



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

EMERGÊNCIA RELACIONADA COM O USO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS EM AMBIENTE RECREATIVO – EMERGÊNCIAS  
PSICOLÓGICAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

– Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante –

*Ana Carolina Carvalho de Oliva Teles*

Porto, 2025



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

EMERGÊNCIA RELACIONADA COM O USO DE SUBSTÂNCIAS  
PSICOATIVAS EM AMBIENTE RECREATIVO – EMERGÊNCIAS  
PSICOLÓGICAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

– Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante –

*Ana Carolina Carvalho de Oliva Teles*

Sob a orientação de

Prof<sup>ª</sup>. Doutora Maria Carmo Carvalho (Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional  
do Porto)

Porto, 2025

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Carmo Carvalho por ser uma fonte de motivação todos os dias, por toda a disponibilidade, empatia, apelo à reflexão e ensinamentos. É uma fonte de inspiração e exemplo por todo o conhecimento e competência profissional. Agradecer também por me ter proporcionado uma das melhores experiências da minha vida, ao permitir-me participar no Boom Festival, um lugar verdadeiramente mágico que tive o privilégio de conhecer.

A toda a equipa do serviço de emergência psicadélica pela oportunidade única de crescimento pessoal. O vosso apoio e as valiosas aprendizagens que partilharam comigo foram fundamentais para o meu desenvolvimento, tanto a nível académico como pessoal.

A todos os meus amigos que estiveram presentes durante este processo pelo apoio, amizade, aprendizagens partilhadas ao longo destes anos e por todos os momentos passados juntos.

Aos meus pais e à minha irmã por me proporcionarem um apoio incondicional, por terem feito com que todo este percurso fosse possível e motivarem-me sempre para ser melhor e cultivar a minha resiliência.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo descrever as emergências médicas associadas ao uso de substâncias psicoativas em ambiente recreativo com ênfase nos riscos médicos e psicológicos, situações e fatores que levam ao seu agravamento. Esta investigação qualitativa parte de um estudo de caso coletivo onde foram analisados documentos preenchidos pelos profissionais que realizaram a intervenção dos participantes atendidos num serviço de emergência psicadélica de um festival de música e cultura psicadélica em Portugal, no ano de 2023. Num total de 409 casos atendidos no serviço de emergência psicadélica, 36 encontravam-se em emergência médica, sendo que houve a necessidade de reencaminhamento para serviços médicos mais especializados em 10 casos. Nesta amostra (n=36), os resultados evidenciam uma marcada tendência pelo policonsumo e sobredosagens, práticas que se apresentam como fatores de risco para consequências adversas pelo impacto que tem, simultaneamente, nos diversos sistemas do organismo. Concluiu-se que as principais alterações a nível do estado mental e físico são uma agitação psicomotora, delírios, humor ansioso, conteúdo do pensamento desorganizado, inquietação grave e consciência deprimida. Assim, ansiolíticos e antipsicóticos foram as principais medicações administradas e as principais estratégias de intervenção foram de suporte psicológico e fornecer um espaço com baixa estimulação para descansar.

**Palavras-chave:** Ambientes Recreativos; Estados Alterados de Consciência; Intervenção em Crise; Risco Médico; Substâncias Psicoativas.

## ABSTRACT

The present study seeks to highlight medical emergencies associated with the use of psychoactive substances in recreational environments, with an emphasis on medical and psychological risks and the factors that lead to their aggravation. This qualitative investigation is based on a collective case study, in which documents completed by professionals, who dealt with individuals aided by a psychedelic emergency service at a psychedelic music and cultural festival in Portugal in 2023, were analysed. Out of a total of 409 cases attended by the psychedelic emergency service, 36 were classified as medical emergencies, with 10 cases requiring referral to more specialised medical services. The results of this sample (n=36) show a strong tendency of polydrug use and overdoses, practices which present significant dangers since they affect numerous physiological systems simultaneously. It was determined that the main changes in mental and physical condition are psychomotor agitation, delusions, anxious mood, disorganised thoughts, severe restlessness and depressed consciousness. Therefore, anxiolytics and antipsychotics were the most used medications, and the main intervention measures were psychological support and providing a low-stimulation environment for rest.

**Key-words:** Recreational Environments; Altered States of Consciousness; Crisis Intervention; Medical Risk; Psychoactive Substances.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1. O Uso de Substâncias Psicoativas em Ambiente Recreativo.....	11
1.1 Estados Alterados de Consciência .....	11
1.2 Riscos Associados ao Consumo .....	13
2. Emergência Médica.....	17
PARTE II – METODOLOGIA.....	20
3. Método .....	20
3.1 Objetivos.....	20
3.2 Amostra .....	21
3.3 Instrumentos .....	22
3.4 Procedimentos .....	24
3.4.1 Recolha de Dados .....	24
3.4.2 Tratamento de Dados .....	24
PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
PARTE IV – CONCLUSÕES .....	39
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>42</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Objetivos e Questões de Investigação.....	51
Anexo B. Caracterização Sociodemográfica Participantes .....	54
Anexo C. Protocolo Por Participante .....	56
Anexo D. Sistema de Categorias.....	58
Anexo E. Sinais Vitais.....	86
Anexo F. Temperatura Corporal e SPA .....	88
Anexo G. Frequência Cardíaca e SPA.....	89
Anexo H. Tensão Arterial e SPA .....	90
Anexo I. Principais Sintomas Físicos e SPA.....	91

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AR – Ambiente Recreativo

EAC – Estados Alterados de Consciência

LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico

MDMA – 3,4-metilenodioximetanfetamina

NSP – Novas Substâncias Psicoativas

TA – Tensão Arterial

SNC – Sistema Nervoso Central

SPA – Substâncias Psicoativas

## INTRODUÇÃO

A popularidade dos festivais de música eletrónica tem vindo a aumentar desde a última década (FitzGibbon et al., 2017; Palamar et al., 2021). Estes eventos são muitas vezes associados ao uso recreativo de substâncias psicoativas (SPA) e recebem muitos visitantes com o intuito de as experimentar, uma vez que o uso de SPA nestes contextos é um fenómeno social amplamente difundido e, frequentemente, associado a momentos de prazer, conexão e socialização (Kajanová & Mrhálek, 2019). No entanto, este comportamento pode ser considerado de alto risco fruto de um consumo não supervisionado e, conseqüentemente, pelos seus efeitos adversos (Carvalho et al., 2014; Palamar & Sönmez, 2022).

Para além dos efeitos esperados produzidos por cada SPA específica, o consumo destas substâncias pode desencadear estados alterados de consciência (EAC) que podem variar desde sensações mais leves até experiências mais intensas (Gashi et al., 2021). Estes estados podem resultar tanto em experiências desafiadoras como enriquecedoras com um potencial transformador, dependendo do contexto e da pessoa envolvida (Carvalho et al., 2014).

Assim, os fenómenos subjacentes ao consumo de substâncias em ambientes recreativos (AR), como o contexto físico e social onde ocorre o consumo, as características físicas e psicológicas da pessoa que consome, a própria substância, dose e co-ingestão com outras substâncias (Carvalho et al., 2014; Grof, 1977; Hartogsohn, 2022; Kopra, Ferris, Rucker, et al., 2022; Palmer & Maynard, 2022) podem exacerbar a vulnerabilidade a situações desafiantes, incluindo as emergências médicas.

O presente estudo foi realizado junto de uma população atendida num serviço de intervenção em crise que desenvolve a sua atividade num festival de *trance psicadélico* em Portugal. Assim, características comuns do contexto físico e social dos festivais de *trance psicadélico*, como a intensidade sonora, a iluminação e efeitos visuais, sobrelotação, altas temperaturas, muitas horas a dançar são potencializadores de conseqüências negativas causadas por SPA (Ponce et al., 2020; Palamar & Sönmez, 2022). As características pessoais, incluindo, histórico de saúde, competências de regulação emocional, crenças sobre o uso das SPA e seus efeitos, desempenham um papel crucial no risco de despoletar uma crise (Carvalho et al., 2014). Por sua vez, o uso de SPA surge com padrões de consumo muito dinâmicos (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2006) que engloba fenómenos como o policonsumo, a adulteração, a sobredosagem e as novas substâncias psicoativas (NSP) pelo seu teor e efeitos muitas vezes desconhecidos. Estes padrões de consumo podem implicar um risco muito elevado quer a nível físico como mental.

Assim, Krul et al. (2011) observaram como nos últimos 12 anos o número de visitantes em festivais de música eletrônica que procurou os serviços de emergência aumentou drasticamente. Isto remete para a necessidade de uma constante atualização sobre os riscos associados ao consumo de substâncias de forma que as equipas dos serviços de emergência psicadélica estejam em constante conhecimento sobre os principais riscos, reações e melhores formas de intervir (Fiorentini et al., 2021).

De facto, apesar das emergências médicas já terem sido foco de alguns estudos anteriores (Calle et al., 2018; FitzGibbon et al., 2017; Kopra, Ferris, Rucker et al., 2022; Kopra, Ferris, Winstock et al., 2022; Krul et al., 2011, 2012; Rezende et al., 2011), mantém-se a necessidade de caracterizar e descrever as crises médicas associadas ao consumo de SPA, tendo em consideração a intervenção realizada no serviço de emergência psicadélica na edição de 2023. Desta forma, esta investigação visa descrever as emergências médicas associadas ao consumo de SPA enfatizando os seus riscos, situações e fatores que levam ao seu agravamento.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. O Uso de Substâncias Psicoativas em Ambiente Recreativo

O trance psicadélico constitui-se como um dos vários estilos de música eletrónica, sendo recorrente, nestes festivais de música, o uso de SPA. A presença de substâncias permite potenciar a experiência sensorial, o *insight* interior – viagens internas –, a resistência física e a conexão entre os utilizadores e a natureza, objetivos muito presentes entre os frequentadores destes festivais (Kajanová & Mrhálek, 2019). Para além disso, a própria decoração do local recorre muitas vezes a imagens religiosas e a materiais psicadélicos e fluorescentes de forma a estimularem toda a função sensorial para potenciar a experiência psicadélica dos frequentadores (Kajanová & Mrhálek, 2019). Assim, pode dizer-se que as SPA desempenham um papel crucial nestas festas.

No entanto, este uso de SPA é, muitas vezes, restringido a estes contextos e, por isso, pode ser considerado como um consumo recreativo (Carvalho et al., 2014). Assim, consumo recreativo pode ser definido como “qualquer substância (legal, controlada ou ilegal) com efeitos farmacológicos que é tomada voluntariamente para prazer ou satisfação pessoal e não para fins medicinais” (Martinotti et al., 2017, p. 1).

Nestes contextos assiste-se a uma grande panóplia de consumos de diversas substâncias, sendo as mais consumidas o LSD, o MDMA, a Ketamina, o GHB e o Álcool (Calle et al., 2018; Krul et al., 2012; Palamar & Keyes, 2020; Palamar & Le, 2023; Palmer & Maynard, 2022; Ona, 2018). Assim, como existe uma disponibilidade imediata de SPA em ambiente recreativo o seu uso tende a ser bastante comum, recebendo muitos participantes precisamente com o intuito de as experimentar (Carvalho et al., 2014).

É nestes contextos que se pode assistir a uma generalização e normalização do consumo recreativo de álcool e SPA (Lomba et al., 2011; Rousis et al., 2023). Consequentemente, apesar de para muitos, este consumo recreativo de SPA não ser visto como prejudicial (Palmer & Maynard, 2022), ele pode ser alarmante por causa dos possíveis efeitos adversos. Contudo, estes efeitos não se podem prender só com a substância em si, mas também com outros fatores que irão ser descritos posteriormente.

#### 1.1 Estados Alterados de Consciência

De uma forma muito genérica, os EAC podem ser definidos como estados de consciência que são qualitativamente diferentes do estado de vigília normal, marcados por

mudanças significativas na percepção e na resposta ao ambiente externo (Gomes, 2023; Vailt et al., 2005). Estes estados são classificados de acordo com a sua origem, ou seja, induzidos farmacologicamente e não induzidos farmacologicamente – estados espontâneos, fisicamente e fisiologicamente induzidos, patológicos e psicológicos (Gomes, 2023; Vailt et al., 2005).

Relativamente aos EAC não induzidos farmacologicamente, estes estados podem surgir de métodos naturais, como meditação, fenómenos relacionados ao sono, privação sensorial, hipnose, condições físicas extremas e *stress* emocional intenso (Gomes, 2023; Vailt et al., 2005), sendo visível a presença de algumas destas experiências em AR como os festivais de *trance*.

No que toca aos EAC induzidos farmacologicamente, estes fornecem outra perspetiva ao interagir diretamente com a química do cérebro. O uso de substâncias pode resultar numa ampla gama de EAC, os quais variam em intensidade e duração, dependendo de vários fatores como a substância, dosagem, expectativas, contexto do uso e fatores biopsicossociais individuais (Yaden et al., 2021). Embora eles possam ser procurados de maneira deliberada no sentido de procurar *insight* pessoal ou transcendência, alguns utilizadores podem deparar-se com experiências desafiadoras (Gashi et al., 2021; Johnstad, 2021) que podem culminar em emergências médicas ou psicológicas.

Estes estados são caracterizados por condições em que a percepção, as emoções, a cognição e o sentido de identidade do indivíduo são alterados de modo significativo em relação ao seu estado de consciência normal (Gashi et al., 2021; Johnstad, 2021; Schifano et al., 2019). Quando induzidos por psicadélicos podem produzir alterações profundas na percepção do tempo, espaço e do próprio corpo, um elevado sentido de conexão, alteração do sentido subjetivo do “eu” ou mesmo sua dissolução (Yaden et al., 2021).

A instabilidade emocional vivenciada por alguns indivíduos pode desencadear crises que necessitem de intervenção médica e suporte psicológico. Isto engloba uma panóplia de sintomas como paranoia com pensamentos de que outras pessoas não gostam ou aprovam a pessoa ou que o mundo físico é hostil (Johnstad, 2021). Além disso, ataques de pânico debilitantes, visões ou alucinações perturbadoras e delírios também se relacionam a experiências mais desafiantes. Apesar de não haver uma definição clara sobre o que constitui uma experiência desafiante, uma característica muito presente e referida é a dissolução do ego (Gashi et al., 2021; Johnstad, 2021). Esta experiência pode ser aterrorizadora para alguns e é caracterizada por uma sensação em que o “eu” distinto do resto do mundo diminui ou se

dissolve completamente, levando à morte do ego (Gashi et al., 2021; Johnstad, 2021). De acordo com Johnstad (2021), também é referido que durante esta experiência os participantes podiam temer pela sua saúde mental, considerando que iam ficar insanos e não iram conseguir voltar a ser a pessoa que eram antes da experiência.

Assim, como estes estados variam em termos de intensidade e de efeitos psicológicos e físicos, desde experiências controladas e passageiras até episódios intensos que desafiam a estabilidade física e mental da pessoa, em alguns casos, estas alterações podem exigir atenção especializada e imediata. É neste contexto que surge a possibilidade de uma emergência médica, na qual as mudanças profundas na consciência ou no comportamento ultrapassam o limite seguro e colocam o indivíduo em risco, tanto em termos de saúde física quanto mental (Carvalho et al., 2018).

## 1.2 Riscos Associados ao Consumo

Para além da sintomatologia que possa ser desafiante, importa falar dos riscos físicos e mentais associados aos EAC. Entre estes riscos destacam-se episódios de psicose, intoxicação aguda, inconsciência, comportamento agressivo, violência, comportamentos suicidas, overdoses e comportamentos de risco que possam levar a lesões ou traumas (Carvalho et al., 2018; EMCDDA, 2022).

As intoxicações agudas são um estado patológico do organismo causado pela ação de uma substância que é tóxica por natureza ou dose. Este processo é dinâmico, tendendo a ser breve, mas intenso, e quando agrava pode levar a complicações que ameaçam a vida (Piccioni et al., 2020). Existem evidências (Brown et al., 2019; Fiorentini et al., 2021) que o uso de substâncias pode induzir sintomas psicóticos transitórios devido à intoxicação aguda. A psicose induzida por substâncias é uma consequência comum dos EAC e caracteriza-se pela perda de contacto com a realidade, paranoia, delírios e alucinações (Bramness & Franck, 2014). Na intoxicação por psicadélicos geralmente resulta em graves complicações psiquiátricas com alterações extremas no estado mental como alucinações intensas e distúrbios perceptivos, que podem resultar em agitação severa, pânico e até psicose (Rehman et al., 2018; Kopra, Ferris, Rucker et al., 2022; Nisavi & Lai-Becker, 2019). Além disso, a intoxicação por psicadélicos pode afetar o julgamento do indivíduo, o que aumenta o risco de comportamentos agressivos ou autolesivos, representando uma ameaça tanto para a sua segurança como para a dos outros (Kopra, Ferris, Rucker et al., 2022; Nisavi & Lai-Becker, 2019).

Assim, durante este estado os participantes encontram-se em maior risco de comportamentos perigosos, agressivos e desorganizados, além do aumento de risco de suicídio

(Carbonaro et al., 2016). Associado a este estado, o indivíduo pode apresentar uma agitação psicomotora extrema que implica por vezes ou a utilização de medicação ou contenção física de forma a preservar a segurança física do indivíduo e restantes pessoas (Carvalho et al., 2018; Green, 2019; Rezende et al., 2011; Wittman et al., 2019).

