



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*INTERVENÇÃO EM CRISE RELACIONADA COM O USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM AMBIENTE RECREATIVO:
AVALIAÇÃO DE PROCESSO E DE RESULTADOS*

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Mariana Silva Neiva Marques

Porto, novembro 2024



CATOLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

INTERVENÇÃO EM CRISE RELACIONADA COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM AMBIENTE RECREATIVO: AVALIAÇÃO DE PROCESSO E DE RESULTADOS

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante -

Mariana Silva Neiva Marques

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof^a. Doutora Maria Carmo Carvalho

Porto, novembro 2024

“[...] “O melhor da comunidade psicadélica não são os psicadélicos, é a comunidade” – eis uma frase usada por alguns psiconautas, reveladora de um sentimento frequente entre grupos de utilizadores de psicadélicos. A mesma lógica, mas invertida, pode ser usada no caso dos riscos ou de facetas menos positivas do uso destas substâncias. Seria algo como: “os riscos dos psicadélicos não são os psicadélicos, mas as características do contexto de consumo e das pessoas que o fazem” [...]”

Psicadélicos – Em Português. Pedro Teixeira, 2024

“[...] quero encontrar a ilha desconhecida, quero saber quem sou quando nela estiver, Não o sabes, Se não saís de ti, não chegas a saber quem és [...] todo o homem é uma ilha, [...] é necessário sair da ilha para ver a ilha, que não nos vemos se não nos saímos de nós, Se não saímos de nós próprios, queres tu dizer, Não é a mesma coisa. [...]”

O Conto da Ilha Desconhecida. José Saramago, 1997

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Carmo Carvalho, pelo voto de confiança, por me dar a conhecer o lugar mágico que é o Boom, onde fui muito feliz. Por acreditar em mim e no meu trabalho, mesmo quando o caminho parecia incerto, guiando-me com as suas palavras. A dedicação e paixão pelo que faz são uma fonte de inspiração para mim.

Às minhas *boomers* de coração, Francisca e Nita, que embarcaram nesta jornada comigo. Obrigada pelos momentos bonitos partilhados, que se tornaram memórias, que levo comigo.

A todos os membros da equipa da *Kosmicare*, por me mostrarem o verdadeiro significado de comunidade, por me ensinarem a “deixar ir” e aprender a confiar nos momentos que a vida tem para mim.

A todas as pessoas que conheci no Boom, cada um de vocês ensinou-me algo sobre mim que até ali desconhecia.

À Nita, pela presença e apoio, por discutires ideias comigo e por me ajudares com os meus desafios. A tua amizade tornou esta experiência especial.

À Gi, que me ensinou a encarar este desafio como uma missão e que não me deixou desistir, sempre pronta a descomplicar o que eu achava que era complicado. Um obrigada não chega para te agradecer pela amizade.

À Raquel, à Sofia (Carolina) e à Bea, pela amizade que construímos durante estes anos de curso. Pelas conversas, gargalhadas, conselhos e almoços que partilhamos.

À minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão, à minha avó, ao meu avô e à minha madrinha, pelas palavras de motivação quando mais precisei, pelo amor e carinho que nunca me faltou.

Índice

RESUMO.....	5
ABSTRACT	6
Lista de Abreviaturas.....	7
Lista de Tabelas	8
Lista de Anexos	9
INTRODUÇÃO	10
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. O uso de substâncias psicoativas em ambientes recreativos – padrões de consumo e a cultura do <i>Trance Psicadélico</i>	12
2. A experiência psicadélica e os estados alterados de consciência	14
2.1. Mapeando a experiência: instrumentos de avaliação de estados alterados de consciência.....	16
3. Intervenção em crise: práticas e conceitos	17
3.1. Serviço de intervenção em crise relacionado com emergências psicadélicas no Festival Boom.....	17
II. METODOLOGIA	20
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	21
2.2. INSTRUMENTOS.....	22
2.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS.....	24
III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
3.1. Caracterização dos participantes que recorreram ao serviço	26
3.2. As crises psicológicas acolhidas no serviço de emergência psicadélica	26
3.3. A intervenção em crise relacionada com o uso de SPA: avaliação do processo e resultado	34
IV. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	49

INTERVENÇÃO EM CRISE RELACIONADA COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM AMBIENTE RECREATIVO: AVALIAÇÃO DE PROCESSO E DE RESULTADOS

Mariana Silva Neiva Marques

Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo realizar uma avaliação do processo e dos resultados da intervenção de um serviço de emergência psicadélica, assim como caracterizar os participantes e as experiências de crise psicológica desencadeadas pelo uso de substâncias psicoativas, que foram alvo de intervenção, no referido serviço, durante a edição de 2023 de um grande festival de música e cultura psicadélicas. Foram analisados documentos de monitorização da intervenção preenchidos pela equipa de intervenção e diretamente pelos participantes, assim como questionários quantitativos que se reportam à experiência de crise. Marcadas pela tendência do poliuso, maioritariamente de psicadélicos (LSD e Psilocibina), na companhia de outros e nos espaços de música e dança do festival em questão, as experiências de crise psicológica foram caracterizadas tendo em conta o estado mental dos participantes, verificando-se alterações mais significativas no momento de chegada comparativamente com o momento de saída. Além disso, 27,7% (N=10) dos participantes experienciaram um grau elevado de dificuldades relacionadas com a experiência. Em relação ao desbloqueio emocional, 52,8% (N=19) dos participantes revelam níveis normativos de desbloqueio emocional, associados à experiência de crise. Foram também descritas várias estratégias implementadas que caracterizam o processo da intervenção, como assegurar necessidades básicas dos participantes (áreas de descanso, alimento e água), falar sobre a experiência de crise e técnicas de relaxamento. Distingue-se a elevada satisfação dos participantes relativamente ao serviço em questão. Recomenda-se a realização de investigações futuras com o objetivo de avaliar os efeitos a longo-prazo das intervenções realizadas neste contexto.

Palavras-chave: Intervenção em crise; Crise psicológica; Redução de riscos e minimização de danos; Substâncias psicoativas; Emergência psicadélica.

ABSTRACT

This investigation aims to carry out an evaluation of the process and results of the intervention of a psychedelic emergency service, as well as to characterize the participants and the experiences of psychological crisis triggered by the use of psychoactive substances, which were the target of intervention, in that service, during the 2023 edition of a major psychedelic music and culture festival. Intervention monitoring documents filled out by the intervention team and directly by participants were analyzed, as well as quantitative questionnaires reporting on the crisis experience. Marked by the trend of polyuse, mostly of psychedelics (LSD and Psilocybin), in the company of others and in the music and dance spaces of the festival in question, the psychological crisis experiences were characterized considering the mental state of the participants, with more significant changes at the time of arrival compared to the time of departure. Furthermore, 27.7% (N=10) of participants experienced a high degree of difficulties related to the experience. In relation to emotional breakthrough, 52.8% (N=19) of participants reveal normative levels of emotional breakthrough, associated with the crisis experience. Several implemented strategies that characterize the intervention process were also described, such as ensuring participants' basic needs (areas rest, food, and water), talk about the crisis experience and relaxation techniques. Participants' high satisfaction with the service in question is notable. It is recommended that future investigations be carried out with the aim of evaluating the long-term effects of interventions carried out in this context.

Keywords: Crisis intervention; Psychological crisis; Harm reduction; Psychoactive substances; Psychedelic emergency.

Lista de Abreviaturas

EAC – Estados Alterados de Consciência

LSD – Lysergic Acid Diethylamide

MDMA - metilenodioximetanfetamina

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

SPA – Substâncias Psicoativas

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Tabela 2 – Caracterização dos usos de SPA

Tabela 3 – Exame do estado mental: diferença entre entrada e saída do serviço

Tabela 4 – Estratégias de intervenção

Tabela 5 – Resultados do CEQ (por participante)

Tabela 6 – Resultados do EBI (por participante)

Tabela 7 – Resultados do PHQ-9 (por participante)

Tabela 8 – Resultados do WHOQOL-BREF (por participante)

Tabela 9 – Associação entre SPA e resultado do CEQ e EBI

Tabela 10 – Comparação dos resultados do CEQ, EBI, PHQ-9 e WHOQOL-BREF

Tabela 11 – Avaliação da intervenção em crise

Tabela 12 – Excertos do discurso escrito dos participantes (feedback dos serviços de intervenção em crise)

Tabela 13 – Avaliação da intervenção em crise

Lista de Anexos

Anexo I – Desenho da investigação

Anexo II – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Anexo III – Grelha de categorização

Anexo IV – SPA associadas à situação de crise

Anexo V – Caracterização do estado mental no momento de chegada e saída do serviço

Anexo VI – Estratégias de intervenção

Anexo VII – Caracterização das experiências psicológicas relacionadas com a crise

Anexo VIII – Associação entre SPA e resultado do CEQ e EBI

Anexo IX – Comparação da experiência de crise psicadélica com sintomas depressivos e de bem-estar anteriores

Anexo X – Avaliação da intervenção prestada pelo serviço de intervenção em crise

Anexo XI – Gráfico de avaliação dos serviços de intervenção em crise

Anexo XI – Feedback dos participantes relativamente ao serviço de intervenção em crise

Anexo XII – Avaliação da intervenção em crise

INTRODUÇÃO

Os eventos de música eletrónica, em constante crescimento desde os anos 80, estabeleceram-se como parte da cultura dominante (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2022). São eventos que atraem milhares de visitantes e onde se verifica uma maior propensão para o uso de substâncias psicoativas (SPA) (OEDT, 2022). De facto, quando comparada a população jovem que vai a festivais com a que não vai, o primeiro grupo está associado a uma maior taxa de uso de SPA (Dilkes-Frayne, 2015). Segundo os dados do Relatório Europeu sobre Drogas (OEDT, 2019), o consumo de SPA, na Europa, engloba uma maior variedade relativamente ao ano anterior, sendo normalmente referido em ambientes de vida noturna, como discotecas, bares e festivais. Além disso, verifica-se também a tendência do poliuso – caracterizado pelo uso de duas ou mais SPA num período de tempo específico, tendo mais consequências negativas comparativamente com o uso de uma única SPA e estando mais associado ao consumo recreativo em festivais (González Ponce et al., 2020; OEDT, 2019).

A presente investigação tem como foco a população que é recebida num serviço de intervenção em crise, relacionado com o uso de SPA, e que tem lugar num grande festival de música e cultura psicadélicas em Portugal, o Festival Boom – um festival bienal, realizado já desde 1997, com a duração de uma semana e que tem lugar em Idanha-a-Nova (Carvalho et al., 2018). É caracterizado pelo género de música *Trance Psicadélico*, um género de música eletrónica de dança, sendo também considerado um festival transformacional¹. Associado a este ambiente muito próprio que é o Festival Boom, verifica-se a promoção de um contexto de libertação, no qual os participantes escolhem experienciar estados alterados de consciência (Carvalho et al., 2018).

É comum encontrar, no discurso de pessoas que consumiram SPA, a descrição de profundas experiências psicadélicas que modificaram, de forma positiva, a sua vida (Palmer & Maynard, 2022). Apesar disso, as SPA podem produzir experiências adversas e de maior dificuldade (também denominadas de *bad trips*) (Gashi et al., 2021). Num estudo de Palmer e Maynard (2022), os autores perceberam que fatores de ordem individual e contextual estão intimamente relacionados para assegurar uma experiência

¹ Os festivais transformacionais são criados com a intenção de questionar os sistemas sociais convencionais, pretendendo consciencializar e promover a autorreflexão dos visitantes (Pires et al., 2021). O Festival Boom, proporciona um contexto comemorativo de liberdade e livre de julgamentos, no qual os participantes vivenciam experiências humanas excecionais e transpessoais, com um profundo sentido de sacralidade (Pires et al., 2021). Além disso, o festival tem como objetivo geral inspirar os visitantes a adotar estilos de vida associados a um propósito mais comunitário, ecológico e consciente (Pires et al., 2021).

positiva, tendo sido fornecidas evidências de que práticas de redução de riscos e minimização de danos (RRMD) podem reduzir experiências negativas e melhorar experiências positivas. De facto, os serviços prestados no âmbito da emergência psicadélica têm por base práticas de RRMD, com a tentativa de modificar experiências psicadélicas potencialmente negativas em experiências positivas e construtivas, oferecendo um ambiente seguro e acolhedor (Nielsen & Bettencourt, 2008).

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo avaliar o processo e os resultados da intervenção em crise associada às emergências psicadélicas que foram alvo de intervenção no referido serviço. De facto, apesar de já ter sido o foco de estudos anteriores, mantém-se a necessidade de caracterizar e descrever os efeitos da intervenção, tendo em conta a experiência dos participantes (Rodrigues, 2012; Rodrigues, 2013; Correia, 2018; Carvalho et al., 2014, 2018; Carvalho & Sousa, 2017). Assim, pretende-se caracterizar as intervenções realizadas, na tentativa de contribuir para o conhecimento existente, trazendo novas perspetivas acerca dos efeitos da intervenção em crise relacionada com o uso de SPA, em contexto naturalista, reforçando a importância do acompanhamento especializado nestas situações. Da mesma forma, sabe-se que este tipo de crise psicológica, desencadeada pelo uso de SPA, pode ser complexa e desafiante, considerando ainda que o contexto naturalista e informal pode intensificar a mesma (Johnstad, 2021; Kažná et al., 2022; Garrido & Rodrigues, 2023). Uma melhor compreensão das experiências de crise psicológicas pode informar o desenvolvimento de práticas de intervenção mais eficazes e sensíveis ao contexto e aos participantes. Deste modo, prevalece o objetivo de caracterizar os participantes e as experiências de crise psicológica acolhidas no serviço de emergência psicadélica, durante a edição de 2023 do festival em questão. Esta investigação utiliza por base metodologia de investigação mista, mais direcionada para o método qualitativo, tendo sido utilizados registos reflexivos, estruturados e padronizados pela própria equipa de intervenção, que contêm descrições das intervenções realizadas, permitindo explorar o discurso escrito da equipa de intervenção, assim como questionários que avaliam sintomatologia associada às crises psicológicas e que avaliam a perceção dos participantes face ao serviço (Creswell & Plano Clark, 2018).

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O uso de substâncias psicoativas em ambientes recreativos – padrões de consumo e a cultura do *Trance Psicadélico*

Esta investigação incide sobre a população que participou na edição de 2023 do Festival Boom, um festival transformacional, de grande dimensão, caracterizado pela música e cultura psicadélicas². Com uma heterogeneidade de nacionalidades – no total, 169 países/territórios – maior percentagem de população era proveniente de Portugal (20,8%), França (13%), Alemanha (9,3%), Israel (6,1%) e Países Baixos (5,6%), entre outros (Boom Festival, 2024).

O Festival Boom é caracterizado pela música e cultura do *Trance Psicadélico*. Estabelecido no início dos anos 90 do século XX, é um género musical, baseado no estilo Goa, marcado por sons que transmitem correntes de energia e padrões de sons distorcidos capazes de transportar os ouvintes para outros estados de consciência, como num transe (Kajanová & Mrhálek, 2019). A cultura do *Trance Psicadélico* é primariamente encontrada em festas (ou *raves*), caracterizadas como sendo zonas próprias e à parte da sociedade, onde os indivíduos podem assumir um estilo de vida alternativo, sem inibições e julgamentos (Calado, 2006; Kajanová & Mrhálek, 2019). Neste contexto, deparamo-nos com o uso de SPA, característica que parece ser comum a vários participantes (Calado, 2006; Kajanová & Mrhálek, 2019). Além disso, o Festival Boom é considerado um festival transformacional, oferecendo aos seus participantes um ambiente que lhes permite viver experiências humanas excecionais e transpessoais, com um profundo sentido de sacralidade (Pires et al., 2021). Está presente uma cultura e ambiente muito próprios, que promove um contexto de libertação e celebração, no qual as pessoas escolhem consumir SPA, com a intenção de experienciar estados alterados de consciência e sensações corporais em ambiente natural (Carvalho et al., 2018).

É comum, na literatura, a associação entre ambientes recreativos e o uso de SPA, sendo que este pode ser definido como o uso de SPA em ambientes recreativos formais, como discotecas e festivais, e informais, como na rua ou em casa (Carvalho et al., 2014). Normalmente, este tipo de uso é caracterizado pela busca de prazer e de sensações positivas, pela procura de euforia e curiosidade pelos efeitos, privilegiando a proximidade com pares e amigos, sendo, tendencialmente, não-problemático – ou seja, o uso de SPA

² Na edição de 2023 do festival, a audiência geral – participantes, *staff*, artistas, facilitadores, convidados, terapeutas e vários outros profissionais – foi de 39 452, maioritariamente do sexo masculino (56%) (Boom Festival, 2024).

não prejudica, significativamente, o ajustamento global do consumidor (Carvalho et al., 2014; Lojszczyk et al., 2023). Também se percebe que, adultos, entre os 18 e 30 anos, estão mais motivados a usar SPA, de forma recreativa, para melhorar a experiência pessoal e de grupo, quando estão em festivais e locais de diversão noturna (Lojszczyk et al., 2023).

O uso de SPA em ambientes noturnos e festivais pode ser enquadrado no conceito dos *novos usos de drogas*, caracterizado pelo uso recreativo de SPA, por parte de jovens, com a finalidade de obter prazer e diversão com as sensações proporcionadas (Trigueiros & Carvalho, 2010). Não obstante, os usos esporádicos de SPA em ambientes recreativos podem estar também relacionados com uma variedade de problemas, nomeadamente físicos/médicos e psicológicos (OEDT, 2022), abrangendo riscos sociais e de saúde que são importantes de prevenir (Valente et al., 2018), estando associados a uma maior propensão para desencadear episódios de crise mais desafiantes (Ona et al., 2018).

