incluindo também uma parte introdutória onde são explicados os objetivos e o âmbito do estudo bem como o consentimento informado: (I) dados sociodemográficos; (II) história clínica; (III) Padrões de consumo e outros dados relativos ao uso de SPA; (IV) avaliação dos resultados/impacto e (V) sugestões e comentários. Como já foi referido anteriormente, neste estudo iremos utilizar apenas os dados relativos à Secção I e IV. As questões que constituem este questionário incluem itens abertos e fechados bem como itens de escolha múltipla e de seleção. A algumas destas questões foram-lhes atribuídas o carácter de resposta obrigatória não sendo possível avançar no questionário sem a resposta (e.g., consentimento informado; edição do *KC* no qual foi atendido, etc...). Neste estudo debruçamo-nos maioritariamente nos dados resultantes das perguntas abertas e em alguns dados de itens fechados.

Este questionário foi desenvolvido no sistema do *Google Drive*, através da criação de uma conta de *email* exclusiva para o efeito. Criou-se o questionário na opção *Formulário*, que além de permitir a criação deste e outro tipo de documentos, também permite a visualização dos resultados e das respostas. Inicialmente o questionário foi desenvolvido em língua portuguesa e depois passou por um processo de tradução e posteriormente de revisão, contando com a colaboração de alguns membros da equipa do *KC* cuja língua nativa fosse o inglês. Neste processo foram revistas não só questões gramaticais como também os termos técnicos e expressões idiomáticas.

A recolha de dados através de um questionário *online* revelou-se a única forma viável de aceder aos participantes do *KC* uma vez que estes constituem uma amostra internacional. Além disso têm surgido algumas evidências das vantagens da recolha de dados através da internet. Miller et al. (2006) realizaram um estudo *online* com participantes consumidores recreativos de SPA, com o objetivo de perceber se o recrutamento e recolha de informação através da *Internet* seria uma forma viável de fazer investigação. Concluíram que esta forma de recolha de dados além de ser rápida também é eficiente e tem vantagem sobre os métodos tradicionais no que concerne a constrangimentos geográficos.

2.3.PROCEDIMENTOS

2.3.1. Recolha de Dados

A recolha de dados foi executada ao longo de um mês através do envio do questionário de *follow-up* via *email*. Foram realizadas duas fases de envio, com o objetivo de aumentar a probabilidade de receber um maior número de respostas. Como já foi referido anteriormente, o nosso universo de participantes é constituído pelos *visitors* atendidos na edição de 2010 e 2012 que deixaram *email* para posterior contacto (N=124). No entanto, após o envio do questionário obtivemos 51

devoluções automáticas de *email* o que reduziu o nosso universo de participantes (N=78). No término deste processo obtivemos 18 respostas ao questionário. O envio deste obedeceu a um processo rigoroso de introdução dos *emails* na base de contactos do *Gmail* e foram realizadas 2 fases de envio que decorreram no espaço de um mês, tempo concedido para o envio e obtenção de respostas. A primeira fase de envio foi realizada no mês de março onde se obtiveram 10 respostas; a segunda foi realizada em abril onde se obtiveram 8 respostas adicionais.

Importa no entanto ressaltar aqui algumas limitações no sistema de envio dos *emails*, uma vez que existia a possibilidade de estarmos a enviar o questionário para pessoas que não constituíam a amostra do *KC*, aspeto que tivemos em consideração na mensagem de *email*, bem como a quantidade de *emails* que foram devolvidos, ou por estarem errados (por a sua decifração ter sido difícil ou porque as pessoas escreveram incorretamente o contacto no momento do preenchimento do formulário) ou pela possibilidade das pessoas já não possuírem aquele endereço de *email*.

2.3.2. Análise dos Dados

No que concerne à análise dos dados optamos pela metodologia qualitativa e com recurso ao *software Nvivo9*®. Começamos por introduzir no *software* todos os dados de atributo (e.g., idade, género, nacionalidade, ocupação, dados de consumo, etc...) e de conteúdo (questões abertas referentes ao processo de avaliação da *Secção IV*) do questionário, importados da base de dados do *Google Drive*.

No âmbito da metodologia qualitativa, a opção como técnica de análise para este estudo foi pela Análise de Conteúdo. Aqui o conteúdo e o contexto do documento são analisados e o investigador procura identificar e compreender também os temas que são apresentados através da frequência da sua ocorrência (Spencer, Ritchie & O'Connor, 2003). Genericamente, a análise de conteúdo procede ao tratamento da informação contida numa mensagem (Bardin, 2002). Neste caso em específico foi realizada a análise da informação contida no discurso escrito dos participantes, referentes às suas percepções face aos resultados da intervenção do *KC*.

A análise de conteúdo obedeceu neste estudo a quatro etapas fundamentais: (i) organização da análise; (ii) codificação; (iii) categorização e (iv) inferência. Na primeira etapa, que tem como objetivo sistematizar as ideias iniciais, procedeu-se à leitura “flutuante” dos dados, atividade que permite estabelecer o primeiro contacto com os documentos que vão ser analisados (Bardin, 2002). Nesta etapa tornou-se fundamental realizar a preparação do material, nomeadamente no que concerne ao isolamento dos dados que se destinam a ser tratados.

Na segunda etapa, a *codificação*, cujo objetivo é dar início à transformação dos dados brutos do texto que irá permitir atingir a expressão do conteúdo através do *recorte* que incide na escolha das unidades. Assim, para dar início à codificação, foram selecionadas as *unidades de registo* contidas no

discurso escrito no questionário, ou seja, a unidade de significação que visa a posterior categorização e a contagem de frequência das mesmas. As unidades de registo foram assim fragmentadas tendo em conta a expressão de “uma ideia completa” resultante de seleção da *unidade de contexto* que corresponde à secção IV do questionário na qual encontramos as unidades de registo que expressam a descrição percetiva da avaliação da intervenção. Após a seleção e fragmentação de todas as unidades de registo, procedeu-se à agregação destas unidades a códigos descritivos que expressam genericamente o conteúdo dessa unidade.

A etapa da *categorização* consiste numa operação de classificação e reagregação das unidades de registo traduzidas em códigos descritivos (Bardin, 2002). Aqui procedemos à criação de categorias segundo o critério semântico de categorização, que obedece à regra de inclusão de todos os códigos em categorias temáticas que por sua vez englobam os temas que lhe dão significado. Por exemplo, os códigos descritivos *medo* e *ansiedade* foram organizados em categorias mais abrangentes tais como *experiências da crise*. Este processo obedeceu a um processo de análise dos códigos descritivos e organização dos mesmos segundo categorias que nos permitissem descrever a perceção dos participantes face à avaliação da intervenção.

Por fim, a fase da *inferência* permite responder às questões de investigação postuladas pelo investigador. Neste caso, permitiu obter maior conhecimento sobre a avaliação da intervenção no prisma dos participantes permitindo por exemplo, conhecer detalhadamente a situação de crise despoletada no festival e que levou o sujeito ao *KC*. Segundo Bardin (2002), esta fase poderá ancorar-se em dois pólos - neste caso, no *emissor* e no *recetor*, o que permite por um lado obter as perceções dos participantes face ao programa e a descrição pessoal da situação de crise, o que por um lado nos permite atingir maior conhecimento sobre quem são estes participantes e por outro lado também nos permite conhecer o conjunto de experiências vivenciadas nas situações de crise que são atendidas no *KC*, o que em última instância nos permite adaptar a intervenção do programa segundo estas inferências resultantes da análise do conteúdo do discurso do participante.

Tabela 1. Desenho da Investigação

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Questões de Investigação	Indicadores	Questionário Secção D.
1. Avaliação dos Resultados	1.1. Avaliar a intervenção na perspetiva do <i>visitor</i>	1.1.1. Qual a perceção do <i>visitor</i> face à ajuda prestada pela intervenção na experiência de crise?	Perceção da ajuda prestada pelo KC.	D3.
		1.1.2. Qual o grau de significado atribuído à intervenção?	Significado da experiência de crise.	D4.
		1.1.3. Quais os aspetos percebidos como mais uteis da intervenção?	Abordagem Psicoterapêutica Recursos do KC	D9.
		1.1.4. Quais os aspetos percebidos como menos úteis da intervenção?	Recursos e Logística	D10.
	1.2. Avaliar o impacto da intervenção a longo prazo, na perceção do <i>visitor</i> .	1.2.1. Quais foram os benefícios obtidos após a intervenção?	Perceção dos Benefícios Pessoais	D5.
		1.2.2. Qual a duração dos benefícios obtidos após a intervenção?	Perceção da duração dos benefícios	D6.
		1.2.3. Qual a perceção atual do <i>visitor</i> face à experiência de crise?	Integração da experiência de crise	D11.
	2. Caracterizar a Situação de Crise na Perspetiva do <i>visitor</i> .	2.1. Qual a tipologia da situação de crise?	Tipo de crise	D1.
		2.2. Como se despoletou a crise?	Contexto	D2 e C4.
		2.3. Quais as SPA associadas à experiência de crise?	Uso de SPA	
2.4. Qual a sintomatologia associada à situação de crise?		Dificuldades Emocionais e Afetivas		
		Dificuldades Físicas		
2.5. Como é que o <i>visitor</i> lidou com a situação de crise?		Estratégias Anteriores ao KC		
2.6. Como é que o <i>visitor</i> chegou ao KC?		Forma de Chegada		
	Estado Emocional e Afetivo			

PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção iremos primeiramente apresentar o sistema de categorias que resultou da análise de conteúdo aos dados qualitativos do questionário *online*, recorrendo ao software Nvivo9® que nos permitiu a organização dos dados em categorias subcategorias e códigos, bem como a contagem das unidades de registo e do número de participantes que se inseriam nessas categorias. Este sistema de categorias resultou da orientação das nossas questões de investigação, tendo por base interesse em descrever dois níveis temáticos que constituem este estudo: a caracterização da experiência de crise e a avaliação dos resultados do programa de intervenção em crise na perspetiva do *visitor*. Ao longo desta descrição pretende-se explicar os temas que emergem da exploração das categorias, subcategorias e códigos na nossa investigação, tendo em conta também algum suporte da literatura nesse domínio. Esta descrição permite ao leitor apreender os nossos resultados de uma forma mais integrada. Por questões de espaço, optou-se por apresentar a descrição de todas as categorias de primeira ordem e suas subcategorias, apresentando apenas os códigos considerados mais relevantes, ilustrando sempre com *unidades de registo* (discurso do participante)⁸, no entanto o sistema de categorias pode ser consultado de forma mais integral no Anexo 3.

Numa fase posterior iremos proceder à discussão dos resultados obtidos através do sistema de categorias tendo em conta a organização das nossas questões de investigação, pretendendo dar resposta a estas com base naquilo que induzimos através do sistema de categorias e mais uma vez suportadas em evidências literárias.

3.1. DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE CATEGORIAS

Como já referimos acima, foi criado um sistema de categorias que nos permitiu dar resposta às nossas questões de investigação. Neste sentido obtivemos um sistema de 5 categorias de primeira ordem: (1) *Experiência de Crise*, (2) *Aspetos Úteis do KC*, (3) *Aspetos Menos Úteis do KC*, (4) *Benefícios Pós-Intervenção* e (5) *Integração da Experiência de Crise*. Vejamos detalhadamente em que consistem cada uma destas categorias e como é que estas se subdividiram de forma a obter as nossas respostas.

⁸ Ressalve-se que a maioria dos participantes não eram portugueses e por esse motivo, a maioria das unidades de registo surge em inglês. A opção por não traduzir o discurso do participante prende-se com o facto de não nos afastarmos da ideia principal e do significado que o participante incute no discurso escrito ao longo do questionário. Podemos ainda encontrar alguns erros ortográficos e ao nível da construção frásica, uma vez que alguns participantes não tinham como língua nativa o inglês, aspeto que não perturbou a interpretação clara e objetiva da ideia que o participante quis transmitir.

A. Experiência de Crise

Esta categoria remete-nos para todas as UR que nos permitem caracterizar a situação de crise vivenciada pelo sujeito no festival até à sua chegada ao espaço do *Kosmicare*. Assim para uma melhor organização desta categoria e de forma a caracterizar a crise tendo em conta as suas várias dimensões, resultaram 6 subcategorias: (1) *Dificuldades Emocionais e Afetivas*, (2) *Dificuldades Físicas*, (3) *Contexto*, (4) *Uso de SPA*, (5) *Estratégias Anteriores ao KC*, (6) *Chegada ao KC*. Vejamos cada uma destas subcategorias de forma mais pormenorizada:

A1. Dificuldades Emocionais e Afetivas

Nesta subcategoria incluímos um conjunto de dificuldades de foro psicológico que o sujeito experienciou durante a crise. Por emoções entenda-se um conjunto de reações cognitivas, comportamentais e psicológicas importantes na adaptação a novas situações e que resultam da avaliação que o sujeito faz perante os estímulos que o rodeiam (Denollet, Nyklícek & Vingerhoets, 2008). Ora os afetos estão intimamente associados às emoções e remetem para um processo psicológico que consiste na atribuição de significado através da avaliação subjetiva dos estados psíquicos e do mundo externo, o que também nos remete para as relações interpessoais. Assim, nesta categoria incluímos aspetos quer emocionais quer afetivos que acompanham o estado de crise, que conseguimos apurar através das UR e que incluímos em códigos.

Passamos aqui a apresentar apenas os principais códigos integrados nas dificuldades emocionais e afetivas: (A1.1) *Medo* – este código remete para uma emoção que se caracteriza por um estado aversivo centrado na ameaça e envolve sentimentos negativos intensos bem como a necessidade urgente de se defender e sair da situação que está a provocar este estado (Öhman, 2008). Na nossa análise encontramos unidades de registo que remetem para este tipo de experiência na qual o sujeito sente medo daquilo que lhe está a acontecer e quer afastar este estado (e.g., “*Now I regret that I didn't enjoy better the experience as I got scared and wasn't able to manage it on my own. I fought it, instead of letting go.*”). Nesta subcategoria também se destaca a *Perda da Perceção* (A1.4) que remete primeiramente para perda do contacto com a realidade e o sujeito deixa de ter perceção sobre o tempo e o espaço (e.g., “*I was walking from the dance temple to the lake or I thought I was but when I blinked I was on the other side of the dancefloor behind the bar in the bushes*”). Por fim, destacamos ainda o código *Desamparo* (A1.5) que remete para a afetividade, estado em que o sujeito se sente sozinho e esse facto influencia a forma como este está a vivenciar a experiência. Remete ainda para um sentimento de ter sido abandonado pelos amigos (e.g., “*I felt that they don't really care for me that much, cause if they were they wouldn't left me all alone*”).