No caso dos participantes intoxicados por estimulantes, tendem a apresentar um estado de grande agitação, inquietação e irritabilidade, podendo também exibir paranoia, euforia excessiva, desorganização mental, delírios e comportamento violento (Green, 2019; Maxwell, 2005; Rodríguez et al., 2003). Nestas condições, representam um risco significativo para si mesmos, para outras pessoas presentes no festival e para as equipas de emergência devido às graves complicações psiquiátricas associadas, que podem ser difíceis de estabilizar e gerir num ambiente de emergência (Green, 2019). Os estimulantes como o MDMA, cocaína e metanfetaminas, podem provocar sérios danos à saúde tanto física como mental, e as razões são multifatoriais como o consumo simultâneo de outras substâncias, presença de adulterantes, mecanismos de administração mais rápidos e a variabilidade imprevisível na pureza e na dosagem.

A presença de adulterantes cria uma camada extra de perigo, pois o consumidor raramente tem conhecimento do que realmente está a ingerir, como o caso das adulterações com NSP (Di Trana et al., 2022; Fox et al., 2018). As NSP são substâncias criadas para imitar os efeitos das substâncias ilícitas já existentes que estão bem estabelecidas. Estas substâncias apresentam propriedades químicas muito semelhantes às SPA tradicionais, contudo suficientemente diferentes para produzirem riscos agudos únicos para a saúde, devido à sua elevada toxicidade, potência variável, imprevisibilidade dos seus efeitos e falta de conhecimento sobre o conteúdo das mesmas (Fernández-Calderón et al., 2018; Peacock et al., 2019).

Desta forma, muitas vezes as pessoas têm certas expectativas sobre a substância que pretendem consumir, no entanto, essa expectativa depois pode não corresponder à realidade devido ao elevado potencial de adulteração e impureza destas substâncias em ambientes recreativos (Carvalho et al., 2014). Neste sentido, Calle et al. (2018) demonstraram a discrepância entre as substâncias que os frequentadores dos festivais relataram ter consumo e aquelas identificadas nos dados toxicológicos.

Conforme mencionado por Carvalho et al. (2018) e Palamar et al. (2021), a adulteração de substâncias com compostos completamente distintos representa um dos principais perigos relacionados ao uso de substâncias por serem compostos potencialmente perigosos ou até mesmo mais perigosos do que a suposta substância. Assim, mesmo pequenas doses de uma

substância adulterada podem resultar em graves complicações, pois a interação com outras substâncias torna-se ainda mais incerta e difícil de prever (Di Trana et al., 2022).

Como o uso de substâncias também interfere na regulação do sistema nervoso autônomo (pressão sanguínea, frequência cardíaca e temperatura corporal) também está acoplado a riscos fisiológicos. Por exemplo, durante a intoxicação aguda por depressores, como álcool, GHB e benzodiazepinas, como são substâncias que deprimem o SNC, pode levar a um nível acentuado de sedação e até mesmo à depressão respiratória, dependendo da substância consumida e quantidade ingerida (Maxwell, 2005; Wittmann et al., 2019). É comum ocorrer a lentificação do pensamento, dificuldades de concentração, comprometimento do raciocínio, atenção, julgamento e um aumento da vulnerabilidade a agressões físicas, suicídios e homicídios e outros acidentes devido ao aumento da desinibição (Rezende et al., 2011; Wittmann et al., 2019). Em alguns casos, pode haver uma agitação no contexto de intoxicação o que coloca a si e a outros em risco iminente de lesões, sendo que o risco de comportamento autodestrutivo ou suicida aumenta significativamente nestes casos (Rezende et al., 2011; Wittmann et al., 2019)

Muitos participantes usam mais de uma SPA ao mesmo tempo, sendo a combinação de depressores e estimulantes, como o álcool e a cocaína, comum e especialmente perigosa (EMCDDA, 2006; Rezende et al., 2011). Com o consumo de cocaína os utilizadores estão em particular riscos de desenvolver complicações cardíacas e neurológicas graves, incluindo arritmias malignas, isquemia cardíaca, crises hipertensivas e derrame (Green, 2019; Rehman et al., 2018; Rodríguez et al., 2003). O álcool interfere no metabolismo da cocaína, retardando a sua eliminação, aumentando sua absorção e levando à produção de cocaetileno, um metabólico altamente tóxico para o coração (EMCDDA, 2006; Green, 2019). Assim, podem ocorrer efeitos tóxicos com doses menores de cocaína do que o esperado quando combinado com álcool, colocando esses participantes em risco particularmente elevado de emergências cardíacas ou neurológicas, mesmo ao usar doses de cocaína que anteriormente toleravam (Green, 2019). Neste sentido, a combinação de depressores com estimulantes pode disfarçar os sintomas, dificultando a percepção de possíveis sinais de overdose (Green, 2019; Rezende et al., 2011).

De acordo com o EMCDDA (2022), a maior parte dos riscos no consumo em ambiente recreativo está associado ao consumo de duas ou mais substâncias num determinado período mínimo de tempo definido por policonsumo de SPA. Este padrão de consumo é relevante por ser prevalente em ambiente recreativo os participantes consumirem variadas substâncias e de diferentes famílias farmacológicas (Carvalho et al., 2014). Embora muitas pessoas recorram ao uso de várias substâncias para procurar intensificar experiências, aliviar efeitos colaterais ou

potencializar sensações, aumenta o risco de um evento de toxicidade aguda com consequências adversas para a saúde (Boileau-Falardeau et al., 2022).

Por exemplo, a combinação de álcool com benzodiazepinas ou outras substâncias depressoras como o GHB potencializa a depressão do SNC, aumentando o risco de coma e paragem respiratória (EMCDDA, 2021). Esta junção de depressores também aumenta a probabilidade de overdoses fatais ou não fatais (EMCDDA, 2021) que podem levar a problemas de saúde contínuos e danos permanentes ao cérebro.

Assim, o reconhecimento da prática de policonsumo é de suma importância, pois este padrão de consumo pode agravar uma situação já desafiadora pelo esforço excessivo e prejudicial sobre os sistemas do organismo, comprometendo a capacidade de manter a sua homeostase e saúde (EMCDDA, 2021). Desta forma, os consumidores de polisubstâncias, em ambiente recreativo, representam uma população de alto risco para consequências mais negativas relacionadas com as substâncias quando comparado com o consumo de uma única substância (Ponce et al., 2020). Embora este policonsumo possa acontecer inadvertidamente, pois devido a dinâmica imprevisível do mercado de SPA ilícitas, as SPA são frequentemente adulteradas e contaminadas com outras substâncias (Boileau-Falardeau et al., 2022; Carvalho et al., 2018; EMCDDA, 2021).

No entanto, é agora amplamente reconhecido como os efeitos das substâncias não são específicas e, crucialmente, são moldados e influenciados por fatores extra farmacológicos nomeadamente o *set* e o *setting* (Hartogsohn, 2022). Assim, o *set* diz respeito ao cenário individual, às características físicas e psicológicas do indivíduo que incluem a personalidade, o humor, a expectativa, motivações e intenções relacionadas ao consumo, história passadas de traumas, problemas de saúde ou outros acontecimentos de vida (Carvalho et al., 2014; Grof, 1977; Hartogsohn, 2022). O *setting* refere-se aos fatores ambientais, incluindo o ambiente físico, social e cultural onde a experiência tem lugar (Carvalho et al., 2014; Grof, 1977; Hartogsohn, 2022).

No que toca ao *setting*, apesar de o próprio ambiente proporcionar as estimulações e sensações auditivas e visuais, também se caracteriza por condições que podem representar elementos de riscos para o surgimento de uma emergência relacionada com o uso de SPA. Exemplos são o som muito alto, poeira, os próprios estímulos visuais, temperaturas assimétricas, más condições de repouso, muitas horas de dança e sobrelotação (Carvalho et al., 2014; Ponce et al., 2020) situações que por si só podem produzir EAC (Vailt et al., 2005).

Evidências sugerem que a sensibilidade ao contexto e fatores externos parece ser intensificada em grande medida com o uso de psicadélicos (Grof, 1977; Kopra, Ferris, Rucker, et al., 2022) e de estimulantes (Ponce et al., 2020). Portanto, qualquer influência negativa interna ou externa pode ser ampliada.

Por exemplo, o surgimento de sintomas associados a uma ampla gama de perturbações mentais tem sido associado mais à probabilidade de comorbidades mentais prévias (set) do que à própria substância (Carvalho et al., 2014). O contexto emocional e a estabilidade pré-existente do indivíduo são determinantes críticos para o resultado da experiência, influenciando o grau de percepção alterada e o risco de efeitos negativos, como crises de pânico e sintomas dissociativos prolongados (Johnstad, 2021).

## 2. Emergência Médica

Durante uma emergência médica, em ambiente recreativo, frequentemente, os participantes quando procuram ajuda de profissionais de saúde apresentem sintomas físicos como lesões (sangramento, fraturas ou queimaduras), problemas gastrointestinais, problemas relacionados ao sono ou sintomatologia aguda como problemas neurológicos, respiratórios, cardíacos, dor, comportamento suicida e em perigo de se magoarem intencionalmente ou acidentalmente (Oak & Hanna, 2017). Para além disto, não é incomum em festivais de longa duração, a interrupção de medicamentos que levou a um comportamento instável e grave, o que pode ser agravado pelo uso recreativo de substâncias psicoativas (Carvalho et al., 2018; Oak & Hanna, 2017). Estes fatores podem desencadear uma emergência médica, colocando o participante e outras pessoas em risco, sendo que na maioria dos casos, a equipa do serviço de emergência não está ciente desta interrupção (Carvalho et al., 2018; Oak & Hanna, 2017).

As emergências médicas e os EAC estão profundamente interligadas. Uma avaliação abrangente é essencial para diferenciar causas médicas e psiquiátricas e garantir um tratamento apropriado. A obtenção de um diagnóstico definitivo enfrenta vários desafios, incluindo a falta de especificidade dos sintomas, a dificuldade em obter uma história clínica confiável dos participantes em estado de intoxicação aguda e a falta de informações sobre a progressão dos sintomas e atendimentos anteriores (Givon, 2019). Frequentemente, a relação temporal entre o consumo de substâncias e o surgimento de sintomas psiquiátricos é incerta e pode ser distorcida, pois depende maioritariamente de relatos subjetivos dos indivíduos ou das pessoas por quem estejam acompanhados. Além disso, o uso de substâncias pode ocorrer simultaneamente ao

desenvolvimento da emergência dos primeiros sintomas psicóticos ou agravar condições psiquiátricas preexistente, tornando difícil determinar se os sintomas agudos são consequência direta do consumo ou se resultam de uma condição subjacente independente (Givon, 2019).

Numa avaliação isolada, é extremamente desafiador determinar se um participante apresenta alguma comorbidade ou se está a sofrer de uma emergência pelo uso de substâncias (Givon, 2019). Por isso, é fundamental obter o máximo de informação detalhada sobre o histórico e longitudinal dos sintomas. No entanto, estas informações necessárias para tomar decisões não estão disponíveis no momento, uma vez que o apoio psicadélico de emergência é concebido para atuar no presente imediato (Carvalho et al., 2018).

No contexto desta investigação, consideramos emergência médica todas as situações acolhidas num serviço de emergência psicadélica associadas a usos de substâncias em que os participantes apresentavam agitação psicomotora severa, comportamentos agressivos ou outras alterações do estado mental que representassem risco de autolesões ou trauma para o próprio ou para terceiros, e em que em virtude das mesmas se tenha tornado necessário administrar benzodiazepinas ou outro tipo de fármacos de forma a interromper a crise, preservando a segurança dos utilizadores (Carvalho et al., 2018). Para além da presença desta sintomatologia e da necessidade de administração de psicofármacos, também foram consideradas situações de emergência médica os casos em que outros atos médicos tiveram lugar, nomeadamente, avaliação de sintomas físicos que o participante apresente durante a permanência no serviço e avaliação de sintomas psicológicos/psiquiátricos mais atípicos de maior gravidade/duração que implicassem a articulação e o reencaminhamento para outras unidades de saúde exteriores ao contexto da intervenção (Carvalho et al., 2018).

Embora a prevalência, a coexistência e a comorbidade entre perturbações mentais e o uso de substâncias sejam bem documentadas (Givon, 2019; Johnson & Kueppenbender, 2019), há menos informação disponível sobre a emergência dos primeiros sintomas psiquiátricos induzidos por substâncias (Fiorentini et al., 2021; Givon, 2019). A emergência destes sintomas pode variar conforme diversos fatores, incluindo o tipo específico de substância, o uso simultâneo de várias substâncias, a dosagem, a capacidade do organismo de metabolizar e eliminar a substância, além da vulnerabilidade individual para despoletar perturbações psiquiátricas. Os riscos associados tanto às comorbidades quanto às crises induzidas pelo uso de substâncias representam um desafio para os profissionais dos serviços de emergência. Por este motivo, existe sempre uma avaliação médica cuidada nos serviços prestados pelo serviço

de emergência psicadélica onde foi realizado este estudo. Para lidar com estas situações, existe no serviço uma equipa com formação médica, incluindo médicos na maioria psiquiatras, que são responsáveis pela avaliação da condição física e mental dos participantes e pela tomada de decisões de forma a preservar a sua integridade física (Carvalho et al., 2018).

Assim, o consumo de SPA em AR tem sido amplamente estudado, especialmente no que diz respeito ao seu impacto na saúde e nas estratégias de redução de danos. Diversas pesquisas apontam que o uso destas substâncias pode levar a emergências médicas desafiantes, como intoxicação, psicose, crises de ansiedade, comportamentos de risco, muitas vezes exigindo intervenção médica imediata. Contudo, as principais investigações acerca deste tópico prendem-se, essencialmente a dados epidemiológicos gerais, principais motivações para o uso, políticas de intervenção e redução de riscos ou as crises atendidas em meio hospitalar (Gresnigt et al., 2022; Lojczyk et al., 2023; Palamar & Keyes, 2020), sem aprofundar as especificidades das emergências médicas em AR. Assim, conclui-se que falta um enfoque específico sobre como é que estas emergências se desenvolvem em ambiente recreativo, quais são as substâncias envolvidas e os fatores que contribuem para o agravamento dos quadros clínicos.

A identificação correta dos participantes em emergência médica é imprescindível, pois impacta significativamente a gestão de riscos (Piccioni et al., 2020). Assim, possibilita uma intervenção precoce que permita preservar a segurança nos utilizadores (Carvalho et al., 2018). A importância do enfoque específico em crises que ocorrem em AR deve-se ao facto de elas por si só já podem ser desafiantes, mas considerando ainda que o contexto naturalista e informal pode intensificar a mesma com os diversos fatores que podem estar presente e foram anteriormente discutidos justifica também a necessidade de se continuar a contribuir para o crescimento do conhecimento existente.

Diante deste contexto, torna-se fundamental e justifica a necessidade de estudar este tópico. É com esta necessidade que nos debatemos e para a qual pretendemos realizar este estudo, no sentido de descrever as crises médicas associadas ao consumo de SPA em ambiente recreativo com ênfase nos seus riscos, situações e fatores que levam ao seu agravamento, bem como a identificação de estratégias eficazes para a sua gestão.

## PARTE II – METODOLOGIA

### 3. Método

A metodologia mais pertinente a adotar, tendo em conta o objetivo do estudo, é a investigação qualitativa semi-indutiva. A investigação qualitativa dá ênfase a uma descrição pormenorizada e uma compreensão em profundidade emergente do contacto direto entre o investigador e os participantes na investigação bem como da vivência dos fenómenos nos seus contextos naturais (Ritchie & Lewis, 2003).

Assim, a sua adoção, neste estudo, é pertinente para explorar o fenómeno das emergências psicológicas e médicas associadas ao uso de SPA em ambiente recreativo porque permite que a investigação seja conduzida em contextos do mundo real e não em contextos que sejam artificiais ou manipulados (Ritchie & Lewis, 2003), como é o caso desta investigação que decorreu no contexto natural de um festival de trance psicadélico em Portugal.

Posto isto, a abordagem utilizada neste estudo é o Estudo de Caso Múltiplo/Coletivo, uma vez que se pretende estudar vários casos com a finalidade de obter um conhecimento mais profundo de um determinado fenómeno no seu contexto natural (Creswell, 2007). Para além disso, esta abordagem permite compreender o carácter único e específico do caso, sendo que para uma análise complexa é importante considerar o contexto em que o fenómeno ocorre pois pode ser influenciado por fatores externos (como é o caso das emergências médicas).

Neste sentido, o método de investigação qualitativa de recolha de dados utilizado neste estudo é a análise documental, sendo este método de recolha de dados característico do Estudo de Caso (Creswell, 2007). Os documentos a serem analisados correspondem às informações clínicas da avaliação dos profissionais da equipa do serviço de emergência psicadélica acerca do estado físico e mental dos participantes bem como as intervenções realizadas.

#### 3.1 Objetivos

Tendo em conta o objetivo geral consideram-se os seguintes objetivos específicos:

- (1) Caracterizar os participantes no serviço de emergência psicadélica.
- (2) Descrever os usos de substâncias presentes nas situações de crise.
- (3) Caracterizar o estado físico das pessoas em crise médica.
- (4) Descrever os sintomas físicos das pessoas em crise médica.
- (5) Caracterizar o estado mental das pessoas com crise médica.
- (6) Descrever as intervenções nas crises médicas.

### (7) Caracterizar a duração das crises médicas.

Para uma visualização mais pormenorizada e esquemática da relação entre questões de investigação e objetivos específicos pode consultar-se o Anexo A (Desenho de Investigação).

### 3.2 Amostra

O estudo foi conduzido junto de uma amostra de participantes da edição de 2023 de um festival internacional de música e cultura psicadélica que tem lugar em Portugal.