De acordo com a OEDT (2019), os dados gerais apontam para a canábis como sendo a substância mais utilizada em todas as faixas etárias, por toda a Europa, e cocaína como o estimulante ilícito mais usado na Europa. Especificamente em ambientes recreativos são documentadas elevadas taxas de uso de SPA, sendo que, as substâncias mais usadas são a canábis, o álcool, o MDMA, outros estimulantes e alucinogénios (González et al., 2020). Nos países ocidentais, incluindo os países da Europa, as substâncias mais usadas de forma recreativa, entre adultos (18-30 anos), são a canábis, MDMA, metanfetaminas, anfetaminas, cocaína em pó, LSD, psilocibina, ketamina e GHB (Palamar & Keyes, 2020; Lojszczyk et al., 2023). Além disso, verifica-se que o uso de SPA depende dos locais e dos participantes, estando associado a géneros musicais e a subculturas (Lojszczyk et al., 2023). Estas tendências em ambientes recreativos confirmam-se, em certa medida, com as tendências gerais. Na verdade, o uso de canábis e cocaína, com maior prevalência no plano europeu atual, verifica-se em ambientes recreativos (OEDT, 2019; Lojszczyk et al., 2023). No entanto, o uso de outras SPA é comum entre participantes de festivais de música eletrónica, como é o caso do LSD, MDMA, ketamina e GHB (Palamar & Keyes, 2020).

Uma tendência de uso que se tem vindo a verificar é o poliuso de substâncias – definido como o uso de duas ou mais substâncias, tanto em diferentes momentos (incluindo no último mês ou no ano anterior) como num único momento de ingestão (Vera et al., 2021). De facto, torna-se relevante uma vez que predomina em indivíduos que frequentam ambientes recreativos, como festivais de música e cultura psicadélicas,

estando associadas mais consequências negativas ao poliuso, especificamente ao uso de várias substâncias num único momento (Vera et al., 2021) – maior risco de toxicidade aguda, incluindo overdose, experiências psicológicas adversas e envolvimento em comportamentos de risco (Morley et al., 2015).

Alguns autores apontam para a influência que o ambiente particular dos festivais e discotecas (como é o caso do tipo de música, som e luz), pode ter nas práticas do uso de drogas, para potencializar a satisfação que estas provocam (Duff, 2012; Carvalho, 2019). A atmosfera do trance psicadélico consegue ser atingida através de características próprias que ativam uma percepção sensorial muito completa – com experiências auditivas desencadeadas pela música, e estímulos visuais com padrões e formas distintas (Kajanová & Mrhálek, 2019). Características comuns de ambientes recreativos, como a superlotação, desidratação, altas temperaturas e muitas horas a dançar são potencializadoras de consequências negativas causadas por SPA, principalmente estimulantes (González et al., 2020; Palamar & Sönmez, 2022).

2. A experiência psicadélica e os estados alterados de consciência

As SPA, nomeadamente os psicadélicos, têm a capacidade de produzir mudanças na experiência consciente, provocando estados alterados de consciência (EAC) marcados por fenómenos extremamente variados (Gomes, 2023; Yaden et al., 2021). Os EAC, podem ser definidos como mudanças percecionadas pelo indivíduo, ao nível da consciência, percebidas na percepção, afeto, cognição e do estado de vigília do próprio (Yaden et al., 2021). Quando induzidos por psicadélicos, os EAC são caracterizados por um elevado sentido de conexão (experiência de imensidão oceânica), alteração do sentido subjetivo do *self* (dissolução do ego), alterações perceptivas visuais e do significado das percepções (reestruturação visionária) (Garrido & Rodrigues, 2023; Gomes, 2023; Yaden et al., 2021).

Destes EAC são desencadeadas tanto experiências percecionadas como positivas, como experiências vivenciadas de forma mais desafiadora (Garrido & Rodrigues, 2023; Johnstad, 2021). Segundo Garrido e Rodrigues (2023), uma das características dos EAC induzidos por substâncias psicadélicas são as experiências do tipo místico. Estas podem ser descritas como um estado subjetivo de transcendência dos limites do *self*, aliado com um sentimento de união com o meio (Natureza e Universo), sendo que são desencadeados sentimentos extremamente positivos e insights elevados (Garrido & Rodrigues, 2023).

Denota-se também um sentimento de sacralidade e inefabilidade, assim como uma alteração da percepção do espaço e do tempo (Garrido & Rodrigues, 2023).

Uma forma comum de uma experiência adversa envolveria o conteúdo de problemas de vida, levando a pessoa ao confronto com traumas anteriores (Johnstad, 2021). Sintomas de paranóia social podem também acontecer, desencadeando pensamentos de que o mundo físico é hostil (Barrett, 2016). Geralmente, as substâncias psicadélicas afetam a forma como a pessoa percebe a realidade e o seu contexto e, em experiências desafiadoras, essas distorções cognitivas podem assumir uma qualidade mais ameaçadora (Johnstad, 2021). A sobrecarga mental e sensorial, que resulta em confusão, pode também acontecer com frequência (Johnstad, 2021).

Outra característica dos EAC, que pode ser percebida de forma negativa, é a dissolução do ego – uma sensação do *self* separado da própria pessoa, em que se denota um estado de consciência interna reduzida, levando ao medo da morte ou de ficar insano (Johnstad, 2021; Kałużna et al., 2022; Gomes, 2023). A percepção de que o estado alterado em que a pessoa se encontra vai ser prejudicial à sua saúde, física e mental, e a distorção da noção do tempo que dura o EAC, são experiências desafiantes comuns a vários relatos (Johnstad, 2021). Além disso, outro aspecto a considerar são os sintomas desencadeados após os efeitos agudos da substância terem passado (Gorman et al., 2021). Quando isto acontece, podem surgir sintomas de maior vulnerabilidade e tristeza (Gorman et al., 2021). No entanto, pode surgir um sentimento de maior autoconhecimento, no qual a pessoa experiencia “sentimentos ou significados vagos sobre eventos psicológicos difíceis que não conseguem articular ou perceber totalmente”, sendo importante que a experiência seja integrada de forma positiva (Gorman et al., 2021).

Apesar das dificuldades que os utilizadores de SPA possam enfrentar, de acordo com um estudo de Carbonaro e colegas (2016), quase a totalidade (84%) das pessoas entrevistadas relataram ter beneficiado com uma experiência adversa causada por psicadélicos, revelando ainda um aumento do bem-estar ou da satisfação com a vida, ao qual atribuíram a essa experiência. De acordo com Johnstad (2021), as experiências adversas desencadeadas por psicadélicos só produzem efeitos positivos de desenvolvimento pessoal e terapêutico quando o sujeito apresenta disponibilidade e capacidade para integrar os acontecimentos. Uma etapa importante para o desenvolvimento de sensações positivas derivadas do uso de SPA passa pela integração da experiência, momento em que a pessoa assimila novos insights e perspectivas, e processa os desafios que possam ter surgido durante o processo (Kałużna et al., 2022).

2.1. Mapeando a experiência: instrumentos de avaliação de estados alterados de consciência

Considerando a variedade de experiências que decorrem dos EAC é comum que, quando induzidos por SPA, se traduzam em alterações do estado mental, sendo mais do que simples alterações dos conteúdos da consciência, envolvendo experiências subjetivas dos processos mentais percebidas pelos indivíduos como diferentes do estado anterior à ingestão de SPA (Gomes, 2023). É expectável que, pessoas que estão a passar por uma experiência de crise relacionada com o uso de SPA, se encontrem com perturbações emocionais ou do humor, geralmente com elevada sintomatologia ansiosa, sendo também frequente distorções na percepção visual e auditiva que podem, por vezes, atingir níveis de alucinação, desencadeando reações de pânico (Ribeiro et al., 2017; Garrido & Rodrigues, 2023). Além disso, podem verificar-se também alterações do estado de vigília, referentes a modificações do estado de consciência, assim como alterações no discurso e no pensamento, podendo estar associados sintomas de paranóia (Garrido & Rodrigues, 2023; Ribeiro et al., 2017). Em contexto de intervenção em crise, a avaliação do estado mental, com o propósito da procura de sinais e sintomas através da observação do comportamento individual (Trzepacz & Baker, 2001), pode configurar-se como um instrumento de auxílio para melhor adequar a própria intervenção. De facto, é já utilizado pela equipa do serviço de intervenção em crise que atua no Festival Boom o *Brief Mental Status Exam*, um instrumento desenvolvido pela própria equipa e que permite avaliar, em contexto naturalista, alterações do estado mental durante a crise relacionada com o uso de SPA (Fugas, 2012; Carvalho et al., 2014; Correia, 2018).

Percebe-se que alguns utilizadores em EAC, quando deparados com experiências mais desafiadoras, podem sentir medo, tristeza, paranoia, sensação de insanidade (Gomes, 2023; Gorman et al., 2021; Johnstad, 2021; Kałużna et al., 2022). De facto, a avaliação desta sintomatologia, após a experiência de crise, através de questionários adequados (por exemplo, o *Challenging Experience Questionnaire*), pode ser útil para melhor compreender a complexidade psicológica destas experiências (Barrett et al., 2016). Além disso, experiências desafiadoras podem trazer consigo uma experiência de libertação emocional ou catarse após o encontro com emoções difíceis (Garrido & Rodrigues, 2023). A investigação tem vindo a explorar mais este conceito de desbloqueio emocional, que parece estar associado à melhoria da saúde mental nas semanas seguintes à experiência (Garrido & Rodrigues, 2023). Daqui retira-se a importância de fazer uma avaliação, após o momento de crise, dos aspetos subjetivos desta experiência

transformadora de desbloqueio emocional, focando em questões como libertação emocional, encerramento, rutura emocional e resolução do conflito, utilizando questionários adequados (por exemplo, o *Emotional Breakthrough Inventory*) (Palmer & Maynard, 2022; Roseman et al., 2019). De facto, parece ser importante fazer, em simultâneo, uma avaliação da saúde mental, antes e depois da experiência de crise, para perceber se esta melhoria na saúde mental, descrita pela investigação, se confirma.

3. Intervenção em crise: práticas e conceitos

3.1. Serviço de intervenção em crise relacionado com emergências psicadélicas no Festival Boom

Em ambiente recreativo, como é o caso do Festival Boom, a situação mais frequente passa por alguém usar (mais que uma) SPA e “sentir um efeito inesperado ou muito intenso e duradouro” (Carvalho et al., 2018). Ou seja, um episódio de crise está associado a um momento precipitante, a ingestão de SPA, que desencadeia uma perceção do evento de forma dolorosa (como medo, ansiedade, desconforto) com o qual o participante não tem estratégias de coping necessárias para lidar de forma adaptativa (Carvalho et al., 2014). Para a investigação em questão, o foco está na crise psicológica, sendo esta definida como todas as tipologias de episódios que receberam intervenção no serviço de emergência psicadélica, com exceção de uma breve avaliação médica do estado de saúde geral à chegada ao serviço. É para estas situações de crise que o Festival Boom disponibiliza ao público o serviço *Kosmicare*, cujo principal objetivo é acolher participantes do festival que se deparam com consequências negativas do uso de SPA (Carvalho et al., 2014; Soares et al., 2017).

Várias estratégias podem ser implementadas em ambiente recreativo, podendo passar pela prevenção e redução de risco a nível individual, como é o caso dos serviços de *drug checking*, ou por estratégias mais ambientais (e.g.: gerir multidões, fornecer áreas de descanso, disponibilizar alimentos e água potável gratuita) (Valente et al., 2019). No caso específico do Festival Boom, o núcleo de redução de riscos oferece vários serviços, como é o caso do *drug checking*, informação sobre drogas e aconselhamento, e o Serviço de Emergência Psicadélica, espaço onde pessoas que estão a passar por experiências psicológicas adversas podem procurar ajuda especializada (área de interesse desta investigação em particular) (Carvalho et al., 2018; Valente et al., 2019).

Verifica-se que o acompanhamento prestado pelo serviço de intervenção em crise pode ser útil para superar respostas de medo ou pânico que os participantes possam estar a sentir, estando isto relacionado com o ambiente criado e com a ajuda especializada da equipa do serviço em questão (Carvalho et al., 2018). Muitos autores referem que um dos motivos principais pelas diferenças de resultados das experiências de uso de SPA podem ser atribuídas a dois fatores – ao *set* e ao *setting* (Hartogsohn, 2017; Johnstad, 2021; Leary et al., 1963; Ona, 2018; Kałużna et al., 2022; Zinberg, 1984). Estes conceitos representam a maneira como a experiência do uso de SPA parece ser influenciada pelo estado psicológico, atitudes, características da personalidade, expectativas e intenções do utilizador (*set*), bem como o contexto físico, social e cultural (*setting*) no qual a experiência se desenvolve (Hartogsohn, 2017; Johnstad, 2021; Leary et al., 1963; Ona, 2018; Kałużna et al., 2022; Zinberg, 1984).

Deste modo, percebe-se que práticas de RRMD que se centram na criação de espaços seguros e calmos, reduzindo o stress e a ansiedade nos momentos de crise, estão positivamente associados ao desenvolvimento emocional, tendo a capacidade de reduzir as experiências negativas e melhorar as experiências positivas (Tatarsky & Marlatt, 2010; González et al., 2020; Palmer & Maynard, 2022). É neste sentido que as respostas dadas aos participantes de eventos como o Festival Boom têm por base práticas de RRMD (Carvalho et al., 2014; Palmer & Maynard, 2022; Valente et al., 2019). Aplicadas num ambiente em que se verifica o uso de SPA, estas práticas refletem uma perspetiva humanista e compreensiva da pessoa que usa SPA por considerarem o poder de escolha dos indivíduos, acreditando que farão escolhas mais positivas se tiverem suporte adequado (Tatarsky & Marlatt, 2010; Collins et al., 2012). Um aspeto crucial das práticas de RRMD é o foco em promover a gestão dos riscos associados ao uso de SPA, garantindo uma abordagem não julgadora face às escolhas dos participantes (Valente et al., 2024).

Carvalho e colaboradores (2014) perceberam que, participantes que recorreram a este serviço em questão, em duas edições anteriores do festival, relataram inúmeros benefícios percebidos como duradouros, muito tempo após a intervenção em crise. Foram reportadas mudanças relativamente à forma como os participantes se relacionam com o uso de SPA, nomeadamente, um aumento do conhecimento de como lidar com situações de crise, aquisição de atitudes mais responsáveis face o uso de substâncias, e uma maior apreciação positiva de si e das relações com os outros (Carvalho et al., 2014). Uma grande maioria dos participantes considerou que os benefícios da intervenção em crise teriam efeitos positivos na sua vida (Carvalho et al., 2014). Os dados obtidos refletem situações

em que a integração da experiência foi positiva (traduzido pela vontade de repetir a experiência, aumento do autoconhecimento, procura de uma experiência mais positiva, e expressão de felicidade), como situações em que a integração foi negativa (relacionada com o aumento de sintomatologia anterior ao momento de crise) (Carvalho et al., 2014). Além disso, para avaliação dos serviços de intervenção em crise, a satisfação dos participantes após a intervenção atingiu níveis muito elevados, sugerindo que esta foi eficaz. (Carvalho et al., 2014).

Na verdade, esta investigação surge na linha de estudos e trabalhos académicos anteriores, relacionados com o programa *Kosmicare* no Festival Boom, que exploraram aspetos como: (1) avaliação de um programa de intervenção em crise relacionada com o uso de SPA em contexto recreativo (Rodrigues, 2012); (2) validação do *Mental State Exam Checklist*, um instrumento de avaliação do estado mental dos participantes que recorreram ao serviço de intervenção em crise (Fugas, 2012); (3) avaliação da intervenção e do impacto da mesma a longo-prazo, tendo em consideração a perspetiva dos participantes que recorreram ao serviço da KC no Festival Boom, nas edições de 2010 e 2012 (Rodrigues, 2013); (4) adaptação do *Mental State Exam Checklist*, com a intenção de reduzir itens e avaliar a consistência interna do instrumento, validado como *Brief Mental Status Exam* (Correia, 2018); (5) apresentação de um conjunto de avaliações, com o propósito de contribuir para a transformação do projeto *Kosmicare* num modelo de intervenção baseado em evidência (Carvalho et al., 2014); (6) recomendações, de uma perspetiva académica, para uma abordagem baseada em evidência aplicada a serviços de intervenção em crise relacionada com o uso de SPA (Carvalho & Sousa, 2017); (7) exploração da influência que uma abordagem compreensiva e baseada na comunidade pode ter em apoiar indivíduos que enfrentam problemas relacionados SPA em ambiente recreativo (Carvalho et al., 2018).

Apesar disto, existe ainda escassez de evidência científica publicada no que diz respeito às práticas dos serviços de intervenção em crise, desencadeada pelo uso de SPA, e os seus efeitos (Carvalho et al., 2018). Deste modo, surge como objetivo da presente investigação avaliar o processo e os resultados da intervenção em crise relacionada com o uso de SPA, durante a edição de 2023 do festival em questão, tendo em conta a perceção dos participantes, dando destaque para efeitos que possam manifestar-se. O objetivo desta avaliação deve ser, por um lado, perceber se os objetivos da intervenção foram cumpridos, e, por outro lado, obter informação a fim de melhorar as práticas utilizadas (Carvalho & Sousa, 2017). A compreensão das necessidades da pessoa que enfrenta uma experiência

psicadélica adversa e as estratégias utilizadas pelos serviços de intervenção em crise provêm de um conhecimento da experiência psicadélica obtido através de condições que não são replicáveis em ambiente recreativo (Carvalho et al., 2018). Desta forma, importa também caracterizar os participantes e a experiência de crise psicológica pela qual passaram que, apesar de existir na literatura descrições neste sentido, mantém-se a importância de o fazer reportando para esta população específica que usa SPA num grande festival de música e cultura psicadélicas.

II. METODOLOGIA

Nesta secção apresenta-se a abordagem metodológica do estudo, incluindo os objetivos da investigação³ que orientaram a análise de dados, passando por uma caracterização sociodemográfica dos participantes, dos instrumentos utilizados, realizando, por fim, uma descrição dos procedimentos de recolha e análise dos dados.