A2. Dificuldades Físicas

Nesta subcategoria incluíram-se os códigos que remetem para as experiências físicas provocadas pelos efeitos das SPA bem como pelo estado emocional afetivo que como sabemos e explicamos mais acima implicam também reações corporais. Este tipo de dificuldades manifesta-se durante a experiência e durante a estadia do *visitor* no espaço do *KC*. Assim, como códigos mais representativos daquilo que foram as dificuldades físicas temos a *Insónia e Privação do Sono* (A2.1) que engloba a dificuldade em dormir por efeito da substância bem como a representação do utente que não dorme há algum tempo o que também influencia a situação de crise (e.g., “*Speed made me not sleep for 48 hours, it was horrible.*”). A *Dificuldade em Comunicar* (A2.3) é um código que representa a dificuldade que o *visitor* sente em expressar as suas necessidades durante a experiência de crise ou simplesmente não está capaz de realizar uma produção verbal coerente (e.g., “*One of my friends asked me how I was and I couldn't speak.*”).

A3. Contexto

Esta subcategoria procura englobar aspetos que permitem explicar onde, quando, com quem e quais as circunstâncias nas quais se despoletou a crise e qual a influência destes aspetos na experiência. Assim incluímos nesta subcategoria os códigos *Relacional* (A3.1), *Temporal* (A3.2), *Musical* (A3.3) e *Espacial* (A3.4). O código *relacional* remete para o contexto interpessoal que rodeou o sujeito no momento em que a crise se despoletou e também durante o festival (e.g., “*One of those two friends is a girl i like really much, not in a sexual matter, we just get along really well, she is my best friends fiance. We took acid together.*”); o código *temporal* indica-nos quando é que a experiência aconteceu (e.g., “*I had a bad trip du to 2CB the last night of the festival.*”); o código *musical* engloba unidades de registo que nos indicam quer a influência da música na experiência de crise quer a atividade de dança (e.g., “*the music that night was very dark and aggressive and i was scared of the music*”); e por fim o código *espacial* que nos indica onde a experiência ocorreu (e.g., “*so we moved to the calm part of BOOM - in front of the lake behind the healing area*”).

A4. Uso de SPA

Nesta categoria incluímos todos os dados referentes ao uso de substâncias psicoativas, no que concerne ao tipo de substância consumida durante a experiência de crise – *SPA* (A4.1), relativamente às perceções dos *visitors* face à *quantidade de ingestão* (A4.2) que remete também para influência da quantidade ingerida no despoletar da crise (e.g., “*i took to much MDMA and acid and smoked to much cannabis.*”); e por fim a *falsa representação* (A4.3) que remete para a compra/consumo de uma substância pensando que se tratava de outra, facto que implica o surgimento de efeitos que o *visitor*

não esperava (e.g., “*I took some drug from a DJ and i put with water thinking its was mdma. But it wasnt*”).

A5. Estratégias Anteriores ao KC

Nesta subcategoria incluímos todo o conjunto de estratégias referidas pelos sujeitos que se referiam ao recursos a estratégias próprias para lidar com a crise. Assim destacamos aqui o código *Outras áreas* (A5.1) que remete para o recurso a outras áreas do festival numa tentativa de lidar com a situação (e.g., “*Before bein able to reach the cosmic care i was in the massage area and they really relaxed me and helped me to go trough my bad trip.*”) e o código *Apoio dos amigos* (A5.3) que remete para a ajuda prestada pelos amigos no momento de crise (e.g., “*estava com uma amiga, e como ela era a unica pessoa que me ligava à "realidade" antes de tomar o space cake não conseguia afastar-me dela, obriguei-a a dar-me a mão para ter a certeza que era real.*”).

A6. Chegada ao KC

A chegada ao espaço do KC dividiu-se em dois códigos (A6.1. *Forma de Chegada*) que explica de que forma o *visitor* chegou ao KC, e que por sua vez se dividiu em 3 sub-códigos (i) *Ajuda de Outros*; ou seja a pessoa chega ao KC com ajuda dos amigos e/ou outras pessoas que se disponibilizaram a ajudar (e.g., “*At this point one member of the group, asked me if i want to go for a walk. I agreed and after some minutes we arrived at the cosmicare.*”) (ii) *Encaminhamentos*, ou seja, a pessoa é encaminhada por outros serviços do festival ou o *staff* do KC (e.g., “*I was told afterwards that one of your staff memebers or workers from boom festival by the name of jaoa or something had found me and brought me in to the camp site.*”) e (iii) *Por Iniciativa Própria*, ou seja, o utente decide ir sozinho para o KC, consciente do seu estado (e.g., “*I sought help from Kosmicare.*”).

O segundo código refere-se ao *Estado afetivo e emocional* (A6.2) no qual a pessoa chegou ao KC, e que por sua vez também se dividiu em 5 sub-códigos (i) *agressivo/zangado*, a pessoa terá chegado ao KC com emoções de raiva ou em estado agressivo (ii) *Calmo/aliviado*, a pessoa chega ao KC e sente-se aliviada ou vem calma (e.g., “*when i calmed down my friends brought me to cosmic care.*”); (iii) *Confuso*, a pessoa chega confusa com a situação que está a vivenciar; (iv) *Inconsciente*, a pessoa chega inconsciente e sem reação e (v) *reticente*, o utente hesita no espaço do KC antes de pedir ajuda.

B. Aspetos Úteis do KC

Esta categoria contempla um conjunto de dimensões que remetem para os aspetos da intervenção considerados úteis pelos participantes. Estes aspetos dividiram-se em 2 subcategorias que permitem organizar os aspetos valorizados pelos *visitors*:

B1. Abordagem Psicoterapêutica

Nesta subcategoria incluíram-se todos os aspetos que os participantes valorizam no que concerne à abordagem psicoterapêutica utilizada pela equipa do KC. Por abordagem psicoterapêutica entenda-se um conjunto de técnicas de índole psicoterapêutica (empatia, aceitação, escuta ativa) que permitem ao paciente expressar aquilo que está a sentir. Anna O. definiu a psicoterapia como “*the talking cure*” que traduz aquilo que de facto é a psicoterapia – falar, expressar, verbalizar e partilhar a dor e o sofrimento, permitindo que a pessoa se sinta melhor através das palavras expressas por ela e pelo terapeuta (J. Sommer-Flanagan & R. Sommer-Flanaga, 2004).

Assim, consideramos para esta categoria um conjunto de técnicas psicoterapêuticas por nós reconhecidas embora referenciadas pelo participante e que passamos a apresentar: (B1.2) *Empatia* reflete a compreensão e aceitação incondicional da experiência do utente que ao se aperceber destas condições sente-se capaz de se perceber melhor a si próprio e de se aceitar (Bozarth, 2001). O utente valoriza a compreensão que sente por parte do *sitter* (e.g., “*have met someone at kosmicare who I felt understood what was wrong with me and on my wavelength and almost. Felt like it was meant to be.*”)

Outra técnica psicoterapêutica valorizada pelo utente é a *Disponibilidade do sitter* (B1.4), o que nos remete para capacidade que este tem para estabelecer a relação e para a sua disponibilidade incondicional para estar com o utente e responder às suas necessidades mais prementes (e.g., “*people that love to help and can stay for maybe hours by someone's side.*”); *Conversar* (B1.7) também é um código que emerge da abordagem psicoterapêutica e que nos remete para a necessidade com a qual o utente chega ao KC, no sentido de expressar aquilo que está a sentir e obter algum *feedback* face aos aspetos que vão surgindo (e.g., “*And havig somebody to talk about all the things that appear.*”).

B2. Recursos do KC

Os recursos que o KC oferecia também constituem um dos aspetos considerados uteis pelos *visitors*. Estes recursos dividem-se em 3 códigos: (B2.1) *Espaço calmo*, ou seja, o participante valoriza a disposição de um espaço tranquilo, distante das demais pessoas que estão no festival, um local onde podem descansar e obter alguns recursos (e.g., “*it is a very good thing to have the KC tent and to know that there is a safe place where you can go and get help if you are experiencing an intense psychedelic experience.*”). Nesta subcategoria sentimos a necessidade de criar um código *Outros* (B3.) que inclui mensagens de agradecimento e reconhecimento da utilidade do KC (e.g., “*I don't know what would have happend if i had been in a diffrent environment, without such good caretakers.*”).

C. Aspectos Menos Úteis do KC

Nesta categoria incluem-se as UR que se referem aos aspectos considerados pelos *visitors* como menos úteis do KC. Assim criamos uma subcategoria que reflete a totalidade de aspectos negativos do programa de intervenção:

C1. Recursos e Logística

Esta subcategoria reflete os aspectos menos úteis que os *visitors* mais ressaltaram ao longo do questionário e que se prendem com alguns recursos e com o funcionamento do KC. Assim temos o código *Mudanças de sitter* (C1.2) apontado por um participante como sendo um aspecto negativo, uma vez que tinha de repetir a sua história a várias pessoas (e.g., “*o facto das pessoas estarem constantemente a mudar não foi muito positivo, tive de explicar a situação várias vezes.*”), a *Estrutura do espaço* (C1.3) que reflete a necessidade de maior privacidade no espaço do KC (e.g., “*I felt that maybe I was being too loud and bothering others. Or I wouldn't have been too comfortable hearing others...*”).

D. Benefícios Pós-Intervenção

Quisemos conhecer possíveis mudanças que ocorreram após a intervenção e nesta categoria procuramos englobar os benefícios obtidos através da intervenção do KC no período após esta ter sido empregue. Importa aqui ressaltar que estes benefícios congregam mudanças sentidas pelos participantes ao nível pessoal e que podem advir quer da intervenção quer da experiência de crise vivenciada antes e durante a intervenção. Assim, por benefícios entendemos todo o tipo de mudanças sentidas pela participante e que a literatura sobre este tema em específico – as *emergências psíquicas* - aponta como sendo um possível resultado da experiência de crise. S. Grof e C. Grof (1989) referem que este tipo de crises podem resultar num poder curativo espontâneo de várias perturbações emocionais, em mudanças favoráveis na personalidade, em soluções para problemas significativos na vida do sujeito e na evolução para um estado de alta-consciência, tendo em conta um suporte profissional que permita à pessoa ultrapassar o momento de crise e que posteriormente haja um trabalho de integração da experiência. Assim consideramos um conjunto de referências desta dimensão que nos remetem sobretudo para a obtenção de benefícios ao nível pessoal:

D1. Benefícios Pessoais

Esta subcategoria emerge dos benefícios sentidos pelos participantes e que inferimos serem sobretudo de foro pessoal. Estes por sua vez dividem-se em (D1.1) *Lidar com situações e crise*, ou seja, a pessoa demonstra sentir-se mais competente para lidar com situações de crise despoletadas pelo consumo de

SPA (e.g., “*Next time I take LSD I feel that I will better manage the situation. I think I am better prepared for a psychedelic experience.*.”); (D1.2) *Atitude Responsável face às SPA*, que evidencia uma atitude mais consciente e informada face aos consumos de SPA no que concerne à gestão da quantidade e a outros aspetos circunstanciais do consumo (e.g., “*My mindset towards drugs and the effects of drugs on you. where to use drugs and how to use them more responsibly.*.”); (D1.3) *Valorização Pessoal e Relacional*, ou seja, a pessoa revela mudanças nas suas percepção de si, dos outros e do contexto, revela ainda atitudes mais valorativas no que concerne às suas relações interpessoais e relativamente ao seu modo de lidar com problemas que surgem nas suas vidas (e.g., “*My ordeal that night made me want to be a better person and has lead me to better myself.*.”)

E. Integração da Experiência de Crise

Nesta categoria incluem-se as referências que remetem para a percepção atual que o utente tem face à experiência de crise que vivenciou no festival e no *KC*. Desta forma conseguimos aceder ao significado que o utente atribui a essa experiência e se este se traduz em sentimentos positivos ou negativos face ao que vivenciou, o que nos permitiu inferir três tipos de integração que passamos a descrever:

E1. Integração Negativa

Nesta subcategoria incluímos todos os aspetos que inferimos estarem associados a uma integração negativa da experiência, nomeadamente no que respeita ao despoletar de sintomatologia significativa. Assim, correspondente a esta categoria temos o código *Agravamento de Sintomatologia Prévia* (E1.1.) que reflete o agravamento de sintomatologia psicopatológica já existente no utente (e.g., “*I have had problems with social integration also before this experience but after it it’s worse to control the anxiety and panic*”); *Desejo de não repetir* (E1.3), o utente manifesta o desejo claro de não voltar a ter uma experiência de crise, o que inferimos ser parte integrante de uma integração negativa, uma vez que despoletou sentimentos negativos face à mesma (e.g., “*Foi uma experiência única que sei que não vou voltar a ter porque apesar de todo o apoio que tive, não foi agradável sentir-me fora de controlo da minha mente durante tanto tempo seguido.*”).

E2. Integração Positiva

Esta subcategoria é baseada num conjunto de UR que nos remetem para uma percepção positiva da situação de crise bem como para sentimentos inferidos de que esta se encontra bem integrada na vida do sujeito, não tendo qualquer impacto negativo na sua vida.

Agregada a esta subcategoria temos o código *Felicidade* (E2.6) que remete para sentimentos de felicidade evidenciados pelos *visitors* face à crise (e.g., “*I am very happy to get into this situation at Boom Festival*”); o código *Auto-conhecimento* (E2.3) que embora também possa ser visto como um benefício da intervenção consideramos que tendo sido descrito na pergunta relativa à integração da experiência, também auxilia na clarificação da integração positiva e por esse motivo optamos por incluí-lo nesta subcategoria, além de que este código remete para maior *insight* perante a situação de crise (e.g., “*I had this urge and need to find out what happened that day and why i went thru what i went thru*”); o código *Desejo de uma Experiência mais Positiva* (E2.4) remete para a integração dessa experiência e a necessidade de ter uma experiência mais positiva devido aos sentimentos de frustração por esta não ter resultado de forma tão positiva como era esperado (e.g., “*As I said, what really bothers me or the only negative aspect I still carry with me is that I couldn't experience a good, intense, fun, changing, interesting and positive LSD experience.*”).

E3. Integração Intermédia

Esta subcategoria foi criada no sentido de englobar as UR que não se enquadravam numa integração positiva nem numa integração negativa uma vez que a descrição do utente nos remetia para uma fase na qual este ainda estaria a lidar com a situação. Nesse sentido gerou-se o código *A Lidar com a Situação* (E3.1) que remete precisamente para o facto de o utente ainda não considerar a experiência totalmente integrada (e.g., “*I still have a way to go though to fix everything that is wrong.*”).