Os participantes foram recrutados através de um processo de amostragem não probabilística intencional por critérios, pois deve-se ao facto de ser representativa do fenómeno, ou seja, é determinado quais os elementos a incluir na amostra. Assim, a seleção dos participantes é baseada em critérios o que permite ter características particulares para a exploração e compreensão do problema de investigação e do fenómeno central que se pretende estudar, assegurando também a diversidade das características dos participantes dentro dos critérios estabelecidos (Creswell, 2007; Ritchie & Lewis, 2003). Assim, os critérios de inclusão para a amostra foram: 1) ser maior de idade (ter mais de 18 anos) e 2) apresentar uma emergência médica despoletada pelo consumo de substâncias em que haja a necessidade de intervenção do serviço de emergência psicadélica ou o reencaminhamento para outros serviços médicos mais especializados. No que toca aos critérios de exclusão não serão incluídos participantes para o estudo casos que se tenham apresentado ao serviço da emergência psicadélica por um motivo que não esteja relacionado com o uso de substâncias mesmo que tenha sido administrada medicação.

Na edição em questão (ano de 2023), o serviço acolheu 402 participantes dos quais 44 apresentaram uma crise em que houve necessidade de administração de fármacos, no entanto, como a crise não estava relacionada com o uso de substâncias a amostra neste estudo é constituído no total por 36 casos. Número que acresceu em comparação a anos anteriores em que o número de casos atendidos em emergência médica rondava os 20 por edição (Carvalho et al., 2018).

Nesta amostra, as idades estão compreendidas entre os 20 e 30 anos (n=11), entre 31 e 40 anos (n=6) e entre 41 e 50 anos (n=2), sendo 17 do género feminino (47,22%) e 19 do género masculino (52,78%). Isto representa que a distribuição por sexo na amostra é equilibrada o que é amplamente contrastante com estudos anteriores em que a presença feminina é bastante inferior à dos homens em intervenções relacionadas com o uso de SPA (Carvalho et al., 2018).

Quanto à nacionalidade, a maior parte dos participantes são provenientes do continente europeu, havendo apenas 7 participantes oriundos de outros continentes. O Anexo B apresenta as características sociodemográficas dos participantes. Ressalve-se ainda que do total dos 36 participantes não houve possibilidade de responder ao item da idade de 17 participantes e ao item da nacionalidade de 2 participantes. As idades também foram descritas na maioria dos casos em intervalos por se constituírem por uma estimativa aproximada da idade do participante.

### 3.3 Instrumentos

Os instrumentos administrados no presente estudo foram: *Form Visitor Report/Arrival*, *Brief Mental Status Exam*, *Intervention Form*, *Medical Form* e *Ficha Registo Secretary*.

O *Form Visitor Report/Arrival* é um documento preenchido pelo secretário e tem como objetivo descrever a situação do participante quando chega ao serviço, não apenas sobre o seu estado mental, mas também sobre informações importantes que ajudem a tomar decisões sobre a intervenção, dividindo-se em três partes. A primeira parte refere-se aos dados sociodemográficos dos participantes constituída pelos itens idade, género e nacionalidade; a segunda parte diz respeito: 1) à chegada do participante ao serviço de emergência psiquiátrica composta por itens sobre como é que o participante chegou (e.g., por conta própria, trazido por amigos/estranhos, *Boom Medical Service* (BMS) entre outros), 2) se está outra pessoa, amigo ou outro envolvido a acompanhar a pessoa e 3) principal motivo pelo qual a pessoa foi levada ao serviço (e.g., se está a ter uma experiência difícil associado ao uso intencional ou não de SPA, se está a ter uma crise que não esteja associado ao uso de SPA e se está a ter uma crise mental (psiquiátrica) relacionada ou não com o uso de SPA); e na terceira parte é referente ao que se sabe sobre o consumo do participante, nomeadamente 1) as substâncias psicoativas utilizadas, 2) dosagem, 3) tempo (dia e hora) e 4) contexto (onde, com quem). Este instrumento cumpre as funções de gestão de caso e avaliação do programa, permitindo ajustar as estratégias de atendimento com base no perfil do participante e na substância consumida e, contribuindo para a melhoria das respostas futuras ao perceber quem recorre mais aos serviços e quais as substâncias que mais requerem atenção.

O *Brief Mental Status Exam* serve para avaliar as alterações do estado mental numa experiência de crise relacionada com o uso de SPA e cujo preenchimento se baseia nos dados resultantes da observação realizada pelo profissional relativamente a um participante na hora da sua chegada e na hora em que este sai do serviço de emergência. É constituído por 12 dimensões que compreendem: (1) Aparência; (2) Atitude; (3) Comportamento psicomotor; (4)

Linguagem; (5) Afeto; (6) Humor; (7) Processamento do pensamento (8) Conteúdo do pensamento; (9) Percepção; (10) Orientação; (11) Memória/concentração e (12) *Insight*/Julgamento. No entanto, para efeitos deste estudo a escala “Aparência” não foi avaliada, pois, o contexto em que foi realizado este estudo é caracterizado como um espaço onde as pessoas são livres de se expressarem plenamente sem julgamentos acerca da sua apresentação pessoal. Assim, no entender da investigação, tendo em conta o contexto, fazer uma avaliação da aparência poderá ser contrária a essência do espaço de expressão livre e desinibida, portanto, a fim de respeitar e preservar a autenticidade e autonomia dos indivíduos no seu modo de expressão, a avaliação da “Aparência” foi deliberadamente excluída do exame do estado mental. Este instrumento permite determinar o nível de risco da emergência, permitindo que a equipa adapte a abordagem ao estado mental do participante. Também serve para a gestão do caso e avaliação do programa.

O *Intervention Form* é um instrumento descritivo do que vai acontecendo enquanto a pessoa se encontra no serviço, onde o profissional que está a acompanhar o caso irá descrever o tipo de intervenção, estratégias utilizadas, eventos relevantes durante o tempo que o participante permaneceu no serviço e uma descrição sucinta da emergência psicadélica que engloba o estado mental e físico do participante. Para além disto, facilita o processo de avaliação contínua, permitindo que haja uma monitorização em tempo real da eficácia das estratégias e ajuste da intervenção conforme seja necessário, comprimindo por isso gestão do caso e avaliação do programa.

O instrumento *Medical Form* preenchido pela equipa médica do serviço (enfermeiros ou psiquiatras) constitui uma descrição da situação do participante, exame dos sinais vitais, descrição de sintomas físicos ou psiquiátricos presentes aquando da chegada do participante ao serviço, a intervenção (se farmacológica ou não), evolução, *check out* ou encaminhamento (e.g., nenhum, família, hospital, outro). O *Medical Form* permite compreender se a pessoa pode ser estabelecida no local ou se precisa de evacuação, identificar precocemente sinais de risco e permite compreender padrões de emergências médicas de forma a melhorar as estratégias de intervenção para futuras edições, servindo, por isso, tanto para a gestão de caso como para a avaliação do programa.

Por fim, a Ficha Registo *Secretary* é um instrumento preenchido pelos secretários do serviço onde consta a hora e data da entrada e saída do participante bem como a data e hora do seu regresso caso tenha acontecido. Este instrumento embora simples, serve de apoio a gestão de casos, pois é possível compreender se um caso está a prolongar-se mais do que o esperado e de que forma a intervenção é eficaz consoante o tempo permanecido no serviço.

## 3.4 Procedimentos

### 3.4.1 Recolha de Dados

A recolha de dados desta investigação decorreu no contexto da atuação da intervenção em crise do serviço de emergência psicadélica prestado num festival de música em Portugal durante a semana de 20 a 27 de julho de 2023. A recolha foi feita através das descrições e respostas nos questionários realizados pelos profissionais que acompanharam e estiveram presentes durante todo o processo de intervenção em crise e na área do secretariado para dar entrada do participante e início do processo e a saída do participante. Por fim, não irão ser recolhidos nem armazenados dados pessoais de qualquer participante que possibilite a sua identificação, apenas atribuído um código numérico.

### 3.4.2 Tratamento de Dados

Primeiramente, foi construído um protocolo apresentado em Anexo (Anexo C) em que fosse possível agrupar todas as informações necessárias e contempladas nos instrumentos preenchidos durante o processo de recolha de dados. Esta informação reunida integra os dados por participantes, portanto foi reunida toda a informação dos instrumentos e colocada no protocolo sempre por participante. De seguida, todos os questionários foram então transcritos para um documento *Word* e, posteriormente, importados para o *software Nvivo14®*. Posto isto, começou-se por introduzir no *software* todos os dados de atributo respetivos à idade, género, nacionalidade e sinais vitais (i.e., temperatura, frequência cardíaca e tensão arterial). Assim, no âmbito da metodologia qualitativa, a opção como técnica de análise para o respetivo estudo foi a Análise Temática. Esta técnica de análise, segundo Braun & Clarke (2006) permite identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) dentro de um conjunto de dados, sendo particularmente útil para explorar questões complexas e subjetivas – como o caso das emergências psicadélicas – ao proporcionar uma compreensão detalhada dos significados da experiência. Para além disto, esta análise partiu de uma abordagem semi-indutiva, uma vez que se iniciou com alguns conceitos teóricos ou categorias, mas existiu a abertura para novos temas que emergissem dos dados, sendo, por isso, flexível por utilizar uma combinação de códigos pré-definidos e permitir a incorporação de novas descobertas.

Este processo é constituído por seis fases: 1) *familiarização com dados* que constitui-se por uma leitura e releitura dos dados de forma a que se possa estar familiarizado com o conteúdo e começar a identificar padrões iniciais; 2) *criação de códigos iniciais* que passa pela

codificação de pedaços de texto (unidades de registo) dentro de cada item dos dados (*corpus* de dados); 3) *procura de temas* que refere-se ao agrupamento de códigos semelhantes para identificar temas mais amplos; 4) *revisão dos temas* que envolve a verificação de que os temas identificados sejam coesos, distintos e relevantes, ou seja, os temas apresentados devem ser representativos dos dados e que possuam relação entre si; 5) definição e nomeação dos temas que requer uma descrição detalhada para cada tema, incluindo o que cada tema abrange e não abrange e, atribuindo nomes claros e concisos aos temas de forma a que refletiam o seu conteúdo e significado; e, por último 6) *elaboração do relatório* que por se constitui pela apresentação e discussão dos resultados, incluindo citações (Braun & Clarke, 2006).

### PARTE III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados será organizada em função dos objetivos do presente estudo e respetivas questões de investigação. O processo de tratamento dos dados possibilitou a criação de um Sistema de Categorias que se encontra em anexo (cf. Anexo D). Serão integrados excertos dos dados agrupados nos protocolos sempre que se julgue oportuno para ilustrar temas relevantes, identificando com a letra P e pelo número o respetivo protocolo. Os resultados obtidos serão discutidos através do sistema de categorias tendo em conta a organização das nossas questões de investigação, pretendendo dar resposta a estas com base naquilo que induzimos através do sistema de categorias e mais uma vez suportadas em evidências da literatura. Para uma melhor compreensão e leitura mais fluente das categorias de primeira geração, serão apresentadas em negrito (e.g., **Chegada ao Serviço**); as categorias de segunda geração serão apresentadas em texto sublinhado (e.g., Estado Mental); as categorias de terceira geração serão apresentadas em itálico (e.g., *Com alteração*); as categorias de quarta geração serão apresentados em itálico e negrito (e.g., ***Afeto***), e por fim, as de última geração serão apresentadas em itálico com cor azul (e.g., *Deprimido*). Encontra-se, entre parênteses, primeiramente, o número referente ao sistema de categorias e, de seguida, o número de referências dos documentos e unidades de registo, respetivamente.

Procurámos sobretudo integrar os resultados nas evidências já existentes na literatura. Ressalvamos ainda o facto de que algumas das nossas questões de investigação encontram a sua resposta em dados de carácter quantitativo que, dada a sua natureza descritiva, foram também incluídas no *software Nvivo14*® e designadas de *atributos*.

- **Qual o padrão de consumo de SPA que as pessoas que recorrem ao serviço de emergência psiquiátrica apresentam?**

Nesta questão quisemos compreender qual o padrão de consumo dos participantes que apresentam emergências médicas. Assim, para responder a esta questão criou-se a categoria de primeira geração **D. Substâncias Psicoativas** que inclui todos os dados referentes às SPA consumidas pelos participantes durante a crise, tendo sido estas agrupadas de acordo com a sua família farmacológica descrita na Roda das Drogas<sup>1</sup> – Tipo de Substâncias Psicoativas (D.1). Esta categoria também agrupa as diferentes dinâmicas associadas ao consumo de SPA – Dinâmicas do Consumo (D.2) – que foram surgindo ao longo dos dados.

Assim, verificou-se que existe uma quantidade significativa de padrões de *policonsumo* (D.3.2) (25,29), dinâmica que é muito descrita na literatura como uma possível agravante para as emergências médicas e um fator de risco a ter em conta (EMCDDA, 2021; Kopra, Ferris, Rucker, et al., 2022; Kopra, Ferris, Winstock et al., 2022; Palamar & Le, 2023), tendo sido já reportada em edições anteriores (Carvalho et al., 2018). Esta prática está associada a um maior risco, pois a sobrecarga nos diversos sistemas do organismo causada pelas interações imprevisíveis entre as substâncias, pode gerar diversas consequências para a saúde do participante, desde crises de ansiedade até perda de consciência e morte (Piccioni et al., 2020). Para além disto, o policonsumo aumenta a complexidade dos estados alterados de consciência, tornando mais difícil prever e tratar as emergências médicas (Givon, 2019), pois as substâncias quando combinadas tendem a interagir de forma imprevisível e muitas vezes perigosa devido às diferentes interações no organismo.

No entanto, dentro do policonsumo, emergem diferentes grupos de risco, tendo em conta as possíveis combinações de substâncias. Uma combinação que apresenta considerável risco e houve um caso nesta amostra é a combinação de substâncias depressoras. Neste caso concreto, ao usar substâncias cujo efeito farmacológico se potencia como o álcool e o GHB estamos perante um risco elevado devido ao seu efeito sinérgico no SNC, potencializando a depressão respiratória e cardiovascular (Krul & Girbes, 2011; Rehman et al., 2018; Wittmann et al., 2019). Quando administradas em conjunto, estas substâncias aumentam o risco de insuficiência respiratória, coma ou até mesmo morte, uma vez que deprimem o sistema nervoso (Krul &

---

<sup>1</sup> Para efeitos da categorização das respostas em grupos farmacológicos usamos por referência a proposta da “Roda das Drogas” (The Drugs Wheel, n.d.).

Girbes, 2011; Rehman et al., 2018; Wittmann et al., 2019). Para além disto, verificou-se 8 casos em que houve a combinação de depressores com estimulantes, outra combinação que apresenta risco elevado, pois são substâncias que ao atuarem em neuroreceptores diferentes podem mascarar os efeitos de intoxicação de ambas as substâncias e aumenta a toxicidade cardiovascular (EMCDDA, 2006). Consequentemente, o participante pode consumir mais, uma vez que os efeitos negativos não são percebidos de forma tão clara, aumentando o risco de overdose acidental (Green, 2019). Por último, como risco mais ligeiro e moderado temos as combinações com estimulantes e psicadélicos ou estimulantes com dissociativos e psicadélicos com dissociativos ou cannabinóides.

No mesmo sentido, também se constatou que a *quantidade* (D.3.4) (19,33) de SPA ingerida poderá ter influência no agravamento da crise. Tal como é referido na literatura (Carvalho et al., 2014, 2018; Kopra, Ferris, Winstock et al., 2022; Ona, 2018), muitos participantes manifestaram falta de precisão acerca da dosagem que estavam a consumir (P1: “*quantidade incerta de GHB*”; P2: “*MDMA – high*”; P9: “*álcool – muito*”). Na prática, isto pode implicar sentir efeitos inesperados, uma vez que algumas substâncias têm efeitos que variam consoante a dose, então a imprecisão na dosagem pode gerar reações exageradas ou inesperadas (Carvalho et al., 2014).

No mesmo sentido, os resultados indicam que os participantes recorrem a sobredosagens por não estar a sentir efeitos (P5: “*tomou o dobro da dose porque não estava a fazer efeito*”, P11: “*Não se lembra da quantidade de GHB que tomou, mas tem a certeza de que costuma voltar a tomar a dose de uma em uma hora - uma hora e meia*”). O aumento da dose das substâncias aumenta o risco de ocorrência de situações adversas, sendo que a ingestão excessiva, independentemente da substância consumida, é uma das principais causas para a manifestação de efeitos adversos (Palamar & Le, 2023). O risco associado ao aumento da dosagem debruça-se pela possibilidade de levar a overdoses fatais ou não fatais, ou seja, uma situação em que o próprio organismo já não tem capacidade para metabolizar a substância (Rezende et al., 2011). Da mesma forma, o aumento das doses seja para continuar a sentir efeitos ou para o aumento dos efeitos, o risco destas sobredosagens aumenta a probabilidade de toxicidade e, consequentemente, à imprevisibilidade de reações. Neste sentido, o aumento da dosagem bem como a incerteza e imprecisão das mesmas constituem-se como indicadores de elevado risco para o agravamento da crise.

Por último, também se verificou o consumo de *NSP* (D.1.5) (3,3) em três participantes, sendo que para além destes três também foi colocada a possibilidade de um outro participante ter a expectativa de estar a consumir LSD, no entanto, este estar adulterado (P18: “*LSD possivelmente adulterado à NBome*”) e constituir-se como uma *NSP* conhecida na literatura como altamente potente (Palamar et al., 2021). Este dado remete-nos para um fenómeno muito importante relacionado com os riscos do uso de SPA: a adulteração. A adulteração expõe os utilizadores a ameaças inesperadas, não apenas pela exposição não intencional a uma substância potencialmente prejudicial, mas também devido a interações farmacológicas entre substâncias e adulterantes (Di Trana et al., 2022). Neste caso concreto, as *NSP* representam uma ameaça adicional à saúde dos indivíduos, pois um efeito sinérgico é observado em comparação a certa sintomatologia de intoxicação, daí ser um fenómeno que requer atenção redobrada de forma que não haja erros no tratamento da intoxicação (Di Trana et al., 2022). Desta forma, a adulteração ou a suspeita de adulteração constitui um indicador de risco elevado para o agravamento das emergências médicas.

