Saúde & Transformação Social
Health & Social Change

Artigos Originais

Dependência, recuperação e o tratamento através da ayahuasca: definições e indefinições

Dependency, recuperation and the treatment through ayahuasca: definitions and indefinitions

***Marcelo Simão Mercante*[1]**

[1]**Pós-Doutor em Antropologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP - Brasil**

RESUMO - Busco, neste artigo, fazer um breve relato histórico sobre o conceito de dependência (e adicção). Esta é uma forma de evidenciar que não há um consenso sobre a definição de um aspecto central para o estudo e a adoção de práticas em relação ao problema do abuso de substâncias psicoativas. Distintas formas de definição da dependência geram formas distintas de tratamento, e não há como provar que um dos modelos é mais efetivo que os outros. Em seguida, utilizo uma cartilha produzida pelo Ministério da Saúde em 2004 para elucidar o posicionamento deste órgão governamental sobre esta questão. Por fim, faço um outro relato histórico, desta vez do uso de psicoativos como o LSD, o peiote, a Cannabis e a ayahuasca para tratar a dependência. O que em um primeiro momento pode ser pensado como uma terapia de substituição ou mesmo um contra-senso (como tratar o abuso de uma substância utilizando outra substância psicoativa?), vem demonstrando ser uma rota viável para lidar com este problema.
Palavras-chave: Banisteriopsis; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Terapia.

ABSTRACT - A brief historical background on the concept of dependency and adiction is built at the beginning of this article. This is a way to put in evidence that there is no consensus on a definition of a central aspect for the study and the adoption of practices related to the abuse of psychoactive substances problem. Distinct definitions of dependency result in distinct ways of treatment, and there is no way to prove that one model is more effective than the others. Then, I use a textbook produced by the Health Ministry in 2004 to elucidate the position of this governmental institution about this problem. Finally, I do another historical overview, on the use of psychoactive substances like LSD, peyote, Cannabis, and ayahuasca for treating dependency. Neither a substitution therapy nor an absurd (how to treat the abuse of a substance using another psychoactive substance?), has been used as an effective way to deal with this problem.
Keywords: Banisteriopsis; Substance-Related Disorders; Therapeutics.

1. DEPENDÊNCIA

Berridge[1] indica que a noção de adição e dependência foram "descobertas" no século XIX, ainda que as idéias de "embriaguez crônica" e "habituação às drogas" já fossem conhecidas desde o século anterior. Segundo esta autora, no século XVIII não era feita ainda uma diferenciação entre o desejo e a vontade de consumir uma substância psicoativa. Esta distinção, segundo a autora, é central para a elaboração de um conceito de adição: "considerava-se que o beber fosse alguma coisa sobre a qual o indivíduo tivesse o controle final" (p. 16), ainda que, por volta da metade do século XVIII já havia "uma tendência para ver os bebedores como indivíduos que havia perdido a capacidade de beber moderadamente" (p. 16).

Berridge diz que o crédito da "descoberta" da adição, no caso do álcool, deve-se à Thomas Trotter, com o livro "*Essay medical, philosophical, and chemical on drunkness*", em 1804, onde dizia que a adição era uma doença da mente, tendo que ser tratada por médicos. Nos Estados Unidos, já em 1791, Benjamim Rush (*An enquiry into the effects of spiritous liquors upon the human body and their influences upon the happines of society*) já dizia que a embriaguez crônica era tanto uma doença quanto um transtorno da vontade. Em 1891 Carl von Bruhl-Cramer diz que a embriaguez resultava de "uma doença do sistema nervoso, que produzia um desejo irresistível pelo álcool"[1] (p. 17), e chamou tal doença de "dipsomania". Em relação às drogas, Edward Levinstein (1878, *Morbid craving for morphine*) considerava que o

Autor correspondente
Marcelo Mercante
Departamento de Antropologia - FFLCH (USP).
Av. Profº Luciano Gualberto, 315, Butantã.
São Paulo, SP – CEP: 05508-010. Caixa Postal 72042.
Telefone: (11) 3031-2552.
Email: marcelo_mercante@yahoo.com

Artigo encaminhado 05/04/2013
Aceito para publicação em 10/05/2013

"morfinismo" era uma doença similar à dipsomania.