Este estudo tem como intenção caracterizar a experiência de crise psicológica relacionada com o uso de SPA, assim como avaliar os serviços de intervenção em crise, com o foco no processo e efeitos. Foi utilizada uma abordagem metodológica mista, sendo que foram recolhidos e analisados dados de natureza quantitativa e qualitativa (Creswell & Plano Clark, 2018). Tendo como objetivo compreender aspetos particulares da intervenção em crise e da experiência de crise psicológica, o recurso ao paradigma semi-indutivo da investigação qualitativa afigura-se como mais pertinente para estes objetivos do estudo (Creswell, 2007). Desta forma, foi possível iniciar esta investigação partindo de uma base teórica inicial, que orientou a recolha de dados realizada em ambiente natural (sensível aos participantes e ao contexto envolvente), executando, posteriormente, a análise dos dados de forma circular e progressiva, com objetivo de estabelecer padrões ou temas (Creswell, 2007).

Utilizando uma abordagem de estudo de caso múltiplo, foram selecionados vários estudos de caso para contribuir para responder ao problema de investigação (Creswell, 2007). Para este efeito, foram recolhidos registos reflexivos que a equipa do serviço de intervenção em crise foi preenchendo ao longo da intervenção, assim como documentos que refletem o discurso escrito dos participantes face à sua perceção dos serviços de intervenção em crise. Estes casos permitem ter uma compreensão mais aprofundada da intervenção em crise que foi realizada, tendo em conta as descrições dos profissionais que acompanharam o participante durante a sua experiência de crise.

³ No anexo I pode ser recuperada uma descrição pormenorizada do desenho da investigação.

Tendo também uma vertente de investigação-ação, cria-se oportunidade de produção de conhecimento acerca do fenómeno observado em contexto real, ao mesmo tempo que se adquire informação necessária, em colaboração com os participantes, para modificar e melhorar as condições presentes da intervenção (Saldaña, 2011). Também segundo Durgante e De'Il Aglio (2018), o processo de monitorização e avaliação dos programas de intervenção é fundamental, sendo tão ou mais importante quanto a implementação do próprio programa. A avaliação dos efeitos, como Rogers (2012) define, investiga e avalia as mudanças proporcionadas por uma intervenção.

Como objetivos gerais desta investigação, destacam-se a intenção de caracterizar os participantes e as situações de crise psicológica, acolhidas no serviço de emergência psicadélica, na edição de 2023, do festival em questão (cf. Anexo I). Como objetivos específicos para conhecer detalhadamente a situação de crise pretende-se caracterizar (i) os usos de substâncias presentes nas situações de crise, (ii) o estado mental das pessoas com crise psicológica e (iii) as experiências psicológicas relacionadas com a crise, incluindo dificuldades psicológicas, desbloqueio emocional e estado mental anterior à situação de crise, assim como (iv) descrever as intervenções realizadas durante as crises psicológicas. Ao compreender em detalhe as crises psicológicas relacionadas com o uso de SPA e as intervenções realizadas, o objetivo será adquirir conhecimento que auxilie a desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes, contribuindo com dados importantes para assegurar a melhoria contínua dos serviços de intervenção em crise. Além disso, outro objetivo geral deste estudo passa por realizar uma avaliação do serviço de intervenção em crise, considerando-se os seguintes objetivos específicos (cf. Anexo I): compreender a perceção do participante (v) face à ajuda prestada pelos serviços de intervenção em crise, (vi) ao espaço físico onde decorreu a intervenção em crise, e (vii) relativamente à abordagem terapêutica adotada pela equipa do serviço. Esta compreensão será importante para avaliar o processo e os resultados do serviço de intervenção em crise, tendo em vista utilizar este conhecimento para produzir mudanças positivas no mesmo.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para efeitos de recolha da amostra utilizada nesta investigação, foi utilizada uma amostragem não probabilística intencional por conveniência, com a intenção de recrutar participantes de acordo com o acesso e que possuam características particulares que pretendem ser estudadas (Ritchie & Lewis, 2003). Para tal, foram recrutados participantes que recorreram ao serviço de intervenção em crise do Festival Boom, na edição de 2023.

Estes participantes concordaram em integrar o processo de avaliação, exprimindo para o efeito o seu consentimento, disponibilizando-se para contacto futuro. Como critérios de inclusão identificam-se o facto de os participantes terem recorrido ao serviço de intervenção em crise devido ao uso de SPA, no festival em questão, darem o seu consentimento para participação no presente estudo, e terem respondido aos questionários seleccionados para este estudo no momento de saída do serviço de intervenção em crise. É de referir que existem dois níveis de recolha de dados – uma componente descritiva e outra componente psicométrica. Por isso, nos casos em que os participantes não responderam à totalidade (ou a nenhum) dos questionários quantitativos ou estes foram considerados inválidos, os participantes não foram excluídos do estudo, tendo sido considerada apenas a informação descritiva dos registos reflexivos da equipa do serviço de intervenção em crise.

Posto isto, a amostra do presente estudo⁴ foi constituída por 36 participantes, maioritariamente do sexo masculino (61%). Relativamente à faixa etária, não foi recolhida informação da maior parte dos participantes deste estudo (N=23), sendo que os restantes tinham entre 20 e 30 anos (N=9) e entre 31 e 40 anos (N=4). Tendo em conta que este festival atrai uma grande variedade de pessoas com diferentes nacionalidades, a amostra deste estudo é, por este motivo, bastante diversificada. No entanto, a maioria dos participantes são provenientes da Europa (N=22).

2.2. INSTRUMENTOS

Para avaliar a experiência de crise psicadélica foram utilizados dois questionários de autorrelato. O *Challenging Experience Questionnaire* (CEQ) avalia aspetos desafiadores da experiência psicadélica e inclui sete fatores organizados em categorias de experiência subjetiva afetiva (medo e tristeza), fisiológica (sofrimento físico) e cognitiva/afetiva (sentimentos de isolamento, paranoia, sentimentos de insanidade ou perda de sanidade e experiência subjetiva de morte) (Barrett et al., 2016). Os participantes classificam a extensão em que vivenciaram cada um dos sintomas numa escala de Likert de 5 pontos (sendo 0 = “Nenhum, de forma alguma” e 5 = “Extremo, mais do que nunca na minha vida”) (Palmer & Maynard, 2021). Além deste, foi também utilizado o *Emotional Breakthrough Inventory* (EBI), que avalia o desbloqueio emocional decorrente da experiência psicadélica, e consiste num questionário com seis afirmações, sendo que

⁴ No anexo II, encontra-se a Tabela 1 que contém informação mais detalhada relativamente à amostra.

os participantes classificam a extensão em que concordam com cada uma, numa escala de 0 a 100 (sendo 0 = “Não, não mais do que o normal” e 100 = “Sim, inteiramente ou completamente”) (Palmer & Maynard, 2022; Roseman et al., 2019). Segundo Roseman e colegas (2019), o EBI parece servir como um preditor positivo de saúde mental, contrariamente ao CEQ que aparenta ser um preditor “negativo” de resultados clínicos, e em que scores mais altos predizem melhores resultados positivos como um aumento do bem-estar (Roseman et al., 2019).

Para avaliar sintomas depressivos e de bem-estar, anteriores à experiência de crise, foram utilizados o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (versão inglesa) e o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (WHOQOL-BREF) (versão inglesa), também questionários de autorrelato. O PHQ-9 corresponde a uma secção, composta por 9 itens que avalia sintomas depressivos, do *Patient Health Questionnaire* (Kroenke et al., 2001). O diagnóstico de *Depressão Major* é realizado caso 5 ou mais dos 9 critérios de sintomas depressivos estiverem presentes pelo menos "mais da metade dos dias" nas últimas 2 semanas, e 1 dos sintomas for humor depressivo ou anedonia (Kroenke et al., 2001). A pontuação do PHQ-9 pode variar de 0 a 27, sendo que cada um dos itens pode ser pontuado através de uma escala de Likert de 3 pontos (em que 0 = “nada” e 3 = “quase todos os dias”) (Kroenke et al., 2001). O WHOQOL-BREF, versão de 26 itens do questionário WHOQOL-100, avalia a qualidade de vida através de uma escala de Likert de 5 pontos (sendo 0 = “nenhum” e 5 = “completamente”). Este constructo é definido em quatro domínios: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e ambiente (Skevington et al., 2004). Os resultados podem ser transformados numa escala de 0 a 100 ou de 4 a 20, para o estudo em questão foi utilizada a escala de 4 a 20 (Skevington et al., 2004).

É de referir que os questionários acima referidos foram seleccionados pelos investigadores de um estudo de maior escala, no qual se insere este presente trabalho.

Tendo em conta a avaliação do estado mental de indivíduos que estão sobre o efeito de SPA, no momento de entrada e saída do serviço de intervenção em crise, foi utilizada uma chek-list, *Brief Mental Status Exam*, adaptada pela equipa do serviço em questão e validada em investigações anteriores (Rodrigues, 2012; Rodrigues, 2013; Correia, 2018; Carvalho et al., 2014).

Foi também utilizado o questionário *Visitor Feedback Form* para avaliar os serviços prestados durante a intervenção em crise, de acordo com a perspetiva do participante. Consiste num formulário com quatro perguntas fechadas e uma pergunta aberta, com o qual se pretende obter feedback dos participantes relativamente aos serviços

de intervenção em crise. Este questionário foi realizado pela equipa que constitui os serviços de intervenção em crise, tendo já sido implementado em edições anteriores do festival. Pretende avaliar se o participante considera que foi ajudado pelo serviço, se as instalações são apropriadas e se a equipa está bem preparada para lidar com a situação de crise, satisfazendo as suas necessidades.

Além destes, foram também utilizados dois documentos de registo, que a equipa do serviço de intervenção em crise ficou encarregue de preencher. Especificamente, no documento *Form Visitor Report/Arrival*, preenchido na chegada do participante ao serviço, consta informação pessoal do participante, como a idade e país de origem, mas também informação acerca do uso de SPA, como o tipo de SPA, dose e contexto físico, social e temporal. O documento *Intervention Form* contém informação acerca dos acontecimentos relevantes e estratégias de intervenção postas em prática pelos membros do serviço de intervenção em crise, durante a estadia do participante. Estes dois também já foram implementados em edições anteriores do festival.

2.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

A recolha de dados foi realizada em campo, pela equipa de intervenção em crise, diretamente na edição de 2023 do Festival Boom. Foram recolhidos os documentos que continham registos escritos dos terapeutas, relativamente à intervenção realizada e à descrição dos casos selecionados, assim como os questionários preenchidos pelos participantes, no momento de saída do serviço. Posteriormente, foi criado um protocolo para agrupar, num único documento *Word*, todas as informações recolhidas nos vários instrumentos, tendo sido depois importados para o *software Nvivo14®*.

Relativamente à análise de dados, foi dada preferência à metodologia mista, com recurso ao *software Nvivo14®*, para análise de dados qualitativos, e ao *software Microsoft® Excel para Mac versão 16.56*, para análise de dados quantitativos.

Para análise dos questionários quantitativos CEQ e EBI, foi criada uma base de dados, para cada um, no *software Microsoft® Excel para Mac versão 16.56*. Em relação ao EBI, foi calculada a média dos itens positivos e, posteriormente, estes resultados foram comparados com valores de referência de outras investigações (Roseman et al., 2019; Palmer & Maynard, 2022). Relativamente ao CEQ, foi necessário calcular uma pontuação total que consiste na média de todos os itens, posteriormente multiplicados por 20 para obter uma pontuação entre 0-100 (Roseman et al., 2019). Os valores obtidos foram comparados com valores de investigações anteriores (Roseman et al., 2019; Barrett et al.,

2016; Palmer & Maynard, 2022). Relativamente aos questionários WHOQOL-BREF e PHQ-9, a sua análise foi feita através de atributos, com recurso ao *software Nvivo14®*, sendo possível agrupar os resultados e, posteriormente, compará-los com dados de estudos anteriores (Kroenke et al., 2001; Skevington et al., 2004).

Como técnica de análise, foi utilizada a Análise de Conteúdo (Moura et al., 2021; Spencer et al., 2003). Desta forma, o investigador procura identificar e compreender os temas que são apresentados, através da frequência com que aparecem, analisando o conteúdo e contexto presentes no documento (Moura et al., 2021; Spencer et al., 2003). Especificamente, para este estudo, foi analisada a informação contida no discurso escrito dos terapeutas, face à intervenção e ao caso, e dos participantes, em relação à avaliação da intervenção. Foram introduzidos no *software Nvivo14®* os dados de atributo – idade; género; nacionalidade; avaliação dos serviços de intervenção em crise (perceção de ajuda prestada, recursos e abordagem terapêutica); e pontuação dos questionários quantitativos. Assim como dados de conteúdo – sumário do caso; descrições da intervenção realizada, do uso de SPA e do exame do estado mental; e questão aberta referente à avaliação do serviço de intervenção em crise.

A análise de conteúdo divide-se em quatro fases importantes: (i) organização da análise, (ii) codificação, (iii) categorização e (iv) inferência (Moura et al., 2021).

Na primeira etapa, foi realizado um primeiro contacto com os dados, no qual se procedeu a uma *leitura flutuante* dos mesmos (Moura et al., 2021). Este foi um procedimento importante pois permitiu organizar os dados brutos (os vários documentos), relativos a cada participante, num só documento com o conteúdo organizado de igual forma para todos os participantes. Na segunda etapa, o processo de codificação implica “a procura de regularidades e padrões”, tendo sido definidas unidades de registo (UR), presentes no discurso escrito dos terapeutas e dos participantes, com a finalidade de atingir representação do conteúdo (Moura et al., 2021). A etapa seguinte, de categorização, consiste no processo de elaboração de categorias emergentes dos dados (Moura et al., 2021), classificando e reagregando as unidades de registo traduzidas em códigos descritivos (Bardin, 2002). A última etapa, inferência, consiste no processo pelo qual foi possível encontrar semelhanças e estabelecer relações entre os dados, permitindo assim responder às QI formuladas pelo investigador (Moura et al., 2021).

III. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta secção tem como objetivo responder, de forma concetualizada, às questões de investigação propostas. Para tal, teremos como base o sistema de categorias (cf. Anexo III), que resultou da análise de conteúdo dos dados qualitativos dos documentos recolhidos, recorrendo ao *software Nvivo14*®. De facto, este 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. Além disso, algumas QI são respondidas com dados de carácter quantitativo que, dada a sua natureza, foram analisados previamente no *software Microsoft*® *Excel*, tendo sido posteriormente incluídos no *software Nvivo14*® como *atributos*.

Na apresentação dos resultados, as categorias de primeira geração serão apresentadas a negrito, as de segunda geração estarão em sublinhado, as de terceira geração em itálico e, por fim, as categorias de quarta geração estarão identificadas a sublinhado e itálico. Encontram-se, entre parênteses, o número de referências aos ficheiros e unidades de registo, respetivamente.

3.1. Caracterização dos participantes que recorreram ao serviço

- **Quais as características sociodemográficas dos participantes?**

No que toca às características sociodemográficas⁵, os participantes que compõem esta amostra são maioritariamente do sexo masculino (61%), com idades compreendidas entre 20 e 30 anos (N=9) e entre 31 e 40 anos (N=4), apesar de não ter sido recolhida informação acerca da idade de maior parte dos participantes (N=23). É possível constatar que a maioria dos participantes são provenientes do continente europeu (N=22), com maior destaque para França e Portugal. De facto, esta amostra vai de encontro com dados recolhidos em investigações anteriores – maioritariamente do sexo masculino, com idades entre 19-39 e europeus (com destaque para França, Inglaterra, Bélgica e Portugal) – que se focaram nos participantes de edições passadas do Festival Boom (Carvalho et al., 2014; Correia, 2018; Rodrigues, 2012; Rodrigues, 2013).

3.2. As crises psicológicas acolhidas no serviço de emergência psiquiátrica

3.2.1. Caracterização dos usos de SPA presentes nas situações de crise

- **Que SPA são usadas? Em que quantidades?**

⁵ No anexo II, pode ser recuperada informação mais detalhada, presente na Tabela 1, relativa à amostra.

Como se pode ver na Tabela 2 (cf. Anexo IV), o tipo de SPA mais utilizada pelos participantes da amostra deste estudo é o *LSD* (N=19), da família dos psicadélicos. Seguem-se as seguintes substâncias: *Cetamina* (N=9), um dissociativo; *Canábis* (N=8), um canabinóide; *MDMA* (N=5), um empatogéneo; e os *Space Cakes* (N=5), canabinóides. Os Psicadélicos são a família das SPA mais utilizadas pelos participantes, especificamente, *LSD* (N=19) e *Psilocibina* (N=7). Os neurodepressores, como *GHB* (N=3) e *Álcool* (N=4), e os psicoestimulantes, como *Cocaína* (N=4) e *Speed* (N=1), são as SPA menos utilizadas pelos participantes desta amostra. Além disso, o poliuso de SPA está muito presente nesta amostra (20,21). Estes resultados são consistentes com a literatura, estando descrito um maior uso de canábis, LSD, cetamina, MDMA e psilocibina em ambiente recreativo (Lojczyk et al., 2023), assim como o aumento da tendência do poliuso em festivais de música eletrónica de *trance* (Vera et al., 2021). Na verdade, tendo em conta investigações anteriores, percebe-se que os participantes deste festival em questão usam, maioritariamente, LSD (53%) e MDMA (19%) (Carvalho et al., 2014). Percebe-se também que a tendência do poliuso é mais prevalente nesta amostra (56%) do que em amostras de investigações anteriores (39%) (Carvalho et al., 2014). Além disso, SPA como o MDMA, que interferem com a regulação da temperatura corporal, aliado às elevadas temperaturas a que os participantes estão sujeitos, promove efeitos adversos causados pela desidratação e que, por sua vez, influencia a experiência de crise (Palamar & Sönmez, 2022).

