



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO EM CRISE NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante –

Mariana Leite de Castro Pinto de Sousa

Porto, Junho de 2012



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO EM CRISE NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

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

- Especialização em Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante –

Mariana Leite de Castro Pinto de Sousa

Trabalho efectuado sob a orientação de

Professora Doutora Raquel Matos

E co-orientação de

Mestre Maria Carmo Carvalho

Porto, Junho de 2012

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Carmo Carvalho, uma referência na minha vida não só profissional como também pessoal, por todo o seu empenho e dedicação máxima a este trabalho.

A todos os participantes no *KC* sem os quais este estudo nunca teria sido possível.

À minha mãe, com quem muito dialoguei acerca deste trabalho, pela paciência e interesse demonstrado.

RESUMO

Este trabalho tem como objectivo contribuir para a avaliação do programa *Kosmicare*, um programa de intervenção na crise induzida por substâncias psicoactivas, implementado num grande festival bienal de música electrónica que acontece em Portugal no período do verão. Os dados recolhidos dizem respeito à edição de 2010 do referido festival.

A avaliação deste programa é feita tanto através da avaliação de processo, que visa compreender até que ponto a intervenção decorreu como o esperado, como da avaliação dos resultados, que nos permite inferir se a intervenção permitiu alcançar os objectivos do programa. A metodologia de avaliação adoptada é mista para conseguirmos adquirir uma percepção do fenómeno mais ampla (Ramos, 2006). Neste sentido, utilizamos tanto a estatística descritiva como a análise de conteúdo no tratamento dos dados.

A avaliação do *Kosmicare* permitiu-nos verificar que os programas que implementam este tipo de intervenção são na prática muito mais do que um serviço para a intervenção em crise relacionada com o uso de substâncias. A concepção de crise neste contexto específico de intervenção é muito mais ampla e multideterminada devido às diferentes variantes de crise e de situações às quais estes programas têm de dar resposta: *crise induzida pela experiência intencional ou accidental com substâncias psicoativas, crise mental com uso de substâncias, crise mental sem uso de substâncias, situações de não crise e crise pessoal sem uso de substâncias*.

Sendo ainda um campo pouco explorado, não existe consenso quanto ao espaço da intervenção em crise no contexto dos níveis de intervenção já conhecidos para o campo dos usos de substâncias. Os resultados deste trabalho reforçam, no entanto, a ideia de que os programas de intervenção em crise sejam programas de promoção e prevenção do risco para a saúde e para a saúde mental associado aos usos de substâncias em contextos recreativos.

ABSTRACT

This work aim is to contribute for the *Kosmicare* evaluation program, which intervenes on crisis related to the use of psychoactive drugs. It takes place in a big trance festival that is held every two years during summer time in Portugal. The collected data for this study are from the 2010 edition of this festival.

The evaluation of this program is made as much trough the process evaluation, which goal is to comprehend if the intervention has occurred as planned, as well as the outcomes evaluation which alloud us to prove if the intervention has been able to achieve his goals. The evaluation method adopted is mixed to achieve a broader perception of the phenomena (Ramos, 2006). Therefore, we've used the descriptive statistic as well as the content analysis in the data treatment.

The *Kosmicare* evaluation gave us the chance to verify that programs of this kind are beyond a service for intervention in crisis related with the use of psychoactive drugs. In this particular context of intervention the crisis conception is much more wide and multidetermined due to the different type of crisis and situations which programs have to give response: crisis related to the intentional or accidental use of psychoactive drugs, *mental crisis with or without the use of psychoactive substances*, *personal crisis without use of psychoactive substances and situations not related to any sort of crisis*.

Considered an unexplored field, there is no consent about the space of the crisis intervention in the context of the different levels, already known, for the field of the use of psychoactive drugs. The results of this work give strenght to the ideia that this programs of crisis intervention are programs for promotion and risk preventing to health and mental health, associated to the use of psychoactive drugs in recreational contexts.

ABREVIATURAS

SPA – Substâncias Psicoactivas

KC – Programa *Kosmicare*

Relatório do utente à chegada – *V.R.F.A (Visitor Report Form Arrival)*

Relatório da intervenção – *I.F (Intervention Form)*

Relatório do utente à saída – *V.R.F.D (Visitor Report From Departure)*

Formulário de feedback do utente – *V.F.F (Visitor Feedback Form)*

Formulário de feedback da equipa – *S.F.F (Staff Feedback Form)*

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1 A intervenção em crise nos consumos de substâncias.....	3
1.1.1 A iminência da intervenção em crise nos programas de redução de riscos e minimização de danos.....	3
1.1.2 Modelos de intervenção em crise.....	6
1.1.3 <i>Kosmicare</i> : um programa de intervenção na crise induzida pelo uso de SPA em contextos recreativos.....	8
1.2 Avaliação de projectos.....	9
CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA.....	13
2.1 Amostra.....	15
2.2 Instrumentos.....	15
2.3 Procedimentos.....	16
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
3.1 Avaliação do processo.....	22
3.1.1 Quem foram os alvos da intervenção?.....	22
3.1.2 Qual a afluência e grau de exposição dos utentes ao KC?.....	32
3.1.3 Como se fez a intervenção?.....	33
3.2 Avaliação dos resultados.....	38
3.2.1 Qual o impacto das diferentes estratégias nos utentes?.....	38
3.2.2 Como foi a evolução da sintomatologia?.....	40

3.2.3 Qual o grau de satisfação da equipa técnica quanto à eficácia da intervenção?	41
3.2.4 Qual o grau de satisfação dos utentes em relação aos serviços, equipa-técnica, condições físicas do <i>KC</i> e eficácia da intervenção?.....	42

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
---------------------------------	----

ANEXOS.....	52
-------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos	52
1.1 <i>Visitor Report Form/Arrival (V.R.F.A)</i>	53
1.2 <i>Intervention Form (I.F)</i>	55
1.3 <i>Visitor Report Form/Departure (V.R.F.D)</i>	57
1.4 <i>Visitor Feedback Form (V.F.F)</i>	58
1.5 <i>Staff Feedback Form (S.F.F)</i>	59
Anexo 2. Estatísticas descritivas dos dados	61
2.1 Idade dos utentes.....	62
2.2 Nacionalidade dos utentes.....	62
2.3 Género dos utentes.....	63
2.4 Número de SPA por utente.....	63
2.5 Poli-consumos de SPA Específicas.....	63
2.6 Frequências dos tipos de crise.....	64
2.7 Grau de satisfação do utente com os serviços do <i>KC</i>	64
2.8 Grau de satisfação do utente com as condições do <i>KC</i>	64
2.9 Grau de satisfação do utente com a eficácia da equipa técnica.....	65
2.10 Grau de satisfação do utente com a satisfação das necessidades pessoais.....	65
2.11 Número de horas de permanência no <i>KC</i> por utente.....	65
2.12 Número de utentes no <i>KC</i> por dia do festival.....	66
2.13 Número de utentes por turno no <i>KC</i>	66
2.14 <i>Feedback</i> da equipa técnica.....	66
Anexo 3. Sistema de categorias	67
Anexo 4. Matrizes	83
4.1 Matriz: Características específicas de cada pedido.....	84

4.2 Matriz: Estratégias utilizadas em cada tipo de sintoma.....	84
4.3 Matriz: Etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de crise.....	85
4.4 Matriz: Sintomas associados às diferentes tipologias de SPA.....	87
4.5 Matriz: Impacto das diferentes estratégias no utente.....	88
4.6 Matriz: Evolução da sintomatologia ao longo das diferentes etapas de intervenção.....	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Desenho da investigação.....	21
Tabela 2. Frequências descritivas das SPA.....	23
Tabela 3. Sintomatologia da crise mental.....	27
Tabela 4. Sintomatologia da não crise.....	28
Tabela 5. Sintomatologia da crise pessoal sem SPA.....	28
Tabela 6. Sintomatologia da experiência difícil com SPA.....	29
Tabela 7. Sintomatologia associada ao uso de depressores.....	30
Tabela 8. Sintomatologia associada ao uso de estimulantes.....	31
Tabela 9. Sintomatologia associada ao uso de psicadélicos.....	32
Tabela 10. Processo de intervenção nos diversos tipos de crise.....	36
Tabela 11. Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas.....	38
Tabela 12. Evolução da sintomatologia nas diferentes etapas.....	40

INTRODUÇÃO

A intervenção em crise induzida por substâncias psicoactivas (SPA) tem como objectivo transformar uma experiência psicadélica desagradável numa experiência o mais construtiva possível (MAPS, 2008). De acordo com Grof (1994), uma intervenção bem conduzida pode resultar numa transformação profunda do indivíduo, contudo uma aproximação incapaz e inexperiente pode causar danos psicológicos sérios e levar a estados psicóticos e anos de hospitalização psiquiátrica (Grof, 1994). A necessidade de desenvolver um modelo de intervenção em crise induzida por SPA em contextos recreativos é justificada pelos novos padrões de uso na actualidade. De acordo com o *Inquérito Nacional ao Consumo de SPAs* na população portuguesa em 2007, as declarações de consumo aumentaram de 8 para 12% entre 2001 e 2007. Porém, as estatísticas demonstraram também que o uso corrente e continuado diminuiu de 31% para 21% entre essas mesmas datas, o que nos leva a suspeitar de uma redução do número de consumidores problemáticos. Dentro deste mesmo raciocínio, verificou-se ainda que em 69% dos casos o uso nunca ultrapassou os 5 anos e correspondia a um consumo anterior ao último ano (Balsa, Vital, Urbano & Pascueiro, 2007). A monografia sobre as Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas em Portugal demonstra também uma nítida redução entre o ano 2000 e 2005 do número estimado de consumidores problemáticos de drogas, principalmente no que se refere à taxa de prevalência de consumidores de SPA por via endovenosa (Negreiros & Magalhães, 2005).

De acordo com a literatura, o cenário festivo surge como palco principal para o uso de SPA (EMCDDA, 2006. cit in EMCDDA, 2010), justificando-se por isso que os contextos recreativos sejam os locais primordiais de intervenção para os programas de redução de riscos e minimização de danos (Galhardo et al., 2003; Silva, 2005. cit in Machado & Cruz, 2010). Dado o alvo destes programas serem populações específicas de consumidores de SPA não abrangidas pelos serviços de intervenção existentes e com as quais não se consegue contactar eficazmente pelos canais convencionais, é necessário um maior empenho na valorização, aperfeiçoamento contínuo e no alargamento de modelos de intervenção de proximidade (IDT, 2011).

Neste sentido, surge a importância da avaliação de programas de intervenção em crise nos usos de SPA, que permita determinar não apenas se os resultados esperados foram alcançados, mas também de que forma é que o programa pode ser melhorado (Fitzpatric et al, 2004; OEDT, 2008; cit in Almeida e Mourão, 2010). O reconhecimento da importância de avaliações focadas não apenas nos resultados dos programas, mas também na

identificação do processo e implementação do programa (Kalafat, Illback e Sanders, 2007) suporta, então, os objectivos deste estudo.

O objectivo a que este estudo se propõe será, portanto, contribuir para avaliação do modelo de intervenção em crise no uso de SPA implementado pelo programa *Kosmicare* num grande festival bienal de música electrónica que acontece em Portugal no período do verão.

Este programa integra a definição actual da promoção da saúde na qual os “objectivos das intervenções preventivas e de promoção são diminuir a exposição ou impacto dos factores de risco que aumentam a possibilidade do indivíduo desenvolver problemas mentais, emocionais e comportamentais, e reforçar os factores protectivos nos indivíduos, famílias e comunidades que aumentem o bem-estar e a saúde, diminuindo assim a possibilidade de desenvolver problemas” (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). O KC é portanto um projecto de promoção e prevenção da saúde mental, que implementa estratégias de prevenção selectiva, através da RRMD, e indicada, através da intervenção em crise no uso de SPA em contextos recreativos (IDT, 2011)

Os resultados que serão alvo deste projecto dizem respeito à edição de 2010 da referida intervenção. Seguindo as directrizes da avaliação de programas propostas pela literatura, o foco da avaliação deste modelo será proceder à avaliação do processo e dos resultados da implementação do programa do KC.

Estruturalmente, o presente trabalho está organizado em quatro partes. Inicialmente, começamos por apresentar o enquadramento teórico onde aprofundamos os conhecimentos teóricos acerca da intervenção em crise no consumo de SPA e da avaliação de projectos (Capítulo 1). Em seguida será apresentada a metodologia deste estudo, nomeadamente ao nível da amostra, instrumentos e procedimentos de recolha e de tratamento dos dados (Capítulo 2). Na terceira parte do trabalho são apresentados e discutidos os resultados conseguidos através da análise de conteúdo e das estatísticas descritivas (Capítulo 3). Por último, incluímos a integração dos resultados e as principais conclusões deste estudo (Capítulo 4).

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A intervenção em crise nos consumos de substâncias

1.1.1 A iminência da intervenção em crise nos programas de redução de riscos e minimização de danos

Para fazer face aos problemas relacionados com o uso de SPA, têm-se vindo a desenvolver várias medidas preventivas, tanto a um nível global como a um nível mais individualizado. Neste sentido, podemos encontrar programas de *prevenção universal*, com o objectivo de deter ou atrasar o consumo de drogas e os problemas que lhes estão associados através, por exemplo, do desenvolvimento de competências de evitamento da iniciação dos consumos nos jovens; programas de *prevenção selectiva*, que intervêm junto de comunidades que, devido à sua escassez de recursos e da ausência de suporte social, têm mais propensão para iniciar os consumos e desenvolver dependência; e, ainda, programas de *prevenção indicada*, com função de identificar indivíduos com problemas psicológicos e de comportamento que possam ser preditores do desenvolvimento de problemas relacionados com o uso de SPA (EMCDDA, 2010; Institute of Medicine, 1994).

A par disto, têm sido desenvolvidos programas de redução de riscos e de minimização de danos (RRMD), de acção fundamentalmente pragmática e multidisciplinar, com o intuito de diminuir a prevalência e a incidência quer do uso de drogas quer das doenças e prejuízos relacionados com o mesmo (Presidência de Conselho de Ministros, 2001, cit. in IDT, 2011). Embora o Instituto de Droga e da Toxicodependência insira os programas de RRMD no âmbito da intervenção focalizada, não existe ainda uma definição clara quanto ao tipo de intervenção que esta representa. Dado o alvo destes programas serem populações específicas de consumidores de substâncias psicoactivas que não são abrangidas pelos serviços de intervenção existentes e com as quais não se consegue contactar eficazmente pelos canais convencionais de educação em matéria de saúde, é necessário um maior empenho na valorização, aperfeiçoamento contínuo e de alargamento de um modelo de intervenção de proximidade (IDT, 2011).

A RRMD surge nos meados dos anos 80, como resposta às epidemias de doenças infecto-contagiosas que disseminavam junto dos consumidores por via endovenosa. Assim sendo, as primeiras intervenções neste âmbito tiveram como estratégias fundamentais o tratamento por substituição de opiáceos e a distribuição de seringas, de forma a prevenir as mortes por *overdose* e a disseminação de doenças infecto-contagiosas, negligenciando, assim, não apenas os riscos associados ao uso de SPA dos jovens nos contextos recreativos, mas também à forma como se pode reduzir esses riscos (EMCDDA, 2010).

De acordo com EMCDDA (2010), o uso recreativo diz respeito ao uso *SPA* que ocorre por prazer, tipicamente junto de pares, tanto em contextos recreativos formais como informais. O cenário festivo e de *raves* emergiu em Inglaterra por volta dos anos 80, sendo os seus actores caracterizados pela adesão a subculturas juvenis em que a música electrónica apresentava grande centralidade. Contudo, a actualidade é marcada pela passagem desta subcultura marginal para uma cultura de *mainstream*, dado o aumento do número de jovens que têm vindo a participar nestes contextos (Merchant & MacDonald, 1994. cit. in Shildrick, 2002; Parker, Williams & Aldridge, 2002). De acordo com a literatura, estes cenários particulares incluem diversos grupos de jovens, provenientes de diferentes contextos e culturas, ao contrário do que acontecia no passado, em que os actores destes cenários faziam parte de uma subcultura juvenil (Redhead et al., 1997. cit. in. Shildrick, 2002). Para além disto, estudos têm vindo a apontar para a existência de consumidores não problemáticos, cujo ajustamento global não é significativamente prejudicado por esta prática (Machado & Cruz, 2010). A título de exemplo, apesar das motivações para o consumo nos contextos recreativos serem variadas, alguns significados específicos e motivações são esperadas nas *raves*/festas de *trance*, como o desenvolvimento espiritual, transcendência, insights, contacto com o interior e crescimento pessoal (Carvalho, 2007; Chaves, 2003; Calado, 2006; Beck & Rosenbaum, 1994).

Nesta linha de pensamento surge o conceito de *normalização* dos usos de *SPA* proposto por Parker, Aldridge e Measham (1998), que explica como as *SPA* se têm vindo a tornar parte de um dos aspectos integrais e aceites das culturas e contextos juvenis (Shildrick, 2002). As dimensões da *normalização* dos usos de drogas são cinco, nomeadamente a (i) o aumento do *acesso e disponibilidade* às *SPA*; (ii) o aumento da taxa de experimentação; (iii) o aumento da taxa de uso recente de *SPA*; (iv) o desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao uso de *SPA* recreativo, particularmente no que diz respeito aos não usuários; e (v) o ajustamento cultural ao uso de *SPA* (Parker et al, 2002).

Os dados epidemiológicos do estudo realizado a partir do inquérito nacional ao consumo de *SPA* na população portuguesa em 2007 permitem-nos, de certa forma, uma aproximação a esta noção de *normalização* do uso de *SPA*. Por um lado, confirmam o aumento da taxa de uso de *SPA*, pois, de acordo com o estudo, as declarações de consumo aumentaram 7.8% para 12% entre 2001 e 2007. Por outro lado, verificam o aumento da taxa de experimentação, sendo que entre estas mesmas datas o consumo subiu de 56% para 69% (Balsa et al, 2007). No contexto português podemos apenas suportar nesta informação epidemiológica, pois não existe ainda qualquer investigação sobre as restantes dimensões da *normalização*.

As estatísticas do inquérito remetem, ainda, para um uso não problemático e ocasional, sendo que em 69,3% dos casos o uso nunca ultrapassou os 5 anos e em 69,1% o uso dizia respeito a um consumo anterior ao último ano. Para além disso, verificou-se que o uso corrente diminuiu de 31% para 21% entre 2001 e 2007. (Balsa et al, 2007). A monografia sobre as Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de Drogas em Portugal demonstra também uma nítida redução entre o ano 2000 e 2005 do número estimado de consumidores problemáticos de drogas, principalmente no que se refere à taxa de prevalência de consumidores de SPA por via endovenosa (Negreiros & Magalhães, 2005). Para além disso, o inquérito revelou que nos grupos etários mais jovens os consumos são mais elevados, sendo a prevalência de consumo de qualquer SPA de 12,4% no grupo 15-24 anos, 12,9% no grupo 25-34 anos e 7,7% no grupo 35-44 anos e apenas 2,2% e 0,4 nos grupos decenais seguintes (Balsa et al, 2007).

De acordo com a literatura, o cenário festivo é o palco principal para o uso de SPA (Calafat, Gómez, Juan & Becoña, 2007; Parker et al., 2002; Silva, 2005. cit. in Machado, 2010; EMCDDA, 2006. cit in EMCDDA, 2010) e, especialmente, para policonsumos (Measham et al. 2000, cit. in Parker et al, 2002). Deste modo, justifica-se que os contextos recreativos sejam os locais primordiais de intervenção para a RRMD (Galhardo et al., 2003; Silva, 2005. cit in Machado et al, 2010). É fundamental enquadrar a RRMD, pois os princípios desta abordagem são os que melhor se adequam à intervenção de proximidade, que deve idealmente ocorrer nos contextos recreativos: *pragmatismo, multidisciplinariedade, proximidade, acessibilidade, intervenção selectiva e focalizada, advogada pelos direitos humanos, participada e partilhada pelos utilizadores, base territorial e em rede e de actuação fora dos dispositivos formais* (Fernandes & Pinto, 2008). Importa, então, que seja discutido pelos interventores e decisores políticos qual o espaço para a intervenção em crise no contexto dos níveis de intervenção já reconhecidos para o campo dos usos de SPA.

O programa KC, que nos dispomos a avaliar neste trabalho, tem o objectivo de promover e prevenir o risco para a saúde e para a saúde mental associado aos usos de SPA em contextos recreativos. Para o efeito usa duas estratégias: (i) a *prevenção selectiva* através da RRMD (aconselhamento, distribuição de materiais, *pill-testing*, etc.) junto de grupos de risco, mas que ainda não desenvolveram problemas associados a esse risco e que poderão até nunca vir a desenvolver, e (ii) a *prevenção indicada* através da intervenção em crise, junto de grupos de participantes que estão a desenvolver problemas relacionados com esse uso em contexto recreativo. Dado o objectivo deste estudo ser a avaliação da implementação da intervenção em crise deste programa em particular, passaremos agora a

reflectir sobre o conceito de crise induzida por *SPA* e sobre os modelos de intervenção que lhe são associados.

1.1.2 Modelos de intervenção em crise

A noção de crise surge normalmente associada a três aspectos: (I) ser precipitada por um acontecimento; (II) a percepção deste acontecimento levar ao sofrimento do indivíduo; e (III) à falha na utilização de estratégias de *coping* para lidar com essa situação (Kanel, 2003), que levam a pessoa a experienciar medo, tensão e confusão e a exibir um elevado nível de desconforto, entrando num estado de desequilíbrio definido como crise (Roberts, 1990). A crise ocorre na vida de indivíduos convencionais (Kanel, 2003) e deve, por isso, ser compreendida como um processo normativo, parte integrante do desenvolvimento dos indivíduos (Caplan 1961, cit in Kanel, 2003).

A crise relacionada com o uso de *SPA* pode ser da ordem da saúde, legal, psicológica, emocional e/ou espiritual. A crise associada a problemas de saúde, como ataques cardíacos e derrames cerebrais, é mais severa quando as substâncias de consumo são os barbitúricos. Neste tipo de situações pode ser necessária uma desintoxicação. Importa, ainda, referir a síndrome de abstinência, que, apesar de não causar um risco sério à vida do indivíduo, é normalmente percebida por este como algo terrível (Kanel, 2003). A crise pode também ser desencadeada pela existência de problemas relacionados com a justiça associados ao consumo. A crise de ordem espiritual é, por vezes, caracterizada por uma experiência em que os sujeitos reportam o contacto com entidades superiores, como deuses e/ou com o inferno (Kosmicare Project, 2010) e, em alguns casos, está associada ao facto dos indivíduos sentirem que a sua identidade já não é a mesma, sendo por isso fundamental no processo de intervenção realçar que a sua mudança está directamente relacionada com o uso de *SPA* (Grof, 1994). A crise de ordem psicológica surge habitualmente associada à depressão e ansiedade (Grof, 1994), à sensação de que se está a enlouquecer e de que a experiência nunca irá terminar, ao medo de ocorrência de danos permanentes como consequência do consumo e à paranóia (Kosmicare Project, 2010). A crise emocional, por sua vez, caracteriza-se por uma reacção intensa aos efeitos da *SPA*, pelo reviver de fortes experiências emocionais passadas e pelo despoletar de traumas ou material emocional reprimido.