A autora coloca então que, ainda que os conceitos não fossem realmente novos, no século XIX havia uma "determinada conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos"[1] (p. 17), aliado a uma reivindicação por parte da classe médica de um reconhecimento de sua autoridade científica.

George Harley, em 1884 ("Contribution to discussion. *Proceedings of the Society for Study the Cure of Inebriety*, 1:38), coloca então que a embriaguez era algo hereditário, assim como a loucura, passando então a ser vista como uma "questão da própria predisposição hereditária e da constituição do indivíduo"[1] (p. 18).

E. W. Adams, em 1935 ("What is addiction? *British Journal of Inebriety*, 33:1-11) enumera os cinco pontos principais que permitiam reconhecer a adição denominada por ele de "verdadeira": "O primeiro é o domínio do uso da droga, o segundo o motivo que leva o adito a refugiar-se da realidade, ou o impulso eufórico; o terceiro, a emergência de uma necessidade imperiosa ou desejo irresistível; o quarto, o estabelecimento da tolerância e o quinto, a ocorrência da síndrome de abstinência"[1] (p. 23).

Berridge também indica que em 1964 o termos "dependência de drogas" passa a ser adotado, sendo definida como "um estado resultante da administração repetida de uma droga, de modo contínuo ou periódico... ela pode ser química e, algumas vezes, física, sendo a base bioquímica a verdadeira força propulsora"[1] (p. 24). Em 1977 a OMS, segundo a autora, passa a utilizar a idéia de "síndrome de dependência do álcool" e de "deficiências relacionadas ao álcool"[1] (p. 24). Berridge coloca que tais definições da OMS tinham motivos políticos, visando manter o poder da classe médica sobre o assunto. Em resposta surgiu a idéia dos "problemas relacionados ao álcool"[1] (p. 25). Assim, tenta-se minar o tratamento hospitalar desta condição, fazendo com que os médicos passassem a

> "ocupar uma posição menos central, dando lugar a uma abordagem local, apoiada na comunidade, que utiliza os mais variados recursos. Essa mudança ... está ligada aos desejo de se encontrar alternativas de baixo custo para o tratamento médico hospitalar; o 'problema' implica um solução rápida, ao passo que a 'doença' pode ser uma condição permanente"[1] (p. 25).

Alexander[2] faz um histórico da palavra inglesa "addiction", adicção em português. A origem é o termo em latim "*addictionem*" e sua forma verbal "*addicere*". Segundo Alexander, "*addictus*", no direito romano, seria uma pessoa que passa a ser escrava de seu credor por não conseguir pagar seus débitos. "*Adiccere*" também era utilizada para se referir a uma devoção extrema, que tanto poderia ser benéfica quanto destrutiva. Em 1884 a palavra aparece pela primeira vez em um dicionário de língua inglesa, e até a edição de 1989 ainda estava ligada à definição em latim, ou seja, sem uma ligação clara a um comportamento destrutivo. Alexander conclui que o conceito de adicção é por demais complexo, e ele acaba por dividi-lo em 4 tipos[2] (p. 29): 1) envolvimento subrepujante ("*overwhelming*") com drogas ou álcool que é prejudicial para a pessoa adicta, para a sociedade ou ambos; 2) inclui o primeiro tipo e o envolvimento não-sobrepujante com drogas ou álcool que são problemáticos para a pessoa, a sociedade ou ambos; 3) envolvimento sobrepujante com qualquer elemento (incluindo, mas não limitado a, drogas e álcool) que é prejudicial para a pessoa adicta, para a sociedade, ou ambos; 4) envolvimento sobrepujante com qualquer elemento que não é prejudicial para a pessoa adicta, para a sociedade, ou ambos. Babor[3], por sua vez, também elabora um histórico do surgimento de termos como "dependência", "alcoólatra", entre outros. Segundo este autor, o termo "dependência" vem do latim (*pendere*), significando "algo que está seguro".