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

Tendo em conta a dinâmica do consumo de substâncias, para compreender o desenvolvimento de uma crise torna-se necessário compreender também o *setting* e o *set*, daí a pertinência para colocar esta questão de investigação. Como foi referido anteriormente, o *set* diz respeito às características físicas e psicológicas da pessoa que consome enquanto o *setting* diz respeito ao ambiente físico, social e cultural onde o consumo tem lugar (Hartogsoh, 2022). Desta forma, na primeira categoria de primeira geração **D. Substâncias Psicoativas** surge a subcategoria Contexto da Ingestão (D.2) que engloba aspetos que permitem explorar quais as circunstâncias nas quais se despoletou a crise e qual a influência destes aspetos na experiência.

Posto isto, relativamente ao contexto físico (onde) – *Espacial* (D.2.1) (2,2) – apenas foi possível obter informação relativamente ao local onde houve consumo de 2 participantes, tendo sido este no palco principal do festival (P24: “*GHB – dance temple*”) o que pode sugerir que a atmosfera vivenciada no palco principal devido a diversas condições que são igualmente descritas na literatura, como a sobrelotação, a presença de estímulos visuais e auditivos, poeiras podem apresentar-se como fatores de risco para o agravamento da crise.

Para além disto, quanto ao contexto social (com quem) – *Relacional* (D.2.2) (8,9) – a maioria dos participantes referiu ter consumido com os amigos ou companheiro/a, ou seja, não

foram referidos dados sobre companhias pouco amigáveis (Carvalho et al., 2014) que possam ter deixado o participante sozinho ou que não tenham fornecido apoio enquanto a crise se despoletava, contrariamente ao esperado, uma vez que são situações descritas na literatura como possíveis fatores de risco para o agravamento da crise.

Relativamente ao contexto temporal (há quanto) – *Temporal* (D.2.3) (16,41) – este permitiu-nos compreender quanto tempo pode demorar para a crise se despoletar. Dependendo de cada participante, foram surgindo vários tempos que sugerem diferentes interpretações tais como: a) o uso prolongado no tempo de várias substâncias pode levar, igualmente, levar ao agravamento (P9: “álcool – a noite toda + cocaína – a noite toda + “pastilhas” – a noite toda e a última meia hora antes de chegar + ketamina – a noite toda e a última dose 2 horas antes de chegar”, P10: “LSD – ao 12:00 + Ketamina – 14:30/15:00 + cocaína – 15:30 + MDMA – 14:30/15:00”) e b) a crise despoletou-se pouco tempo depois da ingestão da(s) substância(s) (P1: “cogumelos foram ingeridos 20 minutos antes de entrar no serviço”, P33: “todas as SPA perto de 1 hora antes de ir para a KC”). Estes dados também permitem-nos reforçar a imprevisibilidade de reações quando estamos perante o uso de SPA, independentemente, se houve policonsumo, pois em alguns casos a crise demorou mais tempo a despoletar e noutros menos tempo. Ou seja, também reforça a importância das características físicas e psicológicas (*set*) da pessoa na maneira como reage à(s) substância(s).

- **Quais os sinais vitais das pessoas que apresentam uma crise médica?**

Com esta questão de investigação pretende-se compreender de que forma os participantes apresentavam ou não alterações a nível dos sinais vitais durante uma emergência médica. Os dados desta questão como se constituem mais de cariz quantitativo foram analisados através da ferramenta de atributos no *software Nvivo14*®, estando os dados apresentados no anexo E. Assim, as condições que mais se destacaram foram: subfebril (n=9), hipertensão (n=4), taquicardia (n=3), bradicardia (n=2), hipotermia (n=2), febre (n=1), taquicardia grave (n=1), hipertensão grave (n=1) e crise hipertensiva (n=1).

Embora a amostra analisada evidencie um padrão de policonsumo, através do cruzamento dos dados (cf. Anexo F, G e H) é possível identificar famílias farmacológicas que se destacam em determinadas alterações dos sinais vitais. Com base nessa distinção, torna-se possível categorizar as condições em diferentes níveis de risco. Assim, as condições que representam menor risco são: subfebril, hipotermia e bradicardia; risco moderado: febre,

hipertensão e taquicardia; e risco elevado: hipertensão grave, taquicardia grave e crise hipertensiva.

As situações de menor risco são reações esperadas pelo uso destas substâncias, no entanto, não são situações que apresentam risco iminente para a segurança do utilizador, sendo necessário apenas uma monitorização dos sinais vitais enquanto o participante esteja no serviço de forma a evitar que estas se possam agravar. Quanto às condições de risco moderado, o principal risco associado ao aumento da temperatura, apesar de ser um efeito fisiológico expectável, é a possibilidade de levar à desidratação acoplado às várias horas de dança (Palamar & Sönmez, 2022). Já o aumento da tensão arterial foi marcado pelo consumo de dissociativos, depressores e estimulantes. O principal risco associado a esta situação é a sobrecarga no sistema cardiovascular que pode levar a um enfarte do miocárdio, arritmias cardíacas e AVC, sendo um quadro de intoxicação que pode rapidamente agravar para convulsões e perda de consciência (Rodríguez et al., 2003) daí serem condições que apresentam tanto um risco moderado como elevado. Por último, o aumento da frequência cardíaca associado principalmente aos psicadélicos representa um risco elevado pelas possíveis complicações cardiovasculares e um comprometimento na função cardíaca.

Contudo, importante ressaltar que, contrariamente ao esperado, a maioria dos participantes em emergência médica não apresentou alterações a nível dos sinais vitais, tendo n=14 participantes apresentado temperatura normal, n=16 TA normal e n=17 frequência cardíaca normal.

- **Quais os sintomas físicos das pessoas em crise médica?**

Relativamente a esta questão de investigação pretendia-se compreender quais os sintomas físicos que estariam mais presentes nas crises médicas e as principais associações com substâncias. Para inferir uma resposta a esta questão criou-se a categoria **A. Chegada ao Serviço** que engloba todos os dados referentes à forma como o participante chegou ao serviço, dividindo-se, posteriormente, noutras subcategorias – Sintomas Físicos (A.1) e Estado Mental (A.2). Para responder a esta questão a subcategoria Sintomas Físicos (A.1) apresenta toda a sintomatologia física dos participantes à chegada do serviço, tendo sido dividida em três subcategorias – *Grave* (A.1.1), *Menos Grave* (A.1.2) e *Moderadamente Grave* (A.1.3). Esta divisão foi feita em conjunto com os restantes membros da equipa de investigação.

Posto isto, os sintomas físicos surgem das mais variadas formas e os mais frequentes nas emergências médicas são a **Consciência Deprimida** (A.1.1.1) (4,4), **Inquietação Grave**

(A.1.3.1) (4,5), **Perda de Consciência** (A.1.1.6) (3,9), **Dor de Cabeça** (A.1.2.2) (3,6), **Privação do Sono** (A.1.2.5) (3,3), **Náuseas** (A.1.2.4) (3,7), **Ataque de Pânico** (A.1.3.2) (2,2) e **Dor no Peito** (A.1.3.3) (2,4).

Relativamente à consciência deprimida, à perda de consciência e restante sintomatologia categorizada como *Grave* (A.1.1) (cf., Anexo D), em todos os casos houve o consumo de depressores nomeadamente benzodiazepinas, álcool e GHB. Ora, este dado é importante pelo risco presente perante esta situação. No caso da consciência deprimida, este estado associado ao uso de depressores pode resultar num nível de sedação intenso onde a pessoa perde a capacidade de responder ao ambiente ao seu redor (Krul & Girbes, 2011; Maxwell, 2005; Rehman et al., 2018), ficando, portanto, vulnerável a acidentes ou a situações de risco. Consequentemente, outro risco é a depressão respiratória, onde a respiração torna-se tão lenta e superficial que em casos extremos pode levar a uma interrupção completa da respiração, resultado em coma ou morte (Krul & Girbes, 2011; Maxwell, 2005; Rehman et al., 2018). A restante sintomatologia também representa riscos significativos, pois indicam uma depressão grave do SNC. Assim, dado que a sintomatologia associada a maior risco envolveu predominantemente o consumo de depressores (cf. Anexo I), evidenciando quadros de depressão grave o que reforça a necessidade de uma monitorização rigorosa dos participantes que chegam ao serviço em contexto de emergência médica após o consumo destas substâncias.

No caso da inquietação grave está maioritariamente associada ao uso de LSD uma reação já esperada. Nesta situação, o principal risco debruça-se pela capacidade de induzir um estado de ansiedade extrema e confusão mental (Johansen & Krebs, 2015; Kopra, Ferris & Rucker et al., 2022). Esta sensação pode levar a comportamentos impulsivos e até mesmo perigosos, como autolesão ou fuga sem direção. Este estado mental juntamente com as alterações perceptivas provocadas pelo LSD podem aumentar o risco de acidentes físicos, pois há uma diminuição na capacidade de julgamento e uma perceção alterada do ambiente (Kopra, Ferris, Winstock et al., 2022). A restante sintomatologia de risco moderado está maioritariamente associada ao uso tanto de psicadélicos como de estimulantes. No entanto, destaca-se um caso que exige atenção reforçada devido ao risco envolvido: a dor de peito num caso em que houve o consumo de álcool e cocaína. Esta condição é documentada na literatura como um fator de alto risco médico dada a sua potencial cardiotoxicidade (EMCDDA, 2006; Green, 2019; Palamar & Le, 2023). A combinação destas substâncias pode desencadear eventos adversos graves, incluindo isquemia miocárdica e arritmias, aumentando significativamente a probabilidade de complicações cardiovasculares potencialmente fatais (EMCDDA, 2006; Green, 2019; Palamar & Le, 2023).

No que toca à restante sintomatologia, tendo em conta os efeitos das SPA, é expectável que os participantes cheguem ao serviço de emergência com a possibilidade destes sintomas: elevada ansiedade que resulte em ataque de pânico, perturbações no sono e náuseas (Kopra, Ferris, Rucker, et al. 2022; Kopra, Ferris, Winstock et al. 2022; Krul et al. 2011, 2012; Schifano et al. 2019).

- **Quais os sintomas de alteração do estado mental apresentados pelas pessoas em crise médica à chegada ao serviço?**

Com esta questão de investigação pretendíamos compreender de que forma os participantes com crise médica apresentavam alterações a nível do estado mental e quais as mais predominantes. Para tentar responder a esta questão, olhamos para a categoria principal **A. Chegada ao Serviço** e subcategoria Estado Mental (A.2). Esta subcategoria reúne todos os parâmetros avaliados pelo Exame do Estado Mental, sendo que é dividida em outras duas subcategorias – *Com Alteração* (A.2.1) e *Sem Alteração* (A.2.2).

Para efeitos desta QI, importa-nos olhar para a subcategoria *Com Alteração* (A.2.1) para compreendermos quais são as principais alterações a nível do estado mental dos participantes aquando da sua chegada ao serviço. Posto isto, foi possível observar que as principais alterações são: um *humor ansioso* (A.2.1.7.1) (15,27), *agitação psicomotora* (A.2.1.3.1) (14,39), *delírios* (A.2.1.5.1) (10,10), *processo de pensamento desorganizado* (A.2.1.12.2) (10,12) e *insight pobre* (A.2.1.8.1) (8,9). Com base nestas alterações, é visível que não só são as mais prevalentes, como também as que representam maior risco a nível mental.

Embora seja expectável que os participantes possam chegar ao serviço de emergência com a panóplia de possibilidade destes sintomas: alterações auditivas e visuais, perturbações emocionais ou do humor, com elevada ansiedade, distorções na perceção, perturbações no discurso e pensamento (Carvalho et al., 2014), as presentes alterações apresentam consideráveis riscos. A ansiedade e agitação aumentam o risco de comportamentos impulsivos e agressivos, podendo levar a acidentes e autolesões (Kopra, Ferris, Rucker et al., 2022; Rodríguez et al., 2003). Os delírios e o pensamento desorganizado como provocam distorções na perceção eleva a capacidade de tomada de decisões que acarretam riscos e/ou autolesivas (Green, 2019). O que, por sua vez, com o *insight* pobre pode limitar a capacidade de reconhecer esses riscos, tornando o participante mais vulnerável a danos físicos e psicológicos severos (Kopra, Ferris, Winstock et al., 2022).

Para além disto, na amostra deste estudo também se verificou alterações a nível do *afeto* (A.2.1.1) nomeadamente *lábil* (A.2.1.1.4) (5,5), *atitude* (A.2.1.2) *não cooperativa* (A.2.1.4) (5,6), *desorientado* (A.2.1.10) (6,8), *discurso* (A.2.1.6) com *ritmo lento* (A.2.1.6.5) (7,7), *humor* (A.2.1.7) *irritável* (A.2.1.7.4) (7,7), *processo de pensamento acelerado* (A.2.1.12.1) (6, 7) e uma *hipervigilância* (A.2.1.13.1) (7, 8) e *sonolência* (A.2.1.13.2) (7, 8). Para além disto, também se verificaram outras alterações a nível do estado mental, mas em menor número (cf. Anexo D). Por último, importa ressaltar que a maioria destas alterações está associado ao policonsumo, dinâmica muito presente nesta amostra e em ambiente recreativo, sendo um indicador de risco elevado para consequências mais adversas.

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

Nesta questão de investigação pretendemos compreender quais as estratégias de intervenção mais utilizadas para resolver a crise, sendo que um critério para ser emergência médica é a necessidade de haver a administração de fármacos e, portanto, em todos os casos aqui apresentados houve essa administração. Para responder a esta questão criamos a categoria principal **C. Processo de Intervenção na Crise** que agrupa todos os registos da intervenção realizada durante o tempo que o participante permaneceu no serviço, inclusive intervenção por parte da equipa médica do festival. Assim, criou-se a subcategoria Intervenção Terapêutica Não-Farmacológica (C.3) que contem todas as unidades de registo acerca das estratégias não farmacológicas utilizadas, Intervenção Médica Farmacológica (C.2) que se subdivide em *Classe Fármaco Administrado* (C.2.1) e *Via Administração* (C.2.2) e, por último, a Intervenção do BMS durante o processo (C.1) que refere a intervenção realizada pela equipa médica do festival no serviço.

Posto isto, em relação aos fármacos compreendemos que os mais utilizados foram os *ansiolíticos* (C.2.1.2) (17,28), os *antipsicóticos* (C.2.1.6) (9,23) e os *hipnóticos* (C.2.1.8) (6,12), sendo as vias de administração mais socorridas a via *oral* (C.2.2.1) (18,25) e *intramuscular* (C.2.2.4) (5,12). O uso destes fármacos já era expectável na medida em que os ansiolíticos são eficazes na redução da ansiedade extrema e da agitação psicomotora, os antipsicóticos, por sua vez, são essenciais para a gestão de sintomas psicóticos, como alucinações e delírios e os hipnóticos são usados para induzir sedação ou sono em indivíduos que estão extremamente agitados ou que apresentam insônia induzida pelas substâncias (Bramness & Franck, 2014; Farré et al., 2021; Givon 2019; Green, 2019; Rezende et al., 2011).

Importa também referir que em 6 casos houve a necessidade de se administrar tanto ansiolíticos como antipsicóticos e num caso ansiolítico, antipsicótico e hipnótico. Quanto à intervenção do BMS, houve um caso em que houve a necessidade da injeção de um antipsicótico via intravenosa *dentro da KC* (C.1.1) (2,7) e dois casos *fora da KC, mas regressou* (C.1.2) (3,13) após recebido tratamento médico mais especializado. A nível da sintomatologia física e mental foram participantes que não apresentaram sintomatologia física grave, mas sim grandes alterações a nível do estado mental. O que estes dados podem sugerir é que existe a possibilidade de terem sido situações em que houve a emergência dos primeiros sintomas psicóticos e não apenas uma situação de crise mais desafiadora. Assim, como existem limitações no que toca à identificação segura e ao diagnóstico diferencial entre o que pode ser potencialmente emergência dos primeiros sintomas psicóticos e as crises psicadélicas, a referência dos casos para intervenção psiquiátrica pode contribuir para a diminuição deste risco.

Para além disto, relativamente às estratégias de intervenção terapêuticas não farmacológicas, constatou-se que as principais estratégias utilizadas foram *espaço para descansar* (C.3.5) (28,86), *falar sobre a experiência* (C.3.9) (18,35) e o fornecimento de *Água\_Chá\_Eletrólitos\_Comida* (C.3.18) (17,30). O facto destas três estratégias serem as mais utilizadas pode sugerir que a gestão de uma emergência médica não exige uma intervenção intensiva e complexa, mas que foque em cuidados básicos, na expressão de empatia e na criação de um espaço seguro, acolhedor e com baixa estimulação sensorial, como a redução de ruídos e luzes fortes de modo que a pessoa possa recuperar o seu equilíbrio emocional e consiga encarar a experiência como menos ameaçadora, promovendo um estado de calma e segurança (Rezende et al., 2011; Wittmann et al., 2019).