Nas experiências psicadélicas difíceis o indivíduo pode apresentar diversas reacções, que poderão variar significativamente na forma e intensidade. Enquanto alguns podem apresentar reacções violentas, medo ou paranóia, outros poderão exibir comportamentos compulsivos ou psicóticos, riscos de saúde física ou tristeza e depressão (Puente, 2009).

A crise induzida por *SPA* pode ser precipitada por diversos factores. Na literatura são enfatizados principalmente os seguintes: (I) as condições ambientais, nomeadamente o ruído elevado, as más condições de repouso, o pó, a expressão visual radical e a grande assimetria climática (Carvalho, Pinto de Sousa, Frango, Carvalho, Dias & Verissimo, 2011); (II) a adulteração das *SPA* (substâncias com propriedades e efeitos contrários às expectativas do utilizador); (III) falta de conhecimento acerca da dosagem, efeitos, condições para a ingestão e da interacção no uso de múltiplas *SPA*; (IV) contexto de uso e companhias inapropriadas durante a experiência (perder-se dos amigos ou não ter um contexto amigável e apoiante em seu redor); (V) variáveis pessoais (personalidade, traumas não resolvidos ou experiências passadas problemáticas) (Puente, 2009; Ventura, 2008); e, finalmente, (VI) a ausência de intenção na ingestão da *SPA* (Kosmicare Project, 2010).

Contudo, importa salientar que alguns destes factores podem ser responsáveis por crises semelhantes às induzidas por *SPA* nestes contextos, em situações onde nenhuma *SPA* foi ingerida (Mojeiko, 2007), o que nos leva a acreditar que o uso de *SPA* não é a única razão para os episódios de crise nos contextos recreativos (Carvalho et al, 2011).

O objectivo da emergência de serviços de intervenção em crise psicadélica em festivais e eventos recreativos é o de transformar uma experiência psicadélica potencialmente desagradável numa experiência o mais construtiva possível, através da criação de um contexto seguro e de prestação de cuidados (MAPS, 2008). De acordo com Grof (1994), a crise psicadélica tem um forte potencial e pode resultar numa transformação profunda do indivíduo quando a intervenção é bem conduzida. Por outro lado, uma aproximação desadequada e inexperiente pode causar danos psicológicos sérios e levar a estados psicóticos e anos de hospitalização psiquiátrica (Grof, 1994).

O primeiro passo, segundo Grof, é criar um espaço securizante e de suporte. Poderá ser pertinente incluir na intervenção alguém em quem o sujeito confie. O estabelecimento do contacto entre o facilitador e o sujeito é extremamente importante, na medida em que o estabelecimento de confiança é provavelmente o requisito mais decisivo neste tipo de intervenção. Dadas as circunstâncias deste tipo de intervenção, a confiança e cooperação têm de ser estabelecidas num curto espaço de tempo e sob circunstâncias dramáticas. A empatia, capacidade para se manter centrado e o conhecimento íntimo acerca das dinâmicas dos estados psicadélicos são a única forma de gerar confiança nestas situações. Importa sempre realçar ao sujeito que a experiência tem uma duração limite e que passadas essas horas irá terminar. Após isto é essencial criar a oportunidade para que o sujeito possa trabalhar possíveis aspectos traumáticos. O facilitador deverá tentar que o sujeito internalize a experiência e encorajá-lo a lidar com os acontecimentos críticos. É fundamental, por isso,

que se permita o desenrolar da experiência. Este processo pode ser facilitado, por exemplo, pela música (Grof, 1994).

É fundamental que se utilizem todos os recursos de forma a evitar que o sujeito se represente uma ameaça física para si ou para outros (Grof, 1994). Não é considerada uma boa prática, tentar fazer com que o sujeito se acalme ou convencê-lo de que está tudo bem, pois isto só contribui para aumentar o desespero do indivíduo. É ainda de se evitar colocar questões repetidas e confusas às quais seja difícil responder e demonstrar que se está apreensivo e ansioso perante a situação do sujeito (Kosmicare Project, 2010).

A intervenção terapêutica é não *directiva*, *holística* e baseada na *escuta activa* e *aceitação*. Deve ser mantida uma *relação de suporte*, de *cuidado* e *individualizada* com o utente. As estratégias a utilizar variam de acordo com a experiência e competências do terapeuta, embora sempre respeitando estes princípios gerais. Estas poderão incluir homeopatia, psicologia transpessoal, *reiki*, entre outras (Carvalho et al, 2011). Também o contacto físico, como a massagem e pressão nos pontos de corpo onde existem bloqueios de energia, poderá ser pertinente quando a relação de confiança já foi estabelecida. Contudo, se o sujeito se encontrar em paranóia deve-se, pelo contrário, evitar o contacto físico (Grof, 1994)

No que respeita ao uso de fármacos de prescrição médica, como os tranquilizantes, na intervenção em crise, estes impedem o indivíduo de solucionar o conflito, contribuindo deste modo para a incidência de dificuldades psicossomáticas e emocionais crónicas após a sessão (Grof, 1994). Por esta razão, o recurso a eles é mantido num mínimo (Carvalho et al, 2011).

Estas são, então, de acordo com a literatura, as melhores práticas para a intervenção em crise nestes contextos. Passaremos agora a apresentar o programa do *KC*, cuja intervenção será o alvo de estudo desta dissertação e cujos modelos de intervenção vêm na mesma linha do que referimos nesta secção.

1.1.3 *Kosmicare*: um programa de intervenção na crise induzida pelo uso de SPA em contextos recreativos

O objectivo fundamental do programa *KC* é, então, diminuir o risco do sofrimento e do desenvolvimento da doença mental associada ao uso de *SPA*, especialmente aos psicadélicos, através da ênfase da intervenção em crise, maximizando o potencial da experiência para benefício do sujeito (Kosmicare Project, 2010).

A possibilidade da implementação deste programa em Portugal, deve-se fundamentalmente à política de descriminalização do uso de SPA assumida pelo Governo Português desde 2001, que conseqüentemente levou a uma maior oferta no tipo de intervenção, sendo que para além do tratamento, começaram a existir intervenções ao nível da prevenção, dissuasão e de redução de danos (Quintas, 2001; Greenwald, 2009).

Neste sentido, são criadas instalações especializadas para prestar cuidados a indivíduos em crise induzida por SPA, com o intuito de minimizar as conseqüências prejudiciais e riscos associados (Boom Festival, 2010). O espaço onde o KC foi implementado foi desenhado de forma a fazer com que o sujeito se sentisse seguro e confortável. Apostou-se também numa dimensão mais exploratória do espaço, podendo encontrar-se material artístico de expressão não-verbal, garrafas de água, *snacks*, folhetos informativos e até um altar colectivo (Kosmicare Project, 2011). Na edição cuja implementação nos propomos avaliar com este trabalho, a equipa técnica foi constituída por 55 técnicos, nomeadamente 1 piloto, 2 co-pilotos, 4 líderes de equipa, 31 terapeutas, 3 secretários, 4 consultores, 2 médicos, 4 investigadores e 4 elementos da equipa de RRMD. O KC trabalhou, ainda, em conjunto com os produtores do festival, médicos e seguranças. Os líderes de equipa tinham como função coordenar os turnos e os terapeutas. Eram responsáveis por supervisionar todas as intervenções durante o turno, dar orientação sempre que necessário, coordenar a mudança de turno e passar informação para a equipa seguinte. Os terapeutas corresponderam a um grupo de pares experientes e treinados, seleccionados pelas suas competências de escuta activa, intuitivos, compreensivos e capazes de estabelecer relações empáticas. Os secretários ofereciam o suporte logístico durante os turnos, na passagem de informação entre estes, monitorizavam a entrada e saída de utentes do espaço e mantinham o espaço arrumado e limpo. Para além disso, tinham a função de coordenar a recolha de informação para a avaliação do projecto (Carvalho et al, 2011).

Neste primeiro momento do enquadramento estivemos, então, a discutir sobre a iminência da intervenção em crise induzida por SPA nos contextos recreativos e sobre as boas práticas deste tipo de intervenção. Para além disso, demos ainda a conhecer o programa que nos propusemos a avaliar neste estudo. Iremos, então, agora aprofundar a temática de avaliação de projectos para fundamentar as opções metodológicas deste trabalho.

2 Avaliação de projectos

A avaliação de programas começou a ser concebida através de uma metodologia sistemática de avaliação empírica apenas a partir da década de 50, começando a tornar-se relevante nas áreas da educação e dos serviços humanos (Illback, Zins, Maher e

Greenberg, 1990). De acordo com Flaherty e Morell (1978, cit in Illback et al, 1990) a maior exigência na distribuição de fundos públicos para programas, o aumento do interesse entre pesquisadores sociais em assuntos públicos, a escassez de recursos para as ciências sociais e o aperfeiçoamento dos métodos de avaliação de pesquisa têm contribuído para a evolução da planificação e avaliação de programas nas últimas décadas.

De acordo com Owen (2007), a avaliação de programas dever-se-á reger por cinco diferentes formatos de acordo com os objectivos a que se propõe. O primeiro formato – *avaliação proactiva* – permite ajudar na elaboração do programa, através do estudo das necessidades a serem abordadas, de uma síntese sobre o que já é conhecido sobre a problemática e de qual a melhor forma de abordar o problema. O segundo formato de avaliação trazido pelo autor é o da *avaliação clarificativa*, cujo objectivo é a construção de uma descrição detalhada do programa através do esclarecimento da lógica do programa, suas estruturas internas e do funcionamento da intervenção. O terceiro formato é o da *avaliação interactiva*, baseada no pressuposto de que os sujeitos com participação activa no programa devem também participar na avaliação desta intervenção. O quarto formato – *avaliação por monitorização* – é apropriado quando o programa já está em andamento e envolve o desenvolvimento de um sistema regular de monitorização, tipicamente com indicadores mistos. Finalmente, a quinta forma de avaliação – *avaliação do impacto* – é utilizado para avaliar os efeitos de um programa já estabelecido. Este formato pode ser usado para avaliar se os objectivos esperados do programa foram alcançados e em que extensão, determinar o desempenho num conjunto de indicadores de resultados e analisar resultados esperados e não esperados (Owen, 2007)

O reconhecimento da importância de avaliações focadas não apenas nos resultados dos programas, mas também na identificação do processo e implementação de programas tem-se vindo a desenvolver (Kalafat et al, 2007). A avaliação de programas, como recurso para a determinação da eficácia e eficiência da implementação e das estratégias utilizadas pelo programa, deverá reger-se pela recolha sistemática de informação sobre as suas actividades, características e resultados (Almeida et al, 2010). O objectivo da avaliação deverá ser, então, determinar, por um lado, se os objectivos e os resultados esperados são alcançados e, por outro lado, conhecer como é que os programas podem ser melhorados (Fitzpatric et al., 2004; OEDT, 2001; Ornelas, 2008; cit in Almeida et al, 2010).

No que respeita à avaliação do processo do programa, o objectivo principal é determinar em que medida este ocorreu de acordo com o esperado. Adicionalmente, a avaliação da implementação facilita o desenvolvimento e melhoramento do programa ao identificar simultaneamente áreas problema que necessitem de novas adaptações e elementos do

programa que foram implementados com eficácia. Esta avaliação permite detectar tanto os defeitos dos procedimentos implementados como as barreiras e obstáculos à sua implementação. Para além disso, a avaliação do processo aumenta a confiança da avaliação dos resultados do programa, ao assegurar que estes resultados possam ser atribuídos às intervenções identificadas que foram implementadas (Illback, Kallafat & Sanders, 1997).

A implementação e o desenvolvimento da intervenção devem ser descritos incluindo todas as actividades que foram efectivamente empreendidas, como as estratégias, componentes e métodos utilizados. Importa, ainda, dar a conhecer informações relativamente ao número de participantes e suas características sociodemográficas. Para compreender em que medida a intervenção da prevenção atingiu o grupo-alvo, é necessário obter informação quanto à exposição que este teve ao programa, nomeadamente informação acerca da duração da intervenção e do número de actividades implementadas. É, ainda, importante avaliar a eficácia da intervenção. A qualidade da implementação do programa pode ser expressa em termos das reacções e atitudes do grupo-alvo relativamente à intervenção (ex: aceitação, grau de identificação, envolvimento, benefício pessoal, etc) (Kroger, Winter e Shaw, 1998). A avaliação do processo visa também obter informação acerca do envolvimento da equipa técnica, dos possíveis efeitos secundários da intervenção e do grau de discrepância entre o que tinha sido planeado e o que realmente foi implementado (Illback et al, 1997). Esta avaliação pode ser elaborada através de dois tipos de monitorização: a *retrospectiva* e a *naturalista*. A monitorização *retrospectiva* ocorre quando a informação acerca da implementação é recolhida junto dos participantes e equipa. A monitorização *naturalista* é feita através da observação directa do processo de intervenção (Illback et al, 1997). Na avaliação do processo há necessidade de colaboração entre o pessoal do programa e avaliadores, incrementando esclarecimentos em vez de conclusões gerais (Cronbach & Associates, 1980; Illback, Zins, Maher, & Greenberg, 1990; Jacobs, 1988; Weinstein et al., 1991 cit in Kalafat & Illback, 1998).

No que concerne à avaliação de resultados, o objectivo é determinar em que medida os objectivos pretendidos foram alcançados. Para a eficácia deste tipo de avaliação é crucial que os objectivos do programa estejam bem definidos e clarificados. De acordo com Illback, Kallafat & Sanders (1997), mais importante que saber se os objectivos foram cumpridos, é saber se os participantes perceberam o programa como tendo sido eficaz. Neste sentido, é imprescindível incluir o feedback dos participantes quanto ao seu grau de satisfação (Illback et al, 1997).

No que respeita à metodologia utilizada neste tipo de avaliação, a literatura sugere que esta deve ser tanto qualitativa como quantitativa (Illback et al, 1997), de forma a tornar possível adquirir uma percepção do fenómeno mais ampla (Ramos, 2007).

No que respeita às metodologias qualitativas, como a análise de conteúdo, observação e entrevistas, o interesse por estas tem vindo a aumentar, devido à sua capacidade em conseguir informação rica e detalhada acerca do processo de implementação do programa (Illback et al, 1997). De acordo com Patton (1990 cit in Kalafat & Illback, 1998), existem determinadas situações para as quais as abordagens qualitativas são mais apropriadas, nomeadamente (i) novos campos de estudo onde existam poucas hipóteses e sobre os quais pouco se sabe, (ii) quando os programas são implementados num processo de adaptação a condições e necessidades locais, em que os métodos de estudo são de implementação aberta, orientada para a descoberta e capazes de descrever os processos de desenvolvimento e mudanças no programa e (iii) quando se visa confirmar ou acrescentar profundidade e detalhe aos resultados quantitativos. Estas situações aplicam-se a este estudo, pois a intervenção em avaliação, cuja implementação é feita através da adaptação às condições e necessidades locais, diz respeito a um novo campo de estudo sobre o qual pouco se sabe.

Neste sentido, iremos utilizar metodologias de avaliação mistas que nos permitam cumprir da melhor forma o propósito deste trabalho: avaliar um modelo de intervenção em crise no uso de SPA implementado pelo KC num grande festival bienal de música electrónica que acontece em Portugal no período do verão. A importância de avaliações deste cariz prende-se com a necessidade de aperfeiçoamento de programas de intervenção em crise nos contextos recreativos que, como já foi acima referido, são locais primordiais para o uso de SPA, sobre os quais tem existido pouca investigação. A avaliação será, então, organizada em duas etapas: a *avaliação do processo* e a *avaliação dos resultados*. Através da *avaliação do processo*, pretendemos detectar em que medida o programa ocorreu de acordo com o esperado (Illback et al, 1997). Pretendemos, para isso, conhecer os alvos da intervenção, o grau de exposição e de afluência dos utentes ao programa e à forma como a intervenção foi implementada. Com a *avaliação dos resultados* visamos determinar em que medida os objectivos foram cumpridos (Illback et al, 1997). Neste sentido procuramos conhecer o impacto das diferentes estratégias no utente, a evolução da sintomatologia ao longo da intervenção e o grau de satisfação dos participantes e da equipa técnica com a intervenção.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de um conjunto de projectos e visa contribuir para a avaliação da edição de 2010 do projecto do *KC*. Importa, por isso, realçar a existência de outros estudos elaborados a par deste com o mesmo objectivo geral, embora com objectivos específicos diferentes: (I) o relatório do *KC*, divulgado em 2011, cujos dados apresentam já um conjunto de indicadores da avaliação de processo (Carvalho et al, 2011); (II) a avaliação de resultados do programa *KC* através de uma *checklist* do exame do estado mental¹, que apresentará resultados através da análise descritiva dos indicadores resultantes da avaliação do exame do estado mental dos utentes à chegada e à saída da intervenção; e (III) o contributo para a validação do instrumento do exame do estado mental², com o estudo psicométrico e validação do processo do desenho do instrumento de avaliação do estado mental dos utentes. Toda a recolha de dados foi feita em simultâneo, embora cada um dos projectos se tenha centrado em partes específicas dessa mesma recolha.

Integrado, portanto, no conjunto de projectos de avaliação do modelo de intervenção em crise no uso de *SPA* implementado pelo programa *KC*, o presente estudo visa, seguindo as directrizes da avaliação de programas propostas pela literatura (Kalafat et al, 1997), proceder à avaliação do processo e à avaliação dos resultados deste programa.

Neste sentido, procederemos à avaliação do processo que, tal como é sugerido por Kroger, Winter e Shaw (1998), terá como objectivo monitorizar a afluência e o grau de exposição dos utentes ao projecto, caracterizar a população-alvo, caracterizar as situações de chegada ao *KC*, conhecer os padrões de uso de *SPA* associados aos episódios de crise e descrever as estratégias e estádios da intervenção. O objectivo último da avaliação de processo será, então, compreender até que ponto a intervenção decorreu como o esperado, avaliando deste modo a qualidade da sua implementação.

Para elaborar a avaliação do processo consideramos três questões de investigação fundamentais: (I)

- Quem foram os alvos da intervenção?
- Qual a afluência e o grau de exposição dos utentes ao projecto?
- Como foi feita a intervenção?

¹ Este projecto está a ser desenvolvido no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica do Porto (UCP) pela mestranda Marta Rodrigues com a orientação do professor doutor Pedro Dias e co-orientação da mestre Maria Carvalho.

² Este projecto está a ser desenvolvido no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica do Porto (UCP) pelo mestrando João Fugas com a orientação do professor doutor Pedro Dias e co-orientação da mestre Maria Carvalho.

Por sua vez, o foco da avaliação dos resultados será conhecer a eficácia da intervenção no estado físico, psicológico e emocional do utente e, também, o grau de satisfação dos participantes e da equipa técnica quanto à eficácia da intervenção. Este último objectivo é pertinente na medida em que, de acordo com Illback, Kallafat e Sanders (1997), mais importante que saber se os objectivos foram cumpridos, é saber se os participantes e intervenientes perceberam o programa como tendo sido eficaz.

Neste sentido, foram consideradas quatro questões de investigação fundamentais de forma a dar resposta à avaliação dos resultados:

- Qual o impacto das diferentes estratégias no utente?
- Como foi a evolução da sintomatologia ao longo da intervenção?
- Qual o grau de satisfação dos participantes em relação aos serviços, condições, equipa e eficácia do KC?
- Qual o grau de satisfação da equipa técnica quanto à eficácia da intervenção?

A metodologia de avaliação adoptada é mista, seguindo o princípio sugerido por Ramos (2006) de que para se adquirir uma percepção do fenómeno mais ampla é necessária a utilização de um conjunto de métodos diversificados. Optaremos, então, pela recolha e análise de ambos os dados qualitativos e quantitativos neste mesmo estudo, no qual os dados serão colectados de forma sequencial e em simultâneo. A prioridade deste estudo será, então, integrar os dados ao longo do processo de investigação (Creswell, Plano Clark, Gutmann, & Hanson, 2003, p. 212 cit. in Hanson, Creswell, Plano, Petska, & Creswell, 2005). De acordo com estes mesmos autores, os formatos de investigação mistos surgiram principalmente de avaliações (Hanson et al, 2005).

Apesar da inflexibilidade do método quantitativo e da sua consequente incapacidade de promover uma análise compreensiva dos fenómenos sociais (Fragoso, 2000), o seu tipo de análise é objectivo, exacto e fiel na medida em que se baseia numa observação mais controlada (Maroy, 1997). Contudo, a utilização exclusiva deste método aumenta, segundo Fragoso, o risco de se ignorar informação fundamental para reajustar as acções e para avaliar o que se conseguiu obter com o projecto. Neste sentido, é essencial a inclusão de metodologias qualitativas neste estudo, sendo estas orientadas para a compreensão global das realidades presentes num determinado programa (Fragoso, 2000).

Dado os objectivos do presente estudo integrarem tanto a avaliação do processo como a dos resultados da implementação do KC, a metodologia mista é o método que mais se adequa ao desenho desta investigação. Só através deste método seremos capazes de fazer a integração dos vários resultados.

Disponibilizamos através da Tabela 1 uma visualização mais esquemática do desenho desta investigação onde incluímos os objectivos específicos, as questões de investigação, os indicadores, a amostra e os procedimentos de recolha.

2.1 Amostra

O presente estudo é constituído por duas amostras, uma referente aos membros da equipa técnica do *KC* (N = 36) que preencheram o questionário *online* posteriormente à intervenção, e outra referente ao grupo de sujeitos que recorreu aos serviços do *KC* (N = 122).

Os sujeitos da amostra referente aos participantes do programa (N= 122), tinham idades compreendidas entre os 18 e 40 anos e eram maioritariamente europeus (59%). No que respeita ao género, 40 eram do sexo feminino (33%) e 82 do sexo masculino (67%).

No que respeita à amostra constituída pela equipa técnica (N=36) foram incluídos 19 terapeutas, 4 líderes de equipa, 3 membros da equipa de RRMD, 2 secretários, 2 membros da equipa médica, 2 consultores, 1 membro da equipa de investigação, 1 co-piloto e o coordenador da equipa. A maioria da equipa que fez parte desta amostra (n=22) integrou a equipa do *KC* pela primeira vez, sendo que o restante já tinha experiência anterior nas edições anteriores do programa.

2.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para este estudo foram cinco: o (I) *Visitor Report Form Arrival* (Relatório do utente à chegada) – *V.R.F.A*; o (II) *Intervention Form* (Relatório da Intervenção) – *I.F*, o (III) *Visitor Report Form Departure* (Relatório do utente à saída) – *V.R.F.D*, o (IV) *Visitor Feedback Form* (Formulário de feedback do utente) – *V.F.F*, e, por último, o (V) *Staff Feedback Form* (Formulário de feedback da equipa) – *S.F.F*. Contudo, importa referir que na recolha de dados de todo o projecto de avaliação foram incluídos mais 4 instrumentos, utilizados no âmbito dos restantes estudos que estão ainda a decorrer: (IV) *Mental State Arrival*; (V) *Mental State Departure*; (VII) *Shift Report*; (VIII) e o *Diary*.

O primeiro instrumento – *V.R.F.A* – (anexo 1.1) teve como objectivo fazer a recolha dos dados sociodemográficos do utente, do tipo de crise em questão, dos padrões de uso de SPA que o utente apresentava e do dia e do turno da chegada ao *KC*.