Babor faz uma relação de diferentes modelos de estudo da dependência, que resultam, por sua vez, em distintas práticas de tratamento. O modelo médico trabalha com a noção de que a dependência tem uma origem física, sendo uma "doença", e que necessita de tratamento médico apropriado para que seja controlada. Heath[4] indica que, ainda que esta perspectiva tenha bastante tempo, ela foi popularizada pelo livro de E. M. Jellinek (*The disease concept of alcoholism*, 1960). Em 1966 a *American Medical Association* passa a considerar o alcoolismo como uma doença, e em 1988, a adição em drogas[4]. Trabalhar com a dependência química como sendo uma doença visava, segundo Babor[3], primeiro chamar a atenção da classe médica para este problema, e segundo, influenciar os planos de saúde a incluir este tipo de tratamento nos seus programas de atendimento.

Heath[4] indica ainda que o livro de W. Madsen, *The american alcoholic: the narure-nurture controversy in alcoholic research and therapy*, lançado em 1973 e baseado em uma análise sociocultural entre os

Alcoólatras Anônimos, teve forte influência na visão do alcoolismo como uma doença biopsicosocial (ver também Campos[5]).

Por outro lado, os modelos psiquiátricos e psicológicos trabalham com a idéia que a dependência é uma doença mental, ou ainda como o sintoma de algum conflito psicológico anterior. Há também psicólogos que lidam com a dependência como sendo um "transtorno do comportamento"[3] (p. 42). Aqui se coloca grande ênfase no ambiente que iniciaria e manteria a dependência, evitando-se então as causas as "físicas".

Há ainda o que Babor[3] chama de "definições científicas", que visam uma abordagem mais "operacional, a fim de facilitar a pesquisa experimental e o discurso acadêmico" (p. 47). Dentro das definições científicas Babor destaca as com origem na psicologia cognitivo-comportamental e na farmacologia comportamental. Tais abordagens surgem como alternativa aos modelos médicos, evitando traçar pressupostos baseados nas bases biológicas ou psicológicas da dependência. Busca-se aqui focar a atenção no comportamento observável do dependente: "o modo como esse comportamento é aprendido e modificado por condições antecedentes e conseqüências de reforço e à aplicação das teorias de condicionamento psicológico à investigação e ao tratamento dos transtornos de uso de substâncias"[3] (p. 47).

Em 2004 a OMS modifica sua definição: "a dependência de substâncias é uma desordem de funções cerebrais alteradas provocadas (*brought on*) pela necessidade do uso de substâncias psicoativas"[6]. A dependência deixa de ser causada pela "administração repetida" de uma substância, estando agora relacionada à "necessidade do uso". Mas o que está por trás de tal necessidade?

Baseando-se no ICD-10[7], neste texto de 2004[6] (p. 14) a Organização Mundial de Saúde descreve os seguintes critérios para caracterizar a dependência de substâncias. O sujeito deve ter apresentado ao menos 3 dos seguintes sintomas durante o ano anterior ao exame: 1) um forte desejo ou compulsão para utilizar a substância; 2) dificuldades em controlar a ingestão em termos de início, término ou nível de uso; 3) um estado de crise de privação quando o uso da substância foi interrompido, ou o uso da mesma substância (ou alguma outra relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar a crise de privação; 4) evidência de tolerância, tais como aumento das doses da substância psicoativa para se ter os mesmos efeitos originalmente produzidos por doses menores; 5) negligência progressiva de prazeres alternativos ou interesses devido ao uso de substâncias psicoativas, aumento do tempo necessário para obter ou utilizar a substância ou se recuperar de seus efeitos; e 6) insistência do uso da substância em despeito de evidências claras de conseqüências deletérias, como danos ao fígado por excesso de bebida, humor depressivo em conseqüência de uso abusivo de dada substância, dano cognitivo por uso de substância. Esforços devem ser feitos em determinar se o usuário estava consciente da relação entre uso e conseqüências deletérias.