Em relação à dose usada por SPA, os participantes que referem ter usado canábis não são capazes de quantificar a quantidade certa que fumaram (“*fumou ao longo de vários dias*”). Quando se referem a “space cakes”, a quantidade ingerida é entre uma e duas unidades (“*1 e meio*”, “*1 bolo com THC*”), mas não sabem a quantidade de canábis presente no produto. Relativamente ao LSD, a dose varia entre 60 e 300 microgramas, o que, de acordo com a investigação, se trata de doses moderadas (equivalente a não mais de 100 mcg) até doses extremamente altas (equivalente a 300 mcg) (Nutt, 2024; Roseman et al., 2019). Substâncias como cetamina, psilocibina (“*uma mão de cogumelos*”), cocaína (“*2/ 3 linhas de cocaína*”) e GHB (“*quantidade incerta de GHB*”) são as que menos informação se conseguiu recolher relativamente à dose. Além disso, 3 participantes reconhecem ter ingerido uma quantidade elevada da SPA (“*ingeriu a mais porque não estava a fazer efeito*”; “*diz que usou demasiado*”).

Realizar, rigorosamente, esta caracterização é uma tarefa desafiante devido ao estado alterado de consciência no qual o participante chega ao serviço, não consegue

recordar-se, ou não está com capacidade para tal, das SPA que usou desde o início do festival. Por isso, muitas vezes, esta informação foi recolhida através de outros (e.g., amigos ou companheiro/a e *staff* do festival). Além disso, tendo em consideração o contexto desta investigação, podem existir casos de adulteração da SPA, sendo que os efeitos associados não são os esperados, podendo ser mais intensos e comportar maior risco (Palamar & Sönmez, 2022).

- **Em que contexto, físico (onde), social (com quem) e temporal (há quanto tempo) foram usadas as SPA presentes nas situações de crise?**

Relativamente ao contexto da ingestão, este compreende o espaço físico (onde), social (com quem) e temporal (há quanto tempo) da ingestão da SPA. Tendo em conta o *contexto espacial* da ingestão da SPA, o local mais frequentemente referido é o “*Dance Temple*” (N=7), espaço de música e dança. Na verdade, tendo em conta o ambiente do festival, em que se verifica um grande número de pessoas aglomeradas neste espaço de música e dança, com estímulos visuais e auditivos intensos, associados ao uso de SPA, podem gerar sintomas intensos ansiedade, sendo necessária intervenção (Palamar & Sönmez, 2022).

No que toca ao *contexto relacional*, é mais comum os participantes usarem SPA na companhia de outras pessoas, como amigos (N=6) ou companheiro/a (N=4). De facto, o uso de SPA em ambiente recreativo, especialmente em festivais com esta natureza, é caracterizado pela busca de prazer e sensações positivas, privilegiando a proximidade com pares e amigos (Carvalho et al., 2014; Lojczyk et al., 2023).

O *contexto temporal* indica há quanto tempo os participantes ingeriram a SPA antes de darem entrada no serviço de intervenção em crise. O LSD é a SPA que tem maior intervalo de tempo em relação ao seu uso e à entrada no serviço (12h; 17h; 20h; 24h; 72h), e a canábis é a SPA que tem um uso mais regular no tempo (“o dia todo”; “fumou de forma intermitente”). Além disso, verifica-se que, quando há poliuso, a ingestão das SPA é mais próxima à hora de entrada no serviço (20 minutos; 1h; 4h). De facto, este dado é consistente com a literatura, sendo que o poliuso está associado a mais consequências negativas, como o risco de toxicidade aguda (Vera et al., 2021; González Ponce et al., 2020; Morley et al., 2015), além de levar a efeitos imprevisíveis, tanto na duração como no desenrolar da experiência psicológica, (Carvalho et al., 2014), sendo por isso necessária uma intervenção em crise mais imediata.

3.2.2. Caracterização do estado mental das pessoas com crise psicológica

- **Qual o estado mental das pessoas em crise psicológica no momento de chegada ao serviço? E no momento de saída do serviço?**

Em relação ao estado mental dos participantes em crise psicológica, como se pode ver na Tabela 3 (cf. Anexo V), verifica-se claramente que, no momento de **chegada ao serviço**, os participantes apresentam maior alteração comparativamente com o momento de **saída do serviço**.

Especificamente, as componentes que mais participantes apresentam alteração, no **momento de chegada**, são o *humor* (22,34), *comportamento* (16,29), *vigilância* (15,17) e *discurso* (14,18). Alterações do humor significam que os participantes chegaram ao serviço com o humor ansioso (17,26), deprimido (5,5), irritável (1,1) e elevado ou eufórico (1,1). Alterações do comportamento dizem respeito à agitação motora (7,14), comportamento lentificado (6,6) e anormal (1,2), movimentos involuntários (2,3) e tremores (3,4). Alterações da vigilância referem-se a um estado em que o participante está sonolento (10,11) ou hipervigilante (5,6). Alterações do discurso referem-se a um discurso com ritmo lento (11,14) ou acelerado (3,3) e anomia (1,1). Por outro lado, as componentes que mais participantes apresentam sem alteração, no momento de entrada no serviço, são a *atitude* (23,26), *conteúdo do pensamento* (23,23), *afeto* (17,17) e *insight* (16,17). O que significa que, quando chegaram ao serviço, estes participantes estavam com uma atitude calma e cooperativa, sem ideação suicida ou homicida, com afeto reativo e congruente com o humor e com bom insight acerca do seu estado. Relativamente ao momento de **saída do serviço**, maior parte dos participantes não apresenta alterações (30,274). No entanto, foi registada maior alteração no *discurso* (6,6), caracterizado pelo ritmo lentificado, no *comportamento lentificado* (4,4) e no estado de *vigilância* (4,4), caracterizado pela sonolência.

Os EAC, provocados pelo uso de SPA, definem-se como mudanças percecionadas pelo indivíduo, que ocorrem ao nível da consciência, impactando a percepção, afeto, cognição e estado de vigília do próprio (Yaden et al., 2021). De facto, tendo em conta os efeitos das SPA, nomeadamente do LSD (SPA mais usada pela amostra deste estudo), estes incluem: alterações visuais; alterações auditivas; humor e emoções mutáveis (desde encanto e euforia até ansiedade e medo); alteração da percepção do próprio corpo; entre outros (Nutt, 2024). Segundo a literatura, é expectável que cheguem ao serviço participantes num EAC, apresentando: perturbações emocionais ou do humor, com elevada ansiedade; distorções na percepção, atingindo, por vezes, níveis de alucinações;

perturbações no discurso e pensamento (Johnstad, 2021; Ribeiro et al., 2017). Na amostra deste estudo, também se verificam alterações ao nível da percepção, marcadas por alucinações (2,2), e alterações do conteúdo do pensamento como delírios (4,4), embora sejam menos casos desta natureza. Além disso, o que se verifica é que alterações do estado mental mais exacerbadas estão associadas ao poliuso de SPA. Efetivamente, este dado é consistente com a literatura, sendo que o poliuso está associado a mais consequências negativas e que, muitas vezes, podem ser imprevisíveis (Carvalho et al., 2014; Vera et al., 2021).

3.2.3. Descrição das intervenções realizadas durante as crises psicológicas

- **Que estratégias de intervenção foram usadas nas crises psicológicas?**

Tal como se pode ver na Tabela 4 (cf. Anexo VI), entre as várias estratégias de intervenção utilizadas pelo *staff* do serviço, as mais utilizadas passaram por: oferecer comida e bebida ao participante (22,33) – *“bebeu água com eletrólitos”*; *“Ofereci algo para comer”* – proporcionar um espaço para o participante descansar (22,49) – *“depois começou a acalmar-se e convidámo-la a ficar na KC para descansar, ela adormeceu”* – e falar sobre a experiência de crise que estava a passar ou que experienciou (17,27) – *“Dei espaço para expressar o que estava a sentir e a pensar”*; *“ficou aliviado por ser ouvido”*.

Tendo isto em conta, conseguimos perceber que as estratégias mais utilizadas são consideradas estratégias ambientais e passam por fornecer áreas de descanso, alimentos e água potável gratuita aos participantes (Valente et al., 2019). A intencionalidade que o *sitter* coloca na intervenção, ao falar com o participante sobre a experiência de crise, é de extrema importância para apoiar na resolução da experiência desafiadora e tentar diminuir o sofrimento/ desconforto psicológico que a pessoa possa estar a sentir, sendo que pode surgir stress, ansiedade, medo, memórias dolorosas, entre outros (Carvalho et al., 2018). Além disso, verifica-se na literatura que estados fortemente alterados, decorrentes de experiências difíceis, podem progredir e melhorar graças a outras estratégias, também adotadas pelos *sitters*: toque terapêutico (3,6); técnicas de relaxamento; meditação e *mindfulness* (1,1); focalização do sentimento (5,5); exercícios de respiração (7,10); ou apenas sentir a presença do *sitter* (MAPS, 2017). Estas técnicas contribuem para a melhoria de sintomatologia mais desafiante, desencadeada pelo uso de SPA, oferecendo suporte ao participante durante o processo de crise.

3.2.4. Caracterização das experiências psicológicas relacionadas com a crise

- **Quais as dificuldades de carácter psicológico, sentidas pelo participante, durante a situação de crise?**

As experiências difíceis, nomeadamente a nível psicológico, foram avaliadas pelo CEQ. A média das pontuações foi 41.33, com um desvio padrão de 29.39. Este resultado não é consistente com investigações anteriores ($M=19.7$; $DP=16.4$), sendo mais alto que o esperado, comparando na mesma com experiências em ambiente recreativo (Roseman et al., 2019; Palmer & Maynard, 2022). Devo referir que 15 questionários foram considerados inválidos, sendo o questionário que mais respostas foram consideradas inválidas, comparativamente com os restantes. Como se pode ver na Tabela 5 (cf. Anexo VII): 25% ($N=9$) dos participantes pontuaram valores considerados dentro da norma; 5,6% ($N=2$) dos participantes pontuaram valores inferiores ao normativo; e 27,7% ($N=10$) dos participantes pontuaram valores superiores (Roseman et al., 2019; Barrett et al., 2016; Palmer & Maynard, 2022).

Uma possível justificação para os resultados do CEQ serem mais elevados do que o esperado, pode dever-se ao facto de o uso de SPA ser em ambiente recreativo (*party setting*) (Palmer & Maynard, 2022). Além disso, segundo Palmer e Maynard (2022), valores mais elevados em ambiente recreativo estão relacionados com valores mais elevados na subescala “isolamento”. Contudo, os dados recolhidos não confirmam esta relação, sendo que as subescalas com pontuação mais elevada foram “medo” ($M=0.69$; $DP=0,37$), “insanidade” ($M=0,60$; $DP=0,43$) e “sofrimento físico” ($M=0,53$; $DP=0,40$). Uma possível explicação destes dados pode ser a influência que as características do contexto recreativo (*setting*) podem ter na experiência de crise, sendo que neste festival o participante está envolto num ambiente com elevada carga sensorial, podendo ser comum surgirem emoções como medo e sensação de perigo (Kajanová & Mrhálek, 2019). Além disso, este festival tem um grande sentido de comunidade (Carvalho et al., 2018), considerado também que muitos dos usos de SPA são feitos em contexto de grupo (com amigos e/ou companheiro/a), talvez por isso é difícil os participantes sentirem-se isolados do contexto em seu redor.

- **Qual o grau de desbloqueio emocional (*emotional breakthrough*) desencadeado pela situação de crise?**

Em relação aos questionários que se reportam para a experiência psicadélica, os resultados do EBI, questionário que avalia o grau de desbloqueio emocional, apresentados na Tabela 6 (cf. Anexo VII), demonstram que: 52,8% ($N=19$) dos participantes

encontram-se no intervalo dos valores normativos ($M=43$; $DP=31.5$); 8,3% ($N=3$) dos participantes pontuaram valores inferiores ao normativo; 11,1% ($N=4$) dos participantes pontuaram valores superiores ao normativo; e 10 questionários foram considerados inválidos. É de destacar que, segundo investigações anteriores, scores mais altos no EBI estão associados ao uso de SPA em ambiente terapêutico controlado ($M=47,9$; $DP=30,1$), comparativamente com o uso não-terapêutico, como o uso recreativo ($M=31,6$; $DP=29,1$) (Palmer & Maynard, 2022; Roseman et al., 2019).

Segundo Roseman e colaboradores (2019), o desbloqueio emocional depende da dose usada. Ou seja, os resultados do EBI aumentam em função da dose usada pelo participante (Roseman et al., 2019). Tendo em conta os dados recolhidos para este estudo e como se pode ver na Tabela 9 (cf. Anexo VIII), não é possível fazer esta relação, uma vez que não existem dados suficientes acerca da dose usada para os participantes que pontuaram valores mais elevados no EBI – sabe-se apenas que usaram mais que uma SPA. Apesar disso, é de destacar que o participante que pontuou o valor mais elevado ($M=91,7$) refere ter ingerido 1 cogumelo. Daqui não pode ser retirada uma conclusão, mas podemos refletir acerca do potencial das SPA, neste caso, do grau de desbloqueio emocional que podem desencadear, assim como considerar que outras variáveis para além da substância e da dose, como o *set* e o *setting*, têm um papel muito importante na experiência desencadeada pelo uso de SPA (Johnstad, 2021; Ona, 2018; Kałużna et al., 2022, Zinberg, 1984; Leary et al., 1963).

Dos EAC podem ser desencadeadas tanto experiências positivas, como experiências mais desafiadoras, podendo estas levar o participante a confrontar-se com emoções ou memórias difíceis (Garrido & Rodrigues, 2023; Johnstad, 2021). Na verdade, os dados aqui apresentados mostram que, apesar de os participantes não considerarem ter experienciado um grau de desbloqueio emocional elevado, existe a possibilidade de o participante ter experienciado uma sensação de libertação emocional (*emotional breakthrough*), levando à aquisição de entendimentos valiosos sobre esses aspetos (Garrido & Rodrigues, 2023).

- **Qual o estado mental/ psicológico do participante nas duas semanas anteriores à situação de crise?**

Relativamente ao estado mental anterior à situação de crise experienciada, foram avaliadas dimensões como sintomatologia depressiva e o bem-estar do participante. Como se pode ver na Tabela 7 (cf. Anexo VII), e tendo em conta que 6 questionários foram considerados inválidos, os resultados do PHQ-9 sugerem algum contraste. De

facto, 27,8% (N=10) dos participantes enquadram-se num estado depressivo mínimo (“minimal”) e 30,5% (N=11) dos participantes parecem estar num estado depressivo moderado (“moderate”). Apenas 5,5% (N=2) dos participantes estão num episódio de *Depressão Major* e 19,4% (N=7) estão num estado leve (“mild”) de depressão.

Por sua vez, os resultados do WHOQOL-BREF, apresentados na Tabela 8 (cf. Anexo VII) (sendo que 4 questionários foram considerados inválidos), são avaliados por domínios. Foram identificadas pontuações mais baixas relativamente ao Domínio 1: Saúde Física ($M=16.2$; $DP=2.9$) – 88,9% (N=32) – Domínio 2: Saúde Psicológica ($M=15.0$; $DP=2.8$) – 77,8% (N=28) – e Domínio 4: Ambiente ($M=13.5$; $DP=2.6$) – 86,1% (N=31) (Skevington et al., 2003). Estas pontuações mais baixas significam menor qualidade de vida relativamente a estes domínios em específico – a saúde física refere-se a sintomas de dor/ desconforto, níveis de energia e fadiga, e foco no sono/descanso; a saúde psicológica diz respeito a sentimentos positivos e negativos, autoestima, autoimagem e aparência; o ambiente refere-se à segurança física, ambiente físico, mobilidade e recursos (WHO, 1998). Comparativamente com os anteriores, o Domínio 3: Relações Sociais ($M=14.3$; $DP=3.2$) apresenta pontuações mais altas – 44,4% (N=16) – significando então que os participantes identificam maior qualidade de vida relativamente às relações sociais, compreendida por relações pessoais, suporte social e atividade sexual (WHO, 1998; Skevington et al., 2003).

Tendo em consideração a influência que o estado mental dos participantes pode ter na experiência de crise (Charhart-Harris, et al., 2018; Johnstad, 2021; Ona, 2018; Kahužna et al., 2022, Zinberg, 1984; Leary et al., 1963), procedeu-se a uma análise comparativa dos resultados dos questionários CEQ, EBI, PHQ-9 e WHOQOL-BREF, como se pode ver na Tabela 10 (cf. Anexo IX), com o objetivo de perceber se existe alguma relação entre a experiência psicadélica (especificamente o grau de desbloqueio emocional e dificuldades psicológicas) e sintomas depressivos e de bem-estar anteriores à experiência. Devo referir que os dados recolhidos não são suficientes para retirar conclusões abrangentes, no entanto, cria-se espaço para refletir acerca dos mesmos, tendo em consideração as limitações impostas.

Os dados sugerem que existem alguns participantes que evidenciam sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida, e não apresentam desbloqueio emocional nem experienciaram dificuldades psicológicas durante a crise, verificando-se, de igual forma, o inverso. De facto, o participante que revela níveis elevados de sintomatologia depressiva, podendo estar presente um diagnóstico de *Perturbação*

Depressiva Major, apresenta níveis elevados de desbloqueio emocional, mas não evidencia dificuldades associadas à experiência de crise. No entanto, o participante que evidencia maior grau de dificuldade relacionada com a experiência de crise, não apresenta alterações significativas em relação ao desbloqueio emocional nem a sintomas depressivos e de bem-estar.

Desta forma, percebe-se que a associação entre sintomas depressivos e de bem-estar e a experiência de crise é frágil, não existindo uma ligação clara entre, por exemplo, a presença de sintomas depressivos e menor qualidade de vida e maior grau de dificuldades psicológicas sentidas durante a experiência de crise – isto seria uma possível relação tendo em conta a influência que a disposição mental, bem como psicopatologia prévia, tem na experiência de crise (*set*) (Charhart-Harris, et al., 2018; Hartogsohn, 2017; Johnstad, 2021; Ona, 2018; Kałużna et al., 2022).