Através do segundo instrumento – *I.F* – (anexo 1.2) pretendemos recolher informação acerca da evolução da situação psicológica e estados emocionais que o utente apresentava, das estratégias terapêuticas utilizadas, das etapas de intervenção, da resposta do utente à

intervenção e da resolução do caso. O instrumento pedia uma descrição estruturada do processo de intervenção, no entanto, ao longo do processo de recolha de dados fomos verificando que esta estruturação dificultava o processo aos terapeutas. Por esta razão, passamos a pedir que fizessem um relato não estruturado do processo.

O terceiro instrumento – *V.R.F.D* – (anexo 1.3) serviu-nos especificamente para recolher informação quanto à permanência do utente no *KC*. No entanto, este instrumento visava também recolher informação sobre o estado físico, emocional, psicológico e mental do utente à saída e sobre a percepção do terapeuta acerca da eficácia da intervenção. Todos estes três primeiros instrumentos eram preenchidos pelo terapeuta que acompanhava o utente.

O quarto instrumento – *V.F.F* – (anexo 1.4) serviu para recolher informação quanto à percepção do utente sobre a eficácia da intervenção e quanto ao seu grau de satisfação com os serviços, com as condições físicas e com a equipa técnica do *KC*, através duma escala tipo *Likert* 5 pontos. Foi incluída, também, neste instrumento uma secção aberta onde o utente podia fazer comentários. No entanto, esta secção não foi incluída nos dados de avaliação deste estudo.

Finalmente, o quinto e último instrumento – *S.F.F* – (anexo 1.5) teve como objectivo conhecer o *feedback* da equipa técnica sobre a implementação do programa através de uma escala tipo *Likert* 5 pontos e da análise *SWOT*. Para além disso, o instrumento incluiu também a recolha de informação sobre a função, experiência no contexto e habilitações dos membros da equipa. Neste trabalho incluiremos apenas informação quanto aos itens 12, 13 e 28 da escala tipo *Likert* 5 pontos do questionário referentes ao seu *feedback* quanto à eficácia da intervenção. Ambos os últimos instrumentos acima referidos são de autopreenchimento.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Recolha de dados

A recolha de dados foi executada ao longo da implementação do projecto do *KC* na edição de 2010 e, no que respeita a um instrumento específico – *S.F.F*, cerca de um mês após a sua implementação. Passaremos então a descrever a forma como a recolha de dados aconteceu.

Ao chegar ao *KC*, o utente era abordado por um terapeuta e reencaminhado para um *dorm*³ ou, caso o utente preferisse, para uma outra zona do *KC*. O terapeuta era assessorado por um secretário do espaço e, em conjunto, monitorizavam a recolha da informação. As primeiras informações a ser recolhidas eram, então, as relativas ao instrumento *V.R.F.A.* Também era preenchido num momento inicial o instrumento do *Mental State Arrival*. O instrumento *I.F* era delegado ao terapeuta para que este o fosse preenchendo ao longo de toda a intervenção. Ao sair do *KC*, era pedido ao utente que respondesse ao instrumento *V.F.F*, o que na maior parte das vezes se tornou difícil conseguir porque ou em algumas situações os utentes abandonaram a intervenção sem que a abordagem para este inquérito final tenha sido possível, ou exprimiram a sua satisfação oralmente e informalmente, não apresentando disponibilidade para preencher o respectivo questionário. Ocorreram, no entanto, alguns casos em que estes regressaram mais tarde ao *KC* para o fazer. Após o utente deixar o *KC* era pedido ao terapeuta que preenchesse o instrumento *V.R.F.D* e o *Mental State Departure*. Contudo, devido à elevada afluência dos utentes ao programa, muitas vezes o intervalo entre a saída de um utente e a entrada de outro era muito curto ou mesmo inexistente, fazendo com que o terapeuta não tivesse tempo para completar os instrumentos. No final de cada turno, os líderes de equipa faziam o *Shift Report* e ao longo de todo o turno eram encarregues de completar o *Diary*. Ambos estes instrumentos iam sendo repassados entre os líderes de equipa e tinham a função de passar informação entre os turnos. Para a recolha de informação relativa ao instrumento *V.F.F*, enviamos este questionário à equipa técnica via e-mail, que entregou as suas respostas cerca de um mês após a implementação do projecto.

Visto a função do terapeuta ser primeiramente a intervenção e a do secretário assegurar a gestão do espaço, a recolha foi deixada muitas vezes para segundo plano quando ambas estas funções se sobrepunham à investigação. Para além disso, também a extensão de alguns instrumentos dificultou a gestão de tempo para a recolha.

Descritas as condições e a forma como a recolha foi executada durante o processo de investigação, passaremos a ilustrar como essa recolha foi desenhada para responder aos diversos objectivos específicos do estudo.

No que respeita à *avaliação do processo*, para avaliar até que ponto a intervenção decorreu de acordo com o esperado, foram utilizados os cinco instrumentos acima referidos. Assim, para conhecer a população-alvo, nomeadamente a sua caracterização sociodemográfica, foi

³ Dentro do recinto do *KC* foram construídos cerca de 12 *dorms* de forma a assegurar privacidade ao processo de intervenção de cada caso. Procurou-se ao máximo que este espaço fosse um ambiente confortável que promovesse o descanso e desprovido de estímulos sensoriais que pudessem dificultar o processo.

aplicado o instrumento *V.R.F.A* que incluía informação relativa à idade, género e nacionalidade deste último. Para obter uma caracterização e descrição detalhada dos episódios de crise, recorreu-se à aplicação de dois instrumentos: o *V.R.F.A*, que identificava o motivo da vinda ao *KC* e a descrição da sua condição física e mental à chegada e o *I.F* que incluiu informação quanto aos seus estados emocionais e acontecimentos com que estava a lidar. Quanto aos padrões de uso de *SPA* dos utentes, estes foram identificados através dos dados resultantes do instrumento *V.R.F.A*, nomeadamente quanto ao tipo de *SPA* consumida e à quantidade, dia, hora, contexto e via de consumo. Para elaborar a monitorização da afluência e do grau de exposição dos utentes ao projecto recorreu-se à aplicação de dois instrumentos: *V.R.F.A* e *V.R.F.D* que contemplavam informação referente ao dia e hora de chegada e da saída, e conseqüentemente à permanência dos utentes no *KC*. Para proceder à identificação das estratégias e estádios da intervenção do projecto, foi aplicado o instrumento *I.F*, que visava obter informação clínica sobre a intervenção nomeadamente quanto às estratégias terapêuticas utilizadas.

Em relação à avaliação dos resultados, para compreender até que ponto a intervenção produziu os efeitos pretendidos, foi aplicado o instrumento *I.F*, que visava obter informação clínica sobre a intervenção nomeadamente quanto à cronologia dos estados emocionais do sujeito durante a intervenção e às estratégias terapêuticas utilizadas e consequentes efeitos. Para conhecer o grau de satisfação dos participantes em relação ao programa do *KC* foi-lhes pedido que preenchessem um questionário com uma escala tipo Likert 5 pontos – *V.F.F*. Este questionário visava recolher informação quanto à satisfação em relação aos serviços do *KC*, às condições físicas do *KC*, à equipa técnica e à eficácia da intervenção. Finalmente, com o intuito de conhecer o *feedback* da equipa em relação à relevância da intervenção e à eficácia em atingir os seus objectivos e em dar resposta às necessidades de intervenção foi aplicado um instrumento de autopreenchimento à equipa – *S.F.F*.

2.3.2 Análise dos dados

No que respeita à análise dos dados, optamos por uma metodologia mista como foi referido anteriormente. Para o tratamento dos dados recolhidos através do instrumento *V.R.F.A*, *V.R.F.D*, *S.F.F* e do *V.F.F* foi criada uma base de dados no *software PASW statistic 18* submetida posteriormente a um tratamento quantitativo, especificamente estatística descritiva.

Os dados resultantes do instrumento *I.F* foram submetidos a uma análise qualitativa com o auxílio do programa *NVivo8*, através da metodologia de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo tem a finalidade de descrever o conteúdo das mensagens (Bardin, 2009), o que

neste estudo em particular se traduziu na descrição do processo da intervenção. Foram quatro as etapas percorridas nesta análise de conteúdo: (i) a organização da análise, (ii) a codificação, (iii) a categorização e, por último, (iv) a inferência.

No primeiro momento, correspondente à *organização da análise*, fizemos inicialmente uma leitura flutuante para estabelecer o primeiro contacto com o material e nos apropriarmos do material que seria analisado posteriormente. Após isto, demos início ao processo de codificação, propondo inferências e adiantando interpretações, que resultaram no primeiro esboço do nosso sistema de categorias (Bardin, 2009). Após isto, digitalizamos e importamos o conteúdo das descrições da intervenção do instrumento *I.F* para o *software* do *NVivo9*. Importados os dados, classificamo-los para atributos pré-definidos que conferiram propriedades transversais a todas as fontes/casos como, por exemplo, ao tipo de crise a que cada uma delas estava associada. Na nossa análise classificamos todas as fontes, utilizando para o efeito a ferramenta “cases” do *Nvivo9*. Essa ferramenta permitiu garantir que os atributos e propriedades pré-definidos para os dados serão automaticamente associados a todas as unidades de registo que venham a ser codificadas no âmbito dessa fonte. Esta classificação foi-nos útil pois permitiu-nos compreender as diferenças ao nível da sintomatologia e técnicas de intervenção nos diversos tipos de crise.

Na segunda etapa – *codificação* – transformamos os relatos das intervenções com o propósito de alcançar uma representação do conteúdo. Tal como é proposto por Bardin, nesta fase foi necessária a escolha da *unidade de registo*, ou seja, da unidade de significação que visa a categorização, bem como da *unidade de contexto*, ou seja, da unidade de compreensão que permite codificar a unidade de registo e o seu exacto significado (2009). Como unidade de registo foi utilizada a segmentação de “uma ideia completa”; seleccionamos a secção global do questionário dedicada à descrição do processo de intervenção enquanto unidade de contexto. Cada unidade de registo foi, então, associada a um código descritivo, ou seja, um código capaz de descrever o conteúdo dessa mesma unidade de registo de uma forma próxima dos dados.

Na *categorização* reunimos o conjunto de elementos com características comuns, sob um título genérico de forma a criar, tal como é sugerido por Bardin, uma representação simplificada dos dados em bruto. Este processo foi elaborado em duas etapas: o isolamento dos elementos e a procura de uma organização do conteúdo da descrição da intervenção. Foi adoptado um critério de categorização semântico, sendo que as unidades de sentido foram agrupadas em categorias temáticas (Bardin, 2009) que abrangiam um conjunto mais alargado de códigos descritivos. Organizamos, assim, os códigos descritivos como, por

exemplo, *rejeitar a medicação e não aceitar ajuda*, em categorias mais abrangentes e de vários níveis, como, por exemplo, *comportamentos de oposição*.

Finalmente, na etapa final da análise, através da *inferência* conseguimos responder a algumas questões de investigação (Bardin, 2009). Consideramos pertinente a contagem das frequências das unidades de significado mais expressivas no conjunto dos dados e a realização de procedimentos de interrogação aos dados (*Queries*), especificamente “Matrizes”, que através do cruzamento entre determinadas categorias nos permitiram compreender a relação entre as diferentes categorias do sistema.

Na Tabela 1 (pág. 31) apresentamos uma visualização mais esquemática do desenho desta investigação onde incluímos os objectivos específicos, as questões de investigação, os indicadores, a amostra e os procedimentos de recolha dos dados.

Tabela 1.
Desenho da investigação

Objectivos Específicos	Questões de investigação	Indicadores	Amostra	Procedimentos			
				Recolha de dados		Tratamento dos dados	
				Instrumento	Momento da recolha		
1. Avaliação do Processo (Até que ponto a intervenção decorreu como o esperado?)	1.1 Quem foram os alvos da intervenção?	Idade	N = 122	V.R.F.A	À chegada ao Kc	Análise quantitativa com auxílio do programa PASW 18	
		Nacionalidade					
		Género					
		Padrão de uso de SPA					
		Tipo de Crise					
		Sintomatologia					
	1.2 Qual a afluência e grau de exposição dos utentes ao KC?	Permanência no KC	Características específicas dos diferentes tipos de crise	N = 107	I.F	Durante a intervenção	Análise qualitativa com auxílio do programa NVivo8
			Sintomatologia específica de cada tipo de SPA				
			Turno				
			Dia do festival				
1.3 Como se fez a intervenção?	Estratégias utilizadas no processo de intervenção	Etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de crise	N = 107	I.F	Durante a intervenção	Análise qualitativa com auxílio do programa NVivo8	
		Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas					
2. Avaliação dos Resultados (Até que ponto a intervenção produziu os efeitos pretendidos?)	2.1 Qual o impacto das diferentes estratégias nos utentes?	Resolução	N = 107	I.F	À saída do KC	Análise qualitativa com auxílio do programa NVivo8	
		Comportamentos do visitor					
		Estratégias utilizadas					
	2.2 Como foi a evolução da sintomatologia?	Sintomatologia	Etapas da intervenção	N = 107	I.F	À chegada ao KC;	
						Durante a intervenção; À saída	
	2.3 Qual o grau de satisfação dos participantes em relação aos serviços, equipa técnica, condições físicas e à eficácia do KC?	Grau de satisfação dos participantes	N = 58	V.F.F	À saída do KC	Análise quantitativa com auxílio do programa PASW 18	
	2.4 Qual o grau de satisfação da equipa técnica quanto à eficácia da intervenção?	Grau de satisfação da equipa técnica	N = 36	S.F.F	30 dias após a intervenção via internet	Análise quantitativa com auxílio do programa PASW 18	

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na apresentação dos resultados privilegiamos a estrutura sugerida pela metodologia da avaliação de projectos. Assim, os dados que reunimos dos diversos instrumentos usados na recolha e sua análise (estatística descritiva e análise de conteúdo) serão agora revisitados para dar resposta aos objectivos da avaliação de projecto. Optamos por esta estruturação dos resultados em detrimento de uma apresentação directa dos resultados da estatística descritiva e do sistema de categorias, fazendo estes convergir aqui já para as respostas aos nossos objectivos e questões de investigação. No entanto, os gráficos, tabelas e sistema de categorias (Anexo 3) resultantes das metodologias de análise já descritas, poderão ser integralmente consultados nos vários anexos a que vamos fazendo referência no corpo do texto. Optamos, ainda, por ir desenvolvendo a discussão dos resultados de forma simultânea e integrada com a sua apresentação. Estas opções derivam da necessidade da gestão do espaço disponível para esta apresentação, gestão essa que se pretende que não descure a inteligibilidade dos resultados em questão.

Ao longo da apresentação dos dados resultantes da análise de conteúdo, optamos por fazer recurso à contagem de frequências e à sua transformação em percentagens, que reflectem o número de fontes por código, ou seja, o número de casos em que esse mesmo código surgiu. Importa aqui lembrar que o número de casos diz respeito ao número de sujeitos que participaram no programa e não ao número de situações atendidas, que como foi mencionado anteriormente, foi superior devido a ocorrência de reingressos.

3.1 Avaliação do Processo

3.1.1 Quem foram os alvos da intervenção?

- Caracterização sociodemográfica

Em relação à idade dos utentes (anexo 2.1), esta variou entre os 18 e os 40 anos. A maior parte dos sujeitos rondava os 20 e 30 anos, sendo que a maioria tinha 25 anos (15%). No que respeita ao género (anexo 2.3), 82 utentes eram homens (67%) e 40 eram mulheres.

De acordo com o *II Inquérito Nacional ao Consumo de SPA na população portuguesa*, existem diferenças significativas ao nível do género no que respeita à experiência de consumo de drogas ilegais. Para além disso, este inquérito revelou que nos grupos etários mais jovens as declarações de consumo são mais elevadas, sendo a prevalência de consumo de qualquer SPA de 12,4% no grupo 15-24 anos, 12,9 no

grupo 25-34 anos e 7,7 no grupo 35-44 anos e apenas 2,2% e 0,4 nos grupos decenais seguintes (Balsa et al, 2007). À semelhança da tendência epidemiológica dos usos de drogas para a população portuguesa, a população-alvo do KC é jovem e maioritariamente masculina.

Relativamente à nacionalidade dos participantes (anexo 2.2), os países europeus foram os mais representados no KC – Portugal (15%), França (11%), Reino Unido (8%), Espanha (4%) e Alemanha (4%). Contudo, apesar do número reduzido de casos, foi possível encontrar utentes da América do Sul (Argentina – 0,8% e Brasil – 0,8%), do Médio Oriente (Israel – 1,5%), de África (Angola – 0,8%) e também da Austrália (1,5%).

Isto remete para a enorme diversidade cultural da população-alvo e para as consequentes implicações que esta deve ter na estruturação da equipa. Em primeiro lugar, é fundamental uma boa gestão da questão da língua no processo de recrutamento numa próxima edição, de forma a assegurar uma equipa multilingue. Para além disso, também a diversidade cultural da equipa é importante para fazer face às barreiras e obstáculos que essas diferenças possam causar no processo de intervenção.

- Padrões de uso de SPA

Relativamente ao consumo de SPA, começamos por identificar os tipos de SPA mais e menos consumidas. A partir da frequência descritiva do uso de SPA (Tabela 2), tornou-se possível agrupá-las em quatro grandes grupos. Em primeiro lugar, surge, o LSD (52%) como a SPA mais frequente, à semelhança do que nos é apresentado numa pesquisa no contexto português sobre os padrões de uso nas festas de *trance*, no qual o LSD surge habitualmente como SPA de preferência (Silva, 2005). Em seguida, surge o grupo das SPA frequentes, que inclui o álcool, o MDMA, as anfetaminas e a cannabis. Em terceiro lugar, surge o grupo das SPA menos frequentes, com a ketamina, a cocaína e o 2CB. Finalmente, no último grupo, das SPA mais raras, foram incluídos os cogumelos, o ecstasy, a mescalina, o DMT, o DOC, o ópio, a metadona, a metilona, a proscalina, o GHB, o zimovane e o zopidone.

Tabela 2.
Frequências descritivas das SPA

SPA	LSD	MDMA	Amfetaminas	Ketamina	Cocaína	Cannabis	2CB	Cogumelos	Álcool	DOC, GHB, Ópio, Metadona, Metilona, Proscalina, Zopidone, Zimovane
Frequência	68	24	17	7	7	16	5	3	24	1
Percentagem	52%	19%	13%	5%	5%	12%	4%	2%	19%	1%
N	122	122	122	122	122	122	122	122	122	122

Após a análise descritiva das frequências das SPA, procedemos à identificação do número de SPA que cada participante consumiu (anexo 2.4), de forma a compreender a existência e a expressão dos policonsumos. A maioria dos sujeitos reportou o uso apenas de uma SPA (43,8%). O uso de duas SPA foi reportado por 23% dos utentes e um total de 13% de sujeitos reportou o uso de três ou mais SPA. A ausência de consumo é reportada apenas por uma pequena percentagem (9,2%) de sujeitos. Embora não seja transversal à maioria dos utentes, o policonsumo tem uma expressão bastante elevada (36%). De acordo com a EMCDA, o policonsumo está-se tornar num fenómeno comum entre os jovens (2009, cit in Hibell, Guttormsson, Ahlstrom, Balakivera, Bjarnason, Kokkevi, Kraus, 2011), fenómeno este que é identificado como um factor de risco para o desenvolvimento de consumos mais problemáticos (Galaif & Newcomb, 1999, cit in. Hibell et al, 2011). Por esta razão, a sua sinalização é considerada de extrema importância para as implementações de intervenções de RRMD (Hibell et al, 2011). Importa, portanto, reflectir sobre implicações e desafios que os policonsumos encerram para a intervenção no KC. Por um lado, torna-se difícil perceber a eficácia específica da intervenção por tipo de SPA, visto estas não poderem ser consideradas individualmente. Por outro lado, torna-se imprescindível perceber a crise neste contexto de forma ampla e multideterminada.

Conhecida a expressão dos policonsumos, procedeu-se ao cruzamento entre SPA de forma a identificar os policonsumos mais frequentes (anexo 2.5). Neste cruzamento, destacou-se principalmente o consumo de LSD com álcool (34%) e de anfetaminas com álcool (19,6%). Outras combinações, menos frequentes, foram o álcool e a cannabis (10,9%), o álcool e a cocaína (8,7%), e o álcool e o MDMA (8,7%), o que nos remete a concluir o papel central do álcool nos policonsumos na nossa amostra de utentes do KC. Para além disto, realçaram-se também outras combinações que não envolveram o uso de álcool, nomeadamente de MDMA e cannabis (9,1%) e de MDMA e LSD (7,8%).

- Tipos de crise

Os motivos que trouxeram os participantes ao KC foram categorizados em diferentes possibilidades (anexo 2.6). A maioria dos participantes (63%) foi atendida devido a uma experiência difícil, embora intencional, com SPA (n=77). Para além desta, outro tipo de situações foram também identificadas, como a experiência difícil accidental com SPA (n=3, 3%) e a crise mental relacionada (n=8, 7%) e não relacionada (n=6, 6%) com o uso de SPA. Em apenas duas situações ocorreu a crise pessoal não

relacionada com o uso de SPA (1,6%). Finalmente, houve alguns participantes (9%) cuja vinda para o KC não estava relacionada com nenhum tipo de crise (n=12).

Verificamos, assim, que o programa acabou por abranger uma maior diversidade de situações do que aquela a que inicialmente se propôs: a *crise induzida pela experiência intencional ou acidental com SPA*.

Surgiram então, situações de *crise mental*, de *crise pessoal* e de *não crise*. A *crise mental não relacionada com o uso de SPA* tem a ver com o número específico de situações psiquiátricas (n=6), nas quais os participantes demonstraram claramente sintomas psicopatológicos que não estavam relacionados com o uso de SPA. Um número maior de situações (n=8) foi integrado na experiência difícil, embora intencional, com SPA, apesar de a sintomatologia presente ser anterior ao uso de SPA. A este grupo atribuímos a categorização de *crise mental com SPA*. A *crise pessoal* teve a ver com situações que, embora configurassem uma situação de crise, não tinham a ver nem com o uso de SPA nem com a doença mental. Os casos não relacionados com nenhum tipo de crise (n=9) tiveram a ver com pedidos como um espaço para descansar, informação acerca das SPA ou de cuidados médicos básicos (teste de gravidez, material de HRRM, etc.)

Apesar do objectivo inicial do programa ter sido intervir em situações de crise relacionadas com o uso de SPA, verificamos que este acabou por se ver forçado a alargar o seu campo de acção. Todas estas situações que não se viam contempladas pelos objectivos propostos pelo programa necessitam agora de ser incluídas no desenho de uma nova edição. São casos que necessitam igualmente de cuidados e provavelmente de uma estrutura mais capaz de fazer face às suas necessidades, especialmente no que diz respeito às situações relacionadas com a crise mental. A concepção da crise neste contexto específico de intervenção necessita, portanto, de ser ampla e multideterminada, de forma a assegurar que o projecto cubra as diferentes variantes de crise e de situações aqui expressas.

- **Sintomatologia**

Em relação à sintomatologia iremos apresentar apenas as subcategorias que mais se destacaram nesta secção, embora incluamos em anexo (anexo 3) um sistema de categorias mais detalhado onde estarão enunciados todos os sintomas existentes. Para a geração destes códigos e categorias inspiramo-nos, durante a análise, na organização da sintomatologia do exame do estado mental proposta por Baños e

Perpigñá (2004), que foi também a que inspirou a construção do instrumento *Mental State Exam Checklist*.