3.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a descrição do nosso sistema de categorias, dispomo-nos agora a responder de forma mais conceptualizada às nossas questões de investigação. Para tal iremos percorrer todas as QI a que nos propomos responder tendo em conta o nosso sistema de categorias. Uma vez que os objetivos deste estudo remetem para respostas descritivas, a abordagem que iremos utilizar na discussão dos resultados será no sentido de analisar criticamente as categorias que apresentamos acima. Procurámos sobretudo integrar os resultados nas evidências já existentes na literatura. Ressalvamos ainda o facto de que algumas das nossas questões de investigação encontram a sua resposta em dados de carácter quantitativo que, dada a sua natureza descritiva, foram também incluídas no *software Nvivo9*® e designadas de *atributos*. Tendo em conta que temos dois objetivos que nos guiam na análise dos dados optamos por iniciar a apresentação e discussão dos dados relativos à avaliação dos resultados da intervenção do *KC* na perspetiva do *visitor* e finalizar com a caracterização da situação de crise.

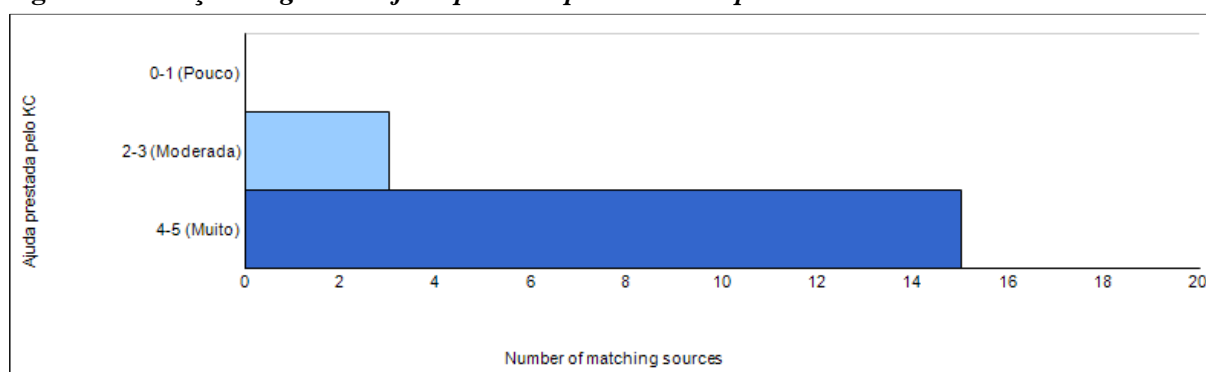
3.2.1. Avaliação dos Resultados da Intervenção

3.2.1.1. Avaliação da Intervenção na Perspetiva do *Visitor*

- **Qual a percepção do *visitor* face à ajuda prestada pelo *KC* na experiência de crise?**

No que concerne à avaliação da percepção do *visitor* face à ajuda prestada pela intervenção do *KC* optou-se por aceder a esta resposta através de uma escala de *likert* (0-5) que remete para a percepção do grau de ajuda prestada pelo *KC*. Quisemos saber especificamente em que medida a intervenção ajudou a ultrapassar a experiência de crise, avaliada pelo participante. Verificámos assim que a maioria dos participantes (N=15) avaliou positivamente a ajuda prestada pelo *KC*. Ressalve-se que esta avaliação foi realizada num momento de *follow-up*, o que significa que após o período da intervenção (para os utentes de 2010, após um período de 2 anos e para os utentes de 2012, após um período de 6 meses) o *visitor* considera que a intervenção do *KC* o ajudou a ultrapassar a experiência de crise que o levou até lá, o que nos poderá indicar que a intervenção foi eficaz na prestação de ajuda na situação de crise, percepção que se manteve estável ao longo de um período continuado no tempo.

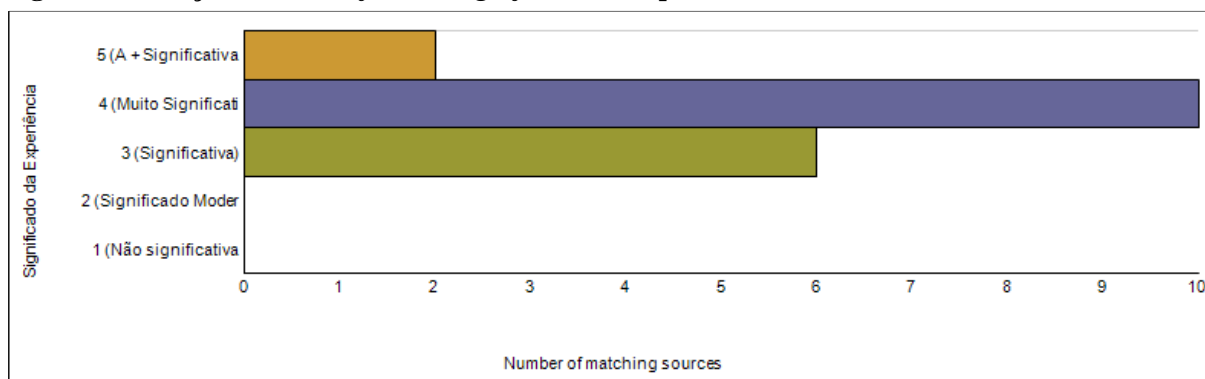
Figura 1. Percepção do grau de ajuda prestada pelo *KC* na experiência de crise.



- **Qual o grau de significado atribuído à intervenção pelo *visitor*?**

Quisemos também aceder ao significado que a experiência vivenciada no *KC* teve para o sujeito. Assim optou-se por incluir uma questão no questionário *online* com uma lista de 5 opções que permitiram ao participante posicionar-se face ao grau de significado da experiência. Pelo que podemos visualizar na Figura 2, a maioria dos participantes considera que a experiência do *KC* foi muito significativa na sua vida, o que nos permitirá inferir que esta representou um momento importante na sua vida. Verifica-se assim que a pessoa terá encontrado um sentido para a intervenção que recebeu, atribuindo-lhe significado, que tal como acontece na situação de crise, há uma última fase deste processo em que a pessoa procura o significado da experiência.

Figura 2. Perceção do visitor face ao significado da experiência vivenciada no KC



▪ **Quais os aspetos da intervenção percebidos como mais úteis?**

Quisemos conhecer a opinião dos participantes face à intervenção que receberam. Nesse sentido questionamos quais os aspetos considerados por estes como mais úteis, relativamente ao KC. Esta questão permite-nos aceder à forma como os utentes avaliam a intervenção da qual foram alvo o que contribui em última análise para melhorar ou fomentar estes mesmos aspetos em futuras edições uma vez que o principal objetivo da avaliação dos programas de intervenção é contribuir para a melhoria do serviço no que concerne às suas técnicas, procedimentos e estratégias (OECD, 2012). É precisamente para as técnicas e estratégias que nos remetemos os resultados referentes a este aspeto. O utente tende a valorizar sobretudo a abordagem psicoterapêutica utilizada pelos *sitters* no ato da intervenção (e.g., “*As pessoas que trabalham lá, tranquilas, serenas, que transmitem paz, harmonia, uma energia boa que penetra e auxilia sairmos da loucura.*”). Este tipo de abordagem constituiu um tipo de ajuda que A. Ivey, M. Ivey e Zalaquett (2010) caracterizam como um estilo de ajuda natural que todo o profissional que deseja dirigir a sua atividade a ajudar outros, necessita de possuir. Um tipo de ajuda que assenta na capacidade de estabelecer a relação com vários tipos de pessoas, baseado sobretudo na escuta e na compreensão efetiva da história ou problema da pessoa. Ora estes aspetos são de especial relevância para a intervenção e crise uma vez que a pessoa que está a vivenciar uma situação de crise encontrar-se-á em estado de ansiedade, medo e confusão, e quem intervém neste tipo de situações deverá possuir uma sensibilidade excepcional, bem como competências de escuta ativa e empatia que se refletem na capacidade de estabelecer a relação, pois é através destas competências que se procura reduzir o impacto que a situação de crise está a causar no sujeito naquele momento (Roberts, 2005).

Como vamos perceber ao longo desta discussão, este tipo de abordagem congrega um conjunto de técnicas e estratégias interventivas que estão inter-relacionadas e refletem a importância de dispor de alguém que seja capaz de proporcionar ajuda num momento crítico. Então que tipo de ajuda é que os *sitters* fornecem e o que permitem atingir? Constatamos que os utentes valorizam por exemplo a disponibilidade do terapeuta (B1.4) que reflete a capacidade que este tem em estabelecer a relação com o utente que chega em estado de crise e lhe fornece a ajuda necessária naquele momento

(e.g., “*people that love to help and can stay for maybe hours by someone's side.*”). A empatia (B1.2) expressa pelo terapeuta constitui um aspeto igualmente valorizado pelo utente, uma vez que, tal como já referimos, esta constitui uma competência inserida na capacidade de estabelecer a relação que por sua vez encoraja o utente a verbalizar as suas dificuldades. Assim, a empatia definida como a capacidade de compreender as vivências do utente, bem como a capacidade de comunicar essa empatia devolvendo à pessoa a compreensão que fez da sua experiência fazendo com que o utente se sinta mais capaz de se perceber a ele próprio e de aceitar o que está a acontecer (Bozarth, 2001). Este aspeto é fundamental, uma vez que a pessoa em crise não compreende o que lhe está a acontecer e a percepção que tem face ao evento despoleta um estado de *stress* subjetivo que por sua vez provoca uma falha nas estratégias de *coping* (Kanel, 2002). Neste sentido, a empatia parece constituir para a intervenção em crise uma forma útil de reduzir os níveis de ansiedade face ao que está a acontecer, pois através desta forma de comunicação o *sitter* demonstra que o que está a acontecer é normal e atua assim na percepção que o utente tem face ao evento, modificando-a para uma percepção menos ameaçadora. Esta mudança na percepção remete para outro aspeto salientado pelo *visitor* – sentirem-se tranquilizados (B1.5) através da intervenção que estão a receber (e.g., “*it was nice that someone talked to me and calmed me down*”). Ou seja, é valorizado o facto de alguém ser capaz de os tranquilizar, ajudando desta forma a restabelecer o equilíbrio emocional.

Associada à abordagem terapêutica, os utentes valorizaram também os recursos que o *KC* dispõe, nomeadamente no que concerne ao espaço que se disponibiliza, um espaço calmo, distante da agitação que inunda o festival, aspeto que permite à pessoa em crise encontrar não só uma abordagem adequada às suas necessidades como também um espaço que lhes induz a sensação de calma (e.g., “*I see it as a place where you can get help if you need it. A safe haven where you can go if you are experiencing a difficult situation.*”).

Assim, no que concerne aos aspetos úteis, constatamos que os utentes destacam a abordagem psicoterapêutica o que nos remete para a importância de investir em profissionais com competências ao nível terapêutico. Na edição de 2010, a avaliação do processo também sugere que as estratégias psicoterapêuticas foram as mais utilizadas (Pinto de Sousa, 2012) facto que nos permite agora valorizar com a percepção do *visitor*, como sendo consideradas estratégias úteis que ajudam a ultrapassar a experiência de crise. A valorização do espaço e de outros recursos do *KC* também permitem perceber que se torna fundamental investir cada vez na sua organização e logística, bem como na disponibilização de mais recursos.

▪ **Quais os aspetos da intervenção percebidos como menos úteis?**

Relativamente aos aspetos menos úteis do *KC*, os utentes ressaltaram a falta de medicação (n=1), a mudança de *sitter* (n=1), a estrutura do espaço (n=1) e a localização do *KC* (n=1). Estes aspetos, embora não sejam representados de forma significativa pela amostra que constituiu este estudo,

refletem algumas das sugestões que devem ser consideradas no futuro. Nomeadamente a mudança constante de *sitter* no mesmo turno reflete a necessidade de o utente repetir várias vezes o que lhe aconteceu. Este aspeto pode aumentar o sentimento de insegurança na pessoa em crise uma vez que não se está a obedecer aos princípios da abordagem psicoterapêutica. Em futuras edições este aspeto deverá ser ressaltado durante as formações das equipas no sentido de evitar que este tipo de situação aconteça com frequência. Um utente também referiu a estrutura do espaço como um aspeto menos positivo, por ter sentido alguma falta de privacidade durante o seu momento de crise. Este utente foi atendido na edição de 2010, cujo espaço era comum para todos. Na edição posterior este aspeto já terá sido considerado, disponibilizando-se uma área comum a todos, bem como uma área mais reservada para os casos mais graves e ainda uma área fechada para aqueles que gostariam de ter mais privacidade. Ainda assim este aspeto surge como uma necessidade que deverá continuar a ser valorizada uma vez que da mesma maneira que o espaço surge como um aspeto positivo também nos surge neste estudo como um aspeto menos útil.

3.2.1.2. Avaliação do impacto da intervenção a longo-prazo, na perspetiva do *visitor*.

▪ Quais foram os benefícios obtidos após a intervenção, na perspetiva do *visitor*?