3.3. A intervenção em crise relacionada com o uso de SPA: avaliação do processo e resultado

3.3.1. Compreender a perceção do participante face à ajuda prestada pelos serviços de intervenção em crise

- **Qual a perceção do participante face à ajuda prestada pelo serviço de intervenção em crise?**

No que toca à avaliação da perceção do participante face à ajuda prestada pelo serviço de intervenção em crise, foi acedida através de uma escala tipo *Likert*, presente no questionário *Visitor Feedback Form*, tendo também sido feita uma análise de conteúdo do comentário livre presente no mesmo questionário. Assim, tal como se pode ver Tabela 11 e Gráfico 1 (cf. Anexo X e XI, respetivamente), 94.4% (N=34) dos participantes considerou que foi ajudado pelo *staff* do serviço de intervenção em crise. Além disso, tendo em conta o discurso escrito dos participantes, reportando para a Tabela 12 (cf. Anexo XII), é possível perceber que a intervenção realizada ajudou a ultrapassar a experiência de crise psicológica (14,15) – “*Agradeço imenso a ajuda*”; “*Estou muito contente por ter tido pessoas que cuidaram de mim durante o tempo que estive mal*”; “*salvaram a minha vida*”.

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

Nas descrições dos participantes foi possível perceber que iam surgindo sentimentos relacionados com a estadia no serviço de intervenção em crise (cf. Anexo

XI). Assim, foi possível aceder ao significado que os participantes deram à experiência vivenciada na *Kosmicare*. De facto, como se pode ver na Tabela 13 (cf. Anexo XIII), o sentimento de *gratidão* é o mais referido (14,17) – “*eu não podia estar mais grato*”. Também surge o sentimento de *satisfação* (8,8) – “*muito bem tratada durante a minha experiência difícil com LSD*”; “*Serviço bonito*” – e o sentimento de *segurança* (3,3) – “*Senti-me muito segura*”; “*Senti-me acolhido e protegido*”.

3.3.2. Compreender a percepção do participante face ao espaço físico onde decorreu a intervenção em crise

- **Qual a percepção do participante face ao espaço físico onde decorreu a intervenção em crise?**

Relativamente aos recursos que o serviço de intervenção em crise tinha acesso, 88.9% (N=32) dos participantes considerou que a *Kosmicare* tinha recursos suficientes para satisfazer as suas necessidades, durante a estadia. Percebeu-se também, no discurso escrito dos participantes (cf. Anexo XII), que surgiam comentários relacionados com os recursos do serviço de intervenção em crise (3,3) – “*muito bem pensada e preparada*”. Um participante aponta também, como um aspeto positivo, o facto de serem dadas opções para vários padrões alimentares – “*obrigada por terem opções para pessoas que não comem glúten*”. Isto reflete a atenção que os profissionais da *Kosmicare* têm, arranjando alternativas na tentativa de incluir todas as pessoas que passam pelo serviço.

3.3.3. Compreender a percepção do participante relativamente à abordagem terapêutica do serviço de intervenção em crise

- **Qual a percepção do participante relativamente à atitude do *sitter* e eficácia da sua intervenção?**

Relativamente à abordagem terapêutica, 91.7% (N=33) dos participantes considerou que a *Kosmicare* tem staff disponível, útil, eficiente e preparado para lidar com as situações de crise. Tendo em conta o discurso escrito dos participantes (cf. Anexo XII), foram surgindo comentários relacionados com a *atitude do sitter* (7,7) – “*Senti que as pessoas na Kosmicare foram exatamente aquilo que eu precisava na minha situação*”; “*São muito calmos e bondosos*” – e com a *eficácia da intervenção* (5,5) – “*Têm staff pronto para ajudar como melhor precisares*”; “*arranjando alternativas para te ires sentindo melhor*”.

Estes dados refletem a importância que os participantes conferem à eficácia da intervenção e às técnicas terapêuticas utilizadas pelo *sitter*. Refletindo um bom desempenho no que toca à constituição da equipa, que possui tanto características pessoais que se adequam ao contexto, como conhecimento técnico e científico relativamente às SPA e aos seus efeitos e a técnicas terapêuticas variadas para melhor adequar e intencionalizar a intervenção.

Além disso, percebe-se a importância em criar um espaço composto por pessoas calmas e informadas cujo papel é principalmente como “cuidadores” compassivos (Ribeiro et al., 2017), apoiando o participante durante a experiência de crise e, sempre que possível, ajudando a integrar de forma positiva a experiência desafiante (Carhart-Harris et al., 2018). Para além do conhecimento acerca de experiências de crise e estratégias que podem ser adotadas, características pessoais como gentileza, cuidado com o outro, capacidade de manter a calma durante situações de crise, boa-disposição, presença, autoconsciência, flexibilidade e capacidade de se abster das próprias crenças, são essenciais para auxiliar da melhor forma os participantes que estão a passar por experiências de crise psicológica (Ribeiro et al., 2017). De facto, respeito pelo outro, empatia, genuinidade e ter uma atitude não julgadora são características cruciais do *sitter*, constituindo-se como importantes preditores de resultados terapêuticos mais positivos (Eaton-Stull & Miller, 2015).

IV. CONCLUSÃO

Esta última secção tem como propósito salientar os principais resultados do presente estudo, tendo em conta os objetivos propostos, assim como discutir as limitações que foram surgindo e as implicações para futuras investigações.

Relativamente à caracterização dos usos de SPA, verifica-se, nesta amostra uma tendência evidente para o uso de psicadélicos, nomeadamente LSD e Psilocibina. O poliuso foi uma característica muito prevalente, sendo consistente com estudos que incidem sobre população que frequenta festivais de música eletrónica de *trance* (Vera et al., 2021). Além disso, em relação ao contexto da ingestão, verifica-se uma preferência para usar SPA na companhia de outros, como amigos ou companheiro/a, estando no espaço de música e dança. Tendo em conta o contexto temporal, o LSD tem maior intervalo de tempo comparando a hora de ingestão com a hora de entrada na *Kosmicare*, e a canábis tem um uso mais consistente no tempo. É também evidente que, quando há poliuso, a ingestão das SPA é mais próxima à hora de entrada na *Kosmicare*. Percebe-se

que é importante continuar a investir em práticas de RRMD que sensibilizem a população deste festival para as consequências das interações entre SPA, como alguns *sitters* desta amostra referem ter feito, utilizando estratégias de psicoeducação sobre os efeitos das SPA (cf. Anexo VI).

Em ambiente recreativo, é comum encontrarmos substâncias adulteradas (Palamar & Sönmez, 2022), sendo que, muitas vezes, os participantes que as usam não têm conhecimento disto mesmo. De facto, uma limitação deste estudo passa por isto mesmo, pela dificuldade em caracterizar de forma rigorosa as SPA utilizadas e respetivas as quantidades. Além disso, é também exigente caracterizar todo o contexto envolvente no momento da ingestão e do desencadear da crise psicológica, estando isto associado ao estado alterado em que os participantes chegam ao serviço.

No que diz respeito à experiência de crise psicológica, especificamente ao estado mental dos participantes, no momento de chegada à *Kosmicare*, os participantes apresentam maior alteração do estado mental (31, 165), comparando com o momento de saída (11,23). De facto, no momento de chegada, são mais evidentes alterações do humor (maioritariamente ansioso ou deprimido), do comportamento (como agitação motora ou comportamento lentificado), da vigilância (hipervigilante ou sonolento), e do discurso (como ritmo lentificado ou acelerado). No entanto, as componentes que mais participantes demonstram sem alteração refletem-se na atitude calma e cooperativa, sem ideação suicida ou homicida, afeto reativo e congruente com o humor e bom insight acerca do seu estado em que chegam ao serviço. Comparando com o momento de saída, a maior parte dos participantes não apresenta alterações do estado mental. Tendo isto em consideração, é possível inferir que o tempo que estes participantes permaneceram na *Kosmicare*, aliado à intervenção realizada, resultaram na diminuição da sintomatologia mais desafiante associada à experiência de crise psicológica.

Ao nível das dificuldades de carácter psicológico, 27,7% (N=10) dos participantes (tendo em conta que apenas 21 participantes responderam ao questionário) experienciaram um grau elevado de dificuldades relacionadas com a experiência, maioritariamente para as subescalas de “medo”, “insanidade” e “sofrimento físico”. Em relação ao desbloqueio emocional, 52,8% (N=19) dos participantes revelam níveis normativos de desbloqueio emocional, associados à experiência de crise. De acordo com Palmer e Maynard (2022), o envolvimento em práticas de RRMD estão positivamente associadas ao desbloqueio emocional (avaliado através do EBI) e negativamente associadas a experiências desafiadoras (avaliado através do CEQ), podendo estas práticas

ser capazes de reduzir experiências negativas e aumentar experiências positivas. As estratégias de intervenção em crise podem estar aqui associadas à redução de experiências desafiadoras sentidas pelos participantes, assim como relacionadas com um grau de desbloqueio emocional que, apesar de não ter sido elevado, pode na mesma ter contribuído para a experiência de catarse após o encontro com experiências difíceis (Garrido & Rodrigues, 2023; Palmer & Maynard, 2022).

Considerando os sintomas depressivos, nas duas semanas anteriores à situação de crise, 27,8% (N=10) dos participantes enquadram-se num estado depressivo mínimo e 30,5% (N=11) dos participantes parecem estar num estado depressivo moderado. Além disso, foi atribuída menor qualidade de vida a domínios como saúde física, 88,9% (N=32), saúde psicológica, 77,8% (N=28), e ambiente, 86,1% (N=31). O interesse pela avaliação de sintomatologia depressiva (através do PHQ-9) e da qualidade de vida e bem-estar (através do WHOQOL-BREF), duas semanas antes da experiência de crise, tinha que ver com o objetivo de fazer uma reavaliação desta sintomatologia, alguns meses depois do festival terminar. Com este follow-up, esperava-se comparar sintomas depressivos e de bem-estar pré e pós crise psicológica associada ao uso de SPA, comparando também com o grau de desbloqueio emocional – seria expectável encontrar dados que confirmassem a relação entre níveis elevados de desbloqueio emocional e melhoria da saúde mental e bem-estar a longo prazo, assim como dados que confirmassem o contrário (para o bem-estar e saúde mental) com experiências difíceis (Garrido & Rodrigues, 2023; Roseman et al., 2019). Este follow-up não foi possível executar, no entanto fica aqui a proposta de realização de uma avaliação neste sentido para investigações futuras.

É também importante referir que existem limitações associadas ao uso destes questionários em particular. Por um lado, os dados recolhidos não são suficientes para retirar conclusões generalizáveis, sendo que vários questionários foram considerados inválidos (mais premente para o CEQ e EBI). Por outro lado, a própria aplicação dos questionários no festival foi exigente, sendo que muitos participantes começavam a realizar os questionários, mas não acabavam. Além disso, foi notório que muitos dos participantes estavam ainda a recuperar da experiência de crise e, por isso, para alguns participantes, notou-se que foi uma tarefa árdua e custosa, demonstrando dificuldades na leitura e interpretação das questões, assim como em focar na tarefa.

Tendo em consideração as estratégias de intervenção implementadas pela equipa do serviço de intervenção em crise, é possível afirmar que as práticas mais utilizadas passam por proporcionar aos participantes áreas de descanso, alimentação e água gratuita.

Estas estratégias são de extrema importância tendo em conta a dinâmica do festival, sendo comum os participantes passarem muitas horas seguidas a dançar, a elevadas temperaturas, chegando ao serviço desidratados e a necessitar de comer e descansar (MAPS, 2017). Além disso, são utilizadas várias técnicas terapêuticas, como falar sobre a experiência e técnicas de relaxamento, que ajudam o participante a ultrapassar a situação de crise psicológica.

Relativamente à avaliação da intervenção, quase todos os participantes desta amostra consideraram ter sido ajudados pelo serviço de intervenção em crise, vendo o *staff* como disponível, útil, eficiente e preparado para lidar com as situações de crise, existindo recursos suficientes para satisfazer as suas necessidades. Além disso, tendo em conta o discurso escrito dos participantes, percebe-se que o espaço calmo e de acolhimento que a *Kosmicare* cria, assim como ajuda especializada dos voluntários desta equipa e as estratégias de acolhimento e acompanhamento, continuamente desenvolvidas desde 2002, são elementos distintos e essenciais para auxiliar os participantes a ultrapassar experiências desafiadoras associadas ao uso de SPA (Carvalho et al., 2018). A abordagem utilizada pela equipa de intervenção em crise adota uma postura humanista e compassiva, considerando que o trabalho exercido naquele espaço é intencionalmente pensado no cuidado e respeito com o outro que, maior parte das vezes, não escolhe estar a passar pelas dificuldades que o levaram ao serviço e, no entanto, encontra-se nesse estado de crise psicológica acompanhado de uma pessoa que não conhece (Nielsen & Bettencourt, 2008; Carvalho et al., 2018). Por vezes, o *sitter* pode não entender o que está a acontecer, porque a pessoa pode estar a percorrer mundos desconhecidos ou a reviver traumas que não consegue compreender, no entanto, o seu papel é criar um lugar de descanso e tranquilidade, adotando uma postura calma e compassiva (MAPS, 2014; Carvalho et al., 2018). Por isso, é importante que os responsáveis do serviço continuem a recrutar terapeutas com características individuais específicas, das quais os participantes dão maior valor e relevância.

Outra limitação associada ao presente estudo relaciona-se com o facto de que os resultados incluídos não podem ser generalizados, pois não representam a totalidade da população atendida na *Kosmicare* (perto de 400 participantes) e apenas se reportam a uma parte dos participantes que concordou em responder a um conjunto de questionários no momento de saída do serviço.

É de ressaltar ainda a intenção inicial, que acabou por não ser possível executar, de avaliar este programa de intervenção em crise numa perspetiva de explorar

sintomatologia posterior à experiência de crise, com recurso a medidas de follow-up. Apesar disso, este é um método importante a ser utilizado em edições futuras do festival, no sentido de avaliar os efeitos deste programa para continuamente progredir nas estratégias de intervenção em crise. Na verdade, parte desta investigação, que não foi incluída neste trabalho, será um contributo para caracterizar experiências de crise psicológica, associadas ao uso de SPA em ambiente recreativo.

Atualmente, existem alguns programas de RRMD e apoio em situações de crise desencadeada pelo uso de SPA, em ambiente recreativo, no entanto, verifica-se alguma escassez em publicações que retratam o processo e os efeitos das intervenções realizadas (Carvalho et al., 2018), daí a pertinência deste estudo, bem como as perspetivas de trabalho futuro que abre, no sentido de avaliar os efeitos deste programa de intervenção, com a perspetiva de expandi-lo a outros eventos recreativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adley, M., Jones, G. & Measham, F. (2023). *Jump-starting the conversation about harm reduction: making sense of drug effects*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 30:4, 347-360, DOI: [10.1080/09687637.2021.2013774](https://doi.org/10.1080/09687637.2021.2013774)
- Bardin, L. (2002). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barrett, F., Bradstreet, M., Leoutsakos, J.M., Johnson, M., & Griffiths, R. (2016). The Challenging Experience Questionnaire: Characterization of challenging experiences with psilocybin mushrooms. *J Psychopharmacol*, 30(12), 1279–1295. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.004>
- Boom Festival. (2024). Social Awareness Projects at Boom 2023. In <https://www.boomfestival.org/news/social-awareness-projects-boom-2023>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Calado, V. G. (2006). Música Eletrónica de Dança. In J. S. Ribeiro, F. Feijão & V. G. Calado, *Drogas Sintéticas: Mundos Culturais, Música Trance e Ciberespaço*. Instituto da Droga e da Toxicodependência (Estudos). Editorial do Ministério da Educação.
- Carbonaro, T. M., Bradstreet, M. P., Barrett, F. S., MacLean, K. A., Jesse, R., Johnson, M. W., & Griffiths, R. R. (2016). Survey study of challenging experiences after ingesting psilocybin mushrooms: Acute and enduring positive and negative consequences. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1268–1278. <https://doi.org/10.1177/0269881116662634>
- Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Haijen, E., Erritzoe, D., Watts, R., Branchi, I. & Kaelen, M. (2018). Psychedelics and the essential importance of context. *Journal of Psychopharmacology*, 32(7), 725–731. <https://doi.org/10.1177/0269881118754710>
- Carvalho, M. C. (2019). Consumo de drogas e ambientes recreativos noturnos em Portugal – contributos de uma investigação observacional. In P. Fraga & M. C.

- Carvalho (Eds.), *Drogas e Sociedade: estudos comparados Brasil e Portugal* (1st ed., pp. 29-48). Letra Capital Editora.
- Carvalho, M. C. & Sousa, M. (2017). Appendix B: Monitoring, Evaluating and Researching – Recommendations from an Academic Perspective for an Evidence-Based Approach to Psychoactive Crisis Intervention. In A. Oak, J. Hanna, Kaya, S. Nielsen, Twilight & Z. Mishor (Eds.), *The Manual of Psychedelic Support* (2nd ed., pp. 279-302). Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- Carvalho, M. C., Sousa, M. P., Frango, P., Dias, P., Carvalho, J., Rodrigues, M., & Rodrigues, T. (2014). Crisis intervention related to the use of psychoactive substances in recreational settings - evaluating the Kosmicare project at boom festival. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(2), 81–100. <https://doi.org/10.2174/1874473708666150107115515>
- Carvalho, M. C., Pires, C., Macedo, I., Valente, H., Costa, A. L., Martins, D., Lira, R., & Frango, P. (2018). Community-Based Full-Spectrum Harm Reduction Approaches when Caring for Psychoactive and Psychedelic related problems in a Transformational Festival. In M. Winkelman & B. Sessa (Eds.), *Advances in Psychedelic Medicine: State-of-the-Art Therapeutic Applications* (1st ed., pp. 309-397). ABC-CLIO.
- Collins, S., Clifasefi, S., Logan, D., Samples, L., Somers, J., & Marlatt, G. A. (2012). Current status, historical highlights, and basic principles of harm reduction. In G. A. Marlatt, M. E. Larimer, & K. Witkiewitz (Eds.), *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviours* (2nd ed., pp. 3–17). Guilford Publications.
- Correia, R. (2018). *Mental State Exam Checklist - Validação de um instrumento de avaliação do estado mental*. [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/27540>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.

- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). The Nature of Mixed Methods Research. In J. W. Creswell & V. L. Plano Clark (Eds.), *Designing and conducting mixed methods research* (Third Edition, pp. 1-20). SAGE Publications.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2018). The Foundations of Mixed Methods Research. In J. W. Creswell & V. L. Plano Clark (Eds.), *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed., pp. 21-50). SAGE Publications.
- Dilkes-Frayne, E. (2015). Drugs at the campsite: Socio-spatial relations and drug use at music festivals. *International Journal of Drug Policy*, 33, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.10.004>
- Duff, C. (2012). Accounting for context: Exploring the role of objects and spaces in the consumption of alcohol and other drugs. *Social & Cultural Geography*, 13(2), 145–159.
- Durgante, H., & Dell’Aglío, D. (2017). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Revista Avaliação Psicológica*, 17(01), 155–162. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1701.15.13986>
- Eaton-Stull, Y. & Miller, M. (2015). Models for Effective Crisis Intervention. In K. R. Yeager (Ed.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research* (4th ed., pp. 681-692). Oxford University Press.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2022). Recreational settings and drugs: health and social responses.
- Fugas, J. (2012). *Mental State Exam Checklist: contribuição para a validação de um instrumento de avaliação do estado mental*. [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/15687>
- Garrido, M. & Rodrigues, P. C. (2023). Dos recetores à relação: mecanismos explicativos da psicoterapia assistida por psicadélicos. In I. C. Figueiredo, M. Corvacho & P. Mota (Eds.), *Psicadélicos em Saúde Mental* (1st ed., pp. 60-85). LIDEL.

- Gashi, L., Sandberg, S., & Pedersen, W. (2021). Making “bad trips” good: How users of psychedelics narratively transform challenging trips into valuable experiences. *International Journal of Drug Policy*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102997>
- Gomes, A. (2023). Estados Alterados de Consciência. In I. C. Figueiredo, M. Corvacho & P. Mota (Eds.), *Psicadélicos em Saúde Mental* (1st ed., pp. 12-31). LIDEL.
- González Ponce, B. M., Díaz-Batanero, C., Vera, B. del V., Dacosta-Sánchez, D., & Fernández-Calderón, F. (2020). Personality traits and their association with drug use and harm reduction strategies among polysubstance users who attend music festivals. *Journal of Substance Use*, 25(2), 177–185. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1672818>
- Gorman, I., Nielson, E. M., Molinar, A., Cassidy, K., & Sabbagh, J. (2021). Psychedelic Harm Reduction and Integration: A Transtheoretical Model for Clinical Practice. *Frontiers in Psychology*, 12, 1–16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645246>
- Hartogsohn, I. (2017). Constructing drug effects: A history of set and setting. *Drug Science, Policy and Law*, 3 (0), 1-17. <https://doi.org/10.1177/2050324516683325>
- Johnstad, P. G. (2021). Day trip to hell: A mixed methods study of challenging psychedelic experiences. *Journal of Psychedelic Studies*, 5(2), 114–127. <https://doi.org/10.1556/2054.2021.00155>
- Kajanová, A., & Mrhálek, T. (2019). Drugs as part of the psychedelic trance dance party. *Human Affairs*, 29(2), 145–156. <https://doi.org/10.1515/humaff-2019-0012>
- Kalužna, A., Schlosser, M., Gulliksen Craste, E., Stroud, J., & Cooke, J. (2022). Being no one, being One: The role of ego-dissolution and connectedness in the therapeutic effects of psychedelic experience. *Journal of Psychedelic Studies*, 6(2), 111–136. <https://doi.org/10.1556/2054.2022.00199>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Leary, T., Litwin, G. H., & Metzner, R. (1963). Reactions to psilocybin administered in a supportive environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
<https://doi.org/10.1097/00005053-196312000-00007>
- Lojczyk, A., Wilson, R., Wood, J., & Hutton, A. (2023). Motivational characteristics of recreational drug use among emerging adults in social settings: an integrative literature review. *Frontiers in Public Health*. 11:1235387.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1235387>
- Morley, K., Lynskey, M., Moran, P., Borschmann, R. & Winstock, A. (2015). Polysubstance use, mental health and high-risk behaviours: Results from the 2012 Global Drug Survey. *Drug and alcohol review*, 34(4), 427–437.
<https://doi.org/10.1111/dar.12263>
- Moura, E., Ramos, R., Simões, S., & Li, Y. (2021). Técnica de Análise de Conteúdo: uma reflexão crítica. In A. Costa, A. Moreira & P. Sá (Ed.), *Reflexões em torno de metodologias de investigação: análise de dados* (1st ed., pp. 45-59). UA Editora.
- Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies [MAPS]. (2014). *How to Treat Difficult Psychedelic Experiences: A Manual*.
<https://maps.org/images/pdf/Psychedelic-Harm-Reduction-2014.pdf>
- Nielsen, S., & Bettencourt, C. (2008). KosmiCare: Creating Safe Spaces for Difficult Psychedelic Experiences. *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS)*, (3), 39–44.
- Nutt, D. (2024). O que é um psicadélico? Apresento-lhe os clássicos: LSD, cogumelos mágicos, ayahuasca. In D. Nutt (Ed.), *Psicadélicos* (1st ed., 27-51). Penguin Random House Grupo Editorial.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2002). 2002: Relatório Anual sobre a Evolução do Fenómeno da Droga na União Europeia e na Noruega. *Serviço das Publicações da União Europeia*.

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2019). Relatório Europeu sobre Drogas 2019. Tendências e evoluções. *Serviço das Publicações da União Europeia*. <https://doi.org/10.2810/53381>
- Ona, G. (2018). Inside bad trips: Exploring extra-pharmacological factors. *Journal of Psychedelic Studies*, 2(1), 53–60. <https://doi.org/10.1556/2054.2018.001>
- Palamar, J. J. & Keyes, K. M. (2020). Trends in drug use among electronic dance music party attendees in New York City, 2016–2019. *Drug and Alcohol Dependence*, 209, 107889. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107889>
- Palamar, J. J. & Sönmez, I. (2022). A qualitative investigation exploring why dance festivals are risky environments for drug use and potential adverse outcomes. *Harm Reduct Journal*, 19(12). <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00598-5>
- Palmer, M., & Maynard, O. M. (2022). Are you tripping comfortably? Investigating the relationship between harm reduction and the psychedelic experience. *Harm Reduction Journal*, 19(81), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00662-0>
- Pires, C. V., Valente, H., & Carvalho, M. C. (2021). Transformational and experimental social contexts: Tamera ecovillages and Boom Festival as analysers. In P. C. Seixas, & N. Lobner (Eds.), *The transformational wave: beyond Covid-19*
- Ribeiro, N., Oak, A. & Obiols-Llandrich, J. (2017). Supporting Roles. In A. Oak, J. Hanna, K. Svea Nielson & T. Zevic Mishor (Eds.), *The Manual of Psychedelic Support* (2nd ed., pp 79-88). Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies [MAPS].
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Sage Publications.
- Rodrigues, M. (2012). *Avaliação do estado mental em utentes de um projeto de intervenção em crise no uso de substâncias psicoativas*. [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/14712>

- Rodrigues, T. (2013). *Avaliação dos resultados de um programa de intervenção em crise nos usos de SPA em ambientes recreativos: follow-up dos participantes do programa Kosmicare*. [Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/17755>
- Rodrigues, P. & Garrido, M. (2023). Dos recetores à relação: mecanismos explicativos da psicoterapia assistida por psicadélicos. In I. C. Figueiredo, M. Corvacho & P. Mota (Eds.), *Psicadélicos em Saúde Mental* (1st ed., pp. 60-87). LIDEL.
- Rogers, P. (2012). Introduction to impact evaluation. Consultado em: <https://www.interaction.org/wp-content/uploads/2019/03/1-Introduction-to-Impact-Evaluation.pdf>
- Roseman, L., Haijen, E., Idialu-Ikato, K., Kaelen, M., Watts, R., & Carhart-Harris, R. (2019). Emotional breakthrough and psychedelics: Validation of the Emotional Breakthrough Inventory. *Journal of Psychopharmacology*, 33(9), 1076–1087. <https://doi.org/10.1177/0269881119855974>
- Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of Qualitative Research*. Oxford University Press.
- 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.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Trigueiros, L. & Carvalho, M. C. (2010). Novos usos de droga: um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Revista Toxicodependências*, 16(3), 29-44

- Tatarsky, A. & Marlatt, G. (2010). *State of the Art in Harm Reduction Psychotherapy: An Emerging Treatment for Substance*. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 117-122.
- Valente, H., Barratt, M. J., Martins, D., Fernandes, L., & Pinto, M. (2024). Responsibility, Care and Trust Among People Using Drug Checking Services at a Music Festival. *Contemporary Drug Problems*, 1–24. <https://doi.org/10.1177/00914509241255311>
- Valente, H., Martins, D., Carvalho, H., Pires, C. V., Carvalho, M. C., Pinto, M., & Barratt, M. J. (2019). Evaluation of a drug checking service at a large-scale electronic music festival in Portugal. *International Journal of Drug Policy*, 7, 88–95. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.07.007>
- Vera, B. del V., Carmona-Marquez, J., Vidal-Giné, C., & Fernández-Calderón, F. (2021). Harm Reduction Strategies and Drug-Related Negative Consequences in the Dance Music Scene: The Moderating Role of Polysubstance Use. *Substance Use and Misuse*, 56(6), 777–781. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1892144>
- World Health Organization [WHO]. (1998). Programme on Mental Health: WHOQOL User Manual. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
- Yaden, D. B., Johnson, M. W., Griffiths, R. R., Doss, M. K., Garcia-Romeu, A., Nayak, S., Gukasyan, N., Mathur, B. N., & Barrett, F. S. (2021). Psychedelics and Consciousness: Distinctions, Demarcations, and Opportunities. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 24(8), 615–623. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab026>
- Zinberg, N. (1984). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press

ANEXOS

Anexo I. Desenho da investigação

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Questões de Investigação	Indicadores
I. Caracterizar os participantes que recorreram ao serviço de emergência psiquiátrica, no ano de 2023.		Quais as características sociodemográficas dos participantes?	Idade (faixa etária percebida); País de origem; Género
II. Caracterizar as crises psicológicas acolhidas no serviço de emergência psiquiátrica no ano de 2023.	Caracterizar os usos de SPA presentes nas situações de crise.	Que SPA são usadas? Em que quantidades? Em que contexto, físico (onde), social (com quem) e temporal (há quanto tempo) foram usadas as SPA presentes nas situações de crise?	Identificação da SPA e da respetiva família farmacológica (Roda Drogas); Dose/quantidade usada por SPA Há quanto tempo foi ingerida uma SPA (em horas); Local da ingestão por SPA; Companhia no momento da ingestão por SPA
	Caracterizar o estado mental das pessoas com crise psicológica.	Qual o estado mental das pessoas em crise psicológica no momento de chegada ao serviço? E no momento de saída do serviço?	Vigilância; Atitude; Comportamento; Humor; Processo de Pensamento; Conteúdo do Pensamento; Ideação suicida e homicida; Perceção; Orientação; Insight
	Descrever as intervenções realizadas durante as crises psicológicas.	Que estratégias de intervenção foram usadas nas crises psicológicas?	Todas as estratégias de intervenção que não envolveram a administração de fármacos
	Caracterizar as experiências psicológicas relacionadas com a crise desencadeada pelo uso de SPA.	Quais as dificuldades, de carácter psicológico, sentidas pelo participante, durante a situação de crise?	Score total do <i>Challenging Experience Questionnaire</i> (CEQ)
		Qual o grau de desbloqueio emocional (<i>emotional</i>)	Score total do <i>Emotional Breakthrough Inventory</i> (EBI)

		<i>breakthrough</i>) desencadeado pela situação de crise?	
		Qual o estado mental/ psicológico do participante nas duas semanas anteriores à situação de crise?	Score total do <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-9) e do WHOQOL-BREF
III. Avaliar o processo e os efeitos produzidos pela intervenção em crise relacionada com o uso de SPA.	Compreender a percepção do participante face à ajuda prestada pelos serviços de intervenção em crise.	Qual a percepção do participante face à ajuda prestada pelos serviços de intervenção em crise?	Percepção de ajuda prestada
		Qual o grau de significado atribuído à intervenção?	Significado atribuído à experiência
	Compreender a percepção do participante face ao espaço físico onde decorreu a intervenção em crise,	Qual a percepção do participante face ao espaço físico onde decorreu a intervenção em crise?	Recursos
	Compreender a percepção do participante relativamente à abordagem terapêutica do serviço de intervenção em crise.	Qual a percepção do participante relativamente à atitude do <i>sitter</i> e eficácia da sua intervenção?	Abordagem terapêutica

Anexo II. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	A. Género	B. Idade	C. País de origem
1	Masculino	Unassigned	Unassigned
2	Masculino	20-30	EUA
3	Masculino	20-30	Austrália
4	Masculino	Unassigned	França
5	Masculino	20-30	França
6	Feminino	Unassigned	Austrália
7	Masculino	Unassigned	França
8	Masculino	31-40	Noruega
9	Feminino	20-30	Irlanda
10	Feminino	Unassigned	Austrália
11	Masculino	Unassigned	Eslovénia
12	Feminino	Unassigned	Brasil
13	Masculino	31-40	Noruega
14	Feminino	Unassigned	Portugal
15	Masculino	Unassigned	Roménia
16	Feminino	20-30	Portugal
17	Feminino	Unassigned	Holanda
18	Feminino	Unassigned	Bélgica
19	Masculino	20-30	França
20	Masculino	Unassigned	França
21	Masculino	20-30	França
22	Feminino	Unassigned	Portugal
23	Masculino	Unassigned	EUA
24	Masculino	Unassigned	Itália
25	Feminino	31-40	Polónia
26	Feminino	20-30	Turquia
27	Feminino	Unassigned	Itália
28	Masculino	31-40	Unassigned
29	Masculino	Unassigned	Unassigned
30	Masculino	Unassigned	Israel
31	Feminino	Unassigned	Unassigned
32	Masculino	Unassigned	Brasil
33	Masculino	Unassigned	Unassigned
34	Masculino	20-30	França
35	Masculino	Unassigned	Portugal
36	Feminino	Unassigned	Brasil

Anexo III. Grelha de Categorização

A. Substâncias Psicoativas	Refere-se a todas as unidades de registo que permitem caracterizar os usos de SPA dos participantes em crise psicológica e que foram acolhidos pelo serviço de emergência psicadélica.			
A1. Contexto da Ingestão	Engloba vários aspetos que permitem explicar quando (há quanto tempo), onde e com quem o participante estava no momento em que se deu o episódio de crise relacionado com o uso de SPA.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.1.1. Contexto Espacial	Contexto físico onde a experiência de crise ocorreu.	<i>“Dance Temple”; “na praia”</i>	8	9
A.1.2. Contexto Relacional	Contexto interpessoal que envolvia o participante durante a crise.	<i>“com amigos”; “com o companheiro”</i>		
A.1.3. Contexto Temporal	Intervalo de tempo desde que o participante ingeriu a SPA até ter dado entrada na <i>Kosmicare</i> .	<i>“4 horas antes de vir para a KC”</i>		
A2. Dose da SPA	Inclui todas as UR referentes à quantidade ingerida por SPA.	<i>“uma linha de cocaína”; “150 µg de LSD”</i>		
A3. Poliuso	Diz respeito ao poliuso de SPA, ou seja, ao uso de mais de uma SPA, por participante, que foram ingeridas até ao momento de crise psicológica.	<i>“Ketamina (dissociativo) + LSD (psicadélico) + Psilocibina (psicadélico)”</i>		
A4. Tipos de SPA	Compreende todos os códigos referentes aos diferentes tipos SPA, estando organizados pelas “famílias” a que pertencem com base na Roda das Drogas (Adley et al., 2023).			
A4.1. Canabinóides	Substâncias que provocam relaxamento, sensação de flutuação, redução da dor, paranóia, ansiedade, olhos vermelhos, perda de memória, aumento da sensualidade, calma, boca seca, agitação e vômitos.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A4.1.1. Canábis	-	<i>“fumou cannabis”</i>	8	9
A4.1.2. Space Cakes	-	<i>“Compro um space cake no festival e comeu”</i>	5	6
A4.2. Dissociativo – Cetamina	Substâncias que provocam euforia, sensação de flutuação e ausência de dor, dormência, sensação de estar num “buraco”, alucinações visuais e auditivas, desconexão, inconsciência, medo.	<i>“Ketamina”</i>	9	10

A4.3. Empatogéneo MDMA	– Substâncias que provocam aumento do sentimento de pertença, conexão, síndrome serotoninérgico, calor, excitação sexual, disfunção erétil, transpiração, hipertermia, overdose, desidratação.	“MDMA”	5	6
A4.4. Neurodepressores	Substâncias que provocam relaxamento, aumento da confiança, correr riscos, coma, inconsciência, comportamentos desinibidos, morte, euforia, perdas de memória, sonolência, vômitos, agressividade.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A4.4.1. Alcool	-	“Alcool”	4	4
A4.4.2. GHB	-	“diz ter tomado GHB”	3	5
A4.5. Psicadélicos	Substâncias que provocam conexão espiritual, alucinações, intensificação das sensações, medo, abrir as portas da percepção, pânico, oscilações de humor, excitação, danos ao nível da saúde mental.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A4.5.1. LSD	-	“tinha tomado LSD”	19	24
A4.5.2. Cogumelos	-	“Comeu cogumelos”	7	12
A4.6. Psicoestimulantes	Substâncias que aumentam o batimento cardíaco, transpiração, energia, confiança, perda de apetite, rigidez mandibular, bem-estar, euforia, excitação, oscilações de humor, impotência.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
A4.6.1. Cocaína	-	“cocaína”	4	4
A4.6.2. 3-MMC	-	“3-MMC”	1	1
A4.6.3. Anfetaminas	-	“anfetaminas”	1	1
B. Chegada Ao Serviço	Nesta categoria estão compreendidas todas as UR que dizem respeito ao estado mental do participante, no momento de chegada à <i>Kosmicare</i> .			
B1. Com alteração	Permite identificar as características do exame do estado mental que demonstram alteração, tendo por base a chek-list <i>Brief Mental Status Exam</i> (Trzepacz & Baker, 2001).			
B1.1. Afeto	Expressão emocional que o <i>sitter</i> observa no participante.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.1.1. Choro	Tendência persistente para chorar ou demonstrar emoções tristes.	“com choro fácil”	4	5