Assim, o sintoma com maior expressão no conjunto dos casos foi, ao nível da *actividade motora*, a *hipercinesia* (6%), que de acordo com Baños e Perpigná se caracteriza pela agitação motora do utente e pela sua incapacidade de permanecer quieto.

Em relação à *atenção, consciência, alerta e orientação*, destacou-se a *confusão* (16%) que ocorria quando o utente se encontrava sem coerência de pensamento, com uma percepção lentificada, desorientado e com a atenção e concentração alteradas; a *desorientação espacial* (8%), referente à incapacidade do utente em saber onde estava: “*Assustada e desorientada no espaço e com as pessoas*”; a *desorientação temporal* (7%), que representa a dificuldade do indivíduo em se situar no tempo; e, finalmente, a *desorientação pessoal* (7%), que traduz a dificuldade do utente em saber quem são os seus amigos e familiares: “*Não sabia onde estava e não reconhecia a namorada*”.

Ao nível do *conteúdo do pensamento*, realçou-se a *paranóia* (18%). Esta ocorre quando o utente desenvolve uma teoria da conspiração em que acredita que os outros lhe querem fazer mal, se estão a rir de si ou que o vão trair: “*O utente chegou com um surto paranóide, duvidando das intenções de tudo e todos, exprimindo desconfiança em relação a elementos concretos da equipa sem qualquer fundamento*”.

No que respeita às *emoções e afectos*, destacou-se a *ansiedade* (35%), que nos remete para as situações em que o utente se encontrava num estado de temor e preocupação, acompanhado de sintomas psicofisiológicos característicos da hiperactividade; seguida pelo *medo* (19%), que se manifestou de diferentes formas: o medo que a experiência nunca acabe, o medo de permanecer naquela condição para sempre, o medo de perder o controlo, o medo de certos estímulos externos como a música ou decorações, o medo de ficar louco e o medo de morrer: “*Ficou com medo da música e veio para o KC para se sentir mais segura*”; pela *agitação emocional* (7%) e pela *desconfiança* (6%), referente às situações em que o utente desconfia de toda a gente ou de pessoas específicas sem qualquer fundamento: “*não confiava em ninguém*”.

Relativamente às *funções fisiológicas*, teve especial destaque o *cansaço* (12%), que reflectiu as situações em que o utente estava fisicamente esgotado e “*pede para descansar*”; a *insónia* (8%), que se manifestou pela dificuldade e incapacidade do

utente em dormir; e, finalmente, a *desidratação* (6%), que ocorria devido ao excesso de calor e ao facto do “*utente não bebe há muito tempo*”.

- Características específicas dos diferentes pedidos de intervenção ao KC

Para conhecer a especificidade dos diferentes tipos de pedidos de intervenção ao KC procuramos conhecer quais os tipos de sintomas mais típicos em cada tipo de pedido. Cruzamos (anexo 4.1), assim, as subcategorias referentes à categoria dos *sintomas*, nomeadamente da *actividade motora* (B.1), da *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.2), da *memória* (B.3), da *percepção e imagens mentais* (B.4), da *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.5), do *conteúdo de pensamento* (B.6), da *consciência de si mesmo* (B.7), dos *afectos e emoções* (B.8), das *funções fisiológicas* (B.9) e dos *indefinidos* (B.10) com a classificação quanto ao tipo de crise, nomeadamente à *experiência difícil com SPA intencional e acidental*, à *crise pessoal sem SPA*, à *crise mental com e sem SPA* e à *não crise*. De forma a facilitar a leitura dos resultados ao leitor, optamos por apresentar os sintomas mais significativos de cada tipo de crise em tabelas.

No que respeita à *crise mental*, verificamos que a *paranóia*, o *medo*, a *desconfiança*, a *confusão* e a *desorientação temporal, espacial e pessoal* ocorreram apenas nas situações em que a crise estava associada ao uso de SPA. A sintomatologia parece, então, ser mais grave quando os utentes com possível diagnóstico de doença mental fazem uso de SPA. Os sintomas mais frequentes nas situações de crise mental são apresentados com maior detalhe na Tabela 3.

Tabela 3.
Sintomatologia da Crise Mental

Tipo de crise	Funções Fisiológicas	Conteúdo do Pensamento	Afectos e Emoções	Atenção, Consciência, Alerta e Orientação	Actividade Motora	Outros
Crise Mental sem uso de SPA (n=6)	33% • Privação de sono	17% • Delírios	50% • Ansiedade • Agitação emocional	17% • Hipervigilância	17% • Movimentos dissociados	33% • Ataques de pânico
Crise Mental com uso de SPA (n=8)	31% • Cansaço • Insónia	21% • Paranóia	71% • Ansiedade • Medo • Choro • Desconfiança pessoal	57% • Confusão • Desorientação temporal, espacial e		

Verificou-se ainda, que nos casos em que o motivo da vinda não estava relacionado com *nenhum tipo de crise*, a sintomatologia estava principalmente relacionada com as (i) condições climáticas, sendo que a maioria destes utentes chegava ao KC ou com frio ou com sintomas de insolação, náusea, vómitos e desidratação; e com as (ii)

condições físicas do festival, que não fortaleciam o descanso, na medida em que grande parte destes utentes apresentava fadiga extrema e privação de sono. Tal como é apresentado na Tabela 4, também uma grande parte destes sujeitos apresentou sintomas ao nível dos afectos e emoções, como a agitação emocional, euforia e ansiedade, o que nos levou a questionar sobre a ausência efectiva de uma situação crise nestes casos. No entanto, a classificação quanto ao tipo de crise era feita pelo terapeuta, e portanto, acreditamos que a opção por uma classificação de *não crise* se devesse ao facto de estas alterações ao nível dos afectos e emoções não terem sido tão exacerbadas como as alterações que ocorreram nos restantes tipos de crise.

Tabela 4.
Sintomatologia da não crise

Tipo de crise	Funções Fisiológicas	Afectos e Emoções
Não Crise (n=12)	75% <ul style="list-style-type: none"> • Privação de sono • Náusea e vómitos • Insolação • Frio • Desidratação • Cansaço 	62% <ul style="list-style-type: none"> • Agitação emocional • Euforia • Ansiedade

No que respeita à *crise pessoal sem uso de SPA*, verificamos que esta foi desencadeada por uma situação de roubo ou pela *síndrome de abstinência*, resultando em ambas as situações numa sintomatologia ao nível dos *afectos e emoções* como a *ansiedade, estado deprimido e tristeza* em ambas as situações (Tabela 5). Assim, na primeira situação o sujeito desenvolveu toda esta sintomatologia após ter sido vítima de um roubo. Enquanto, no segundo caso, o utente, que era dependente químico, entrou em estado de crise devido à falta de metadona. Importa, no entanto, referir que, dado o número de utentes que apresentaram este tipo de crise ter sido tão reduzido (n=2), é difícil chegar a alguma conclusão quanto a este tipo de crise.

Tabela 5.
Sintomatologia da crise pessoal sem SPA

Tipo de crise	Afectos e Emoções	Conteúdo do Pensamento	Relacionados com SPA
Crise Pessoal (n=2)	100% <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Estado deprimido • Tristeza 	50% <ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com roubo 	50% <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinência

Em relação à crise relacionada com a experiência difícil com SPA (Tabela 6), verificamos na maioria dos casos o uso foi intencional, embora numa minoria tenha sido acidental. No que respeita às especificidades do uso acidental, apenas a

intensidade da experiência foi referida. Contudo, o número de utentes com a que este tipo de crise acidental se reportou foi bastante reduzido (n=3), sendo por isso difícil aprofundar qualquer tipo de conhecimento sobre estas situações.

No que respeita à crise induzida por SPA intencional, dado ao número elevado de utentes nesta condição (n=77), foi-nos possível aprofundar conhecimentos sobre esta situação. O padrão habitual de sintomatologia neste tipo de crise é, então, apresentado na Tabela 6. No entanto, importa chamar a atenção para a frequência elevada de sintomas ao nível da alteração dos afectos e emoções. Torna-se, então, difícil de decidir se estas duas classificações se devem manter separadas, pois não existem dados que confirmem diferenças marcantes entre o uso intencional e acidental. Porém, poderá ser interessante manter estas duas designações nas futuras edições de forma a tentar conhecer melhor as situações de crise acidental e, com isso, constatar se existe ou não diferença efectiva com a crise com SPA intencional.

Estes dados permitiram-nos conhecer melhor as situações relacionadas com a *crise mental*, com a *não crise* e com a *experiência difícil e intencional com SPA*. No entanto, no que respeita à *crise pessoal* e à *experiência difícil e acidental com SPA* não foi possível através deste estudo aprofundar conhecimentos, devido ao número reduzido de sujeitos que integraram estas categorizações.

Tabela 6.
Sintomatologia da experiência difícil com SPA

Tipo de crise	Funções Fisiológicas	Conteúdo do Pensamento	Afectos e Emoções	Atenção, Consciência, Alerta e Orientação	Relacionados com SPA
Experiência difícil e intencional com SPA (n=77)	27% • Cansaço • Insónia • Desidratação	25% • Paranóia	53% • Choro • Agitação emocional • Ansiedade • Medo • Desconfiança	27% • Confusão • Desorientação temporal, espacial e pessoal	
Experiência difícil e acidental com SPA (n=3)			33% • Ansiedade • Medo		33% • Intensidade da experiência

- Sintomatologia associada às diferentes tipologias de SPA

Para conhecer que tipo de sintomas está associado às diferentes tipologias de SPA realizamos uma matriz (anexo 4.4) que cruzasse as subcategorias da categoria sintomas, nomeadamente a *actividade motora* (B.1), a *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.2), a *memória* (B.3), a *percepção e imagens mentais* (B.4), a *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.5), o *conteúdo de pensamento* (B.6), a *consciência de si mesmo* (B.7), os *afectos e emoções* (B.8), as *funções fisiológicas* (B.9) e as de

difícil designação (B.10) com o tipo de SPA consumida, nomeadamente os *depressores* (C.1), *estimulantes* (C.2) e *psicadélicos* (C.3).

Dentro do campo dos *depressores*, incluímos apenas a sintomatologia relativa ao álcool, sendo que esta foi a única SPA com uma frequência de uso elevada. Assim, tal como é demonstrado na Tabela 7, os sintomas mais predominantes foram ao nível da *alteração do afectos e emoções*, das *funções fisiológicas* e da *atenção, consciência, alerta e orientação*. Contudo, importa mencionar que na maioria das situações o álcool surge num padrão de policonsumos, sendo por isso limitador dizer que os sintomas são directamente relacionados com esta SPA em particular. Acreditamos, por isso, que na maioria das vezes em que o uso de álcool esteve presente, os sintomas foram a consequência da mistura entre este e as outras SPA e não do consumo de álcool em si mesmo. Consideramos, portanto, que no que respeita ao álcool este estudo não nos permitiu conhecer melhor a tipicidade dos sintomas por si causados.

Tabela 7.
Sintomatologia associada ao uso de depressores

SPA	Funções Fisiológicas	Conteúdo do Pensamento	Afectos e Emoções	Atenção, Consciência, Alerta e Orientação	Relacionados com SPA
	29%	17%	61%	29%	17%
Depressores	<ul style="list-style-type: none"> • Cansaço • Desidratação • Frio • Fraqueza • Dores • Insónia • Náusea/Vómitos • Comportamento sexual desajustado 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranóia 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfiança • Agressividade • Ideação suicida • Desvalor pessoal • Agitação emocional • Ansiedade • Incontinência afectiva • Medo • Nervosismo • Euforia 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilância • Confusão • Desorientação espacial, temporal e pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Embriaguez

No campo dos *estimulantes*, incluímos a sintomatologia mais presente no uso das anfetaminas e cocaína, sendo que estas foram as SPA mais frequentes deste grupo. Tal como é apresentado na Tabela 8, a *ansiedade* e *paranóia* foram os sintomas mais frequentes quando a SPA era a *anfetamina*, o que de acordo com Camí (2000) ocorre quando o consumo desta é excessivo. No caso da *cocaína*, surgiram apenas e na totalidade dos seus utilizadores sintomas ao nível dos *afectos e emoções*. Contudo, importa sublinhar que a frequência desta SPA não foi muito elevada (n=4) e, assim sendo, estes resultados são limitativos. Esta sintomatologia sugere que a experiência com a cocaína estivesse na fase final quando os utentes recorreram aos serviços do KC. De acordo a EROWID (2012), sintomas como a *ideação suicida*, *desvalor pessoal*

e ansiedade ocorrem quando o sujeito entra na fase de abstinência de cocaína e o medo quando a dose é elevada. Porém, dado não conhecermos o ponto da experiência em que os sujeitos se encontravam na sua relação com o produto à chegada, esta é apenas uma suposição.

Tabela 8. Sintomatologia associada ao uso de estimulantes

SPA	Funções Fisiológicas	Conteúdo do Pensamento	Afectos e Emoções	Actividade Motora
	24%	47%	82%	18%
Anfetaminas (n=17)	<ul style="list-style-type: none"> • Desidratação • Dores • Fraqueza • Insónia • Comportamento sexual desajustado • Náusea/Vómitos • Privação de sono 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranóia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitação e inquietude • Contração muscular • Estado de estupor
Estimulantes			100%	
Cocaína (n=4)			<ul style="list-style-type: none"> • Desconfiança • Ideação suicida • Desvalor pessoal • Ansiedade • Medo 	

No que toca aos *psicadélicos*, incluímos a sintomatologia associada ao uso do *LSD*, *MDMA*, *ketamina*, *2CB* e da *cannabis*, visto estas terem sido as SPA mais frequentes deste grupo no conjunto dos dados. A sintomatologia que mais se destacou é apresentada na sua totalidade na Tabela 9. Um dado interessante resultante desta análise foi o facto de o *medo* e a *ansiedade* terem sido sintomas reportados no uso de todas as substâncias psicadélicas. Para além disso, verificamos que a *desorientação espacial, temporal e pessoal* ocorreu nas situações em o utente tinha usado *LSD* ou *cannabis*.

Após a análise detalhada da sintomatologia de cada SPA, chegamos a algumas conclusões. Em primeiro lugar, verificou-se que a *ansiedade* foi um sintoma transversal ao uso de todas as substâncias. Averiguamos, ainda, que a *paranóia* surgiu com maior frequência nos participantes com uso de *anfetaminas* (47%), *MDMA* (36%), *LSD* (21%) e *ketamina* (29%). Uma outra constatação teve a ver com o facto de as alterações ao nível da actividade motora terem ocorrido apenas nas situações em que o utente consumiu *anfetaminas* (18%) e *MDMA* (14%). Segundo Camí (2000), doses excessivas de psicoestimulantes estimulam fortemente tanto a área cardiovascular do corpo, como a neurológica, o que se traduz muitas vezes em sintomas como o bruxismo, contração muscular, espasmos, movimentos dissociados, etc. Apesar de neste trabalho termos optado por incluir a *MDMA* no campo dos

psicadélicos, não podemos esquecer que esta tem uma dupla classificação, na medida em que as suas propriedades são tanto estimulantes como alucinogénias (NIDA, 2010).

Tabela 9.
Sintomatologia associada ao uso de psicadélicos

SPA	Funções Fisiológicas	Conteúdo do Pensamento	Afectos e Emoções	Atenção, Consciência, Alerta e Orientação	Actividade Motora	Forma de pensamento
		27%		85%		33%
Cannabis (n=15)	<ul style="list-style-type: none"> • Cansaço • Frio • Dores • Insónia • Privação do sono 		<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Medo 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusão • Inconsciência • Letargia • Desorientação espacial, temporal e pessoal 		
		31%	21%	71%		57%
LSD (n=58)	<ul style="list-style-type: none"> • Cansaço • Insónia 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranóia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Medo • Choro • Desconfiança 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusão • Desorientação temporal, espacial e pessoal 		
		32%	36%	77%	14%	14%
MDMA (n=22)	<ul style="list-style-type: none"> • Sudorese excessiva • Privação do sono • Náusea/ Vômitos • Insónia • Fraqueza • Dores • Desidratação • Desnutrição • Cansaço 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranóia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Medo 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusão 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitação e inquietude • Bruxismo • Compulsão • Contracção muscular • Espasmos • Movimentos dissociados • Paralisia • Tensão muscular • Tiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuga de ideias/ descarrilamento • Afasia e disartria
		29%	29%	86%		
Ketamina (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> • Privação do sono • Desidratação 	<ul style="list-style-type: none"> • Paranóia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Medo • Tristeza • Estado deprimido • Desconfiança 			
				100%		
2cb (n=5)			<ul style="list-style-type: none"> • Agressividade • Desconfiança • Agitação emocional • Ansiedade • Medo 			

Os dados contribuíram claramente para melhor conhecermos a tipicidade dos sintomas na grande parte das SPA – *anfetaminas, LSD, MDMA, cannabis, ketamina*. No entanto devido ao número reduzido de casos em que estas surgiram, os dados referentes à cocaína e ao 2CB são ainda pouco esclarecedores. Para além disso, também no que respeita ao álcool, devido ao facto deste ter surgido maioritariamente num padrão de policonsumo, foi-nos difícil chegar a algum tipo de conclusão.

3.1.2 Qual a afluência e o grau de exposição dos utentes ao KC?

O *KC* acolheu um total de 130 situações, referentes a 122 participantes. No que respeita ao número de horas que cada utente permaneceu no *KC*, podemos concluir que aproximadamente 50% de todas as situações foram resolvidas num período de 1 a 5 horas. Isto significa que a maioria das situações é passível de ser resolvida num só turno. 31% dos casos atendidos levaram cerca do equivalente ao período de 2 turnos – 16 horas – a serem resolvidos. Apenas uma pequena proporção das situações (13%) necessitou de mais de 24 horas de intervenção (anexo 2.11).

Em relação ao número de participantes no *KC* por cada dia do festival, verificou-se um maior movimento logo após o início do festival (2º e 3º dias), correspondente a aproximadamente 40% da actividade total do *KC*. No 7º dia do festival, foi atingido outro pico de actividade (19%). A actividade foi moderada no período intermédio e inferior no primeiro e último dia do festival (anexo 2.12). No entanto, não consideramos que estas diferenças sejam tão significativas que mereçam ser reflectidas no desenho de uma nova edição.

A intervenção do *KC* é distribuída por um total de 3 turnos diários, consistindo cada um num período de 8 horas de trabalho – turno 1 (07:00 -15:00); turno 2 (15:00 -23:00); e turno 3 (23:00-07:00). De acordo com os dados recolhidos (anexo 2.13), o turno 2 (15:00-23:00) foi o que concentrou um maior número de sujeitos a recorrer ao *KC* (39%). Porém a diferença no nível da afluência entre os turnos não foi significativa o que nos leva, mais uma vez, a considerar que esta não seja merecedora de traduzir-se no desenho de uma nova edição.

3.1.3 Como foi feita a intervenção?

Para conhecer o tipo de intervenção mais adequado aos diferentes tipos de pedido de intervenção ao *KC*, procuramos identificar as estratégias utilizadas no processo de intervenção, as etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de pedido e as estratégias utilizadas para cada tipo de sintomas.

- **Estratégias utilizadas no processo de intervenção**

Em relação às estratégias de intervenção iremos apresentar apenas as subcategorias que mais se destacaram nesta secção, embora incluamos em anexo (anexo 3) um sistema de categorias mais detalhado onde estarão enunciadas todas as estratégias utilizadas.

Assim, a subcategoria com maior expressão ao nível das *estratégias médicas*, foi *nutrir e hidratar* o utente (8%).

No que respeita às *estratégias psicoterapêuticas*, destacaram-se as seguintes estratégias: *levar o utente a passear* (13%) à volta do KC ou pelo festival; *deixar o utente ficar sozinho quando este assim o pede* (8%) fazendo a supervisão de longe; *sentar junto do utente em silêncio* (28%), em que o terapeuta dava suporte ao utente permanecendo apenas junto de si em silêncio; os *exercícios de respiração* (6%), em que o terapeuta ajudava o utente a fazer exercícios respiratórios para diminuir a ansiedade; *incluir outros significativos na intervenção* (9%), o que, de acordo com Grof (1994), é bastante pertinente para assegurar que o utente se sinta mais seguro; a *escuta activa* (65%), que, de acordo com a *Abordagem Centrada na Pessoa* de Carl Rogers (1983), é uma estratégia baseada na aceitação incondicional e na procura de compreender o utente sem crítica nem julgamento; o *contacto físico* (13%) através do abraço, toque ou segurar das mãos, que de acordo com Grof (1994) deverá ser utilizado quando a relação de confiança já foi estabelecida; e *conversar* (72%), estratégia que se operacionaliza de formas distintas consoante o tipo de participante e situação. As temáticas abordadas nas conversas tinham como objectivo, tal como é sugerido por Grof, (i) realçar ao sujeito que os sintomas são consequência da experiência com SPA e que a experiência tem uma duração limite e, portanto, que passadas essas horas os sintomas irão terminar; (ii) criar a oportunidade para que o sujeito pudesse trabalhar possíveis aspectos traumáticos e (iii) encorajar o utente a lidar com os acontecimentos críticos e a parar de lutar contra os sintomas (Grof, 1994).

Em relação às *estratégias complementares*, destacaram-se a *musicoterapia* (13%), uma estratégia em que o terapeuta usa a música e o som como recurso para ajudar o utente a ter uma experiência mais agradável e facilitar o processo do desenrolar da experiência (Grof, 1994); a *medicação homeopática* (10%) que visava diminuir os sintomas através da administração de medicamentos homeopáticos; e a *massagem* (11%), que tinha como objectivo ajudar o utente a relaxar. Finalmente, relativamente às estratégias logísticas, *dar espaço para dormir ou descansar* foi a estratégia mais frequente, o terapeuta providenciava um espaço onde o utente pudesse descansar e dormir: (*“Estava cansado e com muito calor, acabou por dormir várias horas aqui”*).

Podemos, então constatar que as estratégias psicoterapêuticas são as mais utilizadas. Isto remete para a importância de uma equipa constituída principalmente por psicoterapeutas experientes. Porém, também é fundamental incluir terapeutas com competências complementares como massagem, musicoterapia e homeopatia, visto estas também terem sido estratégias às quais se recorreu frequentemente.

- Etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de pedidos

Para conhecer as etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de pedidos, pedimos matrizes (anexo 4.3) que cruzassem as subcategorias da categoria estratégias, nomeadamente as de *RRMD* (D.1), as *médicas* (D.2), as *psicoterapêuticas* (D.3), as *logísticas* (D.4), as de *encaminhamento* (D.5), as *complementares* (D.6) e as *indefinidas* (D.7) com as subcategorias da categoria *etapas da intervenção*, designadamente com a *etapa inicial* (F.1), a *etapa de desenvolvimento* (F.2) e com a *etapa final* (F.3). Foi pedida esta matriz para cada tipo de crise.

Para facilitar a leitura dos dados, optamos por fazer uma descrição detalhada dos resultados na Tabela 10, incluindo no texto apenas os resultados mais significativos.