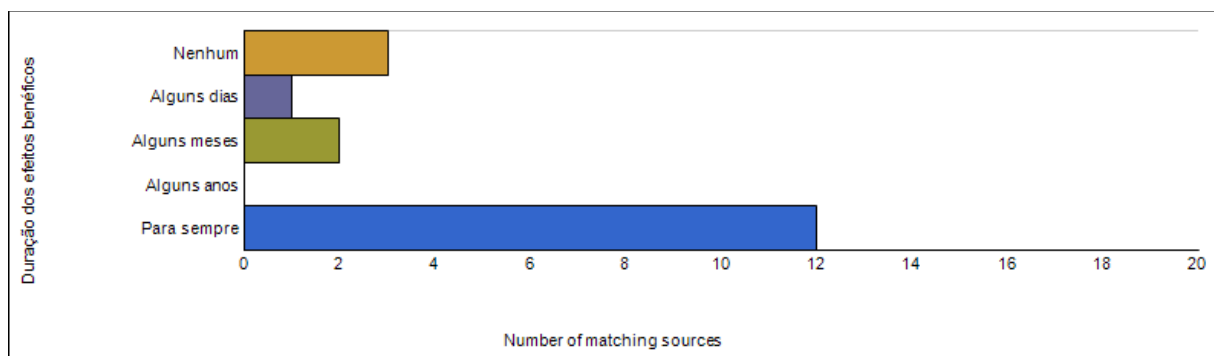
Quisemos saber quais os benefícios sentidos pelos participantes após a intervenção, no sentido de perceber quais as mudanças sentidas a longo-prazo após a intervenção. Assim foi possível constatar que os participantes observaram mudanças ao nível pessoal, nomeadamente no que concerne ao uso de SPA. Alguns dos participantes referiram ter adotado uma atitude mais responsável face ao consumo de SPA, resultado da experiência que tiveram no *KC* (e.g., *The benefits have been my mindset towards drugs and the effects of drugs on you. where to use drugs and how to use them more responsibly.*). Este utente demonstra que está mais consciente dos efeitos das drogas, bem como dos locais e formas de as usar de um modo mais responsável. Isto remete-nos também para a abordagem de RRMD na qual se pretende sensibilizar para uma prática de consumo mais segura. Ora este benefício remete-nos para um dos objetivos do *KC* que passa precisamente por reduzir os riscos associados ao uso de SPA e partilhar informação sobre as SPA, seu efeitos benéficos e riscos (Kosmicare, 2010). Se é certo que o *KC* tem como objetivo partilhar informação sobre formas mais seguras de usar SPA, esse objetivo parece ter sido atingido por alguns dos participantes (n=5). Um outro ganho sentido pelos *visitors* terá sido a capacidade de lidar com futuras situações de crise (n=2), o que também nos remete para a abordagem de RRMD preconizada pela intervenção do *KC*, ou seja o utente demonstra uma tendência para se tornar mais informado e consciente dos riscos do consumo de SPA e aprende a geri-los para situações futuras. Por fim, ainda relativamente aos benefícios, alguns dos utentes (n=5) referiram ter adotado uma postura mais positiva face a si próprios e face aos outros (subcategoria D1.3 - *Valorização Pessoal e Relacional*). Estes resultados remetem para aquilo que S.Grof e C.Grof (1989)

referem como sendo o despoletar de uma oportunidade no meio da crise, sendo este processo conduzido para um potencial de cura ou de soluções para importantes problemas da vida quotidiana. Assim, temos por exemplo um utente que refere ter alcançado uma compreensão maior acerca de um problema relacional com o seu pai, o que o conduziu para um avanço na relação (e.g., *“This day I had a breakthrough in my relationship with my father. Not everything had been solved this night. It was more like the beginning of a wonderful process, which led me to the realization, that my parents always wanted the best for me and gave me all the love that they could give. With time I managed to look at my childhood from different perspectives and found peace with myself and my relationships.”*). Algumas evidências apontam para o facto de algumas pessoas que experienciaram estado alterados da consciência, tenderem a evoluir de um estado perturbado para um estado mais clarificado e sereno na dimensão relacional e pessoal (Stolaroff, 1997).

▪ **Qual a percepção do *visitor* face à duração dos benefícios obtidos após a intervenção?**

Para melhor compreender a dimensão e o significado dos benefícios percecionados pelos sujeitos como resultado da intervenção, optou-se por incluir uma pergunta que remetesse para a percepção dos *visitors* face à duração dos efeitos benéficos. Assim, tal como pudemos visualizar no Gráfico 3, a maioria dos sujeitos (n=12) refere que esses benefícios serão mantidos para sempre, o que remete para o facto de a experiência ter sido significativa para o sujeito e ter despoletado benefícios que se mantêm estáveis ao longo do tempo.

Figura 3. Percepção do *visitor* face a duração dos efeitos benéficos obtidos após a intervenção



▪ **Qual a percepção atual do *visitor* face à experiência de crise?**

Nesta questão quisemos perceber até que ponto o *visitor* terá integrado a experiência de crise que vivenciou no festival e se possível aceder ao contributo da ajuda prestada pelo *KC* nessa mesma integração.

Após a análise do sistema de categorias, concluímos que estavam evidenciados pelos participantes três tipos de integração (E1.Integração Negativa; E2.Integração Positiva e E3.Integração Intermédia). Esta questão de investigação surgiu da necessidade de compreender, mais uma vez se os

objetivos do *KC* estariam a ser cumpridos, ou seja, se a longo-prazo as pessoas estariam a integrar positivamente a experiência que vivenciaram e caso isso não estivesse a acontecer, qual o motivo que impediu uma integração mais positiva. Constatou-se que no que concerne à integração negativa esta ocorreu devido a três fatores que nos permitiram inferir que esta teria sido negativamente integrada na vida do sujeito – o agravamento de sintomatologia prévia (E1.1), o desenvolvimento de sintomatologia no período pós- crise (E1.2) e o desejo manifestado de não repetir a experiência (E1.3).

O primeiro fator remete-nos para a relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a psicopatologia. Existem evidências de que o uso de SPA poderá intensificar ou acelerar o processo de desenvolvimento de psicopatologia (Saban & Flisher, 2010). Ou seja, pessoas que apresentem condições emocionais e psiquiátricas significativas (pré-existentes ao episódio de crise) constituem um grupo de risco no que concerne ao consumo de SPA na medida em que este comportamento poderá implicar a intensificação dessas mesmas condições (Grof, 2008). O segundo fator também nos remete para esta relação referida acima. No entanto esta interação acontece de forma diferente, uma vez que as complicações psicopatológicas surgem como resultado do consumo de SPA (Soar, Turner & Parrot, 2006). Consideramos aqui o caso de um participante que revela ter desenvolvido ataques de pânico no período pós- crise (e.g., *“I wish it never happened because I often believe that it is the reason why I started to have panic attacks that I still suffer from.”*). Ainda assim importa aqui referir que a relação entre estas duas condições não é linear, uma vez que se por um lado o consumo de SPA poderá despoletar sintomatologia, por outro lado esta poderá ser intensificada pelo consumo. No entanto o padrão de consumo também poderá ser um fator determinante nesta relação. Num estudo com consumidores recreativos procurou-se compreender a existência de psicopatologia por parte desta população, tendo ainda aplicada uma bateria de provas que mediam sintomas de ansiedade, depressão e dissociação e concluíram que existiam sintomas psicopatológicos significativos que estariam relacionados com a frequência e duração do consumo ao longo da vida (Sumnall, Wagstaff & Cole, 2004).

No que concerne ao desejo de não repetir, inferimos que estas manifestações indicariam que o sujeito teria integrado a experiência de forma negativa (e.g., *“foi uma experiência única que sei que não vou voltar a ter porque apesar de todo o apoio que tive, não foi agradável sentir-me fora de controlo da minha mente durante tanto tempo seguido.”*). Ou seja, a pessoa manifesta desagrado face à experiência que vivenciou e isto resultou num impacto negativo na sua vida. Assim, da mesma forma que encontramos sujeitos que manifestavam este desejo de não repetir (n=2), encontramos também alguns participantes que manifestaram o desejo de repetir a experiência (n=2) (e.g., *“After several months though i accepted it had happened along with the fact that I didn’t know exactly why I experienced that. Anyway personally in my life now i am content and happy and cannot wait for the next boom festival.”*), facto que nos leva a crer que esta teve um impacto positivo na sua vida, contrariamente aquilo que acontece numa integração negativa.

A integração positiva, além de se evidenciar pelo desejo de repetir a experiência, também se evidencia pelo autoconhecimento (E2.3) - ou seja, o sujeito evidencia um maior *insight* sobre si mesmo e sobre os seus problemas e situações diárias, o que nos indica que a experiência além de ter sido positivamente integrada, também despoletou novas capacidades que remetem para uma maior compreensão de si mesmo e das situações que o rodeiam, o que se verificou com 3 participantes (e.g., *"I had this urge and need to find out what happened that day and why i went thru what i went thru"*). Esta referência evidencia que o sujeito após ter vivenciado a situação de crise sentiu a necessidade de compreender melhor o que aconteceu e porque aconteceu. Alguns participantes também evidenciam a necessidade de partilhar a experiência com outras pessoas o que segundo Grof (2008) constitui uma oportunidade que facilita a integração da experiência e a sua aplicação na vida quotidiana (e.g., *"Thank you for the follow up, I've talked about this to my doctor and I fully understand the consequences of getting drugs from people I don't know well."*). Este participante partilhou a sua experiência com um médico e esta integração permitiu que a experiência surtisse numa mudança de comportamento face aos consumos de SPA.

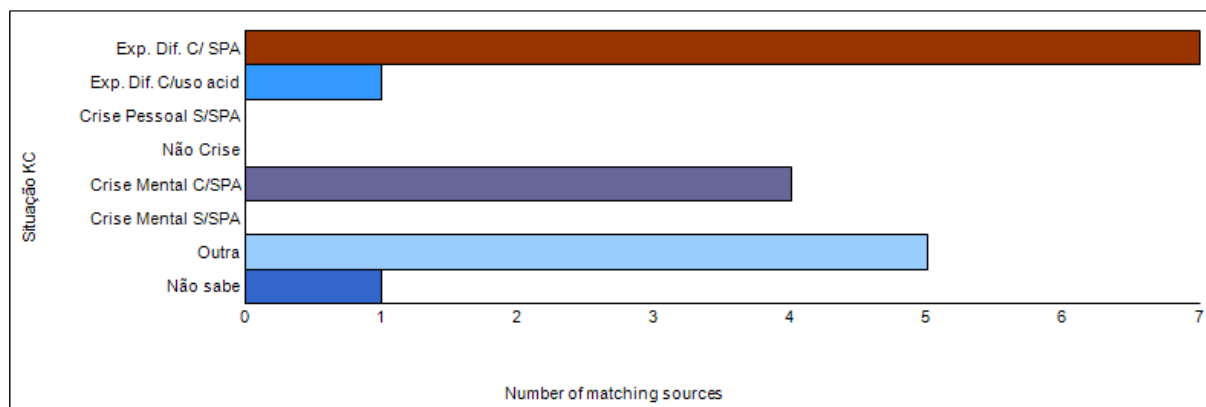
Por fim, a integração intermédia remete-nos para situações nas quais o utente ainda está a lidar com a situação de crise (e.g., *"I cannot say I have fully overcome the problems that lead me there and I probably will never fully understand what happened or why. But it has lead me to change."*), o que poderá indicar que o utente deu início a um processo de integração que ainda não está completo.

3.2.2. Caraterização da Situação de Crise na Perspetiva do Visitor

▪ Qual a tipologia da situação de crise?

Para obter uma visualização mais sumariada da tipologia de crises que foram atendidas no KC optou-se por questionar ao participante qual o tipo de crise que este vivenciou no festival, aspeto que também poderá ser visualizado pormenorizadamente no Anexo 2. Assim como pudemos visualizar na Figura 4, percebemos que a maioria dos sujeitos (n=7) vivenciou uma experiência difícil com uso de SPA. Esta necessidade de averiguar qual a tipologia de crise na qual se inserem os participantes deste estudo remete para o facto de que poderão surgir novas tipologias de crises para as quais o KC deverá estar preparado para atender, nomeadamente quando constatamos que surgiram outras situações (n=7) nomeadamente ao nível de leves *overdoses* e outras situações que o utente remeteu para a quantidade de ingestão de SPA, desidratação, e outras não especificadas pelo participante. Assim torna-se premente que este tipo de avaliação aconteça em todas as edições do programa de intervenção. Neste estudo não encontramos outras situações de relevo para as quais o KC não esteja preparado, no entanto esta caraterização da tipologia permite-nos conhecer quais as situações de crise que levaram os participantes deste estudo ao KC.

Figura 4. Tipo de Crise



▪ **Como se despoletou a crise?**

Para compreendermos como é que a situação de crise se despoletou e quais as circunstâncias que rodearam esta situação optamos por remeter esta questão para o contexto da crise (A3.). Assim constatamos que as variáveis que influenciaram este processo se prendem com o contexto relacional (A3.1), contexto temporal (A3.2), contexto musical (A3.3) e contexto espacial (A3.4). No que diz respeito ao contexto relacional existem indicadores que nos remetem por exemplo para o facto de o sujeito ter ficado sozinho, fator que influenciou o despoletar de um conjunto de emoções e afetos negativos (e.g., ...”so I went there and said that I’ll be right back. I danced for a while, got back to then, situation repeated. Then, when I returned to them for the third time they weren’t there. In an instant i felt incredibly lonely, I felt that they don’t really care for me that much, cause if they were they wouldn’t left me all alone”). Da mesma maneira percebemos que o contexto musical também constituiu um fator relevante neste processo (e.g., “the music that night was very dark and aggressive and i was scared of the music”). Estas duas UR remetem para a influência do contexto no despoletar da crise, no entanto também consideramos para o contexto da crise os indicadores que remetem por exemplo para o critério temporal, ou seja, quando é que a crise se despoletou (e.g., “On the second day of BOOM (the first day night of music) my closet friend and trip buddy David Coffeey and a individual we met purchased and took some LSD”). Esta UR remete-nos para o facto de o sujeito ter vivenciado a sua crise no segundo dia do festival que constituiu o primeiro dia de música, aspeto que para o sujeito terá significado um momento esperado e de festejo. O contexto espacial também nos permite caracterizar a crise na medida em que nos indica onde é que a pessoa estava quando a crise se despoletou (e.g., “i was walking from the dance temple to the lake or i thought i was but when i blinked i was on the other side of the dancefloor behind the bar in the bushes”). Ou seja, o utente estava na pista de dança quando a crise se despoletou, como terá acontecido com a maioria dos sujeitos que se referiram ao contexto espacial na descrição da situação de crise.

Consideramos importante caracterizar o contexto na medida em que existem evidências de que o *set* e o *setting* deste tipo de situações têm influência no tipo de experiência. Grof (2008) refere que para além dos efeitos farmacológicos das substâncias, este aspeto também é importante no despoletar de uma crise, tal como fatores da personalidade da pessoa.

▪ **Quais as SPA associadas à situação de crise?**

Como podemos visualizar na Tabela 2 (pág. 42) as SPA mais consumidas pelos vistor são o LSD e o MDMA. Tal como sugere o estudo de Silva (2005) o LSD constitui a SPA de eleição dos atores que frequentam os ambientes recreativos de *festas de trance*, pois entre muitos outros motivos permite que a pessoa atinja um estado de transcendência, ou *viagem espiritual* que é geralmente preconizado por esta população. Também verificamos que existem alguns padrões de policonsumo, facto que também é confirmado pela literatura como sendo uma tendência de sujeitos que frequentam ambientes recreativos (Boys, Marsden & Strang, 2001).

Além destes indicadores, também se constatou que a quantidade de ingestão da SPA (A4.2) teve influência no despoletar da crise, na medida em que alguns participantes manifestaram perceções neste sentido (e.g., “*I had been out with my friends that night and taken lots of LSD*”). Além deste aspeto ainda se destacam as falsas representações, ou seja, situações nas quais o *visitor* terá consumido uma SPA que não era a que estava a pensar, aspeto que se verificou em dois utentes (e.g., “*he offered me some drug that I didn't realize it was one of the few.*”). Isto remete para um aspeto importante que é a pessoa consumir uma SPA pensando que era outra ou até mesmo não saber o que é, o que representa para o utente, sentir efeitos não esperados e a reação comportamental e afetiva face a este aspeto de ter sido enganado.