Seguidamente, apesar de não serem tão comuns também foram surgindo a *monitorização dos sinais vitais* (C.3.11) (8,12), *exercícios de respiração* (C.3.7) (7,11), *sensação e focalização do sentimento* (C.3.15) (7,10) e *restrição compassiva* (C.3.14) (6,12) (nos casos em que apresentavam maior agitação psicomotora). A utilização destas estratégias também é fundamental, pois asseguram a segurança física do participante e promovem o bem-estar emocional através do apoio psicológico direcionado.

Por último, também olhamos para a categoria **E. Saída do Serviço** categoria de segunda geração Formas de Saída (E.1), respetiva subcategoria *Reencaminhado* (E.1.1) e códigos de última geração, uma vez que, em alguns casos, devido à falta de resposta perante a intervenção e/ou uma condição médica não favorável houve a necessidade de prestação de serviços médicos

mais especializados, tendo concluído que houve a necessidade de reencaminhar nove participantes para o *BMS* (E.1.1.1) (9,20) e um para o *Hospital* (E.1.1.3) (1,4).

- **Quanto tempo dura uma crise médica?**

Neste ponto quisemos compreender quanto tempo leva para uma emergência médica ser gerida e o participante conseguir abandonar o serviço estabilizado. Desta forma, para responder a esta questão criamos a categoria **B. Duração da Crise** que diz respeito aos dados que indicam o dia e a hora da entrada e da saída do participante do serviço. Esta categoria é constituída por três subcategorias – Intervenção Curta (B.1) (18,19), Intervenção Moderada (B.3) (16,17) e Intervenção Longa (B.2) (2,2) – que se referem em intervalos de tempo à duração da resolução da crise. Assim, contrariamente ao esperado, entendemos que a maioria dos sujeitos apenas necessita de uma intervenção curta a moderada, ou seja, até 5 horas ou entre 5 a 24 horas, tendo havido apenas 2 casos em que necessitaram de uma intervenção longa e permaneceram no serviço mais de 24 horas.

Apesar de termos a expectativa que estes participantes que apresentam emergência médica fossem necessitar de uma intervenção mais longa estes dados podem ser positivos na medida em que permitem compreender que através de uma intervenção precoce é possível fazer uma gestão de risco eficaz para a resolução destes episódios de forma a que não se tornem episódios potencialmente traumáticos. A vivência destas emergências pode apresentar-se como bastante desafiadora de gerir para os indivíduos que por ela passam. Têm surgido algumas investigações sobre os impactos psicológicos que as crises médicas podem causar nas pessoas, tendo-se concluído que diversos indivíduos após uma situação de intoxicação e overdose apresentam sintomatologia que preenche critérios para o diagnóstico de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, incluindo perturbações do sono, ansiedade e *flashbacks* (Schneider et al., 2021). Para além disto, Carbonaro e colegas (2016) constataram que alguns utilizadores de psicadélicos após uma experiência desafiadora apresentava sintomas negativos após um ano, incluindo medo, ansiedade, depressão e paranoia. Até o momento, estas experiências não têm sido amplamente conceituadas como traumas psicológicos, o que pode levar à negligência de uma parte significativa dos danos causados por estas situações (Schneider et al., 2021).

Muitas vezes os participantes após a administração de fármacos apenas necessitam de um espaço com baixa estimulação onde se sintam seguros, possam descansar e falar sobre a experiência de forma a conseguir gerir a crise. Os fármacos são usados no sentido de estabilizar o participante e que este possa sentir a experiência como menos ameaçadora e diminuir o seu

impacto. Para além disto, estes dados também demonstram que o uso de fármacos durante uma crise, apesar de acordo com Grof (1977) ser uma prática que possa ser prejudicial por “congelar” a experiência numa fase negativa, o seu uso pode ser vantajoso na medida em que permite que haja uma maior gestão de riscos, pois permite salvaguardar a segurança da pessoa. Ou seja, permite compreender que o seu uso nestas situações ultrapassa claramente o potencial transformador da emergência psicadélica, mesmo que a sua administração seja suscetível de interromper o curso da crise (Carvalho et al., 2018).

Contudo, um dado relevante a apontar é que, em ambos os casos em que foi necessária uma intervenção longa foi igualmente necessária a intervenção do BMS, sendo que, estes casos não estão associados à prática do policonsumo, mas sim a sobredosagens de uma única substância, nomeadamente P30: “900 microgramas de LSD” e P8: “20 comprimidos de benzodiazepinas”. Estes dados reforçam os resultados encontrados na literatura que referem o perigo das sobredosagens e a sua associação com efeitos adversos (Palamar & Le, 2023).

Por último, relativamente às emergências médicas em que foi necessária uma intervenção curta em nove dos dezoito casos foi necessário o reencaminhamento para o BMS. Outro dado importante nestes indicadores, é que a maioria dos casos que exigiram esta transferência apresentaram sintomatologia física grave e moderadamente grave associada principalmente ao uso de depressores. Esta tendência sublinha não apenas a importância da articulação eficaz entre os diferentes serviços de saúde, mas também evidencia que estas situações configuram verdadeiras emergências médicas, predominantemente relacionadas com riscos físicos significativos.

- **Como é que pode ser avaliado o risco das emergências médicas? Quais as características dos casos que apresentam risco ligeiro, moderado ou severo na emergência médica associada ao uso de substâncias psicoativas?**

No decurso da análise dos dados empíricos emergiu a oportunidade de responder a uma questão de investigação adicional. Efetivamente, diferentes níveis de risco entre os participantes pareciam emergir das categorias descritas, o que permitiu contribuir não só para o aprofundamento do conhecimento sobre os casos já inerentemente de maior risco no contexto da emergência psicadélica como são os casos de emergência médica, como também descrever e compreender situações em que esse risco se apresenta em níveis de severidade variáveis dentro da situação de emergência médica. Assim, perseguimos o objetivo de rever os dados empíricos interrogando-os sobre essa diversidade na relação com o risco, produzindo uma

avaliação interpretativa sobre os indicadores conducentes a risco médico ligeiro, moderado ou severo.

Neste sentido, com um perfil de risco mais ligeiro temos os casos que apresentam sintomas leves ou temporários, como dor de cabeça, privação do sono, alguma ansiedade ou ligeira confusão mental e pequenas alterações fisiológicas como um ligeiro aumento ou diminuição da temperatura ou da frequência cardíaca, sem sinais de comprometimento grave da saúde física ou mental. A intervenção nestes cenários é frequentemente preventiva e de apoio psicológico, com o objetivo de estabilizar o participante e monitorizar a evolução dos sintomas. Para além disso, pode ser necessário o uso de medicamentos para aliviar os sintomas mais desconfortáveis, como analgésicos, antieméticos, hipnóticos e ansiolíticos em casos de privação do sono, cansaço ou para reduzir alguma tensão e promover um estado de maior tranquilidade.

Um perfil de risco moderado inclui situações em que há alteração do estado mental, físico e do estado fisiológico, mas ainda não existe uma ameaça imediata à integridade física ou mental. Nestes casos, os participantes podem experienciar níveis elevados de inquietação, sofrer algum ataque de pânico, apresentar alguma confusão mental ou distorções percetivas, mas sem manifestar comportamentos violentos ou autolesivos. Embora o participante não tenha perdido completamente o contacto com a realidade, pode estar temporariamente incapaz de discernir com clareza o que está a acontecer à sua volta, o que exige uma intervenção cuidadosa para evitar que a situação se agrave. Além disso, pode haver sinais de desconforto físico, como aumento da frequência cardíaca ou da pressão arterial, que, embora possam ser inquietantes, não colocam o participante em risco imediato. O acompanhamento médico nestes cenários é fundamental para monitorizar a evolução dos sintomas, proporcionando um ambiente seguro e controlado. A intervenção inclui maioritariamente a administração de ansiolíticos e apoio psicológico para ajudar a reduzir a intensidade dos sintomas e prevenir complicações mais graves.

Por último, os cenários que configuram risco elevado incluem situações em que os participantes já apresentam comportamentos violentos, agressivos ou autolesivos, uma grande agitação psicomotora, existe uma clara alteração do estado mental com um comprometimento da sua integridade, como delírios, alucinações, falta de *insight*, confusão mental e perda de contacto com a realidade que pode levar a um risco iminente para a saúde física ou psicológica do indivíduo. Além disso, inclui situações em que os participantes apresentam sintomas físicos graves que implicam um risco elevado para a sua segurança como insuficiência respiratória,

hipoxia, consciência deprimida ou perda de consciência. Nesta amostra, foi claro que o uso concomitante de múltiplas substâncias depressoras, a combinação de estimulantes com depressores, a interação entre psicadélicos, estimulantes e dissociativos, bem como a ingestão excessiva, configuram situações de elevado risco tanto físico como mental, pois foram as condições responsáveis pelos casos mais graves atendidos no serviço de emergência psicadélica e que necessitaram de uma maior intervenção por parte tanto da equipa do serviço como dos outros serviços médicos. O que também reforça a importância de uma intervenção integrada entre uma abordagem transpessoal e psiquiátrica nestes contextos para uma gestão eficaz dos riscos.

## PARTE IV – CONCLUSÕES

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

Quanto à população atendida no serviço de emergência, concluiu-se que a proporção entre homens e mulheres cis-género é similar. Essa distribuição é amplamente contrastante com o que ocorre noutros níveis de intervenção no fenómeno das drogas em que a distribuição de género tende a ser de 2 homens para 1 mulher cisgénero (Carvalho et al., 2018). Concluiu-se que um claro fator de risco elevado nas emergências médicas é o policonsumo pela sobrecarga no organismo, sendo que 70% dos participantes que se apresentou ao serviço referiu ter consumido mais do que uma SPA. A ingestão excessiva também se demonstrou como um indicador de risco elevado, pois foram os casos de emergência médica que mais sintomatologia física e mental grave apresentaram e desafios para a equipa do serviço de emergência.

Para além disto, a análise da amostra permitiu compreender que, apesar de ser um tipo de emergência que, por si só, apresenta vários riscos, é possível distinguir diferentes níveis de risco dentro deste contexto. Observou-se que, nos casos em que estão envolvidas substâncias depressoras (álcool, GHB e benzodiazepinas), a emergência tende a apresentar-se mais sob uma lógica de risco físico e, quando há a combinação de psicadélicos com substâncias estimulantes ou dissociativas (LSD, MDMA, Cocaína, Anfetaminas, Speed e Ketamina), os riscos são maioritariamente a nível mental, com uma prevalência mais acentuada de complicações psiquiátricas. Assim, os dados demonstram que a administração de fármacos, como os ansiolíticos, antipsicóticos e hipnóticos bem como o reencaminhamento para outros serviços médicos é essencial para a gestão de riscos. As outras estratégias de intervenção demonstram que um espaço com baixa estimulação, conforto e acolhimento reduz o impacto da experiência como ameaçadora e restabelecer o equilíbrio emocional. Quanto à duração da crise, apesar dos participantes em emergência médica estarem em risco de eventos perigosos devido à sintomatologia que apresentam, a investigação permitiu perceber que o seu curso médico é favorável, tendendo a sua estadia nos serviços de emergência psicológica a apresentar-se com uma duração curta a moderada.

Posto isto, nesta fase conclusiva importa ainda refletir sobre algumas das limitações que este estudo comporta. A primeira limitação que precisamos apontar tem a ver com a dificuldade em relacionar substâncias psicoativas específicas com os efeitos descritos a nível do risco físico

e do risco associado ao estado mental. As substâncias usadas de forma recreativa ou para uso pessoal, sendo adquiridas através de circuitos de distribuição e venda assentes numa lógica de mercado paralela, ilegal e não regulada, são suscetíveis de fenómenos de adulteração da sua composição química. Nestes ambientes e tipos de uso a falta de conhecimento sobre a composição das substâncias dificulta a avaliação precisa dos seus efeitos e riscos específicos, acabando os dados por refletir necessariamente a expectativa de uso dos participantes e não a substância em si. Para além disto, a quantidade de SPA consumida é outra dimensão em que os dados estão limitados, pois os participantes são incapazes, na esmagadora maioria dos casos, de reportar o seu uso a doses específicas. Assim, uma maneira possível de colmatar estas limitações seria incorporar em investigações futuras marcadores biológicos para o uso de SPA como as técnicas de análise de cabelo e/ou urina.

Outra limitação depara-se com a falta de informação relativamente ao *set* e o *setting* das experiências analisadas nos casos de crise médica. Na chegada aos serviços, estes participantes encontram-se profundamente alterados o que impossibilita a recolha de informação adicional sobre historial médico, ou seja, a pré-existência ou não de problemas psiquiátricos que possam agravar a crise bem como informação sobre o local e a companhia durante o despoletar da crise, ou outros dados cuja obtenção está dependente do autorrelato. Para abordar esta questão poderia ser pertinente recolher dados após o evento, ou seja, numa altura em que os participantes já não estivessem sob a influência de SPA realizar questionários online curtos e diretos que sejam fáceis de responder, focando em perguntas de escolha múltipla ou escalas tipo *Likert* que minimizem a complexidade e a carga cognitiva. Para além disto, seria importante a realização de um estudo onde fosse possível compreender o impacto psicológico que a vivência deste tipo de emergência pode originar nos participantes que por ela passaram.

Embora este estudo numa fase final tenha iniciado a exploração dos diferentes níveis de risco nas emergências médicas associadas ao uso de SPA, seria pertinente que futuras investigações pudessem aprofundar este tema de forma mais abrangente. Tal investigação contribuiria para o aprimoramento das práticas clínicas e para o desenvolvimento de protocolos de intervenção mais eficazes, de forma a gerir precocemente os riscos.

Posto isto, salienta-se a importância e a necessidade de compreender o agravamento das crises para que se possa intervir precocemente e preservar a segurança nos utilizadores (Carvalho et al., 2018), daí a contribuição deste estudo para o campo da emergência psicadélica

ao descrever a situação de crise médica dos participantes que se apresentaram ao serviço bem como das situações e fatores que possam ter contribuído para o seu agravamento.

## REFERÊNCIAS

- Boileau-Falardeau, M., Contreras, G., Gariépy, G., & Laprise, C. (2022). Patterns and motivations of polysubstance use: a rapid review of the qualitative evidence. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: research, policy and practice*, 42(2), 47–59. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01>
- Bramness, J. G., & Franck, J. (2014). Substance-Induced Psychotic Symptoms. *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*, 87-102. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-45375-5\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-642-45375-5_7)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brown, H. E., Kaneko, Y., & Donovan, A. L. (2019). Substance-Induced Psychosis and Co-occurring Psychotic Disorders. In, A. L. Donovan & S. A. Bird (Eds), *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient* (pp. 111-124). HumanaPress
- Calle, P., Sundahl, N., Maudens, K., Wille, S. M., Van Sassenbroeck, D., De Graeve, K., Gogaert, S., De Paepe, P., Devriese, D., Arno, G., & Blanckaert, P. (2018). Medical Emergencies Related to Ethanol and Illicit Drugs at an Annual, Noturnal, Indoor, Electronic Dance Music Event. *Prehospital and disaster medicine*, 33(1), 71–76. <https://doi.org/10.1017/S1049023X17007099>
- 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 (Oxford, England)*, 30(12), 1268–1278. <https://doi.org/10.1177/0269881116662634>

- Carvalho, M. C., de 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. V., Silva Macedo, I., Valente, H., Pinto, A. L. D. C., Martins, D., Lira, A. R., & Frango, P. (2018). Community-Based Full-Spectrum Harm Reduction Approaches when Caring for Psychoactive and Psychedelic related problems in a Transformational Festival. In *Advances in Psychedelic Medicine: State-of-the-Art Therapeutic Applications* (pp. 309-397). ABC-CLIO.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design Choosing Among Five Approaches* (2nd ed.). Sage Publications
- Di Trana, A., Berardinelli, D., Montanari, E., Berretta, P., Basile, G., Huestis, M. A., & Busardò, F. P. (2022). Molecular Insights and Clinical Outcomes of Drugs of Abuse Adulteration: New Trends and New Psychoactive Substances. *International journal of molecular sciences*, 23(23), 14619. <https://doi.org/10.3390/ijms232314619>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2006). *Annual report: the state of the drugs problem in Europe*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2006\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2006_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022). *Recreational settings and drugs: health and social responses*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/recreational-settings-and-drugs-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/recreational-settings-and-drugs-health-and-social-responses_en)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021). *Polydrug use: health and social responses*. [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses_en)

- Farré, M., Papaseit, E., Fonseca, F., & Torrens, M. (2021). Addiction of Hallucinations, Dissociatives, Designer Drugs and “Legal Highs”: Update on Potential Therapeutic Use. In Nady el-Guebaly, Giuseppe Carrà, Marc Galanter, Alexander M. Baldacchino (Eds.). *Textbook of Addiction Treatment* (2nd, pp. 259-279). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8>
- Fernández-Calderón, F., Cleland, C. M., & Palamar, J. J. (2018). Polysubstance use profiles among electronic dance music party attendees in New York City and their relation to use of new psychoactive substances. *Addictive behaviors*, 78, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.004>
- Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Frontiers in psychiatry*, 12, 694863. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.694863>
- FitzGibbon, K. M., Nable, J. V., Ayd, B., Lawner, B. J., Comer, A. C., Lichenstein, R., Levy, M. J., Seaman, K. G., & Bussey, I. (2017). Mass-Gathering Medical Care in Electronic Dance Music Festivals. *Prehospital and disaster medicine*, 32(5), 563–567. <https://doi.org/10.1017/S1049023X1700663X>
- Fox, J., Smith, A., Yale, A., Chow, C., Alaswad, E., Cushing, T., & Monte, A. A. (2018). Drugs of Abuse and Novel Psychoactive Substances at Outdoor Music Festivals in Colorado. *Substance use & misuse*, 53(7), 1203–1211. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1400067>
- Gashi, L., Sandberg, S., & Pedersen, W. (2021). Making "bad trips" good: How users of psychedelics narratively transform challenging trips into valuable experiences. *The International journal on drug policy*, 87, 102997. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102997>
- Givon, L. (2019). Substance/Medication-Induced Mood Disorders and Co-occurring Mood and Substance Use Disorders: Evaluation and Management in Emergency Department and