Verificamos, assim, que na fase inicial e de desenvolvimento da intervenção foram utilizadas estratégias *psicoterapêuticas* em todos os tipos de crise. Constatamos, ainda, que apenas nas situações de *não-crise* foram utilizadas estratégias de *RRMD*, o que estará provavelmente relacionado com a procura de informação sobre *SPA* por parte do utente fora de uma situação em que a crise as consequências experiência de uso já estão efectivamente em curso. Em relação à *crise mental*, constatamos que apenas nas situações em que esta não estava associada ao uso de *SPA* se utilizaram estratégias *médicas* o que poderá ser explicado pelo modelo de intervenção adoptado pelo *KC*, onde a administração de fármacos – um dos recursos das estratégias *médicas* – durante a experiência com *SPA* é mantida a um mínimo (Carvalho et al, 2011). Quando a crise mental surgia associada ao uso de *SPA*, as estratégias utilizadas foram sobretudo as *psicoterapêuticas*, seguidas das *complementares* e *logísticas*. Nas situações de crise relacionada com a *experiência difícil e intencional com SPA*, foram maioritariamente utilizadas estratégias *psicoterapêuticas* e *complementares*. Verificamos, ainda, que na etapa final apenas se fez recurso a *estratégias psicoterapêuticas*.

Tabela 10.
Processo de intervenção nos diversos tipos de crise

Fase da Intervenção	Estratégias	TIPOS DE CRISE					
		Crise com SPA intencional (n=77)	Crise com SPA acidental (n=3)	Não Crise (n=12)	Crise Mental com SPA (n=8)	Crise Mental sem SPA (n=6)	Crise Pessoal sem SPA (n=2)
Fase Inicial	Psicoterapêuticas	59%	33%	25%	50%	50%	100%
	Médicas						100%
	Logísticas		33%	17%			50%
	Complementares	14%			25%		
Fase de Desenvolvimento	Psicoterapêuticas	74%	100%	50%	100%	33%	50%
	Médicas	11%	33%	17%		17%	50%
	Logísticas	18%	33%	17%	25%	33%	50%
	Complementares	27%			38%	33%	
	RRMD			8%			
Fase Final	Psicoterapêuticas	18%		8%		17%	

Estes resultados permitem-nos conhecer melhor os tipos de estratégias mais utilizados para os diversos tipos de crise. No entanto, para aprofundar o tipo de estratégias específicas que foram utilizadas em cada situação seria necessário cruzar cada uma dessas estratégias com os diferentes tipos de crise. Devido à extensão e espaço que um resultado destes ocuparia neste trabalho, vimo-nos obrigados a optar por uma descrição mais geral.

No que respeita à distribuição das estratégias pelas diferentes etapas da intervenção, verificamos que todas as estratégias surgem com alguma frequência nas diferentes etapas, à excepção da etapa final. O facto de na etapa final estarem a ser utilizadas, de uma forma geral, muito menos estratégias poderá significar que o caso já esteja resolvido ou em vias de o ser.

- Estratégias utilizadas em cada tipo de sintomas

Para conhecer as diferentes estratégias utilizadas para cada tipo de sintomas, foi pedida uma matriz (anexo 3.2) que cruzasse as subcategorias da categoria *estratégias*, nomeadamente as de *RRMD* (D.1), as *médicas* (D.2), as *psicoterapêuticas* (D.3), as *logísticas* (D.4), as de *encaminhamento* (D.5), as *complementares* (D.6) e as de *difícil indefinidas* (D.7) com as subcategorias da categoria *sintomas*, respectivamente com a *actividade motora* (B.1), com a *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.2), com a *memória* (B.3), com a *percepção e imagens mentais* (B.4), com a *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.5), com o *conteúdo de pensamento* (B.6), com a *consciência de si mesmo* (B.7), com os *afectos*

e emoções (B.8), com as *funções fisiológicas* (B.9) *memória* e com as de *indefinidas* (B.10).

Passamos, então, a apresentar os resultados mais significativos na Tabela 11, à qual vamos fazendo referência ao longo do texto à medida que formos destacando os resultados mais reveladores de alguns sintomas.

Verificamos, então, que nas situações em que a sintomatologia era ao nível do *conteúdo do pensamento*, da *atenção*, *consciência*, *alerta e orientação*, e da *percepção e imagens mentais*, utilizaram-se fundamentalmente estratégias psicoterapêuticas. No entanto, quando a alteração era ao nível dos *afectos e emoções*, da *forma de pensamento*, da *actividade motora*, da *linguagem e fala* e das *funções fisiológicas*, para além das estratégias psicoterapêuticas, recorreu-se também às complementares.

Para além disso, importa ainda mencionar o recurso frequente a estratégias logísticas na sintomatologia relacionada com os *afectos e emoções* e com as *funções fisiológicas*. Na verdade, estas estratégias – *dar espaço para dormir*, *nutrir/hidratar*, *dar roupas e ajudar na limpeza e higiene* – terão sido as mais apropriadas para esta última tipologia de sintomas – *frio*, *cansaço*, *desidratação*, *insolação*, *náusea/vómitos*, etc.

No que respeita às *estratégias médicas*, nomeadamente a *medicação psiquiátrica e nutrir e hidratar*, constatamos que estas foram uma opção também bastante frequente para intervir nos sintomas relacionados com os *afectos e emoções*.

Tabela 11.

Estratégias utilizadas nos diferentes tipos de sintomas

Sintomas	Psicoterapêuticas	Complementares	Logísticas	Médicas
Afectos e emoções (n=75)	90% • Conversar • Escuta activa • Contacto físico • Contenção • Incluir amigos na intervenção • Exercícios de respiração • Seguir o utente • Deixar o utente sozinho • Levar o utente a passear	25% • Massagem • Medicação homeopática • Musicoterapia • Reiki	34% • Assegurar que o acordam a horas • Dar espaço para dormir e descansar • Dar roupas • Levar até aos organizadores	17% • Medicação psiquiátrica • Nutrir e hidratar
Funções Fisiológicas (n=33)	73% • Conversar • Escuta activa • Inclusão de amigos na intervenção • Exercícios de respiração • Levar a tomar banho • Sentar junto do utente em silêncio • Abraçar, tocar, dar as mãos • Mostrar disponibilidade	36% • Massagem • Medicação homeopática • Musicoterapia • Reiki	52% • Dar espaço para dormir • Dar roupas • Nutrir e hidratar • Ajudar na limpeza e higiene	
Forma de pensamento, linguagem e fala (n=10)	90% • Conversar • Toque físico • Incluir amigos na intervenção • Mostrar disponibilidade • Levar o utente a passear • Contenção • Seguir o utente • Sentar em silêncio junto do utente • Deixar o utente sozinho quando este assim o pede	40% • Musicoterapia • Medicação homeopática		
Actividade motora (n=11)	82% • Toque físico • Aconselhar a descansar • Contenção • Conversar • Escuta activa • Incluir amigos • Seguir o utente • Levar o utente a passear • Recolher informação	36% • Aromoterapia • Massagem • Medicação homeopática • Reiki • Musicoterapia		
Conteúdo do pensamento (n= 29)	86% • Ajudar a encontrar amigos, tenda ou objectos • Toque físico • Conversar • Escuta activa • Incluir amigos na intervenção • Sentar junto do utente em silêncio • Deixar o utente sozinho quando este assim o pede			
Atenção, consciência, alerta e orientação (n=26)	85% • Toque físico • Assegurar que está seguro • Contenção • Conversar • Escuta activa • Inclusão de amigos • Mostrar disponibilidade • Recolher informação • Seguir o utente • Sentar junto do utente em silêncio • Levar o utente a passear • Deixar o utente sozinho quando este assim o pede			
Percepção e imagens mentais (n=5)	100% • Conversar • Escuta activa • Inclusão de amigos na intervenção • Sentar junto do utente em silêncio			

3.2 Avaliação dos resultados

3.2.1 Qual o impacto das diferentes estratégias no utente?

Para responder a esta questão pedimos uma matriz (anexo 4.5) que cruzasse as subcategorias da categoria *estratégias*, nomeadamente as de *RRMD* (D.1), as *médicas* (D.2), as *psicoterapêuticas* (D.3), as *logísticas* (D.4), as de *encaminhamento* (D.5), as *complementares* (D.6) e as *indefinidas* (D.7) com as subcategorias da categoria *resolução*, particularmente com a subcategoria *resolvido* (E.1), *não-resolvido* (E2) e *interrompido* (E.3). Para além disso, foi pedida uma matriz que cruzasse as mesmas subcategorias da categoria *estratégias* com as subcategorias da categoria *comportamentos do utente*, nomeadamente os de *bem-estar* (A.1), os de *uso de SPA* (A.2), os de *pedidos* (A.3), os de *ajuda* (A.4), os *colaborativas* (A.5), os de *oposição* (A.6), os de *regresso ao KC* (A.7) e os de *incapacidade de falar sobre a experiência* (A.8).

Assim, verificamos que no que diz respeito às *estratégias de RRMD* (n=3), 33% dos casos em que se utilizou esta estratégia foram resolvidos e em 67% dos casos os

utentes passaram a demonstrar comportamentos de bem-estar, como serem capazes de dormir.

Em relação às *estratégias psicoterapêuticas* (n=90), constatamos que 30% dos casos em que estas estratégias foram utilizadas foram resolvidos, embora se tenha identificado que 9% destes não se resolveram. Para além disso, verificou-se que 33% dos alvos destas estratégias apresentaram comportamentos de bem-estar, como *sorrir, recuperar a consciência, sentir-se seguro, feliz, estável, comunicar, agradecer, conseguir dormir, apresentar crítica e mostrar-se tranquilo, calmo e relaxado.*

Relativamente às *estratégias médicas* (n=18), 35% dos casos em que estas foram utilizadas ficaram resolvidos, embora 9% destes não se tenham resolvido. Averiguamos ainda que 39% dos alvos destas estratégias apresentaram *comportamentos colaborativos*, como *aceitar a medicação e manifestar interesse pelas estratégias*, e de *bem-estar*, como *conseguir relaxar e ficar tranquilo, conseguir dormir e ficar estável.*

Quanto às *estratégias logísticas* (n=34), verificou-se que 35% dos casos em que se utilizaram estas estratégias ficaram resolvidos, embora 9% destes não se tenham resolvido. Constatamos ainda que 59% dos utentes aos quais foram implementadas estas estratégias apresentaram comportamentos de bem-estar, como *sorrir, sentir-se seguro, mostrar-se relaxado e tranquilo, ficar feliz, estável, conseguir dormir, comunicar e agradecer.*

No que diz respeito às *estratégias complementares* (n=32), 47% dos casos em que estas foram utilizadas ficaram resolvidos, embora 13% não tenham ficado. Para além disso, verificamos que 13% dos utentes alvos destas estratégias *regressaram ao KC*, apresentaram *comportamentos colaborativos* com a intervenção e de *bem-estar*, como *ser capaz de dormir, agradecer, comunicar, ficar estável, feliz e relaxado.*

Em relação à resolução dos casos, apesar de termos informação limitada um número reduzido de casos, podemos concluir, através dos dados que obtivemos, que todas as estratégias resultaram na maioria das situações numa boa resolução da intervenção e no desenvolvimento de comportamentos de bem-estar no utente. Porém, surgiram algumas situações em que as *estratégias psicoterapêuticas, médicas, logísticas e complementares* não foram suficientes para resolver os casos. Este estudo não nos permite conhecer quais os tipos de casos em particular que não foram resolvidos, no entanto seria pertinente numa avaliação futura tentar compreender melhor o que leva a que estas estratégias não sejam eficazes em certas situações.

3.2.2. Qual a evolução da sintomatologia durante a intervenção?

Para responder a esta questão foi pedida uma matriz (anexo 4.6) que cruzasse as subcategorias da categoria *sintomas*, nomeadamente a *actividade motora* (B.1), a *atenção, consciência, alerta e orientação* (B.2), a *memória* (B.3), a *percepção e imagens mentais* (B.4), a *forma de pensamento, linguagem e fala* (B.5), o *conteúdo de pensamento* (B.6), a *consciência de si mesmo* (B.7), os *afectos e emoções* (B.8) e as *funções fisiológicas* (B.9) com as subcategorias da categoria *etapas da intervenção*, designadamente com a *etapa inicial* (F.1), a *etapa de desenvolvimento* (F.2) e com a *etapa final* (F.3).

Tabela 12.
Evolução da sintomatologia nas diferentes etapas

Sintomas	Etapa Inicial	Etapa do Desenvolvimento	Etapa Final
Actividade motora (n=11)	82%	73%	0%
Atenção, consciência, alerta e orientação (n=26)	81%	73%	25%
Funções fisiológicas (n=33)	61%	85%	6%
Forma de pensamento, linguagem e fala (n=10)	90%	100%	40%
Conteúdo do pensamento (n=29)	76%	90%	10%
Afectos e emoções (n=75)	85%	93%	9%

Tal como é apresentado na Tabela 12, surgiram dois tipos de situações diferentes na evolução da sintomatologia, uma em que esta foi diminuindo desde que o utente chegou até ao momento em que deixou o *KC* e outra em que a sintomatologia sofre um pequeno aumento na etapa de desenvolvimento em relação ao momento inicial da intervenção, embora tenha decaído no momento em que o utente deixou a intervenção. Esta segunda situação dever-se-á possivelmente ao facto de os utentes chegarem muitas vezes ao *KC* ainda na fase inicial da experiência com as substâncias e consequentemente entreterem na fase do pico da experiência durante o desenvolvimento da intervenção. Contudo, este estudo não nos permite tirar uma conclusão mais precisa quanto a isto, pois não foram incluídos dados quanto à fase da experiência em que o utente se encontrava no momento da chegada ao *KC*.

Na primeira situação temos, então, os sintomas relacionados com a *actividade motora* e com a *atenção, consciência, alerta e orientação*. Na segunda surgiram os sintomas relacionados com as *funções fisiológicas*, com a *forma de pensamento, linguagem e fala*, com o *conteúdo dos pensamentos* e com os *afectos e emoções*.

Importa, ainda, referir o facto de em ambas as situações ter sido possível uma forte diminuição da sintomatologia na etapa final, exceptuando a sintomatologia referente à *forma de pensamento, linguagem e fala* que se manteve em mais de um terço dos

utentes na etapa final da intervenção (40%). Neste sentido, consideramos que o grau de eficácia da intervenção do *KC* foi, globalmente, bastante elevado.

3.2.3 Qual o grau de satisfação dos participantes em relação aos serviços do *KC*, à equipa técnica, às condições físicas e à eficácia da intervenção?

De acordo com as estatísticas descritivas decorrentes da análise quantitativa dos dados, 81% (n=41) dos participantes expressaram total concordância quando ao item: “considero que fui ajudado pelos serviços do *KC*”, sendo que apenas um participante discordou (anexo 2.7). No que respeita às condições físicas do projecto, a satisfação foi também bastante elevada, sendo que 58% (n=32) expressaram total concordância quanto a este aspecto e não houve nenhum participante que discordasse do facto das condições terem sido apropriadas (anexo 2.8). A satisfação dos utentes em relação à equipa técnica foi globalmente muito elevada, sendo que 75% dos participantes concordaram totalmente quanto à eficiência da equipa e nenhum discordou (anexo 2.9). Neste sentido, também a satisfação foi bastante elevada no que diz respeito à “*capacidade da equipa técnica em ajudar e satisfazer as suas necessidades durante a sua estadia no KC*”, na medida em que 80% (n=45) concordou totalmente quanto a este aspecto e nenhum discordou (anexo 2.10).

Em suma, o grau de satisfação dos utentes quanto à eficácia da implementação do *KC* foi excelente o que nos leva a crer que o programa tenha sido bastante eficaz na sua intervenção. Destacamos que um dado frequentemente apontado na literatura sobre a avaliação de projectos de intervenção é o que indica que, mais importante do que saber se os objectivos foram cumpridos, é saber se os participantes perceberam o programa como tendo sido eficaz (Illback et al, 1997). No entanto, é fundamental fazer referência ao facto de apenas 48% dos utentes (n=58) terem preenchido o questionário de satisfação com o programa. Apesar de não sabermos quais as razões que levaram os restantes utentes a não darem o seu *feedback*, podemos colocar a hipótese de que aqueles que o deram terem sido os que em melhor situação se encontravam e conseqüentemente os que mais benefícios tiveram com a intervenção. Na verdade, sabemos que em algumas situações os utentes abandonaram a intervenção sem que a abordagem para este inquérito final tenha sido possível, ou exprimiram a sua satisfação oralmente e informalmente, não apresentando disponibilidade para preencher o respectivo questionário. Nesta última situação respeitou-se a “urgência” que o participante apresentava em abandonar o espaço uma vez integrada a experiência da crise, e consideraram-se, assim mesmo, os dados relativos a estes participantes para efeitos de avaliação. Conhecer o grau de

satisfação destes utentes teria sido fundamental para conhecer de forma mais exaustiva a eficácia da intervenção na percepção dos utentes.

3.2.4 Qual o grau de satisfação da equipa técnica quanto à eficácia da intervenção?

Através das estatísticas descritivas da análise quantitativa (anexo 2.14) dos dados decorrentes do instrumento *F.F.E* – constatamos que toda a equipa considerou o *KC* relevante (39% *concordou totalmente* e 61% *concordou* com a sua relevância) e eficaz em atingir os seus objectivos (82% *concordou totalmente* e 18% *concordou* com a sua eficácia). Contudo, no que diz respeito à capacidade do *KC* em satisfazer as necessidades de intervenção, apesar de a maioria ter considerado o programa capaz (16% *concordou totalmente* e 71% *concordou*) ter considerado o programa capaz, 13% da equipa considerou o programa incapaz.

Concluimos, assim, que o grau de satisfação da equipa técnica quanto à eficácia da intervenção foi bastante elevado. No entanto seria pertinente aprofundar o motivo que levou 13% da equipa a considerar o programa incapaz em satisfazer as necessidades de intervenção, no contexto em que todos o consideraram capaz em atingir os seus objectivos⁴.

⁴ A avaliação qualitativa da satisfação da equipa não fez parte dos objectivos deste estudo devido à limitação de espaço, no entanto, esta pode ser consultada através do *Kosmicare research project – process evaluation report* (Carvalho, 2011), que incluiu dados a este nível.

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÕES

Neste capítulo e em jeito conclusivo, iremos salientar os resultados mais significativos do presente estudo. Também serão apresentadas as limitações que no nosso entender assumem maior relevância para a leitura dos dados, assim como discutidas as implicações que maior relevo apresentam para a elaboração de estudos de avaliação em intervenções idênticas no futuro.

No que respeita à caracterização sociodemográfica, à semelhança da tendência epidemiológica dos usos de drogas, a população-alvo do *KC* é jovem e maioritariamente masculina. Verificamos, ainda, que os utentes provinham de diversos países e continentes, o que remete para a enorme diversidade cultural da população-alvo e para as conseqüentes implicações que esta deve ter na estruturação da equipa. Torna-se, portanto, necessário que seja assegurada uma equipa multilingue e multicultural numa edição futura, de forma a ultrapassar as barreias e obstáculos que as diferenças culturais e linguísticas podem causar no processo de intervenção.

Em relação aos padrões de uso de *SPA*, constatamos que o *LSD* é a *SPA* de preferência. Para além desta, destacaram-se ainda o *álcool*, o *MDMA*, as *anfetaminas* e a *cannabis*. Embora não seja transversal à maioria dos utentes, o policonsumo tem uma expressão elevada, tornando-se portanto fundamental reflectir sobre as suas implicações, devido ao risco que este representa no desenvolvimento de consumos problemáticos (Galaif e Newcomb, 1999, cit in Hibell et al, 2011). Verificamos, ainda, que o *álcool* teve um papel central nos policonsumos da nossa amostra. Importa, no entanto, referenciar que a informação recolhida sobre o uso de *SPA* entre a população do *KC* não é reveladora dos padrões de uso ocorrentes no festival. É apenas reveladora das *SPA* e padrões de uso que estão, potencialmente, a provocar mais situações de crise.

O facto de o *álcool* ter surgido na maioria das vezes associado a uma outra *SPA* não permitiu conhecer melhor a tipicidade dos sintomas por si causados. Contudo, no que respeita a alguns *psicadélicos* e *estimulantes*, conseguimos aprofundar alguns conhecimentos. Verificamos, então, que a paranóia surgiu com maior frequência nos participantes com uso de *anfetaminas*, *MDMA*, *LSD* e *ketamina*. Para além disso, constatamos que a *ansiedade* foi um sintoma transversal a todas as *SPA*. Concluimos, ainda, que as alterações ao nível da *actividade motora* ocorreram fundamentalmente nas situações em que o utente consumiu *anfetaminas* e *MDMA*. No que respeita ao *medo*, constatamos que este foi um sintoma transversal a todas as substâncias psicadélicas.

No que respeita ao tipo de situações às quais o *KC* teve de dar resposta, verificamos que este acabou por abranger uma maior diversidade de situações do que aquelas a que inicialmente se propôs (situações de *crise relacionadas com o uso de SPA*). Torna-se, por isso, fundamental que todas estas novas situações – *crise mental com uso de SPA, crise mental sem uso de SPA, crise pessoal sem uso de SPA e não crise* – que não se viam contempladas nos objectivos propostos pelo programa, sejam incluídas no desenho de novas edições, de forma a assegurar que lhes são prestados os cuidados necessários. Especialmente no que diz respeito às situações relacionadas com a crise mental, seria relevante desenvolver uma parceria com o hospital psiquiátrico da região para as situações mais críticas às quais o *KC* não consegue dar resposta. Embora a maioria das situações tenha estado relacionada com a *experiência difícil com SPA*, a variedade de situações atendidas permite-nos concluir que o *KC* é mais do que um serviço para a intervenção em crise relacionada com o uso de *SPA*. A concepção da crise neste contexto específico de intervenção necessita, portanto, de ser ampla e multideterminada, de forma a assegurar que o projecto cubra as diferentes variantes de crise e de situações aqui expressas.

Relativamente à *crise mental*, a sintomatologia parece ser mais grave quando os utentes fazem uso de *SPA*. As situações de *não crise*, estavam principalmente relacionadas com as condições climáticas e físicas do festival, que não promoviam uma condição física saudável. Estes utentes vinham ao *KC* essencialmente à procura de um lugar para descansar e se proteger do sol ou do frio. Em relação à *experiência difícil e intencional com SPA*, os sintomas que mais se destacaram neste tipo de situações foram o cansaço, a insónia, a desidratação, a paranóia, o choro, a agitação emocional, a ansiedade, o medo, a desconfiança, a confusão e a desorientação temporal, espacial e pessoal.

Em relação à intervenção, verificamos que na maioria das vezes foi possível resolver os casos em menos 5 horas, o que significa que a maior parte das situações foram passíveis de resolver no espaço de um só turno. Porém, em alguns casos os utentes necessitaram de regressar mais do que uma vez ao *KC*, sendo que existiram 130 intervenções referentes a 122 participantes. Quanto às estratégias de intervenção, constatamos que as *psicoterapêuticas* são as mais utilizadas em todos os tipos de crise, o que remete para importância de construir uma equipa com terapeutas competentes na área da psicoterapia. Porém, também se recorreu bastante a estratégias complementares, como a *massagem, a musicoterapia e a homeopatia*, o que fundamenta também a necessidade de incluir terapeutas com este tipo de competências na equipa.