B1.1.2. Deprimido	Estado emocional depressivo visível, demonstrado através do tom de voz mais baixo, expressão facial sombria e postura corporal retraída.	<i>“estava a sentir-se muito triste”; “com afeto deprimido”</i>	4	4
B1.1.3. Embotado	As emoções externas estão presentes, mas muito diminuídas de intensidade.	<i>“com embotamento afetivo”</i>	3	3
B1.1.4. Lábil	Variações abruptas e intensas na expressão emocional.	<i>“com labilidade emocional”</i>	2	2
B1.2. Atitude	Avaliada através da relação que o participante estabelece com o <i>sitter</i> e da sua reação à interação.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.2.1. Ausente	Parece desinteressado ou desconectado no contexto e nas interações sociais.	<i>“sem atitude”; “com atitude ausente”</i>	4	4
B1.2.2. Desconfiado	Demonstra suspeita ou desconfiança perante as outras pessoas ou situações.	<i>“suspeito”</i>	2	2
B1.3. Comportamento	Refere-se a vários aspetos do comportamento psicomotor que resultam do estado mental e emocional do participante			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.3.1. Agitado	Estado de inquietação física e emocional em que o participante demonstra movimentos excessivos e dificuldade em permanecer calmo ou concentrado.	<i>“estava muito agitada, sentia a necessidade de se mexer”</i>	7	14
B1.3.2. Comportamento lentificado	Redução significativa na velocidade e na quantidade de comportamentos físicos.	<i>“com comportamento lentificado”</i>	6	6
B1.3.3. Comportamentos anormais	Comportamentos que o <i>sitter</i> identifica como sendo incomum.	<i>“com movimentos corporais anormais (sem movimento, depois movimentos repentinos com as costas e os pés)”</i>	1	2
B1.3.4. Movimentos involuntário	Movimentos que o <i>sitter</i> consegue perceber que o participante não teve controlo dos mesmos.	<i>“Estava com movimentos involuntários dos membros superiores”</i>	2	3
B1.3.5. Tremores	Movimentos rítmicos e oscilatórios de uma parte do corpo, resultantes de contrações musculares repetitivas.	<i>“com tremores”</i>	3	4

B1.4. Concentração Distraída	-	Não é capaz de manter a atenção focada durante um período de tempo, estando distraído/desatento.	<i>“distraído”</i>	2	2
B1.5. Conteúdo do pensamento	do	Ideias normais ou anormais e preocupações do participante para compreender os seus pensamentos.			
Código		Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.5.1. Delírios		Crenças fixas e falsas, mantidas firmemente mesmo quando há evidências lógicas de que não são verdadeiras.	<i>“Sentiu que ia morrer, que estava a ser abusada e que estava a parir”</i>	4	4
B1.5.2. Fobias		Medo intenso, irracional e persistente de objetos, situações ou atividades específicas.	<i>“com fobias”</i>	2	2
B1.6. Discurso		Expressão oral (ou escrita) de ideias, pensamentos e sentimentos, organizados de forma estruturada com o objetivo de comunicar.			
Código		Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.6.1. Anomia		Dificuldade em expressar-se por palavras.	<i>“Estava com dificuldade em expressar-se por palavras”</i>	1	1
B1.6.3. Ritmo acelerado		Fala muito rapidamente e com pouca pausa entre as frases ou pensamentos.	<i>“discurso acelerado”</i>	3	3
B1.6.4. Ritmo lento		Fala mais devagar que o normal e com pausas frequentes entre as frases ou pensamentos.	<i>“com discurso lentificado”</i>	11	14
B1.7. Humor		Sentimento ou estado emocional predominante que influencia a perceção do mundo e do comportamento.			
Código		Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.7.1. Ansioso		Estado emocional tenso, apreensivo e em alerta.	<i>“com humor ansioso”</i>	17	26
B1.7.2. Deprimido		Estado emocional consistente com tristeza e disforia.	<i>“estava-se a sentir sobrecarregada e triste”</i>	5	5
B1.7.3. Elevado ou eufórico		Estado emocional elevado e excessivamente feliz.	<i>“com humor elevado/ eufórico”</i>	1	1
B1.7.4. Irritável		Estado emocional caracterizado por uma tendência para reagir com irritação ou raiva perante situações que normalmente não causariam uma resposta emocional tão intensa.	<i>“com humor irritado”</i>	1	1

B1.8. Insight	Capacidade para compreender e perceber a própria situação, comportamentos, pensamentos e emoções.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.8.1. Pobre	Falta de capacidade para reconhecer e compreender a sua própria condição.	<i>“fraco insight”</i>	4	4
B1.8.2. Razoável	A capacidade para reconhecer e compreender a sua própria condição está comprometida.	<i>“com insight razoável da dificuldade.”</i>	3	3
B1.9. Memória Comprometida	– Dificuldades significativas na capacidade de armazenar, reter e recuperar informações.	<i>“memória comprometida, não sabe como foi parar à KC”</i>	3	3
B1.10. Orientação Desorientado	– Dificuldade em reconhecer e compreender corretamente o seu ambiente, o tempo, a sua identidade ou as pessoas em redor.	<i>“ligeiramente desorientado no espaço e tempo”; “ligeiramente desorientado (não sabia se estava sentado ou deitado, se era de dia ou de noite)”</i>	10	12
B1.11. Percepção	Processo pelo qual o participante organiza e interpreta as informações sensoriais provenientes do ambiente em seu redor.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.11.1. Alucinações	Percepções sensoriais distorcidas que ocorrem na ausência de um estímulo externo real.	<i>“com alucinações”</i>	2	2
B1.11.2. Distorções visuais	Alterações na interpretação das informações sensoriais relacionadas com a visão.	<i>“12 horas após ter tomado LSD ainda estava a alterações visuais”</i>	3	4
B1.12. Processo de pensamento	Maneira como o participante organiza e articula os seus pensamentos.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.12.1. Acelerado	Um padrão de pensamento caracterizado por uma velocidade aumentada na geração e conexão de ideias.	<i>“com processo de pensamento acelerado”</i>	3	3
B1.12.2. Circunstancial	Sequência de ideias desorganizada e com de detalhes desnecessários.	<i>“processo de pensamento circunstancial”</i>	1	1
B1.12.3. Desorganizado	Falta de estrutura lógica, coerência ou linearidade nos pensamentos.	<i>“com processo de pensamento desorganizado”</i>	7	7
B1.12.4. Retardado	Lentidão na elaboração de pensamentos e na sua expressão verbal.	<i>“processo de pensamento retardado”</i>	1	1

B1.13. Vigilância	Capacidade para estar alerta e atento ao ambiente e detetar e responder a estímulos relevantes.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
B1.13.1. Hipervigilância	Estado de alerta extremamente elevado onde a sua percepção e sensibilidade aos estímulos ao redor estão intensificados.	<i>“num estado de hiper vigilância”</i>	5	6
B1.13.2. Sonolento	Nível reduzido de alerta e atenção.	<i>“sonolento”</i>	10	11
B2. Sem Alteração	Representa os códigos que permitem identificar as características do exame do estado mental que não demonstram alteração, tendo por base a chek-list <i>Brief Mental Status Exam</i> (Trzepacz & Baker, 2001).			
B2.1. Afeto – reativo e congruente com o humor	Reações emocionais congruentes com estímulos internos e externos.	<i>“com afeto reativo e congruente com o humor”</i>	17	17
B2.2. Atitude – calma e cooperativa	Apresenta-se tranquilo, sereno e disposto a colaborar na interação com o <i>staff</i> da KC.	<i>“com atitude calma e cooperativo”</i>	23	26
B2.3. Comportamento – sem alterações psicomotoras	Não existem alterações do comportamento.	<i>“sem alterações no comportamento”</i>	13	13
B2.4. Concentração – intacta	Capaz de manter a atenção durante um período de tempo.	<i>“concentração intacta”</i>	2	2
B2.5. Conteúdo do pensamento – sem ideação suicida e homicida	Ideação suicida refere-se a pensamentos persistentes de autogestão ou suicídio. Ideação homicida refere-se a pensamentos persistentes de causar dano ou morte a outro.	<i>“sem ideação suicida ou homicida”</i>	23	23
B2.6. Discurso – ritmo normal	Ritmo de discurso normal.	<i>“com discurso normal”</i>	14	14
B2.7. Humor – eutímico	Humor normativo, estando calmo, com expressão emocional consistente e confortável.	<i>“com humor eutímico”</i>	8	8
B2.8. Insight – bom	Capacidade de reconhecer e compreender a sua própria condição.	<i>“Tem muito bom insight”</i>	16	17
B2.9. Memória – curto e longo prazo intactas	Capacidade eficaz e funcional de armazenar, reter e recuperar informações tanto a curto como longo prazo.	<i>“memória intacta a curto e longo prazo”</i>	8	8

B2.10.	Orientação orientado	–	Tem uma compreensão clara e precisa da sua localização atual (espaço), do momento atual (tempo) e da sua própria identidade (self).	<i>“orientada no tempo, espaço e self”</i>	16	16
B2.11.	Percepção alterações	– sem	Não manifesta alterações significativas na forma como organiza e interpreta as informações sensoriais provenientes do ambiente em seu redor.	<i>“sem alteração da percepção”</i>	2	2
B2.12.	Processo de pensamento lógico orientado	de e	Forma de pensar estruturada, sistemática e direcionada de forma consciente e racional.	<i>“com processo de pensamento orientado e lógico”</i>	15	15
B2.13.	Vigilância – vígil		Capacidade de estar alerta e atento ao ambiente em seu redor e detetar e responder a estímulos relevantes.	<i>“vígil”</i>	13	13
C. Saída do Serviço			Compreende todas as UR que dizem respeito ao estado mental do participante, reportando-se ao momento de saída da <i>Kosmicare</i> .			
C1. Com alteração			Permite identificar as características do exame do estado mental que demonstram alteração, tendo por base a chek-list <i>Brief Mental Status Exam</i> (Trzepacz & Baker, 2001).			
C1.1. Afeto			Expressão emocional que o <i>sitter</i> observa no participante.			
	Código		Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
C1.1.1.	Choroso		Tendência persistente para chorar ou demonstrar emoções tristes.	<i>“Antes de ir embora, com a amiga, ficou emocionada e chorou.”</i>	2	2
C1.1.2.	Deprimido		Estado emocional depressivo visível, demonstrado através do tom de voz mais baixo, expressão facial sombria e postura corporal retraída.	<i>“Parecia mais deprimida e ausente, embora estivesse estável e calma”</i>	1	2
C1.1.4.	Lábil		Variações abruptas e intensas na expressão emocional.	<i>“com afeto lábil”</i>	1	1
C1.2.	Comportamento lentificado	–	Redução significativa na velocidade e na quantidade de comportamentos físicos.	<i>“os movimentos estavam um bocado lentificados.”</i>	4	4

C1.3. Conteúdo do pensamento – delírios	Crenças fixas e falsas, mantidas firmemente mesmo quando há evidências lógicas de que não são verdadeiras	<i>“com delírios.”</i>	1	1
C1.4. Discurso – ritmo lento	Fala mais devagar que o normal e com pausas frequentes entre as frases ou pensamentos.	<i>“com discurso lentificado”</i>	6	6
C1.5. Humor – deprimido	Estado emocional consistente com tristeza e disforia.	<i>“com humor deprimido”</i>	2	2
C1.6. Processo de pensamento – retardado	Lentidão na elaboração de pensamentos e na sua expressão verbal.	<i>“com processo de pensamento retardado e circunstancial”</i>	1	1
C1.7. Vigilância – sonolento	Nível reduzido de alerta e atenção.	<i>“sonolento”</i>	4	4
C2. Sem Alteração	Representa os códigos que permitem identificar as características do exame do estado mental que não demonstram alteração, tendo por base a chek-list <i>Brief Mental Status Exam</i> (Trzepacz & Baker, 2001).			
C2.1. Afeto – reativo e congruente com o humor	Reações emocionais congruentes com estímulos internos e externos.	<i>“com afeto reativo e congruente com o humor”</i>	27	32
C2.2. Atitude – calma e cooperativa	Apresenta-se tranquilo, sereno e disposto a colaborar na interação com o <i>staff</i> da KC.	<i>“deixou o serviço num estado calmo”; “com atitude calma e cooperativa”</i>	27	30
C2.3. Comportamento – sem alterações psicomotoras	Não existem alterações do comportamento.	<i>“sem alterações no comportamento”</i>	25	25
C2.4. Concentração – intacta	Capaz de manter a atenção durante um período de tempo.	<i>“concentração intacta”</i>	1	1
C2.5. Conteúdo do pensamento – sem ideação suicida e homicida	Ideação suicida refere-se a pensamentos persistentes de autogestão ou suicídio. Ideação homicida refere-se a pensamentos persistentes de causar dano ou morte a outro.	<i>“sem ideação suicida ou homicida”</i>	21	21
C2.6. Discurso – ritmo normal	Ritmo de discurso normal.	<i>“com discurso normal”</i>	23	23
C2.7. Humor – eutímico	Humor normativo, estando calmo, com expressão emocional consistente e confortável.	<i>“saíu do serviço a sentir-se bem”; “com humor eutímico”</i>	27	27
C2.8. Insight – bom	Capacidade de reconhecer e compreender a sua própria condição.	<i>“com bom insight”</i>	24	124

C2.9. Memória – curto e longo prazo intactas	Capacidade eficaz e funcional de armazenar, reter e recuperar informações tanto a curto como longo prazo.	<i>“com memória intacta a curto e longo prazo”</i>	14	14
C2.10. Orientação – orientado	Tem uma compreensão clara e precisa da sua localização atual (espaço), do momento atual (tempo) e da sua própria identidade (self).	<i>“orientado no tempo, espaço e self”</i>	23	25
C2.11. Percepção – sem alterações	Não manifesta alterações significativas na forma como organiza e interpreta as informações sensoriais provenientes do ambiente em seu redor.	<i>“sem alterações da percepção”</i>	5	5
C2.12. Processo de pensamento lógico e orientado	Forma de pensar estruturada, sistemática e direcionada de forma consciente e racional.	<i>“com processo de pensamento orientado e lógico”</i>	25	25
C2.13. Vigilância – vígil	Capacidade de estar alerta e atento ao ambiente em seu redor e detetar e responder a estímulos relevantes.	<i>“vígil”</i>	22	22
D. Intervenção em Crise	Esta categoria diz respeito a todas as UR que descrevem estratégias de intervenção terapêutica realizadas pelos <i>sitters</i> , sem recurso a estratégias de intervenção farmacológica.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
D1. Ajuda para procurar bens pessoais	Descreve ações do <i>sitter</i> que têm como objetivo ajudar o participante a procurar bem pessoais.	<i>“o sitter ajudou a procurar o telefone dele”</i>	1	1
D2. Apoio psicológico	Intervenção intencional do <i>sitter</i> para apoiar psicologicamente o participante.	<i>“Tentei normalizar o estado psicológico dela”, “Ela disse que estava com medo, tentei dar-lhe conforto.”</i>	8	13
D3. Assegurar segurança	Ações e atitudes do <i>sitter</i> que têm como objetivo garantir a segurança do participante.	<i>“Separei-os para garantir a segurança dela”</i>	1	3
D4. Atividades prazerosas	Ações do <i>sitter</i> que permitiram adequar a intervenção dando espaço ao participante para realizar atividades que vê como prazerosas	<i>“Disse que gostava de desenhar, dei-lhe papeis e lápis. Depois de desenhar, sentiu-se melhor e quis ir embora.”</i>	1	2

	durante a experiência de crise que estava a enfrentar.			
D5. Bebida e Comida	O <i>sitter</i> garantia que necessidades básicas como comida e bebida estavam cumpridas.	<i>“bebeu água com eletrólitos”; “acordou e pediu para beber água”; “Ofereci algo para comer”</i>	22	33
D6. Espaço para descansar	Intenção do <i>sitter</i> para garantir que o participante tem um espaço para poder descansar.	<i>“depois começou a acalmar-se e convidámo-la a ficar na KC para descansar, ela adormeceu”; “Dormiu um bocado e estava a sentir-se melhor”</i>	22	49
D7. Espaço para higiene pessoal	Garante que o participante possa realizar a sua higiene pessoal, num espaço controlado que é a <i>Kosmicare</i> , estando em crise psicológica	<i>“Queria sair da KC para tomar banho. Sugerir que tomasse banho na KC com a namorada”</i>	5	7
D8. Exercícios de respiração	Exercícios de respiração que o <i>sitter</i> propôs ao participante realizar como técnica de relaxamento	<i>“expliquei-lhe como relaxar o corpo através de exercícios de respiração”</i>	7	10
D9. Facilitar contactos telefónicos	Facilitar o contacto telefónico entre o participante e amigos.	<i>“Pediu para ligarmos aos amigos”</i>	2	2
D10. Falar sobre a experiência	Estratégia, implementada pelo <i>sitter</i> , de falar sobre a experiência para reduzir o desconforto que o participante possa estar a sentir e ajudá-lo a ultrapassar a experiência de crise de uma forma mais adaptativa.	<i>“Dei espaço para expressar o que estava a sentir e a pensar”; “precisava de alguém com quem falar”; “ficou aliviado por ser ouvido”</i>	17	27
D11. Falar sobre aspetos gerais da vida do participante	O participante sente-se confortável para falar sobre a sua vida, sem ter que ver necessariamente com a experiência de crise desencadeada pelo uso de SPA.	<i>“Falamos muito sobre a sua vida no geral (trabalho, relações, etc.)”</i>	7	12
D12. Humor	Uso do humor, pelo <i>sitter</i> , na interação com o participante.	<i>“O humor também teve impacto, fazê-la rir estava a funcionar bem.”</i>	3	3