- Psychiatric Emergency Service Settings. In, A. L. Donovan & S. A. Bird (Eds), *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient* (pp. 95-110). HumanaPress
- Gomes, A. P. (2023). Estados Alterados de Consciência. In, I. C. Figueiredo, M. Corvacho & P. Mota (Eds.), *Psicadélicos em Saúde Mental* (1st ed., pp. 12-31). LIDEL.
- Green, A. S. (2019). Stimulant Use Disorders and Related Emergencies. In, A. L. Donovan & S. A. Bird (Eds), *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient* (pp. 51-68). HumanaPress
- Gresnigt, F. M., Ghaem Maghami, P., van Exter, P., Noordhoff, A., van Dijk, T., van Litsenburg, R., Holleman, F., Kramer, M. H., & Nanayakkara, P. W. (2022). Recreational Drug Use During the Amsterdam Dance Event: Impact on Emergency Services. *Substance abuse: research and treatment*, 16, 1-6. <https://doi.org/10.1177/11782218221114965>
- Grof, S. (1977). *LSD Psychotherapy*. Hunter House.
- Hartogsohn I. (2022). Modalities of the psychedelic experience: Microclimates of set and setting in hallucinogen research and culture. *Transcultural psychiatry*, 59(5), 579–591. <https://doi.org/10.1177/13634615221100385>
- Johansen, P. Ø., & Krebs, T. S. (2015). Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: a population study. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 29(3), 270–279. <https://doi.org/10.1177/0269881114568039>
- 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>

- Kopra, E. I., Ferris, J. A., Rucker, J. J., McClure, B., Young, A. H., Copeland, C. S., & Winstock, A. R. (2022). Adverse experiences resulting in emergency medical treatment seeking following the use of lysergic acid diethylamide (LSD). *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 36(8), 956–964. <https://doi.org/10.1177/02698811221099650>
- Kopra, E. I., Ferris, J. A., Winstock, A. R., Young, A. H., & Rucker, J. J. (2022). Adverse experiences resulting in emergency medical treatment seeking following the use of magic mushrooms. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 36(8), 965–973. <https://doi.org/10.1177/02698811221084063>
- Krul, J., & Girbes, A. R.J. (2011). Gamma-hydroxybutyrate: Experience of 9 years of gamma-hydroxybutyrate (GHB)-related incidents during rave parties in The Netherlands. *Clinical Toxicology*, 49(4), 311–315. <https://doi.org/10.3109/15563650.2011.576253>
- Krul, J., Blankers, M., & Girbes, A. R. (2011). Substance-related health problems during rave parties in The Netherlands (1997-2008). *PloS one*, 6(12), e29620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029620>
- Krul, J., Sanou, B., Swart, E. L., & Girbes, A. R. (2012). Medical care at mass gatherings: emergency medical services at large-scale rave events. *Prehospital and disaster medicine*, 27(1), 71–74. <https://doi.org/10.1017/S1049023X12000271>
- Lojszczyk, 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>
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & De Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 3-14.

- Martinotti, G., Cinosi, E., Santacroce, R., Papanti, D., Pasquini, A., Mancini, V., Corbo, M., Fiori, F., Sarchione, F., Marchetti, D., Verrocchio, M. C., Di Giannantonio, M., Torrens, M., Schifano, F., Morlan Coarasa, M. J., & Merino Del Villar, C. (2017). Substance-related psychopathology and aggressiveness in a nightlife holiday resort: Results from a pilot study in a psychiatric inpatient unit in Ibiza. *Human psychopharmacology*, 32(3), 10.1002/hup.2586. <https://doi.org/10.1002/hup.2586>
- Maxwell J. C. (2005). Party drugs: properties, prevalence, patterns, and problems. *Substance use & misuse*, 40(9-10), 1203–1240. <https://doi.org/10.1081/JA-200066736>
- Nisavi, M., & Lai-Becker, M. W., (2019). Management of Acute Substance Use Disorders: Hallucinogens and Associated Compounds. In, A. L. Donovan & S. A. Bird (Eds), *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient* (pp. 83-91). HumanaPress
- Oak, A., & Hanna, J. (2017). *The Manual of Psychedelic Support* (2nd ed). MAPS.
- 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., & Le, A. (2023). Prevalence of self-reported adverse effects associated with drug use among nightclub and festival attendees, 2019-2022. *Drug and alcohol dependence reports*, 7, 100149. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100149>
- Palamar, J. J., & Sönmez, İ. (2022). A qualitative investigation exploring why dance festivals are risky environments for drug use and potential adverse outcomes. *Harm reduction journal*, 19(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00598-5>

- Palamar, J. J., Fitzgerald, N. D., Keyes, K. M., & Cottler, L. B. (2021). Drug checking at dance festivals: A review with recommendations to increase generalizability of findings. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 29(3), 229–235. <https://doi.org/10.1037/pha0000452>
- Palmer, M., & Maynard, O. M. (2022). Are you tripping comfortably? Investigating the relationship between harm reduction and the psychedelic experience. *Harm reduction journal*, 19(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00662-0>
- Peacock, A., Bruno, R., Gisev, N., Degenhardt, L., Hall, W., Sedefov, R., White, J., Thomas, K. V., Farrell, M., & Griffiths, P. (2019). New psychoactive substances: challenges for drug surveillance, control, and public health responses. *Lancet (London, England)*, 394(10209), 1668–1684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32231-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32231-7)
- Piccioni, A., Cicchinelli, S., Saviano, L., Gilardi, E., Zanza, C., Brigida, M., Tullo, G., Volonnino, G., Covino, M., Franceschi, F., & La Russa, R. (2020). Risk Management in First Aid for Acute Drug Intoxication. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8021. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218021>
- Ponce, B. M. G., Díaz-Batanero, C., Vera, B. 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>
- Rehman, S., Vallamkonda, O., & Raut, N. B. (2018). Acute recreational drug toxicity: An update. *Indian Journal of Medical Specialities*, 9(3), 123-128, <https://doi.org/10.1016/j.injms.2018.04.002>
- Rezende, E. P., Araújo, M. R., & Laranjeira, R. (2011). Substâncias psicoativas: emergência psiquiátrica. In N., Botega (Ed.), *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral – Interconsula e emergência* (3rd ed., pp ). Artemed.

- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice A Guide for Social Science Students and Researchers* (1st ed.). Sage Retrieved.
- Rodríguez, E. O., Raga, J. M., Gómez, M. C., Gálvez, B. P., Ferragut, A. S., & Martínez, G. C. (2003). Complicaciones físicas del consumo de drogas recreativas. *Adicciones*, *15*(5), 207-216. <http://doi.org/10.20882/adicciones.462>
- Rousis, N., Bade, R., Romero-Sanchez, I., Mueller, J. F., Thomaidis, N. S., Thomas, K. V., & Gracia-Lor, E. (2023). Festivals following the easing of COVID-19 restrictions: Prevalence of new psychoactive substances and illicit drugs, *Environment International*, *178*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2023.108075>
- Schifano, F., Napoletano, F., Chiappini, S., Orsolini, L., Guirguis, A., Corkery, J. M., Bonaccorso, S., Ricciardi, A., Scherbaum N., & Vento, A. (2019). New Psychoactive Substances (NPS), Psychedelic Experiences and Dissociation: Clinical and Clinical Pharmacological Issues. *Current Addiction Reports*, *6*, 140–152. <https://doi.org/10.1007/s40429-019-00249-z>
- Schneider, K. E., Tomko, C., Nestadt, D. F., Silberzahn, B. E., White, R. H., & Sherman, S. G. (2021). Conceptualizing overdose trauma: The relationships between experiencing and witnessing overdoses with PTSD symptoms among street-recruited female sex workers in Baltimore, Maryland. *The International journal on drug policy*, *92*, 102859. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102859>
- The Drugs Wheel. (n.d.). *The drugs wheel*. The Drugs Wheel. <https://www.thedrugswheel.com/>
- Vaitl, D., Birbaumer, N., Gruzelier, J., Jamieson, G. A., Kotchoubey, B., Kübler, A., ... Weiss, T. (2005). *Psychobiology of Altered States of Consciousness*. *Psychological Bulletin*, *131*(1), 98–127.

Wittmann, C., Donovan, A. L., & Nisavic, M. (2019). Alcohol and Sedative Use Disorders and Related Emergencies. In, A. L. Donovan & S. A. Bird (Eds), *Substance Use and the Acute Psychiatric Patient* (pp. 27-50). HumanaPress

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. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 24(8), 615–623. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab026>

## Anexo A. Objetivos e Questões de Investigação

### *Objetivos e Questões de Investigação*

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Questões de Investigação	Indicadores
Caracterizar os participantes no serviço de emergência psicadélica.		Quais as características sociodemográficas das participantes no serviço de emergência psicadélica?	Idade (faixa etária percebida); país de origem; género
Caracterizar as crises médicas.	Caracterizar os usos de substâncias presentes nas situações de crise.	Qual o padrão de consumo de SPA que as pessoas que recorrem ao serviço de emergência psicadélica apresentam?	SPA; Família Farmacológica (Roda Drogas); Dose/quantidades por SPA
		Em que contexto, físico (onde), social (com quem) e temporal (há quanto), foram usadas as substâncias presentes nas situações de crise?	Há quanto tempo foi ingerida uma SPA (dia por SPA e data chegada no serviço); Local da Ingestão; Companhia no momento da ingestão por SPA
	Caracterizar o estado físico das pessoas em crise médica.	Quais os sinais vitais das pessoas que apresentam uma crise médica?	Temperatura; Tensão Arterial; Pulsação
	Descrever os sintomas físicos das pessoas em crise médica.	Quais os sintomas físicos das pessoas em crise médica?	Consciência deprimida/flutuante; Respiração <10 ou >20rpm;

---

		convulsão; palpitações/dor no peito; pele quente e vermelha; pele pálida e fria; vômitos repetitivos; Tensão muscular excessiva; Inquietação grave; Agressividade; Ansiedade grave; Ataque de pânico; Crise emocional/mental com duração superior à prevista
Caracterizar o estado mental das pessoas com crise médica.	Quais os sintomas de alteração do estado mental apresentados pelas pessoas em crise médica à chegada ao serviço?	Vigilância; Atitude; Comportamento; Humor; Processo de Pensamento; Conteúdo do Pensamento; Ideação suicida e homicida; Percepção; Orientação; Insight; Discurso; Memória/Concentração
Descrever as intervenções nas crises médicas.	Que estratégias de intervenção foram usadas nas crises médicas?	Intervenção Farmacológica (especificar); Intervenção Terapêutica Não-Farmacológica (especificar); outras estratégias de intervenção (especificar).

---

---

Caracterizar a duração das crises médicas.	Quanto tempo dura uma crise médica?	Horas de permanência no serviço (estimadas a partir da hora de chegada/saída do serviço).
---	--	---

---

## Anexo B. Caracterização Sociodemográfica Participantes

### Caracterização Sociodemográfica

Participante	Género	Idade	País de Origem
1	Feminino	Não atribuído	Austrália
2	Feminino	31-40	Alemanha
3	Masculino	20-30	Não atribuído
4	Feminino	41-50	Portugal
5	Feminino	Não atribuído	Bélgica
6	Feminino	20-30	Portugal
7	Masculino	31-40	Alemanha
8	Feminino	Não atribuído	Noruega
9	Masculino	Não atribuído	Austrália
10	Feminino	31-40	Portugal
11	Masculino	20-30	Austrália
12	Feminino	Não atribuído	Dinamarca
13	Feminino	Não atribuído	Brasil
14	Feminino	31-40	França
15	Masculino	20-30	Itália
16	Masculino	31-40	Espanha
17	Masculino	41-50	Reino Unido
18	Feminino	Não atribuído	Dinamarca
19	Feminino	20-30	Espanha
20	Masculino	Não atribuído	Israel
21	Masculino	Não atribuído	Portugal
22	Masculino	Não atribuído	Não atribuído
23	Masculino	Não atribuído	Espanha
24	Feminino	20-30	Portugal
25	Masculino	31-40	Israel
26	Masculino	20-30	Itália
27	Masculino	20-30	Alemanha
28	Masculino	Não atribuído	Israel

29	Masculino	20-30	França
30	Masculino	Não atribuído	Alemanha
31	Masculino	Não atribuído	Reino Unido
32	Feminino	Não atribuído	Portugal
33	Feminino	Não atribuído	Holanda
34	Feminino	Não atribuído	Portugal
35	Feminino	20-30	Holanda
36	Masculino	20-30	Austrália

## Anexo C. Protocolo Por Participante

### Protocolo Por Participante – Análise de Dados

#

#### Dados Demográficos

- Nome:
- País de Origem:
- Género:
- Idade:

#### Tipos de Crise:

- Crise Psicológica com SPA
- Crise Psicológica com SPA não intencional
- Crise Psicológica sem SPA
- Crise Psiquiátrica com SPA
- Crise Psiquiátrica sem SPA
- Outros tipos crise
- Crise Médica
  - Sumário do caso:

#### Uso de Substâncias:

- SPA utilizada(s) + família farmacológica:
- Dose/quantidades por SPA:
- Há quanto tempo foi ingerida:
- Local da ingestão:
- Companhia no momento da ingestão:

#### Sinais Vitais:

- Temperatura:
- Tensão Arterial:
- Pulsação:

Sintomas Físicos:

- Consciência deprimida/flutuante
- Respiração <10 ou >20rpm
- Convulsão
- Palpitações/dor no peito
- Pele quente e vermelha
- Pele pálida e fria
- Vômitos repetitivos
- Tensão muscular excessiva

Exame do Estado Mental:

(descrever)

Duração da Crise:

- Horas de permanência no serviço:

Estratégias de Intervenção:

- Intervenção Farmacológica (Especificar):
  - Data/Hora e Descrição da Intervenção feita:
- Intervenção Terapêutica não-farmacológica (Especificar):
  - Data/Hora e Descrição da Intervenção feita:
- Outras estratégias de intervenção (Especificar):
  - Data/Hora e Descrição da Intervenção feita:c

## Anexo D. Sistema de Categorias

### *Sistema de Categorias*

A. Chegada ao Serviço	Refere-se à forma como o participante chegou ao serviço tanto em termos do estado físico como estado mental.			
A.1 Sintomas Físicos	Sintomas físicos que o participante apresenta quando chega ao serviço da KC.			
A.1.1 Grave	Sintomas que apresentam risco imediato à saúde ou comprometem gravemente o funcionamento do organismo, exigindo intervenção médica urgente.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.1.1.1 Consciência Deprimida	O participante apresenta estar num estado de consciência diminuído acompanhado por uma sensação de desconexão com o ambiente ou com o próprio corpo.	<i>“Consciência deprimida/flutuante”</i>	4	4
A.1.1.2 Convulsão	O participante apresenta convulsões.	<i>“Convulsão”</i>	1	2
A.1.1.3 Dificuldade em Respirar	O participante apresenta dificuldade em respirar, tendo uma sensação de falta de ar.	<i>“tinha dificuldade em respirar.”</i> <i>“Obstrução das vias respiratórias”</i>	1	5
A.1.1.4 Hipoxia	O participante apresenta hipoxia, condição na qual não recebe oxigénio suficiente numa região do corpo para sustentar as funções normais.	<i>“Depois de ter sido avaliada e monitorizada, estava em hipoxia”</i>	1	2

A.1.1.5 Não Reativo	O participante não reage perante estímulos de dor ou outros estímulos.	<i>“não reativo a estímulos de dor”</i>	1	1
A.1.1.6 Perda da Consciência	Refere-se a um estado no qual o participante experiencia uma interrupção temporária e involuntária da consciência normal, incluindo desmaio.	<i>“Encontrado desmaiado” “foi encontrado desmaiado e não conseguia acordar.” “depois ficou inconsciente”</i>	3	9
A.1.1.7 Pupilas Mióticas	O participante apresenta as pupilas anormalmente contraídas, ou seja, menores do que o normal.	<i>“pupilas mióticas e não reativas”</i>	1	1
A.1.1.8 Respiração <10 bpm ou >20 bpm	O participante apresenta bradipneia (respiração lenta) ou taquipneia (respiração rápida).	<i>“Respiração &lt;10 ou &gt;20rpm”</i>	1	1
A.1.2 Menos Grave	Sintomas leves a moderados que não apresentam risco imediato à saúde, sendo geralmente transitórios. Para além disso, embora desconfortáveis, não necessitam de intervenção médica urgente e tendem a resolver-se sem complicações.			
A.1.2.1 Calafrios	O participante apresenta uma sensação de frio que ocorre geralmente em conjunto com tremores.	<i>“ficou com muito frio depois de um mergulho.” “Apresentou-se ao kosmicare a tremer”</i>	1	2
A.1.2.2 Dor de Cabeça	O participante apresenta dores de cabeça.	<i>“estava com dor de cabeça.”</i>	3	6