Tabela2. SPA associadas à situação de crise

SPA	Nº de Participantes
2-CB	1
Àlcool_2-CB_Speed	1
Àlcool_LSD	1
LSD	5
LSD_MDMA	1
MDMA	2
MDMA_LSD_CANNBIS	1
Space Cake	1
Speed_Anfetaminas	1
Não sabe	1

- **Qual a sintomatologia associada à situação de crise?**

Relativamente à sintomatologia associada à situação de crise, constatamos que esta se manifestava ao nível emocional_afetivo (A1.) e ao nível físico (A2.). No que diz respeito ao nível emocional_afetivo, percebemos que as dificuldades que mais se destacam são o medo (n=5), a perda do controlo (n=5) e a perda da perceção (n=6). Assim, no que concerne à perda do controlo, esta remete para alguns dos efeitos adversos despoletados pelo consumo de LSD que tende a provocar sensações de excessivo descontrolo decorrentes da perda de *insight* sobre a situação, ou seja, a perda da perceção do que está a acontecer, agindo como se estivesse em delírio (Cohen, 1960). Encontramos também alguns sintomas de ansiedade e de medo, igualmente característicos dos efeitos indesejáveis do consumo de alucinogénios, que tendem a despoletar crises de ansiedade intensas, bem como sintomas de desrealização e despersonalização. Encontramos ainda um aspeto que embora só tenha sido referenciado por três participantes, também se afigura como um efeito indesejado do consumo, nomeadamente, o reviver de material inconsciente, que designamos aqui de memórias passadas (A1.3). Este tipo de situações podem ocorrer também através do consumo de alucinogénios e acontece porque a substância tem o potencial de catalisar o material inconsciente e recalcado (Escotado, 1998) e que sob o efeito da substância poderá fazer com que este material surja e constitua para o sujeito um momento de grande sofrimento (e.g., “*I had a lot of personal problems in my life at the time and I only realize now how bad ... Which were massively amplified on LSD*”). Neste sentido, a intervenção afigura-se útil pois quando bem suportada e facilitada por alguém experiente, poderá resultar num avanço terapêutico (Grof, 2008).

Relativamente às dificuldades físicas, estas surgem das mais variadas formas e geralmente como consequência do consumo de SPA. Aquelas que mais se destacam são as insónias e privação do sono (n=3), a dificuldade em comunicar (n=2) e as náuseas e vómitos (n=2). A dificuldade em comunicar surge nestes dois participantes como resultado do consumo de alucinogénios enquanto as insónia e as náuseas tendem a surgir mais associadas ao grupo das anfetaminas, tal como se constatou no estudo de avaliação da edição de 2010 do *Kosmicare* (Pinto Sousa, 2012).

- **Como é que o *visitor* lidou com a situação de crise?**

Esta questão implicou perceber que medidas foram tomadas pelo sujeito e por quem o rodeava para lidar com a situação de crise. Percebemos que as estratégias mais usadas, anteriores ao *KC* (A5.) foram as seguintes: o apoio dos amigos (n=6) e recurso a outras áreas do festival (n=3). Assim pudemos constatar que a ajuda dos amigos se torna fundamental, indicando que o contexto relacional é seguro e de confiança. O recurso a outras áreas do festival também se torna fundamental pois a pessoa em crise está em estado de confusão e necessita de recorrer a outros locais mais calmos no sentido de recuperar o seu equilíbrio emocional, sendo que esta estratégia também implica o recurso ao apoio dos

amigos em algumas das situações (e.g., “*after 2 hours we all started to feel bad, so we moved to the calm part of BOOM - in front of the lake behind the healing area to take some rest and wait for my friend*”). Verificou-se ainda um caso neste estudo que recorreu a uso de medicação tranquilizante para atenuar os efeitos da SPA que tinha consumido, aspeto que terá intensificado ainda mais os efeitos da substância uma vez que esta interação não é aconselhável e por isso mesmo o KC preconiza o uso de medicação homeopática. Este aspeto, ainda que pouco representado neste estudo evidencia uma gestão inapropriada da situação de crise e que deverá ser considerada no futuro em termos de abordagens de RRMD.

- **Como é que o *visitor* chegou ao KC?**

Neste ponto quisemos perceber de que forma o *visitor* chegou ao KC e qual era o seu estado afetivo e emocional. Assim entendemos que a maioria dos sujeitos (n=7) chegava ao local do KC com a ajuda de outros, na sua maioria amigos. Também constatamos que alguns sujeitos chegavam ao KC por iniciativa própria (n=4) e por encaminhamentos (n=5). Na maioria dos casos, e tal como nas estratégias para lidar com a crise, também aqui os amigos e outras pessoas presentes no festival desempenharam um papel fundamental na chegada ao KC. Relativamente ao estado afetivo e emocional no qual a pessoa chega ao KC, constatamos que a maioria dos sujeitos chegava calmo e aliviado, pois a sensação de chegar a um local que lhes vai prestar ajuda transmite a esta sensação de alívio. Além deste estado, verificamos que um utente chegou em estado agressivo, um caso em que o utente chegou inconsciente e um caso em que o utente ficou reticente à chegada do KC e hesitou em pedir ajuda.

PARTE IV – CONCLUSÕES

Nesta última secção dispomo-nos a salientar os principais resultados do presente estudo bem como discutir as principais limitações que este representa ao nível da leitura e interpretação dos resultados. Por fim serão também discutidas as implicações que este estudo representa para considerar em futuras investigações relativas à avaliação de programas deste género.

No que diz respeito às características sociodemográficas (cf. Anexo 2) os sujeitos que compõem a totalidade da nossa amostra são a maioria do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 20 e os 33 anos. Foi possível constatar que a maioria dos participantes são provenientes de vários países sobretudo do continente Europeu mas também de outros continentes. Tal como no estudo de avaliação de 2010, a variabilidade de nacionalidades é novamente constatada, o que nos leva a considerar que a equipa de intervenientes deverá ser constituída por pessoas de diversas nacionalidades e de diferentes culturas no sentido de garantir estas não constituam uma barreira no momento da intervenção.

Em relação ao consumo de SPA, verifica-se a tendência marcada para o consumo de alucinogénios como sendo aqueles que despoletam a situação de crise, tal como se tem verificado em estudos que incidem na população que atende festivais de *trance*. Desta forma, considera-se pertinente que a equipa continue a investir no conhecimento sobretudo dos efeitos dos mais variados alucinogénios e na forma como se poderá lidar com estes. Também se denotou a presença de policonsumos, nomeadamente a presença do álcool e da cannabis e a associação entre o MDMA e o LSD. Este tipo de padrão sendo considerado uma nova tendência nos ambientes recreativos, implica um risco para a saúde dos consumidores o que implica necessariamente que a RRMD seja preconizada neste tipo de eventos (Akbar, Baldacchino, Cecil, Riglietta, Sommer & Humphris, 2011), quer ao nível da intervenção em crise quer ao nível da partilha de informação sobre formas mais seguras de consumos, reforçando a informação dos riscos que os policonsumos constituem.

Ao nível da situação de crise, encontramos manifestações de *dificuldades físicas e afetivo-emocionais*, o que implica que a equipa de intervenção considere a inclusão de recursos humanos e materiais que permitam abranger ambas as situações, de forma a garantir a eficácia no seu atendimento, distinguindo qual a queixa principal, uma vez que ambas podem co-existir e nesse sentido avaliar qual a sintomatologia que estará a causar maior impacto na pessoa o que implica maior poder de decisão face ao tipo de intervenção que a pessoa necessita. Encontraram-se ao nível físico queixas relacionados com *insónias e privação do sono, dificuldades em comunicar e náuseas/vómitos*. Ao nível afetivo-emocional verificou-se a predominância do *medo*, da *perda do controlo* e da *perda da percepção*. Na caracterização da situação de crise também conseguimos aceder ao *contexto* na qual esta se desenvolve e a influência que este exerce sobre a mesma. Verificamos que a maioria das situações

de crise se despoletou na *pista de dança* do festival o que significa que em futuras edições se torna premente a existência de alguns recursos humanos que possam estar presentes nesta zona de forma a garantir um serviço mais rápido e efetivo que possa eventualmente facilitar o encaminhamento da pessoa para o espaço do *KC*, sendo contudo importante que a abordagem a este tipo de situações não seja demasiado intrusiva, o que implica uma avaliação adequada da situação. Além disso, há um destaque atribuído ao contexto relacional e na influência que este exerce no despoletar da crise. Se por um lado encontramos utentes que estavam com amigos que o ajudaram a dirigir-se ao *KC*, também encontramos utentes que estavam sozinhos, fator que além de ter interferido na *crise*, também poderá aumentar o estado de confusão do utente, que não sabe o que fazer. Este contexto relacional deverá ser tido em conta na medida em que as manifestações de crise poderão tomar proporções mais gravosas.

Apesar desta necessidade, também nos apercebemos de que o utente em crise revela algumas estratégias para tentar lidar com a experiência de crise, nomeadamente ao nível do recurso a outras áreas mais calmas do festival e o apoio dos amigos. Ainda assim também encontramos estratégias menos adequadas, tais como o recurso a medicação tranquilizante, fator que também deverá ser considerado nas futuras intervenções de RRMD, alertando para os riscos da interação medicamentosa com as SPA. Relativamente à chegada do utente ao *KC*, verificou-se que a maioria chegou com a ajuda de outras pessoas (e.g., amigos), no entanto também se constatou que alguns decidiram procurar ajuda por iniciativa própria.

No que diz respeito à avaliação da intervenção pelos *visitors*, estes tendem a valorizar sobretudo a abordagem psicoterapêutica que a equipa do *KC* oferece no momento de crise, destacando-se estratégias nomeadamente ao nível da *empatia*, da *disponibilidade do sitter*, da atitude *tranquilizadora* e de alguém com quem *conversar* sobre o que estava a acontecer e a surgir. Estes aspetos remetem-nos para a necessidade de continuar a investir numa equipa que se possua sobretudo a capacidade de fornecer ajuda, e que se sinta competente nestas dimensões. Alguns utentes destacaram ainda a aceitação que sentiram por parte dos intervenientes do programa. Assim torna-se necessário garantir o humanismo, princípio adotado pela RRMD, na qual se assume que embora os consumos de SPA constituam riscos o sujeito, preconiza-se o direito à sua escolha e opção pelos mesmos, tendo o cuidado de não adotar uma postura moralista ou depreciativa (Carapinha, 2009). Assim no processo de seleção das pessoas que vão constituir a equipa, este aspeto deverá ser tido em conta. Os utentes valorizaram ainda o *espaço* do *KC* e os *recursos* que este disponibilizava o que nos demonstra que o contexto do *KC* resulta no sentido em que acolhe e providencia um espaço tranquilo e seguro que garanta as condições para a gestão da crise. Como aspetos menos úteis destacaram sobretudo fatores relacionados com os recursos e a logística do *KC*, nomeadamente a *mudança de sitter* no mesmo turno o que implicou a explicação constante da situação a diferentes pessoas, aspeto deverá ser considerado no momento das formações da equipa no sentido de sensibilizar os *sitters*.

Ao nível do impacto do programa, obtivemos alguns resultados favoráveis que se mantiveram a longo-prazo, nomeadamente ao nível pessoal. Os participantes evidenciaram ganhos e mudanças

terapêuticas após terem vivenciado a situação de crise, sobretudo ao nível das *atitudes face ao consumo de SPA* e ao nível das *relações e da valorização pessoal*. Poderemos assim concluir que o programa está a surtir efeitos na medida em que o está a causar impacto na dimensão pessoal do participante. Embora não possamos afirmar que estas mudanças sejam resultado direto da intervenção, pudemos contudo inferir que estas resultam da vivência de uma situação de crise, que se por um lado constitui um momento de perigo, por outro constitui também uma oportunidade. Assim, tal como refere Dass-Brailsford (2007), o facto de o sujeito receber ajuda profissional no momento, embora seja útil, não garante que as reações posteriores à crise sejam positivas - este aspeto depende também das características individuais da pessoa, do tipo de evento vivenciado e do contexto onde o sujeito se insere. Ainda assim constatamos que o sujeito valorizou o tipo de abordagem utilizada, o que nos remete para a sua eficácia, e o sujeito evidencia benefícios da intervenção que se traduzem em mudanças a longo prazo que se tendem a manter estáveis no tempo. Não sabemos se estas duas variáveis apresentam uma relação de causa - efeito mas sabemos que ambas estão a acontecer e são eficazes e efetivas, o que significa que a intervenção em crise deverá continuar a enfatizar a abordagem terapêutica, procurando sempre integrar na equipa os profissionais mais adequados para este serviço.

Por fim, conseguimos ainda aceder à integração da experiência de crise e verificamos que três sujeitos integraram de forma negativa esta experiência devido a fatores psicopatológicos que se manifestaram antes e após a situação de crise. Este fatores remetem-nos para uma limitação que a intervenção e crise poderá não conseguir avaliar no momento – a presença de sintomatologia prévia. Tal como referimos acima, a reação posterior à crise não depende unicamente da intervenção que no momento se demonstra útil, depende também de fatores individuais e contextuais. Constatamos ainda que ao nível da integração negativa as pessoas evidenciavam o desejo de não repetir a experiência. A fase da integração, característica da reação à crise implica a procura de um sentido daquilo que aconteceu (Dass-Brailsford, 2007) e nestes casos os sujeitos terão evidenciado um sentido negativo e até traumático daquilo que aconteceu, resultando e manifestações do desejo de não repetir. Também encontramos sujeitos cuja integração da experiência se afigurou positiva, remetendo precisamente para a procura de um sentido do que aconteceu e manifestando sentimentos de felicidade face ao que aconteceu pois esta situação terá resultado em mudanças agradáveis na personalidade. Encontramos ainda sujeitos cuja integração da crise classificamos como intermédia na medida em que o sujeito terá evidenciado uma fase de procura de significado para o que acontece que ainda não terá encontrado.

Nesta fase conclusiva importa ainda refletir sobre algumas das limitações que este estudo comporta nomeadamente ao nível da recolha da amostra. Esta foi realizada através de um questionário *online* onde se procurou garantir a celeridade das respostas aquando do processo de construção das perguntas que no entanto não foi possível de garantir em todas as questões, nomeadamente nas que implicavam uma resposta mais descritiva. Este aspeto poderá ter influenciado o número de respostas obtidas bem como a riqueza dos dados, na medida em que obtivemos respostas muito breves e que não

permitiram explorar com maior detalhe todos os dados. Por outro lado também se configura como uma limitação para este estudo o facto de esta amostra ser constituída por 18 participantes que, dado a quantidade de contactos de *email* que recolhemos, se revela pouco representativa do universo total de participantes do *Kosmicare*. Não podemos assim generalizar os resultados obtidos neste estudo por não serem representativos da população atendida no *KC*, e além disso, as pessoas que responderam ao questionário poderão ser aquelas que estão mais motivadas e que ficaram satisfeitas com o programa, aspeto que poderá enviesar os resultados.