Por sua vez, o DSM-IV[8] (pp. 176-177) apresenta a seguinte tabela para o diagnóstico da dependência de substâncias: um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses: (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância; (2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas); (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; (3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; (4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos; (6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; (7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

A OMS, neste relatório de 2004[6], fecha seu entendimento de dependência ao redor da idéia de que esta é uma doença mental:

> "com os recentes avanços na neurociência é claro que a dependência de uma substância e uma desordem do cérebro tanto quanto qualquer outra doença (*illness*) neurológica ou psiquiátrica. Novas tecnologias forneceram meios para visualizar e medir modificações no cérebro a partir do nível molecular e celular até modificações em processo cognitivos complexos que ocorrem após um curto e um longo tempo de uso de uma substância" (p. 18).

Mais uma vez a OMS cerra fileiras em uma definição estritamente médica. Ainda que o cérebro se modifique com o uso da substância, a *causa* da necessidade apontada alguns parágrafos acima pela própria OMS como raiz da dependência continua obscura. Afinal, a consciência se origina a partir das atividades cerebrais ou ela modifica tais atividades? A ciência ainda não tem uma resposta definitiva para esta pergunta, e a discussão ao redor deste tema segue acalorada. Mas não para a OMS.

Mais adiante em seu relatório a OMS[6] detalha um pouco mais como se daria o desenvolvimento da dependência. Este seria um processo de aprendizado movido por recompensas ou reforços após os circuitos motivacionais do cérebro serem ativados, o que faz com que haja maior possibilidade de repetição deste comportamento. Tais circuitos são normalmente ativados por comida, água, perigo e acasalamento. Isso faz com que o cérebro seja "enganado pelas substâncias e respondendo como se tais substâncias e seus estímulos associados fossem biologicamente necessários"[6] (p. 22). Com a continuidade do uso esta associação se torna mais e mais forte, criando a "sensibilização por incentivo"[6] (*incentive sensitilization*, p. 22). O cérebro passa então a reconhecer vários "gatilhos" para a vontade do uso de uma substância, gatilhos estes que são feitos por associação do uso com locais, pessoas, objetos, etc. Isso leva pessoas às recaídas, mesmo depois de um longo tempo de abstinência. O próximo passo é a busca de genes específicos relacionados a uma vulnerabilidade maior de grupos específicos de sujeitos.

A OMS[6] (p. 23) faz então uma relação de fatores de risco e fatores de proteção.

> "1) Fatores de Risco: a) ambientais: disponibilidade de drogas, pobreza, mudanças sociais, cultura de grupo, ocupação, normas culturais, atitudes, política de drogas, tabaco e álcool; b) individuais: disposição genéticas, vítimas de abuso na infância, desordens de personalidade, desestruturação familiar, baixa performance escolar, privação social, depressão e comportamento suicida. 2) Fatores Protetores: a) ambientais: situação econômica, controle da própria situação, suporte social, integração social, eventos positivos na vida; b) individuais: boas habilidades de "*copping*", auto-eficácia, percepção do risco, otimismo, comportamento saudável, habilidade de resistir à pressões sociais".

Constata-se, por fim, que[3]:

> "como não há uma visão universalmente válida ou verídica sobre o que é dependência, não há nenhuma fórmula universalmente válida ou verídica para avaliar suas definições. O que existe, em vez disso, são perspectivas culturais específicas associadas a teorias sociais de dependência, cada uma das quais predizendo diferentes tipos de significado. A controvérsia importante torna-se, então, descobrir que grau de controle um grupo cultural obtém sobre o que define como dependência. Não se pode, porém, questionar se as definições estão certas ou erradas – a não ser quando elas estejam contra as regras do processo de definição. Porém, pode-se debater a sua utilidade e a que funções as definições servem" (p. 52).