Em relação à forma como as estratégias foram utilizadas nos diversos tipos de crise, verificamos que nas situações de *crise mental*, apenas se recorreu a *estratégias médicas* quando esta não estava associada ao uso de *SPA*, o que vem de encontro ao princípio do *KC* em manter a administração de fármacos a um mínimo durante a experiência com *SPA* (Carvalho et al, 2011). Constatamos, ainda, que apenas nas situações de *não-crise* foram utilizadas estratégias de *RRMD*, o que estará provavelmente relacionado com a procura de informação sobre *SPA* por parte do utente. Averiguamos, ainda, que, de uma forma geral, na etapa final da intervenção o número de estratégias reduzia bastante em relação à fases anteriores, o que poderá significar que o caso já estivesse resolvido ou em vias de o ser. Neste estudo não fomos capazes de incluir uma descrição mais detalhada do tipo estratégias específicas que foram utilizadas nos diferentes pedidos devido à limitação de espaço, no entanto, consideramos que seria fundamental em publicações futuras aprofundar esta dimensão.

Em relação ao impacto das estratégias, concluímos que em grande parte das intervenções todas as estratégias resultaram numa resolução positiva da intervenção e consequente manifestação de *comportamentos de bem-estar* – o indicador dos dados que usamos como filtro para esta conclusão. Contudo, surgiram algumas referências a situações para as quais estas estratégias não foram suficientes. Uma limitação deste estudo foi, então, compreender e conhecer as razões que levaram à não resolução de certas situações.

Estes resultados surgem em concordância com o *feedback* positivo dado pelos participantes quanto à eficácia da implementação do projecto. Contudo, mais uma vez, este estudo deparou-se com algumas limitações neste aspecto. Na verdade, o número de utentes que deu *feedback* foi inferior aos objectivos a que a avaliação se propunha. Em algumas situações os utentes abandonaram a intervenção sem que a abordagem para este inquérito fosse possível, noutras, os utentes exprimiram a sua satisfação oralmente, não apresentando disponibilidade para preencher o respectivo questionários. Conhecer o grau de satisfação destes utentes teria sido fundamental para conhecer de forma mais exaustiva a eficácia da intervenção na percepção dos utentes.

Também o *feedback* da equipa vem confirmar a eficiência da intervenção, sendo que toda a equipa considerou o *KC* relevante e eficaz no cumprimento dos seus objectivos. Importa, porém, mencionar que em relação à capacidade do *KC* em satisfazer as necessidades de intervenção alguns elementos da equipa (13%) considerou o projecto

deficiente a este nível. Para compreender melhor o *feedback* negativo de alguns membros da equipa quanto à capacidade do *KC* em satisfazer as necessidades de intervenção será pertinente recorrer aos dados resultantes de toda a avaliação do *feedback* da equipa técnica incluídos no Relatório da Avaliação do Processo do *KC* (Carvalho et al, 2001), onde são discutidos dados relativos à análise SWOT oferecida pelos membros da equipa, sujeitos a análise de conteúdo. Podemos, no entanto, que a implementação do *KC* apresentou, globalmente níveis de eficácia consideráveis na intervenção.

Em relação a eficiência do desenho de investigação, consideramos que a opção por uma metodologia mista demonstrou ser bastante útil para a integração dos vários resultados e para adquirir uma percepção do fenómeno mais ampla (Ramos, 2006). No entanto, surgiram algumas limitações na recolha dos dados. Em primeiro lugar, os instrumentos foram excessivamente extensos e de difícil preenchimento. Por esta razão, em várias situações os instrumentos ficaram por preencher, sendo que a prioridade dos terapeutas foi prestar apoio aos utentes. Para além disso, as funções de recolha de dados para a investigação foram totalmente delegadas no secretário, que, por sua vez, tinha a missão adicional de dar suporte à actividade de cada turno. Quando a afluência de participantes era elevada, esta função revelou-se demasiado exigente, estando estes colaboradores em sobrecarga de funções. Também a passagem de informação relativa aos visitantes que permaneciam entre a mudança de turno se revelou de difícil execução, quer pela estrutura dos instrumentos, quer pela quantidade de informação que tinha de ser transmitida. No entanto, verificou-se um esforço de todos em operacionalizar da melhor forma possível a recolha de dados.

Parece-nos, então, pertinente deixar algumas sugestões para avaliações futuras. Dado este ter sido uma limitação do nosso estudo, seria relevante diminuir o número de instrumentos de forma a facilitar o processo de recolha. Para além disso, seria pertinente oferecer uma formação mais intensa aos elementos envolvidos na recolha sobre o processo de investigação para o conhecimento prévio e detalhado sobre os instrumentos. Consideramos, ainda, que poderia ser importante aprofundar informação acerca do processo de intervenção nos diferentes tipos de crise, sendo que este trabalho permitiu apenas uma visão generalizada sobre este assunto. Para além disso, será pertinente tentar compreender e conhecer melhor os casos para os quais a intervenção não foi capaz de dar resposta. Finalmente, conseguir um maior número de *feedbacks* dos utentes seria fundamental para confirmar se realmente a maioria dos participantes se sentiu satisfeita com a implementação da intervenção.

Com este estudo foi possível identificar algumas implicações para o desenho de intervenções deste cariz. Inicialmente começamos por considerar que o objectivo da intervenção em crise em contextos recreativos fosse intervir junto de indivíduos com experiências difíceis induzidas por SPA. No entanto, a avaliação do KC permitiu-nos verificar que os programas que implementam este tipo de intervenção são na prática muito mais do que um serviço para a intervenção em crise relacionada com o uso de SPA. A concepção de crise neste contexto específico de intervenção é, portanto, muito mais ampla e multideterminada, devido às diferentes variantes de crise e de situações às quais estes programas têm de dar resposta: *crise mental com uso de SPA*, *crise mental sem uso de SPA*, *situações de não crise* e *crise pessoal sem uso de SPA*. Torna-se, por isso, fundamental que todas estas dimensões da crise sejam incluídas no desenho de intervenções futuras para que os técnicos e as estruturas dos programas estejam mais aptos para dar resposta a todas elas.

Existe, ainda, pouca investigação quanto à intervenção em crise nos contextos recreativos, o que a torna um campo de acção ainda bastante desconhecido. Este estudo é, por isso, um contributo para o aprofundamento de conhecimentos sobre esta área, que ainda está muito por explorar. No início deste trabalho discutimos a importância de decidir qual o espaço para a intervenção em crise no contexto dos níveis de intervenção já conhecidos no campo dos usos de SPA. Os resultados deste trabalho reforçam a ideia de estes programas serem programas de promoção e prevenção da saúde mental, visto o seu objectivo principal ser diminuir a exposição e impacto dos factores de risco que aumentam a possibilidade do indivíduo desenvolver problemas mentais, emocionais e comportamentais, e reforçar os factores protectivos nos indivíduos, que aumentem o bem-estar e a saúde (National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, D. & Mourão, B. (2010). *Avaliação de programas de prevenção das toxicodependências*. Revista Toxicodependências, 16, pp. 79-88
- Boom Festival Home Page. [Em linha] Disponível em: <http://www.boomfestival.org> [consultado em 15/4/2010]
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2007). *II Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Investigação/Paginas/EstudosConcluidos.aspx> [consultado em 20/05/2011]
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, J., & Rosenbaum, M. (1994). *Pursuit of Ecstasy. The MDMA experience*. Albany: State University.
- Calado, V. (2006). *Synthetic Drugs – cultural worlds, trance music and cyberspace*. Lisbon: Institute for Drug Use and Drug Addiction.
- Cami, J. (2000). Las substâncias – farmacologia. In A, Diaz y O, Romani (coords.) (2000). *Contextos, sujetos y drogas – un manual sobre drogodependências*. Barcelona: Grupo IGIA.
- Carvalho, M. (2007). *Culturas juvenis e novos usos de drogas – o trance psicadélico como analisador*. Porto: Campo das Letras.
- Carvalho, M.; Pinto de Sousa, M.; Frango, P.; Carvalho, J.; Dias, P. & Veríssimo, L. (2011) *Kosmicare research project – process evaluation report*. Universidade Católica do Porto. Porto.
- Chaves, M. (2003). *Rave Parties: images and ethics of contemporary partying*. In G. Cordeiro, L. Baptista, & A. Costa, *Urban Ethnographies*. Oeiras: Celta.
- Baños, R & Perpigná, C. (2002) *La exploración psicopatológica*. Madrid:Editorial Síntesis.
- EMCDDA. (2010). *The state of the drug problem in europe – annual report – 2010*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/>. [consultado em 18/04/2011]
- EMCDDA. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/>. [consultado em 18/04/2011]
- Erowid Home Page. [Em linha] Disponível em: www.erowid.org [Consultado em 04/06/2012]

- Fernandes, L & Pinto, M. (2008). *Notas sobre a 4ª conferência latina de redução de danos associado ao uso de drogas*. Revista toxicodependências, 14(1), 93-96
- Fragoso, A. (2000). Avaliação de Projectos Sociais: O caso do projecto “Entre-Mães”. Revista de Educação, 9 (2), 59-70.
- Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drug policies*. Cato Institute: Washington.
- Grof, S. (1994). *Crisis intervention in situations related to unsupervised use of psychedelics*. In *LSD Psychotherapy* (Appendix I). Florida: MAPS
- Hanson, W.E., Creswell, J.W., Plano, V.L., Petska, K.S., & Creswell, J.D. (2005). *Mixed methods research designs in counseling psychology*. Journal of Counseling Psychology, 52, 2, pp. 224-235.
- Hibell, B.; Guttormsson, U.; Ahlstrom, S.; Balakivera, O.; Bjarnason, T.; Kokkevi, A. & Kraus, L. (2011). *The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 european countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- IDT (2011). *Enquadramento à redução de riscos e minimização de danos – RRMD*. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/ReducaoDanos/Paginas/Enquadramento.aspx>. [consultado em 20/04/2011]
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. P.J. Mrazek & R.J. Haggerty (Eds.), Committee on prevention of mental disorders, division of biobehavioral sciences and mental disorders, Washington. DC: National Academy Press.
- Illback, R. J.; Zins, J. E.; Maher, C. A. & Greenberg, R. (1990). *An Overview of principles and procedures of program planning and evaluation*. In Gutkin, T. B. & Reynolds, C. R. (Eds.). *The Handbook of School Psychology*. (pp. 799-820). 2º ed. New York: Wiley.
- Illback, R.; Kallafat J. & Sanders, D. (1997). *Evaluating intergrated service programs*. In R.J. Illback, C.T. Cobb, & H.M. Joseph (Eds), *Integrated services for children and families: opportunities for psychological practice* (pp. 323 – 340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention*. USA: Wadsworth Group.
- Kalafat J. & Illback, R. (1998). *A qualitative evaluation of school-based family resource and youth service centers*. American Journal of Community Psychology, 26, pp. 573-604

- Kalafat J., Illback, R., & Sanders, D. (2007). *The relationship between implementation fidelity and educational outcomes in a school-based family support program: Development of a model for evaluating multidimensional full-service programs*. *Evaluation and Program Planning*, 30, pp. 136-148.
- Kosmicare Project. (2010). *Creating safe spaces for difficult psychedelic experiences*.
- Kroger, C.; Winter, H. & Shaw, R. (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planner and evaluators*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78087_EN_manual1.pdf [consultado em 30/06/2011]
- Machado, C. & Cruz, O. (2010). *Consumo “não problemático” de drogas ilegais*. *Revista Toxicodependências*, 16, pp.39-47.
- MAPS. (2008). *Kosmicare: creating safe spaces for difficult psychedelic experiences*. Disponível em: <http://www.maps.org/news-letters/v18n3/v18n3-39to44.pdf> [consultado em 17/04/2011]
- Maroy, C. (1997). A análise qualitativa de entrevistas. In L. Albarello, F. Digneffe, J. P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges (Eds.). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais* (pp. 117-155). Lisboa: Grávida
- Mojeiko, V. (2007). *Psychedelic Emergency Services: Report from Burning Man 2007*. *Maps Bulletin*, 2, pp.15-17
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). www.nap.edu. Obtido em 22 de sept. De 2011, de The National Academies Press: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12480
- Negreiros, J. & Magalhães, A. (2005). *Estimativas da Prevalência do Consumo Problemático de drogas*. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Lisboa.
- NIDA. (2010). *MDMA (Ecstasy)*. [Em linha]. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/mdma10.pdf>. [Consultado em 06/06/2012]
- Owen, J. M. (2007). *Program Evaluation: forms and approaches*. [Em linha]. Disponível em: <http://books.google.com/books?id=9LnC6J9RLx8C>. [Consultado em: 10/05/2011].
- Parker, H., Williams, L., Aldridge, J. (2002). *The normalization of “sensible” recreational drug use: further evidence from the north west England longitudinal study*. *Sociology*, vol. 36, pp. 941-964

- Parker, H., Aldridge, J & Measham, F. (1998). *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. London: Routledge.
- Puente, I. (2009). Kosmicare y Boom Festival 2008: Atendiendo emergências psiquedélicas en la línea de frente. *Revista de Viajes Interiores*, 11, pp. 94-103.
- Quintas, J. (2011). *Regulação Legal do Consumo de Drogas: impactos da experiência portuguesa da descriminalização*. Porto: Fronteira do Caos Editores.
- Ramos, A (2006). *Software de apoio a metodologias qualitativas: o NUD*IST num estudo baseado na grounded theory*. [Em linha] Disponível em: <http://www.nonio.uminho.pt/challenges/actchal05/tema07/03AltinaRamos.pdf>. [consultado em 14/05/2008]
- Roberts, A. (1990). *Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research*. California: Wadsworth
- Rogers, C. (1983) *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU
- Shildrick, T. (2002). *Young people, illicit drug use and the question of normalization*. *Journal of youth studies*, 5, pp.36-48
- Silva, V. (2005). Techno, House e Trance. Uma incursão pelas culturas da Dance Music. *Toxidodependências*, 11 (2): 11-19
- Ventura, M. (2008). Energy Control: harm reduction with drug analysis at Boom Festival. *MAPS Bulletin*, 3, pp. 43-45.

ANEXO 1

Instrumentos

1.1 Visitor Report Form/Arrival (V.R.F.A)

Part 1 Visitor Demographics						
1.Age						
2.Sex		Male			Female	
3.Previous times at the Festival		First time	Once	Twice	Three or more	
Part 2 Arrival at KC						
4.This visitor was brought by:		KC Team	Medics	Friends	His/Her own	Other: (Describe)
5.If brought by friends, signal if stayed with him/her:		Yes		No		(Describe)
6.This visitor was brought because:		Was having a difficult but intentional experience with a psychoactive substance (PAS).				
		Was dosed with a PAS on accident, or potentially on accident.				
		Was having a personal crisis not related to PAS use.				
		Was having a mental crisis not related to PAS use.				

		Other. Describe:
--	--	------------------

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

7.Name of PAS	8.Ingestion quantities	9.Ingestion Day	10.Ingestion Time	11.Ingestion context (where; with whom)	12.Ingestion strategy (e.g. snorted, smoked)	13.Ingestion with alcohol (yes or no)

**Part 4
Physical and mental condition on arrival**

14. Describe visitor’s physical condition	
15. Describe visitor’s psychological condition.	
16. Describe presented symptoms and their severity.	
17. Describe any relevant/related medical history facts (mental or physical).	

1.2 Intervention Form (I.F)

Part I					
Global information regarding intervention (summarizing relevant clinical information related to visitors progression)					
1. Describe psychological issues visitor was dealing with during intervention.					
2. Describe visitor's primary emotional states during intervention in chronological order. (E.g. hypervigilant, anxious, calm, etc.)	1 st	(describe)			
	2 nd	(describe)			
	3 rd	(describe)			
	4 th	(describe)			
	More	(describe)			
3. Summarize therapeutic strategies used with this visitor and subsequent effects (which worked and which didn't help)		Strategy	Worked? (yes or no)	Not applicable	Describe
		<i>Listening</i>			
		<i>Sitting with quietly</i>			
		<i>Talking</i>			
		<i>Music therapy</i>			
		<i>Walking around</i>			

	<i>Hugging/hand holding/touching</i>			
	<i>Visitor wanted to be left alone</i>			
	<i>Other: _____</i>			

Part 2
Detailed information regarding intervention (to be completed during visitors stay, facilitating transmission of relevant clinical information between staff)

Day	Time	Shift	Sitter	Event	Symptoms and severity	Strategies	Response/resolution

1.3 Visitor Report Form/Departure (V.R.F.D)

1. Number of hours visitor stayed at KC:	____ hours; or ____ days					
2. Signal how was visitor released:	On his/her own	Escorted back to camping	To medics	To friends	To off-site medical or mental facility	Other (describe)
3. Describe visitor's current psychological condition.						
4. Describe visitor's current physical condition.						
5. This visitor was helped by KC services:	Yes, much	Yes, a little	More or less	Not much	Don't know/Can't tell	Comments:
6. This visitor received a follow-up form/informed consent form upon departure:	Yes		No			Comments:
7. Other comments (for e.g. visitor's verbalizations regarding the experience of KC):						

1.4 Visitor Feedback Form (V.F.F)

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

The following items concern your perception of Kosmicare Services.

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

1.5 Staff Feedback Form (S.F.F)

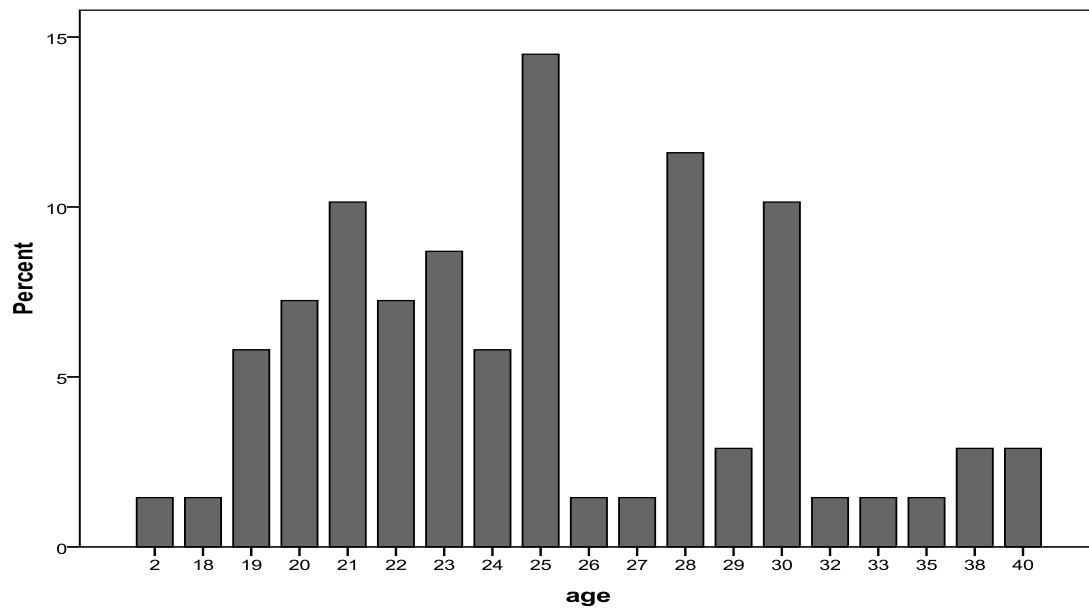
Part 1								
Staff's Experience in Kosmicare								
1. Your function at Boom/Kosmicare 2010 was:	Coordination Team	Consultant	Medical Support Team	Team Leader	Sitter	Secretary	HRRM staff	Other (specify): (for e.g. supplant sitters, etc)
2. Including this year's experience, how many times have you participated at Boom Festival up till now?	_____ times (years/editions: _____)							
3. Including this year's experience, how many times have you integrated KC Team up till now?	_____ times (years/editions: _____)							
4. How do you describe yourself academically and/or professionally? (e.g. medicine, psychiatry; psychology; transpersonal psychology; reiki; etc.)								
Part 2								
Perception on Kosmicare's functioning								
	Totally agree	Agree	Disagree	Totally Disagree	Don't know/Can't tell			
5. KC's training had appropriate duration.								
6. KC's training had well prepared lecturers.								
7. KC's training contents were relevant.								
8. KC's training contents contributed to my preparation for intervention.								
9. KC training was well organized.								

10. KC's physical work conditions (light, temperature, comfort, etc.) were appropriate.					
11. Visitor's acceptance of KC intervention was positive,					
(cont.)	Totally agree	Agree	Disagree	Totally Disagree	Don't know/Can't tell
12. KC's intervention has met its purposes effectively.					
13. KC's intervention is relevant.					
14. KC's staff was very involved in the project.					
15. Coordination team's work was effective.					
16. Medical/nursing team's work was effective.					
17. Team Leader's work was effective.					
18. Sitter's work was effective.					
19. Secretary's work was effective.					
20. HRRM team was effective.					
21. Paramedic's work was effective.					
22. Boom organization's support to KC's work was effective.					
23. KC's implementation levels were high.					
24. Having experience in the use of psychoactive substances is an essential requirement to be a KC staff member.					
25. Having had a difficult psychedelic experience is an essential requirement to be a KC staff member.					
26. The climate and cooperation between staff was very positive.					
27. Working conditions were appropriate.					
28. KC's capacity is appropriate for intervention's needs.					
Please refer and describe a positive aspect you would like to highlight, regarding your experience as a KC staff member this year.					
Please refer and describe a negative aspect you would like to highlight, regarding your experience as a KC staff member this year.					