			<i>“estava apenas com sintomas físicos (dor de cabeça e enjoos, dos cogumelos)”</i>		
A.1.2.3 Dores Musculares	O participante apresenta dores musculares.	apresenta dores	<i>“voltou para passar a noite com dores musculares.”</i>	1	2
A.1.2.4 Náuseas	O participante apresenta náuseas e sensação de enjoo.	apresenta náuseas e	<i>“Sente-se nauseado - não consegue beber água” “Veio queixar-se de náuseas.” “chegou ao serviço com sensação de enjoos”</i>	3	7
A.1.2.5 Privação do Sono	O participante tem dificuldade em dormir ou não dorme há muito tempo.	tem dificuldade em dormir	<i>“Não conseguia dormir” “já não dormia há um dia” “insónia depois de consumir LSD.”</i>	3	5
A.1.3 Moderadamente Grave	Sintomas que causam desconforto significativo e comprometem temporariamente a estabilidade fisiológica, mas sem risco imediato de vida.				
A.1.3.1 Inquietação Grave	O participante apresenta uma inquietação grave que afeta significativamente o bem-estar emocional.	apresenta uma inquietação	<i>“Inquietação grave”</i>	4	5
A.1.3.2 Ataque de Pânico	O participante experiencia um ataque de pânico - episódio repentino e intenso de medo ou desconforto extremo.	experiencia um ataque de pânico - episódio repentino e intenso de	<i>“Ataque de pânico” “ataque de pânico”</i>	2	2

A.1.3.3 Dor no peito	O participante manifesta uma sensação de aperto ou sensação de dor no peito.	<i>“Veio para cá por causa de dores no peito e no ombro” “com dores no peito devido à influência da substância”</i>	2	4
A.2 Estado Mental	Exame do estado mental do participante quando chega ao serviço da KC. As descrições propostas tem por base o exame psiquiátrico do estado mental descrito por Trzepacz & Baker (2001).			
A.2.1 Com alteração	Refere-se a todos os domínios do exame do estado mental em que existe uma alteração no estado.			
A.2.1.1 Afeto	O afeto refere-se à avaliação feita através da observação do estado emocional do participante através das manifestações exteriores do seu estado interno.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.1.1 Choroso	O participante apresenta uma tendência persistente a chorar ou a demonstrar emoções tristes.	<i>“com choro fácil” “choroso (afeto);”</i>	4	6
A.2.1.1.2 Deprimido	Refere-se à observação da permanência de emoções negativas através de expressões faciais, postura corporal ou forma como se expressa que sugerem que está deprimido ou que tem uma forma intensa de tristeza.	<i>“depressivo (afeto)” “estava-se a sentir sobrecarregada e triste.”</i>	3	4

A.2.1.1.3 Embotado	O participante encontra-se num estado em que as emoções externas estão presentes, mas muito diminuídas de intensidade.	<i>“com capacidade diminuída de demonstrar emoções”</i>	1	1
A.2.1.1.4 Lábil	O participante apresenta variações abruptas e intensas da expressão emocional.	<i>“com labilidade afetiva”</i> <i>“lábil”</i>	5	5
A.2.1.2 Atitude	A atitude é avaliada através da relação que o participante estabelece com o sitter e da sua reação à interação.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.2.1 Ausente	O participante apresenta estar desconectado ou desinteressado no contexto e nas interações sociais.	<i>“sem atitude (ausente)”</i> <i>“com ausência de atitude”</i>	3	4
A.2.1.2.2 Desconfiado	O participante demonstra suspeita ou desconfiança em relação a outras pessoas ou situações.	<i>“com atitude de suspeita”</i> <i>“numa atitude de suspeita e um comportamento de observação”</i>	4	5
A.2.1.2.3 Hostil	O participante demonstra agressividade, antagonismo ou resistência perante as outras pessoas e situações.	<i>“numa atitude hostil”</i>	2	2
A.2.1.2.4 Não Cooperativo	O participante demonstra resistência, relutância ou recusa em colaborar com a equipa da KC.	<i>“numa atitude não colaborativa”</i> <i>“não quis dizer o seu nome nem de onde era”</i>	5	6

A.2.1.3 Comportamento Psicomotor		Refere-se a vários aspetos do comportamento motor que resultam do estado mental e emocional do participante.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências	
A.2.1.3.1 Psicomotora	Agitação O participante apresenta inquietação física e emocional onde demonstra movimentos excessivos e dificuldade em permanecer calmo ou concentrado.	<i>“No início estava muito agitada”</i> <i>“Estava inquieta e precisava de se mexer”</i> <i>“agitação física (severa).”</i> <i>“muito agitado, aos gritos,”</i> <i>“Estava a dar pontapés com os pés e a agitar as mãos,”</i>	14	39	
A.2.1.3.2	Agressividade Refere-se a atitudes caracterizadas por hostilidade, raiva, dirigidas ou não a terceiros com ou sem intenção de causar dano físico ou emocional a outras pessoas. Nesta codificação não é possível distinguir entre agressividade e violência.	<i>“Agressividade”</i> <i>“um comportamento agressivo”</i>	3	4	
A.2.1.3.3	Comportamento Lentificado O participante apresenta uma redução significativa na velocidade e na quantidade de movimentos físicos.	<i>“comportamento lento”</i> <i>“comportamento lentificado”</i>	5	5	

A.2.1.3.4	Tiques	O participante apresenta movimentos anormais, súbitos, repetitivos e geralmente involuntários.	<i>“Estava com movimentos involuntários dos membros superiores,” “com movimentos repetitivos e involuntários das mãos”</i>	2	4
A.2.1.3.5	Tremores	O participante apresenta movimentos rápidos e alternados das extremidades corporais que ocorrem quando o corpo está em repouso ou em determinada posição.	<i>“com tremores (comportamento)”</i>	1	1
Código		Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.4	Distraído	O participante não é capaz de manter a atenção focada num período de tempo, estando distraído/desatento.	<i>“distraído e desatento”</i>	2	2
A.2.1.5	Conteúdo do Pensamento	Refere-se à identificação de ideias normais ou anormais e preocupações do participante para melhor compreender os seus pensamentos.			
Código		Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.5.1	Delírios	O participante apresenta crenças fixas e falsas que são mantidas firmemente,	<i>“Sente-se incomodada com o facto de as pessoas estarem a falar sobre o seu comportamento estranho.”</i>	10	10

	mesmo quando há evidências claras ou lógicas de que não são verdadeiras.	<p><i>“Os rumores espalham-se, segundo ela, durante todo o festival.”</i></p> <p><i>“tem a impressão de que as pessoas estão a falar dela, a dizer coisas más sobre ela (delírio de percepção”</i></p> <p><i>“Continua aos berros “ajudem-me eu vou morrer””</i></p> <p><i>“delirante (religioso) com delírios (conteúdo do pensamento)”</i></p> <p><i>“Paranoico, acredita que vai para a prisão, mas não quer dizer porquê.”</i></p>			
A.2.1.5.2	Ideação Paranóide	O participante apresenta desconfiança e reticência irracionais relativamente ao ambiente e às pessoas.	<p><i>“estava com paranoia”</i></p> <p><i>“dificuldades de confiar”</i></p>	4	9
A.2.1.5.3	Obsessões	O participante apresenta pensamentos consistentes, intrusivos, persistentes, indesejados, que se intrometem na consciência apesar dos esforços para os suprimir.	<p><i>“Estava com muito medo de nunca mais voltar ao normal.”</i></p> <p><i>“Tem medo de parecer que está “maluca”.”</i></p>	2	6

A.2.1.5.4	Preocupação	O participante apresenta preocupação relativamente ao seu estado.	<i>“uma terapeuta por psicadélicos e o facto de estar preocupada preocupou-a.”</i>	1	1
A.2.1.5.5	Ruminação	O participante apresenta um pensamento repetitivo e intrusivo sobre eventos stressantes ou experiências negativas do passado.	<i>“repetindo o mesmo pensamento vezes sem conta”</i> <i>“com loops (conteúdo de pensamento)”</i>	3	4
A.2.1.6	Discurso	O discurso refere-se ao modo como o utente expressa os seus pensamentos através da fala.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências	
A.2.1.6.1	Anomia	A participante dificuldade em encontrar palavras para rotular pessoas ou objetos.	<i>“quanto ao discurso apresenta algumas dificuldades em encontrar a palavra para falar em bom tom/volume/etc”</i>	2	2
A.2.1.6.2	Desorganizado	Refere-se a um discurso incoerente, ilógico ou difícil de seguimento.	<i>“O discurso está um bocado desorganizado”</i>	1	1
A.2.1.6.3	Mutismo	O participante apresenta ausência de comunicação verbal.	<i>“apresentação de mutismo (discurso)”</i> <i>“sem discurso”</i>	3	5
A.2.1.6.4	Ritmo Acelerado	O participante fala rapidamente e com pouca pausa entre as frases ou pensamentos.	<i>“com discurso acelerado”</i>	4	4

A.2.1.6.5 Ritmo Lento	O participante fala mais devagar do que o normal com pausas frequentes entre as frases ou pensamentos.	<i>“discurso lentificado”</i> <i>“um discurso entorpecido”</i>	7	7
A.2.1.7 Humor	O humor refere-se ao sentimento ou estado emocional predominante do participante que influencia a sua percepção do mundo e o comportamento.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.7.1 Ansioso	O participante apresenta um estado emocional tenso, apreensivo e alerta.	<i>“ansiosa e assustada”</i> <i>“com humor ansioso”</i> <i>“Estava muito ansiosa depois de ter tomado LSD”</i>	15	27
A.2.1.7.2 Deprimido	O participante apresenta um estado emocional consistente com tristeza e disforia.	<i>“humor deprimido”</i> <i>“depressivo”</i>	2	2
A.2.1.7.3 Elevado_Eufórico	O participante apresenta um estado emocional elevado e excessivamente feliz.	<i>“um humor eufórico”</i>	5	5
A.2.1.7.4 Irritável	O participante apresenta um estado emocional caracterizado por uma tendência aumentada para reagir com irritação ou raiva ou impaciência perante	<i>“humor irritável”</i> <i>“com um humor irritável”</i>	7	7

situações que normalmente não causariam uma resposta tão intensa.

A.2.1.8 Insight Refere-se à capacidade do participante para compreender e perceber a própria situação, comportamentos, pensamentos e emoções.

Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
--------	-----------	--------------------	------------------	-------------------

A.2.1.8.1 Podre	O participante não é capaz de reconhecer e compreender a sua própria condição.	<i>“Insight pobre” “com fraco insight”</i>	8	9
-----------------	--	--	---	---

A.2.1.8.2 Razoável	A capacidade do participante para reconhecer e compreender a sua própria condição está comprometida.	<i>“coloca a possibilidade de o sintoma estar relacionado com drogas” “Com insigh razoável.”</i>	7	7
--------------------	--	--	---	---

Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
--------	-----------	--------------------	------------------	-------------------

A.2.1.9 Memória Comprometida	O participante apresenta dificuldades significativas na capacidade de armazenar, reter e recuperar informações.	<i>“memória comprometida – não se lembra do que fez hoje.” “memória comprometida, não sabe como foi parar à KC”</i>	4	4
------------------------------	---	---	---	---

Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
--------	-----------	--------------------	------------------	-------------------

A.2.1.10 Desorientado	O participante apresenta dificuldade em reconhecer e compreender corretamente o	<i>“desorientada (altura do dia)” “confusa porque está na KC”</i>	6	8
-----------------------	---	---	---	---

	seu ambiente, o tempo, a sua identidade ou as pessoas ao seu redor.	<i>“Está um pouco perdido depois da experiência”</i>			
A.2.1.11	Percepção	A percepção refere-se ao processo pelo qual o participante organiza e interpreta as informações sensoriais provenientes do ambiente ao seu redor.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências	
A.2.1.11.1	Alucinações	Alteração da percepção que ocorre como um pensamento interno, na ausência de estimulação sensorial externa.	<i>“ainda estava a alucinar um pouco”</i>	1	1
A.2.1.11.2	Distorções Auditivas	O participante manifesta alterações na percepção dos sons que podem ser percebidos de maneira distorcida, alterada ou anômala.	<i>“Está perturbada por ouvir vozes” “Tem vozes que dizem coisas más sobre ele, que o incomodam, e quer que elas parem.”</i>	2	5
A.2.1.11.3	Distorções Visuais	O participante apresenta dificuldades na interpretação das informações sensoriais relacionadas com a visão.	<i>“visuais (a ver abelhas)” “com distorções visuais - cores elevadas, fragmentos em movimento”</i>	3	3
A.2.1.11.4	Percepção de Estímulos Intensificada	O participante manifesta uma percepção de estímulos comuns de maneira extraordinária e intensificada.	<i>“mudanças sensoriais de percepção – descreve a água como “incrível””</i>	1	1
A.2.1.12	Processo de Pensamento	Maneira pela qual o participante elabora, organiza e articula os seus pensamentos.			

Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.12.1 Acelerado	Refere-se a um padrão de pensamento caracterizado por uma velocidade aumentada na geração e na conexão de ideias.	“ <i>com o processo de pensamento acelerado</i> ” “ <i>fuga de ideias;</i> ”	6	7
A.2.1.12.2 Desorganizado	O participante demonstra uma falta de estrutura lógica, coerência ou linearidade nos pensamentos.	“ <i>processo de pensamento desorganizado</i> ” “ <i>dificuldades de confiar e organizar o seu discurso</i> ”	10	12
A.2.1.12.3 Retardado	O participante apresenta lentidão na elaboração dos pensamentos e na sua expressão verbal.	“ <i>processo de pensamento retardado</i> ”	1	1
A.2.1.13 Vigilância	Capacidade do participante para estar alerta e atento ao ambiente ao redor e detetar e responder a estímulos relevantes.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.1.13.1 Hipervigilante	O participante encontra-se num estado de alerta extremamente elevado, onde a sua percepção e sensibilidade aos estímulos ao redor estão intensificados.	“ <i>estado de hiper vigilância</i> ” “ <i>estado de grande vigília</i> ”	7	8

A.2.1.13.2 Sonolento	O participante apresenta um nível reduzido de alerta e atenção.	“estado sonolento (vigilância)”	7	8
A.2.2 Sem alteração	Refere-se a todos os domínios do exame do estado mental em que não existe uma alteração no estado.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
A.2.2.1 Afeto Reativo e Congruente com o Humor	O participante demonstra reações emocionais congruentes com os estímulos internos e externos.	“reativo e congruente com o humor (afeto)” “com afeto reativo e congruente com o humor”	14	14
A.2.2.2 Atitude Calmo e Cooperativo	O participante apresenta-se tranquilo, sereno e disposto a colaborar com a equipa da KC.	“com atitude cooperativa” “calmo e cooperativo (atitude)”	22	26
A.2.2.3 Discurso – Ritmo Normal	O participante apresenta um ritmo normal durante o discurso.	“discurso normal”	15	15
A.2.2.4 Humor Eutímico	O participante apresenta um humor normativo apresentando-se calmo, com expressão emocional consistente e confortável.	“humor eutímico”	10	11
A.2.2.5 Insight Bom	O participante é capaz de reconhecer e compreender a sua própria condição.	“com bom insight” “mas muito consciente do seu estado”	11	12

A.2.2.6	Memória Curto e Longo Prazo Intacta	O participante apresenta capacidade eficaz e funcional de armazenar, reter e recuperar informações tanto no curto quanto no longo prazo.	<i>“memória a curto e longo prazo intacta (memória)”</i>	7	7
A.2.2.7	Orientado no tempo, espaço e para si próprio	O participante tem uma compreensão clara e precisa da sua localização atual (espaço), do momento atual (tempo) e da sua própria identidade (pessoal).	<i>“orientada no tempo, espaço e self;” “pessoa orientada, orientada no tempo, espaço e para si próprio”</i>	17	19
A.2.2.8	Processo de Pensamento – Orientado para objetivos e lógico	O participante apresenta uma forma de pensar estruturada, sistemática e direcionada de forma consciente e racional.	<i>“orientado para objetivos e lógico (processo de pensamento)”</i>	12	13
A.2.2.9	Sem Ideação Suicida ou Homicida	O participante não demonstra pensamentos, planos ou desejos persistentes de autolesão ou suicídio ou de causar dano ou morte a outra pessoa.	<i>“sem ideação suicida ou homicida” “sem ideação suicida ou homicida (conteúdo de pensamento)”</i>	24	24
A.2.2.10	Sem movimentos anormais ou alterações psicomotoras	O participante não apresenta movimentos ou alterações psicomotoras.	<i>“sem movimentos incomuns ou mudanças psicomotoras (comportamento)” “sem alterações no comportamento”</i>	14	14

A.2.2.11 Sem perturbação da percepção	O participante não manifesta alterações significativas ou anômalas na forma como percebe ou interpreta o seu meio ambiente.	<i>“sem alteração da percepção”</i>	3	3
A.2.2.12 Vígil	O participante é capaz de estar acordado, alerta e consciente do ambiente ao seu redor.	<i>“estado de vigília (vigilância)”</i> <i>“Mindfull e vigilante”</i>	21	21
B. Duração da Crise	Tempo que demora a resolução da crise.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
B.1 Intervenção Curta	A crise resolve-se em até 5 horas.	<i>“ficou no serviço cerca de 4 horas e 10 minutos no dia 21/07.”</i> <i>“Permaneceu no serviço cerca de 3 horas e meia no dia 23/07”</i> <i>“tendo permanecido no serviço cerca de 27 minutos.”</i>	18	19
B.2 Intervenção Longa	A resolução da crise demora mais do que 24 horas.	<i>“tendo permanecido no serviço cerca de 27 horas e 35 minutos.”</i> <i>“tendo permanecido no serviço 34 horas e 50 minutos.”</i>	2	2
B.3 Intervenção Moderada	A resolução da crise demora entre 5 horas até 24 horas.	<i>“tendo permanecido no serviço 18 horas e 30 minutos.”</i>	16	17