Ainda assim, tendo em conta que este programa de intervenção em crise é uma prática recente, cujas evidências científicas ainda carecem de maior estudo, consideramos que este e outros estudos anteriores que se centraram na avaliação do programa, bem como na aferição de um instrumento de avaliação, constituem um processo em fase inicial e que deverá ser continuado, no sentido de avaliar a eficácia e expandi-lo a outros eventos recreativos.

Consideramos pertinente que neste processo de investigação se dê ênfase à constatare avaliação de todas as edições do programa pois cada edição comportará novos participantes, mas também sugerimos que novas medidas de *follow-up* sejam inseridas com recurso a pré e pós-teste para verificar a evolução da sintomatologia a longo prazo, uma vez que encontramos a presença de sintomatologia prévia e posterior à situação de crise em alguns dos participante.

Ressalvamos ainda que parte deste estudo que não foi incluído neste trabalho, será também mais um contributo para a caracterização dos participantes no que concerne aos padrões de consumos e outras variáveis relacionadas com o uso de SPA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B., & Humphris, G. (2011). Poly-substance use and related harms: a systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 1186-1202. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.12.002.
- Auerbach, S. & Kilmann, P. (1977). Crisis intervention: a review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84(6), 1189-1217.
- Balsa, C. (2005). Festa e droga: circunstâncias dos consumos de substâncias psicoativas ilícitas na população portuguesa. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas*, 17, 17-31.
- Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2007*. Consultado no Website do IDT: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>
- Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Boys, A., Marsden, J. & Strang, J. (2001). Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective. *Health Education Research – Theory and Practice*, 16(4), 457-469.
- Bozarth, J. (2001). *Terapia centrada na pessoa: um paradigma revolucionário*. Lisboa: Editora da Universidade Autónoma de Lisboa.
- Brancroft, J. & Graham, C. (1999). Intervenção em crise. In S. Bloch (Ed.), *Uma introdução às psicoterapias* (pp. 131-150). Lisboa: Climepsi.
- Calado, V. (2006). *Drogas sintéticas – mundos culturais, música trance e ciberespaço*. Lisboa: IDT.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Carmena, E., Palmer, A., Sureda, P. & Torres, M. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Carapinha, L. (2009). *Guia de apoio à intervenção em redução de riscos e minimização de danos*. Lisboa: IDT
- Carvalho, M. (2007). *Culturas Juvenis e novos usos de drogas – o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras
- Carvalho, J. & Frango, P. (2010). *Programa de intervenção focalizada: relatório final*. Lisboa: IDT.
- Carvalho, M., Pinto de Sousa, M., Frango, P., Carvalho, J., Dias, P. & Veríssimo, L. (2011). *Kosmicare research Project: process evaluation report*. Universidade Católica do Porto: Porto.
- Chaves, M. (1998). Consumos de “novas drogas”: pontos de partida para a investigação sociológica. *Revista Toxicodpendências*, 2, 15-23.
- Cohen, S. (1960). Lysergic acid diethylamide: side effects and complications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 130(1), 30-40

- Cruz, O., & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais. *Revista Toxicodependências*, 16, (1), 39-47.
- Cruz, O. (2011). *Histórias e trajetórias de consumidores ‘não-problemáticos’ de drogas ilícitas* (dissertação de doutoramento não publicada). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Dafters, R. (1995). Hyperthermia following MDMA administration in rats: effects of ambient temperature, water consumption, and chronic dosing. *Physiology and Behavior*, 58(5), 877-882.
- Dass-Brailsford, P. (2007). Crisis Interventions. In P. Dass-Brailsford (Eds.), *A practical approach to trauma: empowering intervention* (pp.93-114) USA: Sage Publications, Inc.
- Davison, D. & Parrot, C. (1997). Ecstasy (MDMA) in recreational users: self-reported psychological and physiological effects. *Human Psychopharmacology*, 12, 221-226.
- Doyle, B. (2001). Working with difficult psychedelic experiences. *MAPS Bulletin*, 11(2), 14-17.
- Dziegielewski, S., & Powers, G. (2005). Designs and procedures for evaluating crisis intervention. In A. Roberts (Ed.), *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment and research* (3rd ed., pp.742-773). New York: Oxford University Press.
- Escohotado, A. (1998). *Apriendendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Madrid: Anagrama.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2001). *Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for outreach practitioners*. Consultado no website EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2006). *Selected Issues: developments in drug use within recreational settings*. Consultado no website European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34883EN.html>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA, (2009). *Polydrug use: patterns and responses*. Consultado no website EMCDDA: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93217_EN EMCDDA_SI09_polydrug%20use.pdf.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators* (2nd ed.). Consultado no website European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update
- Fernandes, L. (1990). *Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas: estudo teórico-metodológico e pesquisa de terreno*. Porto: FCEUP
- Fernandes, L., & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida *junkie* e controlo social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 57-68.

- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.F., Castro, F.G., Gottfredson, D., Kellam, S., Moscicki, E.K., Schinke, S., Valentine, J.C., Ji, P. (2005). Standards of Evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 05, 1389-4986. doi: 10.1007/s11121-005-5553-y.
- 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.
- Gerhard, H. (2001). Party-drugs: sociocultural and individual background and risks. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 39(8), 362-366.
- Gilbert, J., & Pearson, E. (2003). *Cultura y políticas de la música dance: disco, hip-hop, House, techno, drum 'n' bass y garage*. Barcelona: Paidós Comunicación
- Godinho, J. (1995). "Ecstasy" (MDMA) e outras "Designer Drugs": breves considerações. *Revista Toxicodependências*, 1, (1), 63-66.
- Greener, T. & Hollands, R. (2006). Beyond subculture and post-subculture? The case of virtual psytrance. *Journal of Youth Studies*, 9(4), 393-418. doi: 10.1080/13676260600914390.
- Griffiths, P., Vingoe, P., Sherval, J., Lewis, R., Hartnell, R. & Nilson, M. (1997). *New trends in synthetic drugs in the European Union: epidemiology and demand reduction responses*. Consultado no website European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34003EN.html>
- Grof, S., & Grof, C. (1989). *Spiritual emergency: when personal transformation becomes a crisis*. Nova York: Penguin Putnam Inc.
- Grof, S. (2008). *LSD Psychotherapy*. California: MAPS.
- Illback, R., Zins, J., Maher, C., & Greenberg, R. (2009). An overview of principles and procedures of program planning and evaluation. In C. Reynolds & T. Gutkin (Eds.), *The Handbook of School Psychology* (pp.799-820). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Infante, C., Barrio, G., & Martín, E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, 15(2), 77-96.
- Ivey, A., Ivey, M., & Zalaquett, C. (2010). *Intentional interviewing and counseling facilitating client development in a multicultural society*. USA: Brooks/Cole.
- Kanel, K. (2002). *A guide to crisis intervention*. Fullerton: California State University
- Kröger, C., Winter, H. & Shaw, R. (1998). *Linhas orientadoras para a avaliação de ações de prevenção da droga: manual para planificadores e avaliadores de programas*. Consultado no website European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention>
- Lallemant, A., & Schepens, P. (2005). *As novas drogas da geração rave*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Lyvers, M. & Meester, M. (2012). Illicit use of LSD or psilocybin, but not MDMA or nonpsychedelic drugs, is associated with mystical experiences in a dose-dependent manner. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(5), 410-417. doi: 10.1080/02791072.2012.736842
- Miller, P., Johnston, J., McElwee, P. & Noble, R. (2007). A pilot study using the internet to study patterns of party drug use: processes, findings and limitations. *Drug and Alcohol Review*, 26, 169-174. doi: 10.1080/09595230601146629
- Neimeyer, R. & Pfeiffer, A. (1994). Evaluation of suicide intervention effectiveness. *Death Studies*, 18, 131-166.
- Nielsen, S. & Bettencourt, C. (2008). Kosmicare: creating safe spaces for difficult psychedelic experiences. *MAPS Bulletin*, 18(3), 37-42.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2011). *Relatório Anual: a evolução do fenómeno da droga na Europa*. Consultado no website Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>
- O'Connell, M., Boat, T. & Warner, K. (2009). *Preventing emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Consultado no website National Academies Press: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12480
- Öhman, A. (2008). Fear and anxiety: overlaps and dissociations. In M. Lewis., J. Haviland-Jones., & L. Barrett (Ed), *Handbook of Emotions*. (pp.709-729). Nova York: The Guilford Press.
- Olszewski, D. & Burkhart, G. (2002). *As drogas em destaque: o consumo recreativo de drogas – um importante desafio na UE*. Consultado no website Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência: [www.emcdda.eu: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33701_PT_Dif06pt.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33701_PT_Dif06pt.pdf)
- Owen, J. (2004). Evaluation Forms: toward an inclusive framework for evaluation practice. In M. Alkin (Ed.), *Evaluation Roots: a wide perspective of theorists' views and influences*. (pp. 8-21). USA: Sage Publications, Inc.
- Parrot, A. (2004). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine or Ecstasy: the neuropsychobiological implications of taking it at dances and raves. *Neuropsychobiology*, 54(1), 1-12. doi: 10.1159/0000XXXXX
- 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.
- Puig, J. (2003). LSD y alucinógenos. *Addiciones*, 15, 179-196.
- Reisch, T., Schlatter, P. & Tschacher, W. (1999). Efficacy of crisis intervention. *Crisis*, 20(2), 78-85.
- Ricaurte, G. & McCann, U. (2005). Recognition and management of complications of new recreational drug use. *Lancet*, 365,(18), 2137-2145.

- Roberts, A. (2005). Bridging the past and present to the future of crisis intervention. In A. Roberts (Ed.), *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment and research* (3rd ed., pp.3-34). New York: Oxford University Press.
- Rodríguez, E., Raga, J., Gómez, M., Gálvez, B., Ferragut., & Martínez, G. (2003). Complicaciones físicas del consumo de drogas recreativas. *Adicciones*, 15(2), 207-216.
- 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.
- Rogers, P. (Março de 2012). Introduction to impact evaluation. Consultado no website Inter Action: <http://www.interaction.org/impact-evaluation-notes>
- Romaní, O. (2004). *Las drogas: sueños y razones* (2nd ed.). Barcelona: Editorial Ariel.
- Saban, A. & Flisher, A. (2010). The association between psychopathology and substance use in young people: a review of the literature. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(1), 37-47.
- Silva, V. (2005). Techno, house e trance: uma incursão pelas culturas da “dance music”. *Revista Toxicodependências*, 11, 63-73.
- Simington, J., Cargil, L. & Hill, W. (1996). Crisis intervention: program evaluation. *Clinical Nursing Research*, 5(4), 376-390.
- Smnall, H., Wagstaff, G. & Cole, J. (2004). Self-reported psychopathology in polydrug users. *Journal of Psychopharmacology*, 18(1), 75-82. doi: 10.1177/0269881104040239.
- Snape, D. & Spencer, L. (2003). The foundations of qualitative research. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers* (pp.1-23). Londres: Sage Publications.
- Soar, K., Turner, J. & Parrot, A. (2006). Problematic versus non-problematic ecstasy/MDMA use: the influence of drug usage patterns and pre-existing psychiatric factors. *Journal of Psychopharmacology*, 20(3), 417-424. doi: 10.1177/0269881106063274.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2004). *Counseling and psychotherapy theories in practice and context: skills, strategies, and techniques*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Spencer, L., Ritchie, J., & O'Connor, W. (2003). Analysis: practices, principles and processes. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers* (pp. 199-218). Londres: Sage Publications.
- Stolaroff, M. (2004). *The secret chief revealed: conversations with a pioneer of the underground psychedelic therapy movement*. USA: MAPS.
- Trigueiros, L., & Carvalho, M. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Revista Toxicodependências*, 16, 29-44
- Tschacher, W. & Jacobshagen, N. (2002). Analysis of crisis: intervention processes. *Crisis*, 23(2), 59-67. doi: 10.1027//0227-5910.23.2.59

- Vingerhoets, Ad J.J.M., Nycklícek, I., & Denollet, J. (2008). Introduction: Emotions, emotion regulation and health. In Ad J.J.M. Vingerhoets., I. Nycklícek., & J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation: conceptual and clinical issues* (pp.3-11). Nova Iorque: Springer Science + Business Media,LLC.
- Viney, L., Clarke, A., Bunn, T. & Benjamin, Y. (1985). Crisis-intervention counseling: an evaluation of long and short term effects. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 29-39.
- White, H. (2010). A contribution to current debates in impact evaluation. *Evaluation*, 16(2), 153-164. Doi: 10.1177/1356389010361562.
- Win, M., Schilt, T., Reneman, L., Vervaeke, H., Jager, G., Dijkink, S.m Booji, J. & Brink, W. (2006). Ecstasy use and self-reported depressions, impulsivity, and sensation seeking: a prospective cohort study. *Journal of Psychopharmacology*,20(1), 226-235. doi:10.1177/0269881106063275.
- World Health Organization. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Consultado no website World Health Organization: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE FOLLOW-UP KC

Kosmicare: Crisis Intervention at Boom Festival 2010/2012 - Questionnaire and Follow-up Survey

This questionnaire aims to gather information on the services you received at Kosmicare (KC) in Boom Festival (2010 and 2012). In order to help us improve our service, we would like to know the details about the situation that led you to Kosmicare and if the intervention you received had any long term impact. Since people from all over the world attended Kosmicare, an online questionnaire is the most viable way for us to contact those who left an email for future contact.

You will need some time to answer this questionnaire - we estimate up to 20 minutes. We really appreciate your help here – a little time from you will help us go a long way, and improve our service for other people in need.

If you need additional information, please email us: kosmicareproject@gmail.com

The Researchers:

Tânia Rodrigues, Post Graduate Student
Maria Carmo Carvalho, Lecturer

Faculty of Education and Psychology
Catholic University of Portugal
Campus Foz, Porto

***Obrigatório**

Informed Consent *

As part of research being conducted by the Faculty of Education and Psychology, Catholic University, Porto (Portugal), this questionnaire intends to evaluate the outcome of Crisis Intervention carried out at Kosmicare Boom Festival 2010 and 2012, as well as to describe the visitors' characteristics. To do this, we need your collaboration and would ask you to answer this questionnaire as honestly as possible. All data collected will only be used for this investigation and we guarantee the anonymity of your identity when the results of this research are published. We want to improve future Kosmicare editions, so we need feedback from the people who used the service. Please mark a statement below regarding your consent.