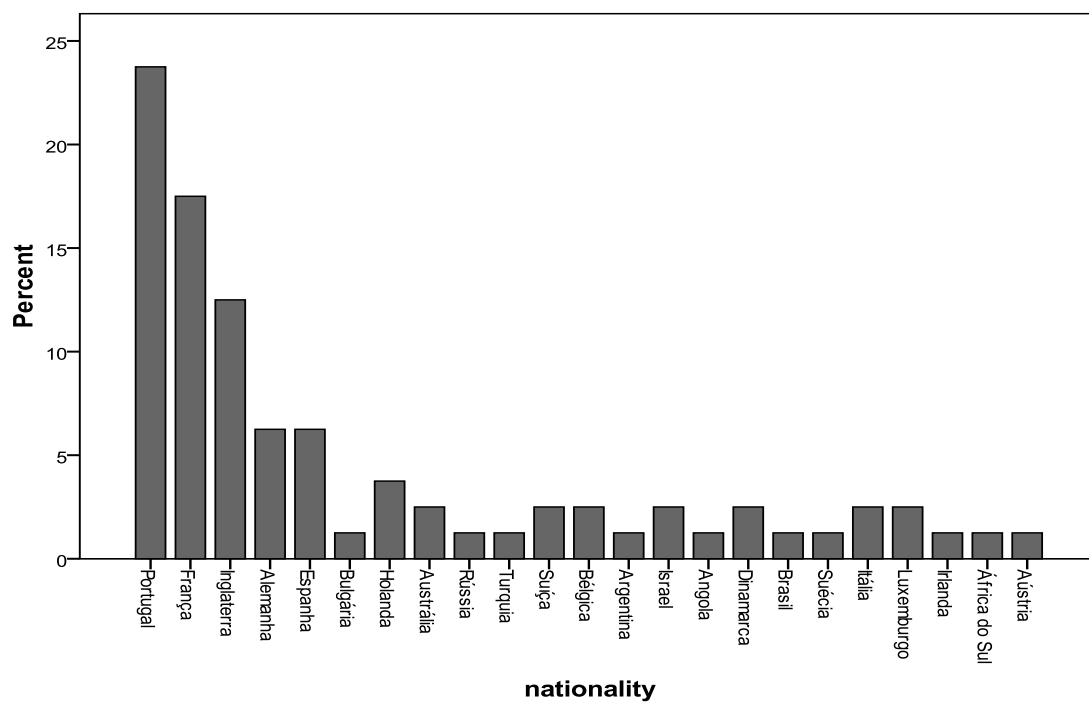
ANEXO 2

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS

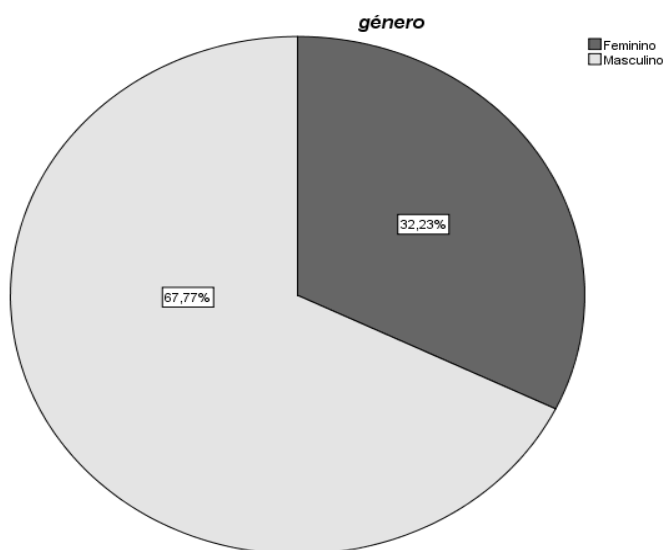
2.1 Idade dos utentes



2.2 Nacionalidade dos utentes



2.3 Género dos utentes



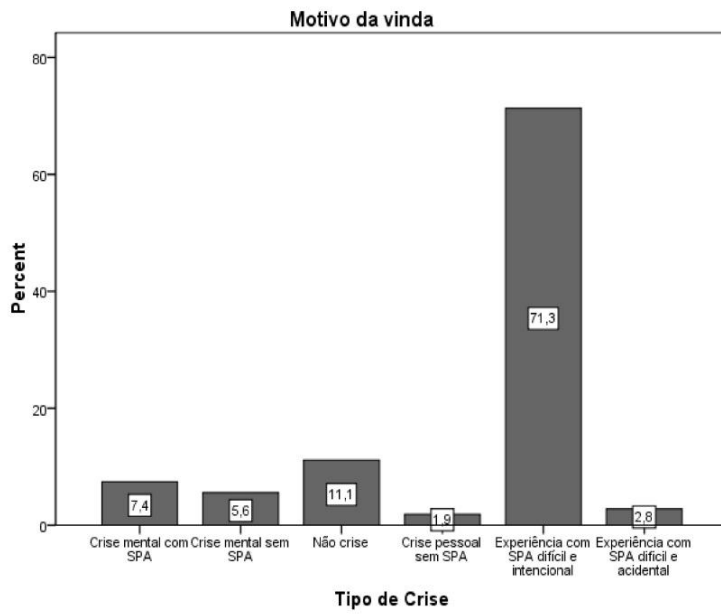
2.3.1 Número de SPA por utente

Nº SPA	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
0	12	9%
1	57	44%
2	30	23%
3	6	5%
4	8	6%
5	2	2%
7	1	1%
N= 116		

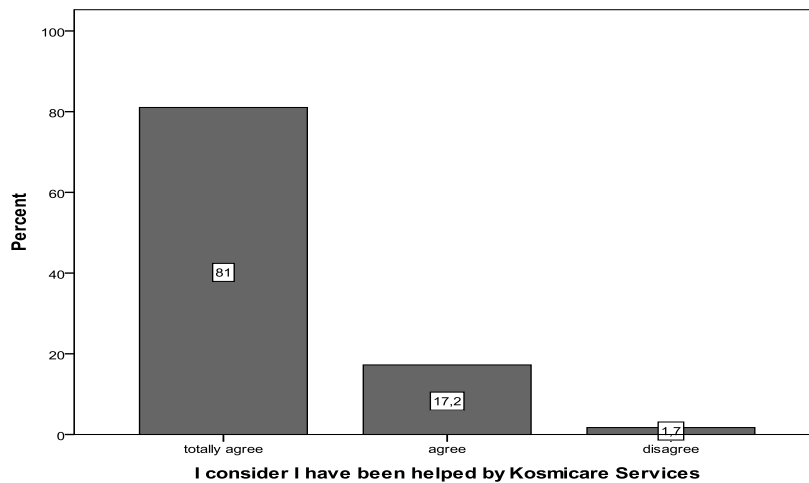
2.5 Poli-consumos de SPA específicas

	MDMA		Anfetamina		Ketamina		Cocaína		Cannabis		2CB		Cogumelos		Alcool	
	7,81%	28	3,91%	28	3,13%	28	4,69%	28	5,51%	27	1,57%	28	1,56%	28	34%	4
MA			3,84%	30	1,53%	30	2,30%	30	9,09%	29	1,53%	30	0%	30	8,70%	6
etamina					2,30%	30	0%	30	4,55%	29	1,53%	30	0%	30	19,60%	6
amina							0,76%	30	0,78%	30	0,76%	30	0%	30	6,52%	6
caína									2,32%	29	1,53%	30	0%	30	8,70%	6
inabis											0,78%	29	0%	29	10,87%	6
3													0%	30	4,30%	6
gumelos															0%	6

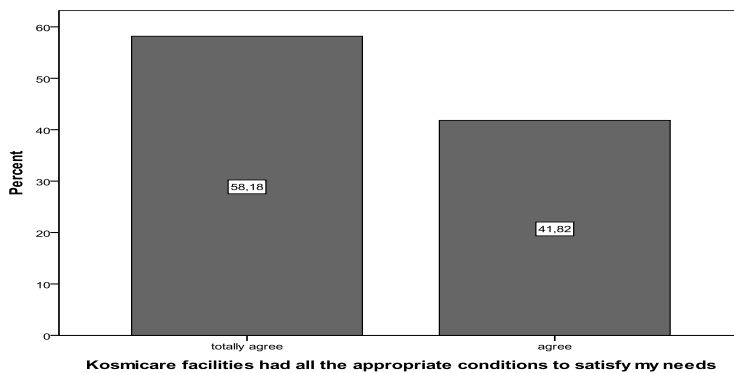
2.6 Frequências dos tipos de crise



2.7 Grau de satisfação dos participantes com os serviços



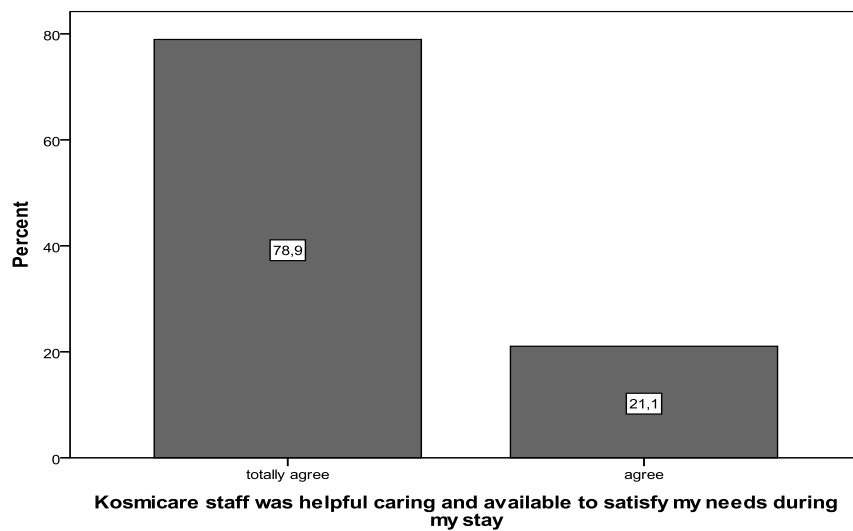
2.8 Grau de satisfação dos participantes com as condições do KC



2.9 Grau de satisfação dos participantes com a eficácia da equipa



2.10 Grau de satisfação com a satisfação das suas necessidades pessoais



2.11 Número de horas de permanência no KC por utente

Permanência	Frequências	Percentagem
1 a 5 horas	49	53%
6 a 10 horas	18	19%
11 a 15 horas	12	13%
16 a 20 horas	2	2%
21 a 25 horas	7	8%
26 a 37 horas	4	4%
65 a 75 horas	1	1%
Total	93	100,00%

2.12 Número de utentes no KC por dia do festival

Dia do Festival	Frequências	Percentagens
1º	6	5%
2º	23	18%
3º	30	23%
4º	11	9%
5º	9	7%
6º	11	9%
7º	25	19%
8º	8	6%
Total	123	95%

2.13 Número de utentes por turno no KC

Turno	Frequências	Percentagens
07:00 to 15:00	33	26%
15:00 to 23:00	51	39%
23:00 to 07:00	42	32%
Total	N=126	97%

2.14 Feedback da equipa técnica quanto à eficácia do programa

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
"O KC foi eficaz em atingir os seus objectivos"	0%	0%	61%	39%
"O KC é relevante"	0%	0%	18%	82%
"O KC é capaz de satisfazer as necessidades de intervenção"	0%	13%	71%	16%

ANEXO 3

Sistema de categorías

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	FONTES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
A. COMPORAMENTOS DO UTENTE	A.1.1 Agradecer	8	8%	"Quis ir embora reconhecido e agradecido ao KC."	O utente demonstra estar agradecido ao suporte que a equipa do KC lhe deu	
	A.1.2 Comunicar	6	6%	"Acordou ficou melhor e sentia-se mais calmo e seguro. Muito acessível e comunicativo."	O utente é capaz de comunicar verbalmente com o terapeuta	
	A.1.3 Dormir/ Descansar	26	25%	"Dormiu toda a noite depois de falar com o facilitador."	O utente deita-se no dorm para descansar e/ou dormir	
	A.1.4 Apresentar crítica	1	1%	"Recuperou a consciência e sentido crítico acerca do seu estado."	O utente é capaz de se posicionar criticamente acerca do seu estado mental, físico e psicológico	
	A.1.5 Boa disposição	3	3%	"A rapariga estava contente."	O utente demonstra estar contente e feliz	
	A1. De bem-estar (57)	A.1.6 Recuperar consciência	1	1%	"Recuperou a consciência e sentido crítico acerca do seu estado."	O utente recupera a consciência após ter estado totalmente inconsciente
	A.1.7 Calmo	29	27%	"Conseguiu com que ele ficasse mais tranquilo!"	O utente está calmo, tranquilo e relaxado - existe uma melhora ao nível da sintomatologia	
	A.1.8 Sentir-se seguro	2	2%	"Acordou ficou melhor e sentia-se mais calmo e seguro."	O utente sente-se seguro em relação ao seu estado e ao exterior	
	A.1.9 Sorrir	3	3%	"Estava contente a dar risadas."	O utente está sorridente ou dá gargalhadas	
	A.1.10 Estável	8	8%	"Acordou às 8h00 completamente ok e integrada."	Quando o utente já não apresenta qualquer sintoma, está totalmente compensado e integrado	
A2. De uso SPA (2)	A. 2.1 Consome SPA dentro do KC	1	1%	"Durante o período em que estive no KC ingeriu mais outra SPA de origem desconhecida."	O utente consome SPA dentro do espaço do KC	
	A.2.2 Demonstra intenção de usar SPA	1	1%	"Tinha intenção de mandar cocaína e também se queria informar acerca disso."	O utente demonstra intenção de usar SPA quando sair do KC	

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	FONTES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO
A. COMPORAMENTOS DO UTENTE	A.3.1 Pedir companhia	1	1%	"Não queria que o deixássemos sozinho."	O utente não quer ser deixado sozinho e pede presença física
	A.3.2 Pedir contacto físico	1	1%	"os remédios acalmaram as compulsões - foi capaz de pedir para ser segurada."	O utente pede para ser segurado
	A.3.3 Pedir para conversar	2	2%	" (...) muito emocional pede para conversar."	O utente precisa de ser ouvido e pede para conversar
	A.3.4 Pede Valium	1	1%	"não consegue dormir, está nervosa. Pede Valium."	O utente pede um Valium para conseguir dormir
	A.3.5 Pede privacidade	1	1%	"Pedi para saírem do KC para ter mais privacidade."	O utente pede para mudar de espaço para ter mais privacidade
	A4. De ajuda (1)	1	1%	" (...) foi junto de uma outra utente com quem começou a pintar. Procurou ajudá-la e dormir com ela."	O utente procura ajudar outros utentes
	A5. Colaborativos (6)	6	6%	"O terapeuta explicou que teria de comer e dormir, que eram imagens não reais. Ele confia no terapeuta."	O utente colabora com a intervenção, seja através da aceitação de medicação, da colaboração em dar informação ou da manifestação de interesse nas estratégias e da confiança na equipa.
	A6. De oposição (6)	6	6%	"Tentou-se saber se haveria medicação disponível para ajudá-lo, mas não quis aceitar mais ajuda e foi-se embora."	O utente apresenta comportamentos de oposição à intervenção, nomeadamente à resistência à medicação, à recusa de avaliação médica e da transferência para o KC, e em última análise, à fuga do espaço do KC.
	A7. Regresso ao KC (10)	10	9%	"Regressou na manhã de 24 para dar informações aos instrumentos."	O utente regressa ao KC após ter fugido ou deixado a intervenção, para continuar a intervenção, agradecer ou para responder aos questionários de investigação
	A8. Incapacidade de falar sobre a experiência (1)	1	1%	"Está calmo, capaz de falar e de trocar ideias, mas não acerca da experiência."	O utente é capaz de falar, mas não acerca da experiência.

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
B. SINTOMAS	B.1 Actividade motora (11)	B.1.1 Paralisia	1	1%	"Não conseguia falar, estava paralisado."	Ausência de movimento localizado numa zona concreta do corpo (músculos atroficos e flácidos, atonia e reflexos osteotendinosos ausentes ou reduzidos)
		B.1.2 Contração muscular	2	2%	"Apresentava contração muscular nas pernas."	É um processo fisiológico característico das fibras musculares que corresponde a capacidade de gerar tensão com a ajuda de um neurónio motor.
		B.1.3 Estupor	2	2%	"Estava sem reacção (...) Só reagia a estímulos dolorosos."	Imobilidade total, mantém posturas estereotipadas sem reacção a estímulos exteriores
		B.1.4 Tensão muscular	1	1%	"Estava com o corpo em contração e muito tenso."	A tensão muscular pode ser usada como um bom indicador do stress físico e emocional. Toda tensão psicológica ou física traduz-se no aumento da tensão muscular, que tem como função preparar o corpo para uma situação de defesa.
		B.1.5 Hiperciénesia/ Agitação ou Inquietude	6	6%	"Estava a correr pelas praias."	Movimento constante e incapacidade de permanecer sentado e parado
		B.1.6 Movimentos dissociados	2	2%	"Movimentos dissociados."	O utente realiza múltiplos movimentos ao mesmo tempo
		B.1.7 Tremor	1	1%	"Estava a tremer e agitado."	Quando aparece em zonas corporais em repouso e desaparece durante o movimento das ditas zonas
		B.1.8 Enrolamento da língua	1	1%	"(...) fala pouco e enrola um pouco a língua."	O utente enrola a língua a falar
		B.1.9 Espasmos	2	2%	"Tem espasmos."	Contração involuntária de um músculo, grupo de músculos ou órgão.
		B.1.10 Tiques	1	1%	"Tinha espasmos e tiques nas extremidades."	Tiques mais ou menos breves que o indivíduo realiza de forma involuntária, repetida, arritmica e espasmódica.
		B.1.11 Bruxismo	1	1%	"Deram-lhe mais homeopatia, acalmou um bocado o bruxismo."	Movimentos involuntários sem controlo de apertar e ranger os dentes
		B.1.12 Compulsões	1	1%	"Está em compulsão."	Conjunto de maneirismos especiais. Trata-se de rituais de carácter repetitivo (ocorrem para neutralizar uma obsessão) e estereotipados (são feitos sempre seguindo sempre a mesma sequência e forma).

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO		
B. SINTOMAS	B.2 Atenção, Consciência, Alerta, Atenção e Orientação (26)	Sonolência e letargia	1	1%	"Estava letárgico, regressando de forma defensiva."	Apatismo, lentificada e sonolenta, porém está desperta. Se é capaz de falar a articulação é quase sempre deficiente, o tônus muscular está diminuído, etc.	
		B.2.1 Alteração da consciência	Inconsciência	3	3%	"Foi para o dancefloor com os amigos onde perdeu os sentidos."	Falta de reacção e atenção ao ambiente.
			Confusão	17	16%	"Estava perdido e confuso."	Alteração da clareza e coerência do pensamento, dando-se a lentidão perceptiva, desorientação e alteração da atenção e concentração.
	B.2 Atenção, Consciência, Alerta, Atenção e Orientação (26)	B.2.2 Alterações da orientação	Desorientação espacial	8	8%	"Assustada e desorientada com o espaço e com as pessoas."	A pessoa tem problemas em saber onde está.
			Desorientação temporal	7	7%	"Estava desorientada espacial e temporalmente."	A pessoa não consegue se situar no tempo.
			Desorientação pessoal	7	7%	"Sensação de estar perdido, não sabia onde estava e não reconhecia a namorada."	A pessoa tem problemas em saber quem é ele mesmo, os seus familiares, amigos, etc.
		B.2.3 Alterações da atenção	Alheado	1	1%	"Apresentava-se um pouco alheado."	A pessoa está alheada, sem prestar atenção a nada
			Hipervigilância	3	3%	"Estava ansioso e hipervigilante."	Atenção exagerada a um determinado estímulo
		B.3 Memória (1)	B.3.1 Amnesia	1	1%	"Acordou sem se recordar como tinha chegado."	Incapacidade de recordar informação
	B.4 Percepção e imagens mentais (5)	B.4.1 Alucinações Visuais	3	3%	"Tava a ter alucinações coloridas."	Experiência similar à da percepção que se produz na ausência do estímulo apropriado para conduzir tal percepção, com toda a força e impacto de uma percepção real e	
		B.4.2 Alucinações auditivas	3	3%	"Ouve vozes que lhe dizem que vai morrer."	Perda ou deterioramento da capacidade para compreender ou expressar ideias através da linguagem	
	B.5 Forma de pensamento, linguagem e fala (10)	B.5.1 Alterações da linguagem	Afasia	3	3%	"Estava calmo, mas era incapaz de falar."	Alteração do tônus e movimento dos músculos que controlam a articulação (dificuldade na articulação)
			Disartria	2	2%	"Já falava mas com dificuldade."	A fala caracteriza-se por respostas monossilábicas
		B.5.2 Alterações da forma de pensamento	Pobreza na fala	1	1%	"Era incapaz de dizer mais do que sim, não e não sei."	O discurso não é inteligível, unem-se palavras arbitrariamente sem haver uma conexão adequada entre elas
			Incoerência	2	2%	"Apresentando um discurso desorganizado e sem sentido."	As ideias sucedem-se com rapidez, embora com conexões imprecisas, confusas
Fuga de ideias, descarrilamento			2	2%	"Apresentava ideias e pensamentos acelerados."	O utente apresenta ideias repetidas de teor compulsivo	
	Ideias compulsivas e repetidas	2	2%	"Chegou e continuava repetindo as mesmas ideias para si mesmo."			

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
B. SINTOMAS	B.8 Afectos e emoções (75)	B.8.1 Afectos	Agressividade	1 1%	"Chegou um pouco agressivo e com as mãos já amarradas."	O utente está agressivo
			Angústia	1 1%	"Estava angustiada a chorar."	Forte sensação de insegurança, falta de humor, ressentimento e dor
			Deprimido	4 4%	"Sentia-se muito deprimido e angustiado."	O utente está deprimido
			Desconfiado	6 6%	"Não confiava em ninguém."	O utente desconfia de toda a gente ou de pessoas específicas sem qualquer fundamento.
			De desvalor pessoal	3 3%	"Sentia-se inútil"	O utente sente-se inútil e apresenta uma baixa auto-estima
			Sentimento de culpa	1 1%	"Referiu ter abusado um rapaz de 2 anos e de ter medo de estar com crianças a sentir-se como uma ameaça. Apresenta verbalizações de culpa."	O utente apresenta sentimentos de culpa em relação a algum episódio da sua vida, que ainda não foi capaz de ultrapassar.
			Inconformado	1 1%	"Está preocupado com a duração da trip, está inconformado."	Atitude de não-aceitação em relação ao que se está a passar consigo
			Ideação suicida	2 2%	"Queria matar-se no lago."	O utente apresenta comportamentos ou pensamentos de suicídio.
			Insegurança	1 1%	"Estava inseguro devido ao silêncio."	O utente sente-se inseguro.
			Vergonha	2 2%	"Tem vergonha por estar paranóico."	O utente tem vergonha.
			Necessidade de partilhar	1 1%	"Precisa de falar sobre os seus sentimentos."	O utente necessita de partilhar os seus sentimentos com outra pessoa
			Sofrimento	1 1%	"Está em sofrimento."	O utente sente dor e infelicidade
			Evitante	2 2%	"Evitou contacto e andou bastante."	O utente rejeita e evita qualquer tipo de contacto.
			Fechado	2 2%	"Não estava muito falador quando chegou."	O utente está pouco comunicativo e fechado em si mesmo

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
B. SINTOMAS	B.8 Afectos e emoções (75) B.8.2 Emoções	Ansiedade	37	35%		Estado de temor e preocupação, que se acompanha de sintomas psicofisiológicos característicos de hiperactividade dos sistema nervoso vegetativo.
		Choro	5	5%	<i>"Estava incapaz de conter as emoções, chorou durante horas seguidas."</i>	O utente chora
		Alegria patológica, euforia	1	1%	<i>"Está eufórica, a rir."</i>	Alegria que não se corresponde às circunstâncias da pessoa e é desapropriada. Estado de ânimo expansivo.
		Sufoco	1	1%	<i>"Está confusa, com medo e em sufoco."</i>	O utente experiência a sensação de sufoco
		Histerismo	1	1%	<i>"Tem medo de ficar louca e de perder o controlo, está histérica."</i>	O utente apresenta excitabilidade emocional
		Medo	20	19%	<i>"Ficou com medo da música e veio para o KC para se sentir mais segura."</i>	"O medo pode ter a ver com a duração da trip, medo que esta nunca mais acabe e que permaneça naquela condição para sempre, medo de perder o controlo, medo de certos estímulos externos, medo de ficar louco, medo de morrer, etc.
		Agitação emocional	7	7%	<i>"Estava muito agitada e emocional, estava a ter uma crise espiritual."</i>	O utente apresenta agitação emocional
		Desespero	1	1%	<i>"Está desesperado."</i>	O utente encontra-se desesperado
		Tristeza	2	2%	<i>"Estava revoltado e triste."</i>	O utente demonstra estar triste
		Raiva	1	1%	<i>"Sente raiva por ninguém o conseguir ajudar."</i>	O utente apresenta emoções de raiva
		Incontinência afectiva	3	3%	<i>"Estava incapaz de conter as emoções, chorou durante horas."</i>	Ausência de controlo da experiência afectiva - não consegue dominar as suas emoções que surgem rápida e intensamente
Nervosismo	3	3%	<i>"Está nervosa porque não consegue dormir."</i>	O utente está nervoso		