D13. Integração da experiência	Estratégia intencional do <i>sitter</i> para ajudar o participante a integrar, de forma positiva, a experiência de crise pela qual passou.	<i>“depois de descansar ajudei-a a integrar a experiência, a pensar nos aspetos positivos e negativos da experiência.”</i>	1	1
D14. Meditação guiada	Uso da meditação guiada, por parte do <i>sitter</i> , como estratégia de intervenção.	<i>“fizemos uma meditação guiada até ele adormecer”</i>	1	1
D15. Psicoeducação sobre efeitos das SPA	Estratégia da psicoeducação, relativamente aos efeitos das SPA, utilizada pelo <i>sitter</i> .	<i>“Dei-lhe informação sobre os efeitos do LSD e da canábica quando usados em conjunto. Ajudei-a a entender o que estava a sentir, sendo que era a primeira vez que estava a usar as duas SPA ao mesmo tempo.”</i>	7	9
D16. Roupas	Garantir o bem-estar do participante dando-lhe roupa para se aquecer.	<i>“acordou com frio e dei-lhe roupa para se aquecer”</i>	1	2
D17. Sensação e focalização do sentimento	Uso da estratégia de focalização no momento presente, da experiência de crise, através das sensações.	<i>“ajudei-a a sentir-se mais calma e mais focada no momento presente”</i>	5	5
D18. Uso do toque	Uso do toque, por parte do <i>sitter</i> , como estratégia terapêutica para que o participante se consiga focar na experiência.	<i>“continuei a focar no toque para se focar na realidade.”; “Pedi que a abraçasse e chorou”</i>	3	6
E. Avaliação dos Serviços	Esta última categoria é composta pelas UR que surgiram no discurso escrito dos participantes, tendo em conta o <i>Visitor Feedback Form</i> .			
E1. Abordagem Terapêutica	Diz respeito às UR que demonstram uma opinião do participante relativamente à abordagem terapêutica utilizada.			
Código	Descrição	Exemplo dos dados	Nº de Documentos	Nº de Referências
E1.1. Atitude do <i>sitter</i>	Descreve uma postura ou conduta do <i>sitter</i> que o participante identificou e teve uma consideração.	<i>“São muito calmos e bondosos”</i>	7	7

E1.2. Eficácia	Descreve o ponto de vista do participante relativamente à abordagem utilizada e a sua eficácia.	<i>“Têm staff pronto para ajudar como melhor precisares”</i>	5	5
E2. Perceção de ajuda prestada	Reporta-se às UR que descrevem a perspetiva do participante relativamente à ajuda que receberam durante a estadia na <i>Kosmicare</i> .	<i>“Estou muito contente por ter tido pessoas que cuidaram de mim durante o tempo que estive mal; “Foram todos uma grande ajuda”</i>	14	15
E3. Recursos	Neste código estão agregadas as UR que demonstram a opinião do participante em relação aos recursos da <i>Kosmicare</i> .	<i>“muito bem pensada e preparada”</i>	3	3
E4. Sentimentos Experimentados	Representa sentimentos que iam surgindo no discurso escrito dos participantes relativamente à estadia no serviço de intervenção em crise.			
E4.1. Gratidão	O participante aparenta estar grato pelo tempo que passou na <i>Kosmicare</i> .	<i>“eu não podia estar mais grato”; “muito obrigado por tudo”</i>	14	17
E4.2. Satisfação	O participante descreve estar satisfeito com o serviço.	<i>“A Kosmicare é absolutamente fantástica”; “bem tratada durante a minha experiência difícil com LSD.”</i>	8	8
E4.3. Segurança	O participante descreve ter se sentido seguro durante a estadia.	<i>“Senti-me acolhido e protegido”</i>	3	3

Anexo IV. SPA associadas à situação de crise

Tabela 2. Caracterização dos usos de SPA

Categoria – SPA		Files (por participante)	Referências (por unidade de registo)
Canabinóide	Canábis;	8	9
	Space Cakes	5	6
Dissociativos	Cetamina	9	10
Neurodepressores	GHB;	3	5
	Álcool	4	4
Psicadélicos	LSD;	19	24
	MDMA;	5	6
	Cogumelos	7	12
Psicoestimulantes	3-MMC;	1	1
	Cocaína	4	4
	Speed	1	1

Anexo V. Caracterização do estado mental no momento de chegada e saída do serviço

Tabela 3. Exame do estado mental: diferença entre entrada e saída do serviço

Categoria – SPA	Momentos da intervenção			
	M1 (chegada)		M2 (saída)	
	Com Alteração	Sem Alteração	Com Alteração	Sem Alteração
Afeto (por unidade de registo)	14	17	4	32
Afeto (por pessoa)	11	17	3	27
Atitude (por unidade de registo)	6	26	/	30
Atitude (por pessoa)	6	23	/	27
Comportamento (por unidade de registo)	29	13	4	25
Comportamento (por pessoa)	16	13	4	25
Concentração (por unidade de registo)	2	2	/	1
Concentração (por pessoa)	2	2	/	1
Conteúdo do pensamento (por unidade de registo)	6	23	1	21
Conteúdo do pensamento (por pessoa)	6	23	1	21
Discurso (por unidade de registo)	18	14	6	23
Discurso (por pessoa)	14	14	6	23
Humor (por unidade de registo)	34	8	2	27
Humor (por pessoa)	22	8	2	27
Insight (por unidade de registo)	7	17	/	24
Insight (por pessoa)	7	16	/	24
Memória (por unidade de registo)	3	8	/	14
Memória (por pessoa)	3	8	/	14
Orientação (por unidade de registo)	12	16	/	25
Orientação (por pessoa)	10	16	/	23
Perceção (por unidade de registo)	6	2	/	5
Perceção (por pessoa)	5	2	/	5
Processo de pensamento (por unidade de registo)	12	15	1	25

Processo de pensamento (por pessoa)	11	15	1	25
Vigilância (por unidade de registo)	17	13	4	22
Vigilância (por pessoa)	15	13	4	22

Anexo VI. Estratégias de intervenção

Tabela 4. Estratégias de intervenção

Códigos	Files	Referências
Ajuda para procurar bens pessoais;	1	1
Apoio psicológico;	8	13
Assegurar segurança;	1	3
Atividades prazerosas;	1	2
Bebida e Comida	22	33
Espaço para descansar;	22	49
Espaço para higiene pessoal;	5	7
Exercícios de respiração;	7	10
Facilitar contactos telefónicos;	2	2
Falar sobre a experiência;	17	27
Falar sobre aspetos gerais da vida do participante;	7	12
Humor;	3	3
Integração da experiência;	1	1
Meditação guiada	1	1
Psicoeducação sobre efeitos das SPA;	7	9
Roupa;	1	2
Sensação e focalização do sentimento;	5	5
Uso do toque	3	6

Anexo VII. Caracterização das experiências psicológicas relacionadas com a crise

Tabela 5. Resultados do CEQ por participante

CEQ	Número de Participantes
Igual ou inferior a 2,6	2
Entre 2,7 e 35,4	9
Igual ou superior a 35,5	10
Inválido	15

Tabela 6. Resultados do EBI por participante

	Número de Participantes
Igual ou inferior a 11,4	3
Entre 11,5 e 74,5	19
Igual ou superior a 74,6	4
Inválido	10

Tabela 7. Resultados do PHQ-9 por participante

	Número de Participantes
1-4: <i>minimal depression</i>	10
5-9: <i>mild depression</i>	7
10-14: <i>moderate depression</i>	11
<i>Major depression</i>	2
Inválido	6

Tabela 8. Resultados do WHOQOL-BREF por participante

		Número de Participantes
D1: Saúde Física	Igual ou inferior a 12	32
	Inválido	4
D2: Saúde Psicológica	Igual ou inferior a 11	28
	Entre 12 e 17	4
	Inválido	4
D3: Relações Sociais	Igual ou inferior a 10	4
	Entre 11 e 17	12
	Igual ou superior a 18	16
	Inválido	4
D4: Ambiente	Igual ou inferior a 10	31
	Entre 11 e 16	1
	Inválido	4

Anexo VIII. Associação entre SPA e resultado do CEQ e EBI

Tabela 9. Associação entre SPA e resultado do CEQ e EBI

Participante	SPA	Dose	EBI
1	Canábis + LSD	150 µg de LSD; cannabis fumou vários ao longo do dia	Inválido
2	GHB + Cogumelos + Cocaína	quantidade incerta de GHB; uma mão de cogumelos; uma linha de cocaína	Inválido
3	Canábis + Space Cakes	/	Inválido
4	MDMA	/	30,8
5	Ketamina + Cogumelos + LSD	120 µg e 70 µg de LSD	28,3
6	MDMA + LSD	Ingeriu “a mais porque não estava a fazer efeito”	65,0
7	Cogumelos	1	91,7
8	Cogumelos	/	60,0
9	Ketamina + GHB + Cocaína	“Demasiado”	Inválido
10	Speed	/	32,5
11	LSD + Cocaína	250 µg de LSD; 2/ 3 linhas de cocaína	68,3
12	/	/	Inválido
13	/	/	13,3
14	GHB	/	55,8
15	Space cake	/	6,7
16	Space cake + cogumelos	/	80,0
17	Ketamina + LSD	/	58,3
18	/	/	51,7
19	LSD	/	13,3
20	Cogumelos + LSD	4g de cogumelos	51,7
21	Space cake	1 e meio	Inválido
22	Ketamina + LSD	/	Inválido
23	MDMA + LSD	/	47,5
24	Ketamina + LSD	/	77,5
25	/	/	38,3
26	Ketamina + LSD	1 gota de LSD	Inválido
27	LSD	Meio selo mais 1 gota de LSD	Inválido
28	Álcool + LSD + Cocaína	200 µg de LSD	48,3
29	Ketamina + MDMA + Álcool + LSD + 3-MMC	/	Inválido
30	Canábis + LSD	Mais de 150 µg de LSD	48,3
31	Canábis + Space Cake + Ketamina	3g de Ketamina e 1 bolo com THC	58,3
32	LSD	2 selos de LSD	63,3
33	Canábis + MDMA + Álcool + LSD	/	Inválido
34	Canábis + LSD	/	10,0
35	Canábis+ Ketamina + Álcool + LSD	60 µg de LSD	76,7
36	Canábis + Cogumelos	/	65,0

Anexo IX. Comparação da experiência de crise psicadélica com sintomas depressivos e de bem-estar anteriores

Tabela 10. Comparação dos resultados do CEQ, EBI, PHQ-9 e WHOQOL-BREF

Participante	CEQ	EBI	PHQ-9	WHOQOL-BREF			
				D1	D2	D3	D4
1	Inválido	Inválido	4	9	11	16	7
2	0	Inválido	7	9	13	20	10
3	Inválido	Inválido	9	8	9	20	9
4	60	30,8	5	7	7	17	6
5	1,5	28,3	1	10	11	16	9
6	100	65,0	6	10	9	20	9
7	35,4	91,7	11	7	9	20	7
8	Inválido	60,0	9	10	7	17	7
9	Inválido	Inválido	Inválido	11	13	20	10
10	14,6	32,5	11	7	6	15	7
11	Inválido	68,3	14	6	8	20	7
12	Inválido	Inválido	9	8	5	7	8
13	60	13,3	12	8	9	15	7
14	Inválido	55,8	25	7	4	12	6
15	57,7	6,7	2	10	11	20	9
16	35,4	80,0	2	10	12	20	9
17	86,9	58,3	10	10	9	15	6
18	25,4	51,7	3	10	10	20	10
19	Inválido	13,3	Inválido	9	9	17	7
20	Inválido	51,7	4	9	10	17	6
21	Inválido	Inválido	Inválido	Inválido			
22	Inválido	Inválido	10	10	6	20	9
23	11,5	47,5	12	6	7	11	8
24	20,8	77,5	17	9	11	20	9

25	41,5	38,3	14	9	10	20	14
26	Inválido	Inválido	1	10	12	20	9
27	Inválido	Inválido	Inválido		Inválido		
28	36,9	48,3	4	10	11	20	9
29	Inválido	Inválido	Inválido		Inválido		
30	22,3	48,3	1	10	10	9	8
31	67,7	58,3	14	6	6	9	7
32	50	63,3	Inválido		Inválido		
33	Inválido	Inválido	14	6	8	17	8
34	29,2	10,0	4	8	9	7	7
35	96,9	76,7	8	8	8	20	8
36	13,8	65,0	10	8	10	20	8

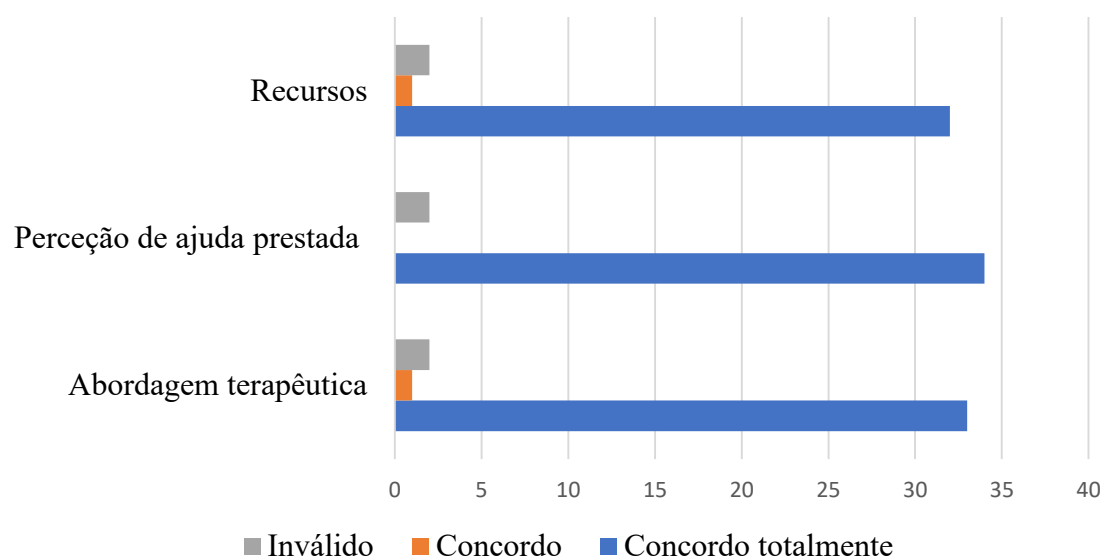
Anexo X. Avaliação da intervenção prestada pelo serviço de intervenção em crise

Tabela 11. Avaliação da intervenção em crise

	Abordagem terapêutica	Percepção de ajuda prestada	Recursos
1	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
2	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
3	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
4	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
5	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Inválido
6	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
7	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
8	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
9	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
10	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
11	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
12	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
13	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
14	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
15	Concordo	Concordo totalmente	Concordo
16	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
17	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
18	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
19	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
20	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
21	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
22	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
23	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
24	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
25	Inválido	Inválido	Inválido
26	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
27	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
28	Inválido	Inválido	Inválido
29	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
30	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
31	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
32	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
33	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
34	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
35	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente
36	Concordo totalmente	Concordo totalmente	Concordo totalmente

Anexo XI. Gráfico de avaliação dos serviços de intervenção em crise

Gráfico 1. Avaliação dos serviços de intervenção em crise



Anexo XII. Feedback dos participantes relativamente ao serviço de intervenção em crise

Tabela 12. Excertos do discurso escrito dos participantes (feedback dos serviços de intervenção em crise)

Códigos		Exemplos do feedback dos participantes
Perceção de ajuda prestada		“Agradeço imenso a ajuda”; “Muito amor e obrigada à equipa.”; “Foram todos uma grande ajuda”; “Estou muito contente por ter tido pessoas que cuidaram de mim durante o tempo que estive mal”; “Serviço bonito e necessário”; “Ajudaram-me muito”; “Senti-me acolhido e protegido, muito obrigado a todos”; “senti-me acolhida e bem cuidada”; “agora de manhã sinto-me muito melhor”; “salvaram a minha vida”; “ajudaram-me”; “Cuidaram muito bem de mim.”; “Ter um espaço de repouso onde te questionam se melhoras ou se precisas de mais algo é importante”
Sentimentos experienciados	Gratidão;	“eu não podia estar mais grato”; “Muito amor e obrigada à equipa.”; “Muito obrigada por tudo”; “Obrigada por criarem este espaço fantástico”; “muito obrigado a todos”; “Um grande obrigada a toda a gente”; “Grata por estar na KC”
	Satisfação;	"Estou muito contente"; “A KC é absolutamente fantástica”; "Serviço bonito"; “ótimo”; “Vocês são os melhores”; “Tudo bem”; “bem tratada durante a minha experiência difícil com LSD.”
	Segurança	"Senti-me muito segura"; "Senti-me acolhido e protegido"; “Senti-me extremamente segura”
Recursos		“muito bem pensada e preparada”; “obrigada por terem opções para pessoas que não comem glúten”
Abordagem terapêutica	Atitude do <i>sitter</i> ;	"muito cuidadosos”; “pessoas que cuidaram de mim durante o tempo que estive mal”; “Senti que as pessoas na KC foram exatamente aquilo que eu precisava na minha situação”; “São muito calmos e bondosos”; “acolhida e bem cuidada”; “Foram muito simpáticos”; “As pessoas ouvem e tentam perceber as tuas sensações e emoções”
	Eficácia	"não podiam ter feito um trabalho melhor”; “Têm staff pronto para ajudar como melhor precisares”; “arranjando alternativas para te ires sentindo melhor”; “O meu corpo estava mesmo a precisar de descansar”

Anexo XIII. Avaliação da intervenção em crise

Tabela 13. Avaliação da intervenção em crise

Códigos		Files	Referências
Percepção de ajuda prestada		14	15
Sentimentos experienciados	Gratidão	14	17
	Satisfação	8	8
	Segurança	3	3
Recursos		3	3
Abordagem	Atitude do <i>sitter</i>	7	7
terapêutica	Eficácia	5	5