- I have read and agree with the terms of consent.
- I have read and don't agree with the terms of consent.

ANY INFORMATION YOU PROVIDE BELOW WILL BE KEPT STRICTLY CONFIDENTIAL AND WILL NOT BE DIVULGED UNDER ANY CIRCUMSTANCES.

Section A

To begin with, we would like to get some personal information about you. Instructions: Fill in the blanks with the requested information.

A1. Age *

A2. Sex *

- Male
 Female

A3. Civil Status

- Single
 Married
 Outro:

A4. Nationality/Home Country:

A5. Country where you currently live:

A6. Education:

A7. Occupation:

A8. Which year did you visit the Kosmicare Service at Boom? *

- 2010
 2012
 2010 and 2012

Section B

It is helpful for us to know about your medical history including any kind of past and current health problems. In this section we ask about your physical and mental health as well as any interventions you might have received in the past.

B1. Your current physical health problem/s (if any):

B2. Your past physical health problem/s (if any):

B3. Your current mental health problem/s (if any):

B4. Received treatment for your current mental health problem/s (if any):

B5. Your past mental health problem/s (if any):

B6. Your received treatment for your past mental health problem/s (if any):

B7. Other information about your health:

Please, use this space (if you need), to tell us more about your health.



Section C

This section will address some aspects related with drug use. The first part includes basic questions about psychoactive drugs - please don't consider alcohol, caffeine and tobacco. If you don't have current or past use of any psychoactive drugs, please answer the first question and proceed to Section D. Remember all information you provide is kept anonymous

C1. On how many occasions (if any) during your lifetime have you used psychoactive drugs? *

- 0
- 1-2
- 3-5
- 6-9
- 10-19
- 20-39
- 40 or more

C2. How old were when you had your first psychoactive drug experience?

C3. Which psychoactive drugs have you used, including those only used once?

- Cannabis
- Ecstasy/MDMA
- Cocaine

- LSD
- Ketamine
- GHB
- 2-CB
- Mescaline
- Mushrooms
- Amphetamines/Speeds
- Poppers
- Heroin
- Outro:

C4. Describe an important episode for you, related with using psychoactive drugs.
 (Please consider its intensity, context, or any other related factor. Remember not to consider alcohol,)

Section C. Part II

In this part, we ask more details about the use of each psychoactive drug mentioned above. Please answer only the questions related to each one of psychoactive drugs you currently use or have used in the past.

The following questions are about the use of Cannabis

How old were you when you used Cannabis for the first time?

How many times did you use Cannabis during your lifetime?

* Ver no final a lista de opções (No formato original do questionário é pedido que escolha de uma lista que aparece no formato online)

How many times did you use Cannabis in the last Year?

* Ver no final a lista de opções

How many times did you use Cannabis in the last month?

* Ver no final a lista de opções

How do you usually take Cannabis?

(Please indicate your usual method for taking Cannabis)

Where do you usually take Cannabis?

Please indicate the circumstances and/or places where you usually take cannabis)

The following questions are about the use of Ecstasy/MDMA

How old were you when you used Ecstasy/MDMA for the first time?

How many times did you use Ecstasy/MDMA during your lifetime?

How many times did you used Ecstasy/MDMA in the last year?

How many times did you used Ecstasy/MDMA in the last month?

How do you usually take Ecstasy/MDMA?

(Please indicate your usual method for taking Ecstasy/MDMA)

Where do you usually take Ecstasy/MDMA?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Ecstasy/MDMA).

The following questions are about the use of Cocaine

How old were you when you used Cocaine for the first time?

How many times did you use Cocaine during your lifetime?

How many times did you use Cocaine in the last year?

How many times did you use Cocaine in the last month?

How do you usually take Cocaine?

(Please indicate your usual method for taking Cocaine)

Where do you usually take Cocaine?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Cocaine).

The following questions are about the use of LSD.

How old were you when you used LSD for the first time?

How many times did you use LSD during your lifetime?

How many times did you use LSD in the last year?

How many times did you use LSD in the last month?

How do you usually take LSD?

(Please indicate your usual method for taking LSD)

Where do you usually take LSD?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take LSD).

The following questions are about the use of Ketamine

How old were you when you used Ketamine for the first time?

How many times did you use Ketamine during your lifetime?

How many times did you use Ketamine in the last year?

How many times did you use Ketamine in the last month?

How do you usually take Ketamine?

(Please indicate your usual method for taking Ketamine)

Where do you usually take Ketamine?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Ketamine)

The following questions are about the use of GHB.

How old were you when you used GHB for the first time?

How many times did you use GHB during your lifetime?

How many times did you use GHB in the last year?

How many times did you use GHB in the last month?

How do you usually take GHB?

(Please indicate your usual method for taking GHB)

Where do you usually take GHB?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take GHB)

The following questions are about the use of 2-CB.

How old were you when you used 2-CB for the first time?

How many times did you use 2-CB during your lifetime?

How many times did you use 2-CB in the last year?

How many times did you use 2-CB in the last month?

How do you usually take 2-CB?

(Please indicate your usual method for taking 2-CB)

Where do you usually take 2-CB?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take 2-CB)

The following questions are about the use of Mescaline.

How old were you when you used Mescaline for the first time?

How many times did you use Mescaline during your lifetime?

How many times did you use Mescaline in the last year?

How many times did you use Mescaline in the last month?

How do you usually take Mescaline?

(Please indicate the your usual method for taking Mescaline)

Where do you usually take Mescaline?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Mescaline)

The following questions are about the use of Mushrooms.

How old were you when you used Mushrooms for the first time?

How many times did you use Mushrooms during your lifetime?

How many times did you use Mushrooms in the last year?

How many times did you use Mushrooms in the last month?

How do you usually take Mushrooms?

(Please indicate you usual method for taking Mushrooms)

Where do you usually take Mushrooms?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Mushrooms)

The following questions are about the use of Amphetamines/Speeds.

How old were you when you used Amphetamines/Speeds for the first time?

How many times did you use Amphetamnines/Speeds during your lifetime?

How many times did you use Amphetamines/Speed in the last year?

How many times did you use Amphetamnines/Speed in the last month?

How do you usually take Amphetamines/Speed?

(Please indicate your usual method for taking Amphetamines/Speed)

Where do you usually take Amphetamines/Speed?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Amphetamines/Speed)

The following questions are about the use of Poppers.

How old were you when you used Poppers for the first time?

How many times did you use Poppers during your lifetime?

How many times did you use Poppers in the last year?

How many times did you use Poppers in the last month?

How do you usually take Poppers?

(Please indicate your usual method for taking Poppers)

Where do you usually take Poppers?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Poppers)

The following questions are about the use of Heroin.

How old were you when you used Heroin for the first time?

How many times did you use Heroin during your lifetime?

How many times did you use Heroin in the last year?

How many times did you use Heroin in the last month?

How do you usually take Heroin?

(Please indicate your usual method for taking Heroin)

Where do you usually take Heroin?

(Please indicate the circumstances and/or places where you usually take Heroin)

Other Psychoactive Drugs

* Other illegal drugs not mentioned in the list above.

Instructions: if you have used other psychoactive drugs not mentioned above, please refer them here. Please include the total use in your lifetime, use over the last year and use over last month; common ways you use them and context and circumstances that usually surround their use. Also include your age at first use experience.



Section C. Part III

In this part we ask some information on problems related with psychoactive drug use and strategies to handle them.

C5. Did you ever feel some problems related to psychoactive drug use?

Instructions: please detail any negative impact caused, direct or indirectly, by your psychoactive drug use - (e.g. on your school performance or at work, in your health, behavior, concentration or other aspects in your daily life).

- Yes
- No

C6. Which drugs have caused you the most problems?

Instructions: choose from the list below which one or more.

- Cannabis
- Ecstasy/MDMA
- Cocaine
- LSD
- Ketamine
- GHB
- 2-CB
- Mescaline
- Mushrooms
- Amphetamines/Speeds
- Poppers
- Heroin
- Outro:

C7. What kind of problems?

Provide detailed descriptions of these problems.

C8. Did you do something to deal with these problems?

- Yes
- No

C9. How did you manage your psychoactive drug use related problems?

Instructions: you can include how you managed your drug use and other ways that helped you deal with these problems.

Section D.

We are almost done! This section will address your opinion of Kosmicare Service. We want to know about what led you to Kosmicare, as well as your impression about the services you received. We also want to know about these services' impact on your life.

D1. What kind of situation led you to Kosmicare? *

Instructions: choose the item that better describes your situation.

- I decided to take a drug and ended having a difficult experience.
- I had a difficult experience with a drug that I've used accidentally (e.g. someone spiked my drink and I did not realize, or similar).
- I was having a hard time and this situation had nothing to do with drug use.
- I wasn't having any personal difficulty but I needed some kind of support (e.g. water, some rest, or other).
- I used a drug and I had a psychiatric episode.
- I was having a psychiatric episode without any use of drugs.
- Outro:

D2. Describe in detail the situation that led you to Kosmicare service at Boom Festival.

Instructions: what happened before, how did you arrive at Kosmicare, what drugs you used (if applicable), where were you before coming to Kosmicare and who accompanied you (if applicable), what bothered you about the situation, etc. We also want to know if alcohol use or abuse was an important factor (if applicable). Refer things you recall or that you have been told by others.

D3. To what extent did Kosmicare help you overcome this situation? *

0 1 2 3 4 5

Did not help me at all Helped a lot

D4. Do you consider the Kosmicare experience has been significant in your life? *

Please choose one of the below options.

- It was the most significant experience in my life.
- It belongs to the 5 most significant experiences of my life.
- It was as significant as other important experiences in my life.
- It was as significant as other experiences in my life.
- It was not a significant experience at all.

D5. Please, explain briefly if you have obtained a benefit from your visit to Kosmicare.

Instructions: consider any changes in how you see yourself, your job, your relationships with others, changes in your psychoactive drug use or others psychological or spiritual changes.

D6. Please, indicate how long after attending Kosmicare you felt the benefits described in D5 above.

Choose one of the below options.

- None
- A few days
- A few months

- A few years
- For ever

D7. Please, explain briefly if you have obtained any negative outcome from your visit to Kosmicare.

D8. Please, indicate the length of time you have experienced these negative effects.
Choose one of the below options.

- None
- A few days
- A few months
- A few years
- For ever

D9. What aspects of Kosmicare Service do you feel were most useful or beneficial for you?
Instructions: you can consider the strategies used, people who assisted you, the physical place or other aspects of Kosmicare service.

D10. What aspects of Kosmicare Service do you feel were least useful or beneficial for you?
Instructions: you can consider the strategies used, people who assisted you, the physical place or other aspects of Kosmicare service.

D11. How do you currently feel about the situation that led you to Kosmicare?

Instructions: we want to understand if that situation is totally overcome and integrated in your life, or if, otherwise, you feel some kind of problem that made you look after for professional help (or any other type). We ask you to focus in these aspects and describe how you feel in this moment regarding that experience.

Section E. Suggestions and Comments

We would like you to use this space to make suggestions that could help us improve our services. Feel free to make any kind of comments. All opinions and suggestions are welcome and will be taken seriously. You can also give us your opinion about this questionnaire.



The Kosmicare Team Want to Say Thank To You!

This is the end of the questionnaire! Thank you very much for your collaboration and for the time you dedicated, answering this long questionnaire. The Kosmicare Research Team works every year to provide you a better service in the future and this questionnaire is part of the work we are doing. Your personal feedback about Kosmicare and about your experience is very important for us. Kosmicare Service is possible because of you and your needs. Thank you very much! ALL IN ONE More information: kosmicareproject@gmail.com

Enviar

* Lista de Opções dos Padrões de Consumo

How many times did you use _____ during your lifetime?

- 1 time
- 2 times
- 3-5 times
- 6-10 times
- 11-20 times
- More than 20 times

How many times did you use _____ in the last year?

- Several times a day
- Daily
- 4 or more times a week
- Among 2-3 times a week
- Among 2-4 times a month
- Once a month
- More rarely
- I have not used

How many times did you use _____ in the last month?

- More than once a day
- Daily or almost daily
- Several times a week
- At least once a week
- Less than once a week

ANEXO 2

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Participante	Idade	Sexo	Nacionalidade	Habilitações	Ocupação	Ano Participação KC	Tipo de Crise*
PART1.	24	Feminino	Luxemburgo	Universidade	Estudante	2012	T5
PART2.	33	Masculino	Israel	Universidade	Estudante	2012	T1
PART3.	31	Feminino	Inglaterra	Bacharelato	Cuidadora e Massagista	2012	T1
PART4.	27	Masculino	Alemanha	Universidade	Estudante	2010	T1
PART5.	33	Masculino	Canadá	Universidade	Estudante	2012	T2
PART6.	22	Masculino	África do Sul	Ensino Secundário	Jogador Profissional de Póquer	2012	T7
PART7.	25	Feminino	Eslováquia	Mestrado	Administrativo	2012	T5
PART8.	23	Feminino	Portugal	Licenciatura	Terapeuta Ocupacional	2012	T5
PART9.	32	Masculino	África do Sul	Ensino Secundário	Desempregado	2012	T8
PART10.	25	Masculino	Polónia	Ensino Secundário	Desempregado	2012	T1
PART11.	31	Masculino	Brasil	Ensino Secundário	Estudante	2010	T7
PART12.	25	Feminino	Suíça	Universidade	Jornalista	2010	T1
PART13.	28	Feminino	Portugal	-----	Professora de Yoga	2010	T7
PART14.	20	Masculino	Irlanda	Licenciatura	Estudante	2012	T5
PART15.	33	Masculino	Espanha	Universidade	Jornalista	2010	T1
PART16.	33	Feminino	Portugal	Universidade	Músico	2010	T7
PART17.*	20	Masculino	Irlanda	-----	Desempregado	2012	T7
PART18.	26	Feminino	Holanda	Universidade	Massagista	2010	T1

***Legenda Tipo de Crise:**

T1- Experiência Difícil C/SPA **T3** - Crise Pessoal S/SPA **T5** - Crise Mental C/SPA **T7** - Outra (overdose leve; desidratação; ficou c/amigo* Part17)
T2 - Experiência Difícil S/SPA **T4** - Não Crise **T6** - Crise Mental S/SPA **T8** - Não sabe