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
B. SINTOMAS	B.9 Funções Fisiológicas (33)	B.9.1 Câibras	1	1%	"Apresentava câibras musculares."	Contrações involuntárias e dolorosas dos músculos esquelético
		B.9.2 Cansaço	12	11%	"Pede para descansar por estar cansado e confuso."	O utente está cansado
		B.9.3 Desidratação	6	6%	"Não come e bebe há muito tempo."	Ocorre quando o corpo do utente não tem água suficiente para realizar suas funções normais. Ela pode ser leve e causar sintomas como fraqueza, tontura, dor de cabeça, fadiga
		B.9.4 Desnutrido	3	3%	"Não se alimentava bem há vários dias."	O utente não se alimenta direito há algum tempo
		B.9.5 Dificuldade em respirar	1	1%	"Com dificuldade em respirar."	O utente tem dificuldade em respirar
		B.9.6 Dores	2	2%	"Estava com dores no corpo."	O utente tem dores físicas
		B.9.7 Ferido	1	1%	"Tinha ferimentos físicos."	O utente está ferido fisicamente
		B.9.8 Fraqueza	1	1%	"Está fraca e debilitada fisicamente."	O utente está fraco fisicamente
		B.9.9 Frio	4	4%	"Tinha frio."	O utente tem frio
		B.9.10 Hipertensão	1	1%	"Tem o pulso irregular, hipertensão."	Aumento da pressão arterial
		B.9.11 Insolação	1	1%	"Sofreu um golpe de calor."	Ocorre quando há exposição exagerada a um ambiente muito quente e seco, aumentando a temperatura corporal.
		B.9.12 Insónia	8	8%	"(...) há muito que tinha dificuldade em dormir."	Dificuldade em iniciar ou manter o sono
		B.9.13 Comportamento sexual desajustado	1	1%	"Está a querer tocar desadequadamente."	O utente apresenta comportamentos sexuais desadequados, tentando tocar inapropriadamente.
		B.9.14 Náusea/Vómitos	3	3%	"Esteve a vomitar muito."	O utente vomita
		B.9.15 Privação sono	5	5%	"Teve dois dias sem dormir."	O utente não dorme há vários dias
		B.9.16 Sudorese excessiva	1	1%	"Suou bastante."	Produção e eliminação de suor excessivo

CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO		
B. SINTOMAS	B.10 Indefinidas (10)	B.10.1	A pessoa sente não estar aqui	1	1%	"Sente-se mal, sente que não está aqui."	O utente sente não estar no momento e contexto presente
		B.10.2	A recuperar duma experiência intensa	1	1%	"A recuperar duma experiência intensa que tinha tido, sente-se confuso, mas no paraíso."	O utente está a recuperar duma experiência intensa com SPA
		B.10.3	Ataque de pânico	2	2%	"Estava a ter um ataque de pânico."	O utente tem um ataque de pânico
		B.10.4	Descompensação	1	1%	"Havia uma pessoa aparentemente descompensada (situação psiquiátrica) no mainfloor."	O utente encontra-se descompensado
		B.10.5	Dificuldade em estabelecer contacto	1	1%	"Demorou tempo a estabelecer contacto."	O utente tem dificuldade em estabelecer contacto
		B.10.6	Não quer falar	1	1%	"Estava em silêncio sem querer falar."	O utente não quer falar
		B.10.7	Questiona a sua moralidade	1	1%	"Questiona a sua moralidade, querendo ser uma pessoa melhor."	O utente questiona a sua moralidade
		B.10.8	Sente que vai morrer	1	1%	"Sente que está a morrer."	O utente sente que vai morrer
		B.10.9	Sente energia negativa no corpo	1	1%	"Sente uma energia negativa no seu corpo durante a experiência."	O utente sente uma energia negativa no seu corpo

CATEGORIA I	SUB CATEGORIAS	SOURCES (N=107) (%)		
C. SPA	C.1 Depressores (24)	Álcool	23	22%
		Metadona	1	1%
		Ópio	1	1%
	C.2 Estimulantes (22)	Anfetaminas	17	16%
		Cocaína	4	4%
		Metilona	1	1%
	C.3 Psicadélicos (24)	2cb	5	5%
		Cannabis	15	14%
		Cogumelos	3	3%
		DMT	1	1%
		MDMA	22	21%
		Ecstasy	2	2%
		LSD	58	54%
		Mescalina	2	2%
		DOC	1	1%
		GHB	1	1%
		Proscalina	2	2%
	Ketamina	7	7%	
	C.4 Neurolépticos		1	1%
	C.5 Não sabe		1	1%
	C.6 Sem consumo		6	6%

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	Fontes (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
D. ESTRATÉGIAS	D.1 RRMD (3)	D.1.1 Pill-test	2	2%	"Foram enviadas as suas SPAs para testagem. Não apresentavam adulterações que justificassem reacções atípicas."	As substâncias do utente são testadas para verificar se estas foram adulteradas com outro tipo de substâncias que possam justificar reacções atípicas
		D.1.2 Dar informação acerca de SPAs	1	1%	"O sujeito queria informação acerca da interacção entre MDMA e neurolépticos. Tinha intenção de mandar cocaína e também se queria informar acerca disso."	O utente dá informação acerca das interacções e dos efeitos das SPAs com o intuito de tornar o utente mais consciente e consequentemente reduzir os danos e riscos associados ao consumo.
	D.2.1 Teste de gravidez	1	1%	"Pensa estar grávida e acha que vai ter um aborto, é feito um teste de gravidez."	O utente providencia um teste de gravidez	
	D.2.2 Nutrir e hidratar	9	8%	"Não tinha comido direito nos últimos dias... Recebeu comida, chá e água."	O utente providencia comida ou bebida para o utente.	
	D.2.3 Medicação psiquiátrica	4	4%	"Foi-lhe administrada biondenzepina de forma a relaxas e acabou por dormir."	O terapeuta aplica medicação psiquiátrica.	
	D. 2 Médicas (18)	D.2.4 Apoio enquanto vomita	3	3%	"O facilitador lavou-o com toalhas molhadas pois estava todo sujo... Vomitou durante a tarde inteira."	O sitter dá suporte físico ao visitor enquanto este vomita - segura-lhe a cabeça, limpa-o, etc.
		D.2.5 Administrar soro e glicose	1	1%	"Só reagia a estímulos dolorosos, estava inconsciente. Foi-lhe dado soro e glicose."	É-lhe administrado soro e glicose
		D.2.6 Administração de Rivotril	1	1%	"Administramos-lhe Rivotril"	É-lhe administrado Rivotril

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	Fontes (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
D. ESTRATÉGIAS	D. 3 Psicoterapêuticas (90)	D.3.1 Levar o utente a passear	14	13%	"Prefere sair e caminhar acompanhado por um terapeuta."	O terapeuta leva o utente a caminhar à volta do espaço do KC ou pelo festival.
		D.3.2 O utente queria ficar sozinho	8	8%	"Quería ficar sozinho por isso ninguém ficou com ele."	O utente quer ficar sozinho e, por isso, o terapeuta faz a manutenção de longe.
		D.3.3 Tomar banho no lago	4	4%	"Quando o terapeuta a levou à água a nadar algo se libertou."	O terapeuta leva o utente a tomar banho no lago.
		D.3.4 Sentar junto do utente em silêncio	35	28%	"Fiquei sentado com ele em silêncio cerca de 2 horas"	O terapeuta dá suporte ao utente permanecendo apenas junto a si em silêncio
		D.3.5 Seguir o utente	2	2%	"Deu várias voltas ao exterior das instalações do KC. O terapeuta seguiu-a de perto."	O terapeuta segue o utente quando este quer estar sozinho e resolve andar pelo exterior do KC.
		D.3.6 Exercícios de respiração	6	6%	"Fez exercícios de respiração"	O terapeuta ajuda o utente a fazer exercícios de respiração para diminuir a ansiedade.
		D.3.7 Recolha de informação	1	1%	"À chegada pesquisou-se informação acerca da identidade do sujeito e das SPAs."	O terapeuta recolhe informação acerca dos dados sociodemográficos do utente e do tipos de SPA consumidas.
		D.3.8 Mostrar-lhe que ninguém se está a rir de si	1	1%	"O terapeuta sugeriu um passeio para que pudesse constatar que não estavam a rir-se de si."	O terapeuta procura provar ao utente que a sua ideação paranóide é infundada, mostrando que ninguém se está a rir de si.
		D.3.9 Mostrar disponibilidade	3	3%	"Dar-lhes o que precisavam e estar disponível"	O terapeuta mostra-se disponível
		D.3.10 Incluir amigos/namorado na intervenção	12	9%	"O terapeuta pediu à namorada para fazer uma massagem ao utente."	O terapeuta procura incluir os amigos/namorado/a na intervenção para que o utente se sinta mais seguro.
		D.3.11 Escuta activa	67	63%	"Precisava de ser ouvido"	A escuta activa é uma estratégia em que o terapeuta se limita a ouvir o utente (o conteúdo tem normalmente a ver com a trip, amigos, etc.)

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	Fontes (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
D. ESTRATÉGIAS	D. 3 Psicoterapêuticas (90)	D.3.12	1	1%	"Escreveu paranóia numa pedra e atirou-a fora."	O terapeuta incentiva o utente a escrever/desenhar para que possa expor os seus sentimentos.
		D.3.13	3	3%	"Foi-lhe dito que aproveitasse a experiência (...) e a explorasse com ajuda posterior."	O terapeuta encoraja o utente a explorar profundamente o que a experiência lhe está a proporcionar sem medo
		D.3.14	77	72%	"Falamos sobre os seus amigos e sobre a trip".	Conversar é uma estratégia que se operacionaliza de formas distintas consoante o tipo de participante e situação. As temáticas abordadas poderão ter como objectivo informar acerca de experiências psicadélicas, aconselhar a parar de lutar contra os sintomas e processo do corpo, explicar que os efeitos são derivados do uso e que são normais, dizer que a situação poderá ter sido causada pelo consumo de SPA e privação de sono, explicar o porquê dos sintomas quando estão preocupados com a duração destes, falar sobre a história de vida do utente e levá-lo a desculpar-se
		D.3.15	3	3%	"Acordou pelas 22h agitada, puxando a decoração do dome, teve de ser contida."	O terapeuta contém o utente fisicamente para o proteger ou proteger outros.
		D.3.16	1	1%	"Bombeiros chamaram KC para avaliar o caso."	O terapeuta avalia o tipo de situação e o tipo de cuidados que requer.
		D.3.17	4	4%	"Dissemos-lhe que estava seguro aqui e que iríamos tomar conta dele."	O terapeuta garante ao utente que este está num espaço seguro e que irão tomar conta dele
		D.3.18	1	1%	"Foi aconselhado a descansar."	O terapeuta aconselha o utente a descansar
		D.2.19	14	13%	"Foi utilizada a presença e toque físico."	O terapeuta faz recurso ao toque físico, abraçando, tocando ou segurando nas mãos do utente

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	Fontes (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
D. ESTRATÉGIAS	D.4 Logísticas (34)	D.4.1 Limpeza e higiene pessoal	4	4%	"Lavou-o com toalhas molhadas pois estava todo sujo."	O terapeuta ajuda o utente a limpar-se
		D.4.2 Levar até aos organizadores	1	1%	"Estava bastante deprimido porque perdeu tudo o que tinha. Finalmente foi embora com o facilitador à oficina dos organizadores."	O terapeuta acompanha o utente até aos organizadores
		D.4.3 Levar ao WC	1	1%	"Ir ao WC e caminhar com ele."	O terapeuta acompanha o utente até ao WC
		D.4.4 Dar roupas/ agasalhos	1	1%	"Demos-lhe roupas"	O terapeuta providencia roupas e agasalhos ao utente
		D.4.5 Dar espaço para dormir ou descansar	29	27%	"Como estava farto de o procurar estava cansado e com muito calor acabou por dormir várias horas aqui."	O terapeuta providencia um espaço onde o utente possa descansar e dormir
		D.4.6 Assegurar que o acordam a horas de encontrar amigos	1	1%	"Está nervoso porque os amigos vão sair do camping de manhã e tem de se encontrar com eles... Asseguramos-lhe que o acordávamos a horas."	O terapeuta assegura que acorda o utente à hora que este precisa
		D.4.7 Ajudar a encontrar amigos/tenda/ objectos	2	2%	"Foi acompanhada à tenda e encontrou o namorado"	O terapeuta ajuda o utente a encontrar a sua tenda, amigos ou pertences.
		D.5.1 Sugerir reencaminhamento para o para KC	2	2%	"Sugeriu-se levá-lo para o KC para repousar e terminar a avaliação."	O terapeuta sugere reencaminhamento para o KC para continuar a intervenção - nos casos em que o primeiro contacto é feito noutra espaço que não o KC
		D.5.2 Sinalização	2	2%	"Membro do staff avisou que havia uma pessoa aparentemente descompensada (situação psiquiátrica) no mainfloor, seguranças e paramédicos foram avisados."	Algum membro do staff sinaliza uma situação de crise ao KC
		D.5 Encaminhamento (2)				

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	Fontes (N=107)	(%)	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO	
D. ESTRATÉGIAS	D.6 Complementares (32)	D.6.1 Reiki	4	4%	<i>"Depois em melhor estado dorme depois do REIKI feito pelo terapeuta."</i>	O terapeuta faz Reiki ao utente
		D.6.2 Musicoterapia	14	13%	<i>"O terapeuta relaxou-o com taças tibetanas."</i>	O terapeuta usa a música como recurso para ajudar o utente a ter uma experiência mais agradável
		D.6.3 Medicação homeopática	11	10%	<i>"Recebeu medicação homeopática 10 min a seguir adormeceu."</i>	Administra-se medicação homeopática
		D.6.4 Massagem	12	11%	<i>"O terapeuta fez-lhe uma massagem."</i>	O terapeuta faz uma massagem ao utente
		D.6.5 Aromoterapia	4	4%	<i>"Fez aromaterapia (...) ajudou a libertar a energia corporal negativa."</i>	O terapeuta faz uso de certos aromas como recurso para ajudar o utente a ter uma experiência mais agradável.
	D.7 Indefinidas (2)	D.7.1 Partilhar cigarros	1	1%	<i>"O terapeuta partilha água e tabaco."</i>	O terapeuta partilha cigarros com o utente
		D.7.2 Levar a tomar uma cerveja	1	1%	<i>"Levá-lo a tomar uma cerveja (...) aparenta depender de álcool."</i>	O terapeuta leva o utente a tomar uma cerveja por desconfiar que os sintomas se devem à dependência do álcool.

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	DESCRIÇÃO
E. RESOLUÇÃO	E.1 Resolvido	<i>"Deixou o KC estável (...) sem intenção de consumir)</i>	O utente sai do KC numa boa condição física, psicológica e mental
	E.2 Não-resolvido	<i>"Nenhuma das estratégias foi totalmente eficaz, já que o seu estado emocional se devia não só ao consumo de MDMA como também ao diagnóstico de personalidade bipolar e actual fase depressiva"</i>	A intervenção não teve qualquer consequência no estado físico, psicológico e mental do utente
	E.3 Interrompido	<i>"O utente deixou o KC sem dizer nada"</i>	O utente interrompe a intervenção
	E.4 Não se sabe		Não existe qualquer referência ao momento em que o utente deixa o KC

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	DESCRIÇÃO
F. ETAPAS DA INTERVENÇÃO	F.1 Fase inicial	Momento em que o utente chega ao KC
	F.2 Fase do desenvolvimento	Fase do desenvolvimento da intervenção
	F.3 Fase final	Momento em que o utente se prepara para abandonar o KC

ANEXO 4

MATRIZES

4.1 Matriz: “Características específicas de cada pedido”

Sintomas Vs Tipos de Crise	A : RELACIONADOS COM SPA	B : PERCEPÇÃO E IMAGENS MENTAIS	C : MEMÓRIA	D : FUNÇÕES FISIOLÓGICAS	E : FORMA DE PENSAMENTO, LINGUAGEM E FALA	F : DIFÍCEIS	G : CONTEÚDO DO PENSAMENTO	H : CONSCIÊNCIA DE SI MESMO	I : ATENÇÃO, CONSCIÊNCIA, ALERTA E ORIENTAÇÃO	J : AFECTOS E EMOÇÕES	K : ACTIVIDADE MOTORA
Exp.dif.c/SPA intencional	2	4	1	21	8	5	19	1	21	53	8
Exp.dif.c/SPA accidental	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
CrisePessoal SemSPA	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0
CriseMental SemSPA	0	0	0	2	0	2	1	0	1	3	1
NãoCrise	1	0	0	6	0	0	1	0	1	5	1
CriseMental C/SPA	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0

4.2 Matriz: “Estratégias utilizadas em cada tipo de sintomas”

Sintomas VS Estratégias	RELACIONADOS COM SPA	PERCEPÇÃO E IMAGENS MENTAIS	MEMÓRIA	FUNÇÕES FISIOLÓGICAS	FORMA DE PENSAMENTO, LINGUAGEM E FALA	DIFÍCEIS	CONTEÚDO DO PENSAMENTO	CONSCIÊNCIA DE SI MESMO	ATENÇÃO, CONSCIÊNCIA, ALERTA E ORIENTAÇÃO	AFECTOS E EMOÇÕES	ACTIVIDADE MOTORA
RRMD	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3	0
PSICOTERAPEUTICAS	4	5	1	24	9	9	25	1	22	68	9
MÉDICAS	3	1	0	7	1	0	8	0	2	13	2
LOGÍSTICAS	2	1	0	17	2	2	6	0	5	19	2
ENCAMINHAMENTO	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1
DIFÍCEIS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1
COMPLEMENTARES	1	1	0	12	4	2	8	0	7	26	4

4.3 Matrizes: “Etapas do processo de intervenção nos diferentes tipos de crise”

Crise mental com SPA	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	C : Geral
1 : RRMD	0	0	1
2 : PSICOTERAPEUTICAS	4	3	4
3 : MÉDICAS	0	0	1
4 : LOGÍSTICAS	0	1	1
5 : ENCAMINHAMENTO	1	0	0
6 : DIFÍCEIS	0	0	0
7 : COMPLEMENTARES	2	1	1

Crise mental sem SPA	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	C : Geral
1 : RRMD	0	0	0
2 : PSICOTERAPEUTICAS	3	1	3
3 : MÉDICAS	0	0	0
4 : LOGÍSTICAS	0	0	2
5 : ENCAMINHAMENTO	0	0	0
6 : DIFÍCEIS	0	0	0
7 : COMPLEMENTARES	1	0	2

Crise pessoal sem SPA	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	C : Geral
1 : RRMD	0	0	0
2 : PSICOTERAPEUTICAS	2	0	1
3 : MÉDICAS	2	0	1
4 : LOGÍSTICAS	1	0	1
5 : ENCAMINHAMENTO	0	0	0
6 : DIFÍCEIS	0	0	0
7 : COMPLEMENTARES	0	0	0

Experiência difícil e intencional com SPA	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	C : Geral
1 : RRMD	1	0	1
2 : PSICOTERAPEUTICAS	43	14	52
3 : MÉDICAS	4	0	9
4 : LOGÍSTICAS	4	3	14
5 : ENCAMINHAMENTO	1	0	1
6 : DIFÍCEIS	2	0	2
7 : COMPLEMENTARES	11	4	21

Experiência difícil e acidental com SPA	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	C : Geral
1 : RRMD	0	0	0
2 : PSICOTERAPEUTICAS	1	0	3
3 : MÉDICAS	0	0	1
4 : LOGÍSTICAS	1	0	1
5 : ENCAMINHAMENTO	0	0	0
6 : DIFÍCEIS	0	0	0
7 : COMPLEMENTARES	0	0	0

Não crise	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	C : Geral
1 : RRMD	0	0	1
2 : PSICOTERAPEUTICAS	3	1	6
3 : MÉDICAS	0	0	2
4 : LOGÍSTICAS	2	0	2
5 : ENCAMINHAMENTO	0	0	0
6 : DIFÍCEIS	0	0	0
7 : COMPLEMENTARES	0	0	0

4.4 Matriz: “Sintomas associados às diferentes tipologias de SPAs”

Sintomas VS SPA	RELACIONADOS COM SPA	PERCEÇÃO E IMAGENS MENTAIS	MEMÓRIA	FUNÇÕES FISIOLÓGICAS	FORMA DE PENSAMENTO, LINGUAGEM E FALA	DIFÍCEIS	CONTEÚDO DO PENSAMENTO	CONSCIÊNCIA DE SI MESMO	ATENÇÃO, CONSCIÊNCIA, ALERTA E ORIENTAÇÃO	AFFECTOS E EMOÇÕES	ACTIVIDADE MOTORA
Alcool	4	1	0	5	0	1	4	0	5	14	2
Metadona	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Ópio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Anfetaminas	0	1	0	4	0	0	8	0	1	14	3
Cocaína	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0
Metilona	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Não sabe	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
NEUROLÉTICOS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
2CB	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	1
Cannabis	0	0	1	4	0	0	2	0	5	13	3
Cogumelos	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0
DMT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
DOC	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Ecstasy	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1
GHB	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
Ketamina	0	0	0	2	0	0	3	0	1	6	1
LSD	2	2	0	18	5	7	12	0	16	41	4
MDMA	0	0	0	7	3	2	8	0	3	17	3
Mescalina	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1
Proscalina	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1	1
Sem consumo	0	0	0	5	0	2	1	0	1	3	1

4.5 Matriz: Impacto das diferentes estratégias no utente

Estratégias Vs Resolução Vs Comportamentos do utente	RRMD	PSICOTERAPEUTICAS	MÉDICAS	LOGÍSTICAS	ENCAMINHAMENTO	DIFÍCEIS	COMPLEMENTARES
1 : Resolvido	1	27	7	12	2	2	15
2 : Não-resolvido	1	8	2	3	0	0	4
3 : Não se sabe	1	16	2	9	0	1	6
4 : Interrompido	0	0	0	1	0	0	0
5 : Regressar ao KC	0	3	1	2	0	0	4
6 : PEDIDOS	0	1	0	0	0	0	1
7 : Incapacidade de falar acerca da experiência	0	1	0	1	0	0	1
8 : DE USO SPA	1	0	0	0	0	0	0
9 : DE OPOSIÇÃO	1	1	0	1	1	0	0
10 : DE BEM-ESTAR	2	30	7	20	0	1	18
11 : DE AJUDA	0	0	1	0	0	0	1
12 : COLABORATIVOS	0	3	2	1	0	0	4
13 : Abandona KC	0	5	1	2	0	0	3

4.6 Matriz: Evolução da sintomatologia ao longo das diferentes etapas de intervenção

Etapas Vs Sintomatologia	A : Etapa Inicial	B : Etapa final	c : Etapa Geral
1 : RELACIONADOS COM SPA	3	1	4
2 : PERCEPÇÃO E IMAGENS MENTAIS	5	1	5
3 : MEMÓRIA	0	0	1
4 : FUNÇÕES FISIOLÓGICAS	20	2	22
5 : FORMA DE PENSAMENTO, LINGUAGEM E FALA	9	4	9
6 : DIFÍCEIS	7	1	7
7 : CONTEÚDO DO PENSAMENTO	22	3	22
8 : CONSCIÊNCIA DE SI MESMO	0	0	1
9 : ATENÇÃO, CONSCIÊNCIA, ALERTA E ORIENTAÇÃO	21	4	18
10 : AFECTOS E EMOÇÕES	64	7	61
11 : ACTIVIDADE MOTORA	9	0	7