Assim, as definições do que é a dependência ditam as práticas adotadas para tratar este problema. Uma vez problematizado o próprio conceito de dependência, passamos a ter mais de um modelo "correto" de tratamento.

Room[9] chama a atenção para um detalhe interessante sobre a questão dos "fatores socioculturais". Segundo este autor, em geral a "natureza da adicção" é tratada como "dada", ou seja, "existindo fora da visão do sociocultural" (p. 133), ainda que tenha a prevalência afetada por estes fatores. Room foca sua atenção na forma como a doença em si mesma é uma construção histórica, social e cultural: tanto a idéia de adicção e de "perda de controle" seriam construções nos Estados Unidos e Inglaterra. Sua conclusão, por fim, é que a "embebedar-se habitualmente não se torna alcoolismo sem um padrão específico de crenças culturais gerais e normas"[9] (p. 137). O que Room

coloca é correto. Ele cita o exemplo de sociedades tradicionais onde o álcool era conhecido e não havia o alcoolismo. Contudo, simplesmente colocar que a dependência é "culturalmente construída" não revela a forma como tal construção se dá. Existe, hoje, alcoolismo pelo mundo todo, e diversas sociedades. Como tais sociedades se tornaram "alcoólatras", ou seja, o que se modificou ao longo do tempo para que o álcool (ou as drogas) passasse a ser uma substância de abuso? Haveriam formas de construção do alcoolismo distintas para distintas sociedades?

Vargas[10], por exemplo, coloca que

> "mais do que se apropriar da experiência do consumo de drogas, o que as sociedades contemporâneas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas: mais remotamente, com a loucura das especiarias e, mais recentemente, com o duplo processo da invasão farmacêutica e da criminalização das drogas" (p. 55).

Para ele, nós ocidentais apostamos em uma vida de intensidade, ao contrário de uma vida em extensão. Por isso o abuso de substâncias, uma vez que não pensamos que possa haver um uso de psicoativos que se dê de forma concomitante à extensão.

E é a manutenção de tal "intensidade" que modelos como os dos centros que utilizam a ayahuasca no tratamento da dependência se apoiariam, uma vez que não se propõe a trocar a droga ilícita por um modelo de vida sóbrio, mas sim que se passe a ter um outro tipo de contato com a intensidade. Não se nega o acesso ao êxtase, mas se cria um veículo estruturado e formal (no sentido de que tem e fornece uma forma, um molde, um modelo) para tal acesso. Contudo, se fosse apenas isso, estaríamos diante de uma terapia de substituição. O que vemos, então, é uma intensidade aliada à extensão.

Cain[11] define o alcoólatra em função da forma como seu comportamento é "rotulado" pelo grupo que detêm o poder em uma sociedade:

> "alcoólatras são rotulados como alcoólatras por outras pessoas no momento em que seu comportamento se torna problemático segundo os padrões de normalidade, e não pelo volume de álcool bebido ou a freqüência com que se fica bêbado. O 'alcoolismo' descreve a tendência de um comportamento inapropriado, desviante. O desvio não é uma qualidade dos atos ou comportamentos assim rotulados. É uma conseqüência da quebra de regras e sanções criadas por um grupo que está em posição de poder e que acha o comportamento do outro 'problemático'" (p. 211).

A pergunta aqui então é: quais as regras para que um morador de rua seja classificado de alcoólatra? E de drogado? Quem julga e delimita tais regras, a sociedade ao redor ou o grupo de moradores de rua? Por outro lado, se o grupo não possui (será?) uma escala própria para rotular alguém de drogado ou alcoólatra, caberá ao resto da sociedade esta classificação? Como? Quando não há interesse político e/ou social em jogo, haverá o interesse em tal classificação exógena?