ANEXO 3

SISTEMA DE CATEGORIAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A1. Dificuldades Emocionais e Afetivas	A1.1. Medo	5	<i>“increasing bad feelings and fear”</i>	7	O utente experiencia medo durante a experiência
		A1.2. Perda do Controlo	5	<i>“It felt like I was going to end up in an psychosis and lasted for several hours”</i>	6	O utente sente que perdeu o controlo da situação.
		A1.3. Memórias Passadas	3	<i>“I read a chapter in a book, which was about a father and his son. This opened up the memories of the difficulties, which i had with my father.”</i>	4	A situação de crise despoleta o reviver de situações passadas e de sentimentos recalcados.
		A1.4. Perda da Perceção	6	<i>“I have no idea how long I was at the dance floor, maybe one hour, maybe two.”</i>	8	O utente deixa de ter insight face ao que está a experienciar (perceção do tempo, espaço, etc.).
		A1.5. Desamparo	4	<i>“In an instant I felt incredibly lonely”</i>	6	O utente sente-se sozinho enão lida bem com isso.
		A1.6. Ansiedade	4	<i>“But then the real anxiety started.”</i>	5	Estado referenciado pelo utente. A experiência despoleta ansiedade intensa.
		A1.7. Sensação de Morte	2	<i>“in my own my mind I suffered death”</i>	2	O utente tem sensações de morte.
		A1.8. Resistência	1	<i>“I fought it, instead of letting go.”</i>	1	O utente tenta resistir à experiência.
		A1.9. Alucinações	2	<i>“I felt timeless, geometrical movement all around, colors.”</i>	3	Ilusões visuais e auditivas.
		A1.10. Sentimentos de Culpa	1	<i>“told myself I had made a mistake by taking the second quarter”</i>	5	O utente sente-se culpado pelo experiência ter corrido mal e por não ter sido capaz de controlar
		A1.11. Sofrimento	4	<i>“To be honest I could not really explain why I felt so terrible”.</i>	7	O utente entra em estado sofrimento acompanhado de sentimentos auto depreciativos
		A1.12. Agressividade	4	<i>“I had a crush on a guy and it ended up not so happily</i>	5	O utente tem comportamentos agressivos e experiencia raiva.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A2. Dificuldades Físicas	A2.1. Insónias e Privação do Sono	3	<i>“couldn't get to sleep when the sun came up..”</i>	4	O utente tem dificuldade em dormir ou não dorme há muito tempo.
		A2.2. Dificuldade em Respirar	1	<i>“but after a while I started having trouble breathing.”</i>	1	O utente sente dificuldade em respirar.
		A2.3. Dificuldade em Comunicar	2	<i>“One of my friends asked me how I was and I couldn't speak .”</i>	8	O utente sente dificuldade em verbalizar necessidades.
		A2.4. Náusea e Vômito	2	<i>“An explosion feeling in my stomach.”</i>	2	O utente tem reações de náusea e de vômito.
		A2.5. Desequilíbrio Motor	1	<i>“I fall a couple of times.”</i>	2	O utente tem dificuldade em se equilibrar em pé.
		A2.6. Tensão Muscular	1	<i>“Told me that my body was tensed like an guitar string.”</i>	1	O utente fica em estado de tensão muscular.
		A2.7. Desidratação	1	<i>“I was so thirsty I thought I was gonna die.”</i>	2	O utente sente sede e por não beber entra em estado de desidratação.
		A2.8. Compulsões	1	<i>“Nalgumas situações fazia movimentos estereotipados e repetitivos com as pernas, sabia que não era normal, mas era como se não os conseguisse controlar.”</i>	2	Maneirismos especiais. Rituais de caráter repetitivo e estereotipado.
		A2.9. Perda da Consciência	1	<i>“I sat down and closed my eyes and i woke up in kosmic care. i don't remember how i got there.”</i>	1	O utente perde os sentidos.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A3. Contexto	A3.1. Relacional	11	<i>"I had lost my friends, by the way"</i>	32	Indica com quem o utente estava e a influência do contexto relacional na experiência de crise.
		A3.2. Temporal	5	<i>"then at sunrise i decied to ingest another 0.3 of mdma"</i>	6	Indica momentos temporais nos quais a crise se começou a despoletar.
		A3.3. Musical	3	<i>"the music that night was very dark and agressive and i was scared of the music"</i>	4	Indica a influência da música na crise.
		A3.4. Espacial	5	<i>"so we moved to the calm part of BOOM - in front of the lake behind the healing area"</i>	6	Indica os locais onde o utente experienciou a crise.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	Nº Ref.
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A4. Uso de SPA	A4.1. SPA		
		2-CB	1	1
		Álcool_2-CB & Speed	1	1
		Álcool & LSD	1	1
		LSD	5	5
		LSD & MDMA	1	1
		MDMA	2	2
		MDMA_LSD_Cannabis	1	1
		Space Cake	1	1
		Speed_Anfetaminas	1	1
Não sabe	1	1		

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	Nº	Nº Ref.
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A4. Uso de SPA	A4.2. Quantidade de Ingestão	<i>“First I took a quarter of a blotter”</i>	Percepção do utente face à quantidade de SPA consumida e as suas implicações. Também remete para algumas estratégias de gestão do consumo.	10	15
			<i>“someone told us it wasn't strong, so we parachuted some more”</i>			
			<i>“i took too much MDMA and acid and smoked to much cannabis”</i>			

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	Nº	Nº Ref.
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A4. Uso de SPA	A4.3. Falsa Representação	<i>“I took some drug from a DJ and i put with water thinking it was mdma. But it wasn't.”</i>	Este termo é utilizado na abordagem da RRMD e refere-se á compra/consumo de uma substância pensando que se tratava de outra.	2	3
			<i>“It unaware that it was Speed.”</i>			

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A5.Estratégia Anteriores ao KC	A5.1. Outras Áreas	3	<i>“Before being able to reach the cosmic care i was in the massage area and they really relaxed me and helped me to go through my bad trip.!”</i>	3	O utente recorre a outras áreas do festival para tentar lidar com a situação de crise.
		A5.2. Medicação	1	<i>“after hour it was too bad psychically for all of us - so we take some lexaurin to calm down”</i>	1	O utente recorre à automedicação para acalmar a situação de crise.
		A5.3. Apoio dos Amigos	6	<i>“Tried to handle it by myself with my friend”</i>	9	O utente beneficia da ajuda dos amigos no momento de crise.
		A5.4. Andar e Correr	2	<i>“At this point one member of the group asked me if i want to go for a walk. I agreed”</i>	2	O utente decide correr ou andar para lidar com a crise.
		A5.5. Estratégias Pessoais	1	<i>“I made silly noises and waved with my arms to kind of keep the experience a bit away from me, psychically, as a way to tell the trip to calm down.”</i>	2	O utente utilize estratégias pessoais para afastar a crise.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
A. EXPERIÊNCIA DE CRISE	A6.Chegada ao KC	A6.1. Forma de Chegada				
		Ajuda de Outros	7	<i>“my friends brought me to cosmic care.”</i>	7	Os amigos do utente ajudam-no a chegar ao KC.
		Encaminhamentos	5	<i>“I arrive on an ambulance”</i>	5	O utente é encaminhado para o KC através de meios logísticos do festival.
		Por iniciativa Própria	4	<i>“I decided to get to Kosmicare”</i>	4	O utente decide ir por si próprio para o KC.
		A6.2.Estado Afetivo_Emocional				
		Agressivo_Zangado	1	<i>“then how incredibly angry i am i decided to get to Kosmicare”</i>	1	O utente está em estado agressivo quando chega ao KC.
		Calmo_Aliviado	4	<i>“When I got there I felt a total relief.”</i>	4	O utente vem calmo ou sente-se aliviado por chegar ao KC.
		Confuso	1	<i>“I became vulnerable, anxious, stressed and confused”</i>	1	O utente sente-se confuso e decide procurar o KC.
		Inconsciente	1	<i>“and i woke up in kosmic care. i dont remember how i got there”</i>	1	O utente chega inconsciente ao KC.
		Reticente	1	<i>“After 10 minutes or so, i decided to ask for help and a sitter took care of me”</i>	1	O utente vai para o KC mas hesita ainda de pedir ajuda.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
B. ASPETOS ÚTEIS DO KC	B1. Abordagem Psicoterapêutica	B1.1. Proteção	2	<i>"I felt very protected there"</i>	3	O utente sente-se protegido no KC.
		B1.2. Empatia	6	<i>" have met someone at kosmicare who I felt understood what was wrong with me"</i>	11	O utente sente-se compreendido pelas pessoas do KC.
		B1.3. Aceitação	3	<i>"Getting the acceptance"</i>	4	O utente valoriza a aceitação proveniente do <i>sitter</i> face à sua experiencia pessoal.
		B1.4. Disponibilidade do <i>Sitter</i>	6	<i>"Stayed with me in my most desperate hour."</i>	9	O utente valoriza a disponibilidade total do <i>sitter</i> .
		B1.5. Tranquilizar	7	<i>"calming down with the help of stuff"</i>	8	O utente consegue acalmar-se com a ajuda das pessoas do KC.
		B1.6. Clarificar Sentimentos	1	<i>"But after I while I did not only know that I'm angry, I was SEEING my anger."</i>	1	O utente sente que os seus sentimentos se tornaram mais claros no KC.
		B1.7. Conversar	4	<i>"It was nice that someone talked to me"</i>	6	O utente valoriza o facto de ter alguém para conversar sobre a experiencia que está a ter.
		B1.8. Escuta Ativa	1	<i>"People would listen or talk, as necessary."</i>	2	O utente valoriza a escuta ativa do <i>sitter</i> .
		B1.9. Contacto Físico	2	<i>"I said the healing helped a bit because physical contact does."</i>	3	O utente valoriza o contacto físico como forma de cura.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	SOURCES (Nº)	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
B. ASPETOS ÚTEIS DO KC	B2. Recursos do KC	B2.1. Espaço Calmo	4	<p><i>“The place of Sanctuary”</i></p> <p><i>“Physical place - silence, dark, not so much people.”</i></p>	6	O utente valoriza o espaço do KC.
		B2.2. Comida_Àgua & Outros	3	<p><i>“I had food and water...”</i></p> <p><i>“Blankets, water, food”</i></p>	5	O utente valoriza os recursos do KC.
	B3. Outros		5	<p><i>“Acho que se não existisse a minha experiência teria sido bastante mais desagradável e poderia ter repercussões negativas a longo prazo.”</i></p> <p><i>“I don’t know what would have happened if I had been in a different environment, without such good caretakers.”</i></p>	7	O utente emite mensagens de valorização do KC em relação à ajuda prestada no momento de crise

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
C. ASPETOS MENOS ÚTEIS DO KC	C1. Recursos e Logística	C1.1. Medicação	1	<i>“I think people with this kind of experiences should have the opportunity to take real medication, like benzodiazepines, and not just oils and herbs and healing. Because that is not really helping”</i>	2	O utente mostra preferência pela administração de medicação farmacológica.
		C1.2. Mudança de Sitter	1	<i>“O facto de as pessoas estares constantemente a mudar não foi muito positivo, tive de explicar a situação várias vezes”</i>	1	O utente mostra descontentamento com a mudança de turnos.
		C1.3. Estrutura do Espaço	1	<i>“I felt that maybe I was being too loud and bothering others. Or I wouldn't have been too comfortable hearing others...”</i>	4	O utente sente que o espaço pode ser mais reservado e com mais privacidade.
		C1.4. Localização do KC	1	<i>“More cosmic care areas because once in a bad trip it is very difficult to access the cosmic care area especially if you are on the opposite side of the festival.”</i>	1	O utente sentiu dificuldades em chegar ao KC devido à distância do KC.
		C1.5. Outros Aspectos	3	<i>“Recordo-me de um Dr. com um casaco enorme com um padrão de animal, não foi muito positivo dado o contexto da minha atividade alucinatória, porque tive grandes dificuldade em compreender que ele era real”</i>	3	Incluem-se aspetos relacionados com recursos e com o tipo de vestuário das pessoas do KC.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
D. BENEFÍCIOS PÓS- INTERVENÇÃO	D1. Pessoais	D1.1. Lidar com Situações de Crise	2	<i>"I know better how to handle "bad trips"</i>	2	O utente revela maior competência para lidar com as situações de crise.
		D1.2. Atitude Responsável face às SPA	5	<i>"My mindset towards drugs and the effects of drugs on you, where to use drugs and how to use them more responsibly."</i>	6	O utente revela uma atitude mais responsável face aos consumos de SPA.
		D1.3. Valorização Pessoal e Relacional	5	<i>"This day i had a breakthrough in my relationship with my father"</i>	12	O utente revela mudanças nas suas perspetivas em relação a si mesmo, aos outros e ao contexto que o rodeia.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
E. INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CRISE	E1. Integração Negativa	E1.1. Agravamento de Sintomatologia Prévia	1	<i>"I have had problems with social integration also before this experience but after it it's worse to control the anxiety and panic"</i>	1	O utente tinha sintomatologia prévia que foi agravada pela experiência de crise.
		E1.2. Sintomas Pós-Crise	1	<i>"My perception is also changed, I see things moving sometimes in the corner of my eyes that isn't moving"</i>	3	O utente desenvolve sintomatologia após a experiência de crise.
		E1.3. Desejo de não Repetir	2	<i>"my life would have been better if I wouldn't have had the trip and been forced to go there"</i>	7	O utente manifesta o desejo de que a experiência não tivesse acontecido.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
E. INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CRISE	E2. Integração Positiva	E2.1. Desejo de Repetir	2	<i>“Next time I will try again, taking just a little bit, keeping it there, and in a place where I know that Kosmicare is close and can help me.”</i>	2	O utente manifesta o desejo de voltar a repetir a experiência de consumo e de estar no festival.
		E2.2. Partilha da Experiência	2	<i>“I’ve talked about this to my doctor”</i>	2	O utente sente necessidade de partilhar a sua experiencia com outras pessoas.
		E2.3. Auto-Conhecimento	3	<i>“It helps me to see more clearly circumstances and parts of this problem.”</i>	4	O utente sente maior insight perante a situação de crise.
		E2.4. Desejo de uma experiência mais positiva	3	<i>“As I said, what really bothers me or the only negative aspect I still carry with me is that I couldn’t experience a good, intense, fun, changing, interesting and positive LSD experience.”</i>	3	O utente sente-se frustrado por não ter experienciado os efeitos desejados da SPA.
		E2.5. Superação da Situação de Crise	1	<i>“Now I feel it was a great experience”</i>		O utente evidencia que a situação de crise está bem integrada na sua vida.
		E2.6. Felicidade	4	<i>I am actually quite happy that the incident happened because I now know about Kosmicare and can avail of it in the future.</i>	6	O utente demonstra felicidade face à situação de crise.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS	Nº Sources	UNIDADES DE REGISTO	Nº Ref.	DESCRIÇÃO
E. INTEGRAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE CRISE	E3.Integração Intermédia	E3.1. A Lidar com a Situação de Crise	4	<i>"I still have a way to go though to fix everything that is wrong"</i>	6	O utente ainda está a lidar com a experiência de crise e não a considera totalmente integrada.