*“tendo permanecido no serviço 7 horas.”*

C. Processo de Intervenção	Diz respeito a todo o processo de intervenção que o participante recebeu durante o tempo que permaneceu no serviço da KC, incluindo intervenção de outros serviços médicos.					
C.1 Intervenção BMS	O participante durante o processo de intervenção necessita de intervenção por parte do BMS.					
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº	de	Nº	de
			Documentos		Referências	
C.1.1 Dentro da KC	O participante recebe intervenção do BMS dentro do espaço da KC.	<i>“Acordado pela BMS a pressionar o peito”</i> <i>“A BMS chegou e conseguiu acordá-lo”</i>	2		7	
C.1.2 Fora da KC, mas com regresso	Houve necessidade do participante ser reencaminhado para o BMS para uma intervenção mais especializada, mas após essa intervenção regressou para a KC.	<i>“foi transferida para o BMS. Depois disso, regressou para a Kosmicare”</i> <i>“17:00 – foi para o BMS e 18:10 – voltou para o serviço da KC”</i>	3		13	
C.2 Intervenção Médica	Refere-se à necessidade de intervenção farmacológica com a administração de psicofármacos.					
C.2.1 Classe Fármaco Administrado	Refere-se à categoria de medicamentos administrados com base na forma como atuam no corpo e seus mecanismos de ação.					
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº	de	Nº	de
			Documentos		Referências	
C.2.1.1 Analgésico	O participante necessita de receber medicação destinada a aliviar a dor.	<i>“foi lhe dado paracetamol (500mg)”</i>	3		6	

C.2.1.2 Ansiolítico	O participante recebe medicação destinada a reduzir a ansiedade, tensão e promover o relaxamento.	“Administração de Lorazepam (2,5mg)” “Diazepam (10 mg)”	17	28
C.2.1.3 Antagonistas de Recetores Benzodiazepínicos	O participante recebe medicação destinada para bloquear ou inibir a ação das benzodiazepinas no SNC, revertendo os efeitos sedativos das benzodiazepinas.	“Administração de Flumazenil”	1	2
C.2.1.4 Antiemético	O participante recebe medicação destinada a prevenir e tratar náuseas e vômitos.	“Dimenidrinato (50 mg)” “Metaginger”	4	5
C.2.1.5 Antihistamínico	O participante recebe medicação destinada a bloquear os efeitos da histamina, uma substância química no corpo que é libertada durante reações alérgicas, possuindo, igualmente, propriedades sedativas.	“Prometazina (50 mg)”	1	1
C.2.1.6 Antipsicótico	O participante recebe medicação destinada a ajudar a controlar sintomas como alucinações, delírios, agitação e pensamentos desorganizados.	“Administração olanzapina (10 mg)”	9	23
C.2.1.7 Asma	O participante recebe medicação para a asma.	“Apliquei a medicação da asma que tinha na sua bolsa.”	1	1

C.2.1.8 Hipnótico	O participante recebe medicação destinada a induzir o sono ou promover o sono.	“Administração Zolpidem (10 mg)”	6	12
C.2.2 Via Administração	Refere-se à via de administração pelo qual foi administrado o medicamento.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
C.2.2.1 Oral	O participante recebe medicação por via oral.	“Oral”	18	25
C.2.2.2 Intravenoso	O participante recebe medicação por via intravenosa.	“injetaram midazolam”	1	2
C.2.2.3 Intranasal	O participante recebe medicação por via intranasal.	“intranasal”	2	3
C.2.2.4 Intramuscular	O participante recebe medicação intramuscular.	“administrada medicação IM”	5	12
C.3 Intervenção Terapêutica Não-Farmacológica	Esta categoria diz respeito a todas as unidades de registo que descrevem estratégias de intervenção terapêutica realizadas pelos <i>sitters</i> , sem recurso a estratégias de intervenção farmacológica.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
C.3.1 Ajustes na Posição	O participante necessita de ajustes na posição enquanto dorme para prevenir possíveis complicações ou lesões.	“Ajustávamos a sua cabeça para evitar o rressonar” “dormir com ajustes intermitentes da cabeça para parar de rressonar.”	3	6

C.3.2 Apoio Psicológico	Durante a intervenção é fornecido apoio psicológico ao participante, validando a sua experiência, sentimentos e estabelecendo uma relação de confiança.	<i>“com uma relação de confiança estabelecida, conseguiu acalmar e adormecer.”</i> <i>“foi apoiada no seu desafio emocional/sentimento de vergonha”</i>	5	7
C.3.3 Banho		<i>“a pedir um duche quente”</i>	1	3
C.3.4 Cobertores_Roupa	É fornecido ou o participante pede mais cobertores ou para trocar de roupa.	<i>“Dei-lhe cobertores e tentei aquecê-la.”</i> <i>“quer um cobertor extra”</i>	3	4
C.3.5 Espaço para Descansar	Durante o tempo no KC o participante pede um espaço para descansar ou encontra-se a descansar.	<i>“convidámo-la a ficar na KC para descansar”</i> <i>“Ajudei a encontrar espaço para descansar”</i>	28	86
C.3.6 Espaço Seguro	Durante a intervenção o participante necessita de estar num espaço em que se sintia seguro.	<i>“Ela disse que estava com medo, tentei dar-lhe conforto.”</i> <i>“quer um sítio seguro para ficar”</i>	5	6
C.3.7 Exercícios de Respiração	Durante a intervenção são realizados exercícios de respiração para promover o relaxamento e reduzir o stress.	<i>“expliquei-lhe como relaxar o corpo através de exercícios de respiração”</i> <i>“Ele não fala bem inglês, por isso respirámos juntos”</i>	7	11
C.3.8 Experiência Somática	Durante a intervenção são realizados exercícios que promovam uma maior	<i>“Disponibilização de um leitor de MP3”</i>	3	3

	consciência das sensações corporais, podendo melhor a capacidade de lidar com desafios emocionais e promover um maior equilíbrio emocional e físico.	<i>“Coloquei um pano molhado na cabeça para refrescá-la.”</i>		
C.3.9 Falar sobre a Experiência	Durante a intervenção, o participante necessita de falar sobre aquilo que sente e pensa.	<i>“Falei com amigos e com ela sobre a sua angústia” “eu expliquei razões para ela se estar a sentir assim” “quis falar um pouco sobre a experiência”</i>	18	35
C.3.10 Isolamento	Durante a intervenção, o participante necessita de ficar num espaço mais isolado.	<i>“transportado para um espaço vazio”</i>	3	3
C.3.11 Monitorização dos Sinais Vitais	Durante a intervenção, o participante necessita de ter monitorização dos sinais vitais.	<i>“Acordamo-lo para verificar os sinais vitais.”</i>	8	12
C.3.12 Necessidade de manter o participante acordado	Durante a intervenção, o participante não pode adormecer devido a possíveis complicações, havendo necessidade de mantê-lo acordado.	<i>“estar a ser mantido acordado,” “Mantivemo-lo acordado – por não estar a reagir.”</i>	1	7

C.3.13	Recurso ao Humor		Durante a intervenção, o <i>sitter</i> recorre ao uso do humor.	<i>“O humor também teve impacto, fazê-la rir estava a funcionar bem”</i>	1	1
C.3.14	Restrição Compassiva		O participante necessitou de ser contido de forma segura e eficaz, tendo sinto sempre mantido um senso de empatia e cuidado pelo indivíduo envolvido.	<i>“foi contido fisicamente pelos peacekeepers”</i> <i>“Foi imobilizado por seguranças.”</i> <i>“precisou de contenção física com 8 pessoas”</i>	6	12
C.3.15	Sensação e Focalização do Sentimento		Durante a intervenção, o participante necessita e/ou recebe compreensão pelas emoções e sensações físicas experienciadas.	<i>“Confirmo a ... que a experiência dela deve ser esgotante.”</i> <i>“Dei espaço para expressar o que estava a sentir e a pensar.”</i> <i>“Tentei normalizar o estado psicológico dela”</i>	7	10
C.3.16	Trabalho Terapêutico e Toque	Corporal	O participante necessita e/ou recebe toque físico para promover o bem-estar emocional e físico.	<i>“O toque na minha mão fez algum efeito”</i> <i>“Pedi que a abraçasse”</i> <i>“demos as mãos a pedido dele e deitámo-nos juntos”</i>	3	7
C.3.17	Técnicas de Grounding		Durante a intervenção, são realizados exercícios que ajudem os participantes a conectarem-se com o momento presente,	<i>“Aplicar um toque de terra e dar as mãos”</i> <i>“técnicas de grounding”</i>	3	3

	com o seu corpo físico e ambiente ao seu redor.		
C.3.18	Durante a intervenção, o participante recebe água, chá, sumos, eletrólitos e/ou comida.	<i>“pediu para beber água”</i> <i>“dei-lhe chá quente e cereais”</i>	17 30
D. Substâncias Psicoativas	Refere-se a todas as dinâmicas relacionadas ao consumo de SPA referidas pelos participantes que se apresentam ao serviço com crise médica.		
D.1 Tipo de substâncias	Todas as referências relativas às substâncias consumidas pelos participantes da intervenção em crise que tiveram uma emergência médica associada. Aqui incluem-se várias famílias farmacológicas, tomando por referência a roda das drogas.		
D.1.1 Cannabinoides	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	Unidade de Registo	Nº de Documentos Nº de Referências
D.1.1.1 Cannábis		<i>“cannabis (cannabinoides)”</i>	7 7
D.1.1.2 Spacecake		<i>“space cakes”</i>	1 1
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos Nº de Referências
D.1.2 Dissociativo – Ketamina	Substâncias que provocam euforia, sensação de flutuação e ausência de dor, dormência, sensação de estar num	<i>“ketamina (dissociativo)”</i> <i>“Tomou ketamina”</i>	13 21

“buraco”, alucinações visuais e auditivas, desconexão, inconsciência, medo.

Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
D.1.3 Empatogéneo – MDMA	Substâncias que provocam aumento do sentimento de pertença, conexão, síndrome serotoninérgico, calor, excitação sexual, disfunção erétil, transpiração, hipertermia, overdose, desidratação.	“MDMA ( <i>empatogéneo</i> )”	10	20
D.1.4 Neurodepressores	Substâncias que provocam relaxamento, aumento da confiança, correr riscos, coma, inconsciência, comportamentos desinibidos, morte, euforia, perdas de memória, sonolência, vômitos, agressividade.			
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
D.1.4.1 Benzodiazepinas		“ <i>benzodiazepinas (Xanax)</i> ”	1	3
D.1.4.2 GHB		“ <i>diz ter tomado GHB</i> ”	6	13
D.1.4.3 Álcool		“ <i>álcool (depressor)</i> ”	7	9
D.1.5 NSP				
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências
D.1.5.1 3-MMC		“ <i>3-MMC (estimulante)</i> ”	1	1
D.1.5.2 4-MMC		“ <i>4-MMC (estimulante)</i> ”	1	1

D.1.6 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	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências	
D.1.6.1 2CB		“2CB (psicadélico)”	1	1	
D.1.6.2 LSD		“LSD (psicadélico)”	20	36	
D.1.6.3 Psilocibina		“Psilocibina/ cogumelos (psicadélico)”	4	13	
D.1.7 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	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências	
D.1.7.1 Cocaína		“Cocaína (estimulante)”	9	14	
D.1.7.2 Speed		“Tinha consumido speed”	4	6	
D.2 Contexto da Ingestão	Refere-se as unidades de registo que mencionam as circunstâncias em que ocorreu o consumo de substâncias.				
Código	Descrição	Unidade de Registo	Nº de Documentos	Nº de Referências	
D.2.1 Espacial	Indica os locais onde o participante consumiu SPA.	“GHB – dance temple”	2	2	
D.2.2 Relacional	Indica com quem o participante estava na altura do consumo da(s) substância(s).	“com amigos e companheiro” “GHB – com amigos”	8	9	



D.3.3 Primeira Experiência	Refere-se às unidades de registo em que é referido a primeira vez a consumir a substância.	<i>“aparenta ter sido a sua primeira experiência”</i>	1	2
D.3.4 Quantidade	Perceção do utente face à quantidade de SPA consumida.	<i>“uma mão de cogumelos” “uma linha de cocaína” “LSD – 4 selos” “(tomou dose a mais, porque não estava a fazer efeito)” “cocaína – “muito”” “900 microgramas de LSD”</i>	19	33
D.3.5 Suspeita de Adulteração	Refere-se às unidades de registo em que é mencionado a suspeita de adulteração, tendo em conta a presença de sintomatologia e o relato da substância consumida.	<i>“LSD possivelmente adulterado à NBome” “LSD (adulterado?)”</i>	1	2
E. Saída do Serviço	Refere-se à maneira pela qual o participante saiu do KC.			
E.1. Formas de Saída	Refere-se à forma como o participante saiu do KC.			
E.1.1 Reencaminhado	O participante teve de ser reencaminhado para outros serviços que prestam maior intervenção médica - BMS e Hospital.			
E.1.1.1 BMS	O participante teve de ser reencaminhado para o Boom Medical Service.	<i>“transferência para o BMS”</i>	9	20

---

		<i>“Fomos diretamente aos paramédicos que verificaram um possível AVC. Ele ficou lá.”</i>	
E.1.1.2 Hospital	O participante teve de ser reencaminhado para o hospital.	<i>“Reencaminho para o hospital – 1 suspeita de um ataque cardíaco.”</i>	4

---

## Anexo E. Sinais Vitais

### *Sinais Vitais*

Participante	Temperatura	Frequência Cardíaca	Tensão Arterial
1	Normal	Normal	Normal
2	Normal	Normal	Hipertensão
3	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
4	Subfebril	Taquicardia Grave	Normal
5	Subfebril	Normal	Hipertensão
6	Normal	Não atribuído	Não atribuído
7	Subfebril	Normal	Hipertensão Grave
8	Subfebril	Taquicardia	Normal
9	Normal	Normal	Normal
10	Febre	Não atribuído	Não atribuído
11	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
12	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
13	Hipotermia	Normal	Normal
14	Não atribuído	Normal	Não atribuído
15	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
16	Subfebril	Taquicardia	Normal
17	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
18	Normal	Normal	Normal
19	Subfebril	Taquicardia	Normal
20	Normal	Bradycardia	Normal
21	Subfebril	Normal	Normal
22	Normal	Não atribuído	Não atribuído
23	Normal	Bradycardia	Normal
24	Normal	Normal	Não atribuído
25	Normal	Normal	Crise Hipertensiva
26	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
27	Normal	Taquicardia	Normal
28	Normal	Normal	Hipertensão

29	Normal	Normal	Normal
30	Subfebril	Normal	Normal
31	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
32	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
33	Não atribuído	Não atribuído	Não atribuído
34	Hipotermia	Normal	Normal
35	Subfebril	Normal	Normal
36	Normal	Normal	Hipertensão

Anexo F. Temperatura Corporal e SPA

*Temperatura Corporal e SPA*

	Hipertermia	Hipotermia	Normal	Subfebril	TOTAL (Alterado)
Álcool	0	0	3	3	1
Benzodiazepinas	0	0	0	1	1
Cannábis	0	1	2	2	2
Cocaína	1	1	3	1	3
Cogumelos	0	1	2	1	2
GHB	0	0	3	1	1
Ketamina	1	0	6	4	2
LSD	1	1	7	6	3
MDMA	1	0	6	2	2
Speed	0	0	1	0	1
2CB	0	0	0	1	1
3-MMC	0	0	1	0	1
4-MMC	0	0	1	0	1
TOTAL	1	2	14	9	

Anexo G. Frequência Cardíaca e SPA

*Frequência Cardíaca e SPA*

	Bradicardia	Normal	Taquicardia	Taquicardia Grave	TOTAL (Alterado)
Álcool	1	4	1	0	3
Benzodiazepinas	0	0	1	0	1
Cannábis	1	5	0	0	2
Cocaína	0	5	0	0	1
Cogumelos	0	2	2	0	2
GHB	0	4	0	0	1
Ketamina	1	8	1	0	3
LSD	1	9	2	1	3
MDMA	1	6	1	0	3
Speed	1	0	1	0	2
2CB	0	0	1	0	1
3-MMC	0	1	0	0	1
4-MMC	1	0	0	0	1
TOTAL	2	17	3	1	

Anexo H. Tensão Arterial e SPA

*Tensão Arterial e SPA*

	Crise Hipertensiva	Hipertensão	Hipertensão Grave	Normal	TOTAL (Alterado)
Álcool	0	1	1	4	2
Benzodiazepinas	0	0	0	1	0
Cannábis	0	1	0	4	1
Cocaína	0	0	1	3	1
Cogumelos	0	0	0	4	0
GHB	1	0	1	1	2
Ketamina	1	1	1	6	3
LSD	1	2	0	10	3
MDMA	1	3	0	3	2
Speed	0	0	0	2	0
2CB	0	0	0	1	0
3-MMC	0	0	0	0	0
4-MMC	0	0	0	1	1
TOTAL	1	4	1	16	

Anexo I. Principais Sintomas Físicos e SPA

*Principais Sintomas Físicos e SPA*

	Consciência Deprimida	Inquietação Grave	Dor de Cabeça	de Privação do Sono	Náuseas	Perda da Consciência	Ataque de Pânico	Dor no Peito	TOTAL
LSD	0	3	1	3	1	1	0	1	6
Álcool	0	0	1	1	0	0	0	1	3
Psilocibina	0	0	1	0	2	0	0	0	2
Ketamina	0	1	2	2	1	2	0	1	6
MDMA	0	1	1	1	1	2	0	0	5
GHB	3	1	0	0	0	2	0	1	4
Cannábis	0	0	2	1	1	0	1	1	5
Cocaína	1	0	0	2	0	1	1	1	5
Speed	0	1	0	0	0	0	0	0	1
4-MMC	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2CB	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Benzodiazepinas	1	0	0	0	0	1	0	0	2
TOTAL	4	4	3	3	3	3	2	2	