Em 2007 o Betty Ford Institute formou um "*Consesus Panel*" com 12 indivíduos relacionados com tratamento, políticas e pesquisa envolvendo dependência, para desenvolver um consenso sobre definições de conceitos que pudessem servir de base para trabalhos com e sobre dependentes[12]. Tais definições consensuais, contudo, "não estão baseadas em uma interpretação consensual das evidências disponíveis, como muitos pesquisadores desejariam. Este corpo de evidências científicas não existe ainda – em parte porque não houve até agora um acordo sobre os pontos básicos para pesquisa"[12] (p. 223).

Assim, recuperação ("*recovery*") da dependência "é um estilo de vida voluntariamente mantido, caracterizado por sobriedade, saúde pessoal, e cidadania"[12] (p. 223). Sobriedade, o segundo conceito a ser definido, e base para o conceito de "recuperação", "se refere à abstinência de álcool e outras drogas não-prescritas por médicos"[12] (p. 223). Este conceito se divide em: "sobriedade inicial ("*early sobriety*")": 1 a 11 meses; "sobriedade sustentada" ("*sustained sobriety*"): 1 a 5 anos; e "sobriedade estável" ("*stable sobriety*"): 5 anos ou mais[12] (p. 223).

Outro conceito-chave para se entender recuperação é o de "saúde pessoal" ("*personal health*"), entendido como "qualidade melhorada de vida pessoal como definido e medido por um instrumento validado como os de saúde física, saúde psicológica, independência e escalas espirituais do WHOQOL"[12] (p. 223).

Por fim, "cidadania" se refere a "viver com consideração e respeito por todos à sua volta, como definido e mensurado por um instrumento como as escalas de função social e meio-ambiente do WHOQOL"[12] (p. 223).

O grupo de Betty Ford concluiu que a sobriedade, ainda que necessária, não foi considerada como sendo suficiente[12]:

> "recuperação é reconhecida universalmente como sendo multidemensional, envolvendo mais do que simplesmente a eliminação do uso de uma substância. A saúde e os aspectos sociais da recuperação são potencialmente muito importantes para a prevenção da recaída e podem ser os aspectos mais atrativos da recuperação dos indivíduos atingidos, suas famílias e a sociedade como um todo" (p. 224).

Eles colocam ainda que atrelar a recuperação a um "estado de vida mantido" aponta para o fato de que tal recuperação é "mais que somente um estado de ser em um momento no tempo, mas que também não é necessariamente um estado permanente"[12] (p. 224). Tal estado, o de recuperação, pode se modificar caso não haja um "manejo ativo ("*active management*") para sustentá-lo"[12] (p. 224). Assim, normalmente os sujeitos que estão em um processo de tratamento "se descrevem como estando em recuperação ("*as being 'recovering' or 'in recovery'*"), e não 'recuperados' ("*recovered*")[12] (p. 224).

O conceito de "recuperação" (*recovery*) está ainda, para White (2007), no centro de uma mudança de paradigmas no que diz respeito tanto à pesquisas quanto à intervenções. Segundo este autor, a arena de debates em torno dos problemas no uso de álcool e outras drogas está deixando de ser feito a partir da idéia da patologia de longo prazo e das intervenções para o paradigma das soluções de recuperação. White[13] coloca que o paradigma regido pela doença de longo prazo e pelas intervenções

> "repousa sobre se assumir que as investigações sobre a etiologia e os padrões de problemas no uso de álcool e outras drogas e estudos dos tratamentos profissionais destes problemas revelariam a solução última para estes problemas. O paradigma da recuperação coloca que a solução para os problemas severos no uso de álcool e outras drogas tem uma longa história, e está manifestado atualmente nas vidas de milhões de indivíduos e famílias, e que o estudo científico de soluções-vivas [pessoas que se recuperaram] pode elucidar princípios e práticas que mais tarde reforçariam os esforços na recuperação e na manutenção da sobriedade" (p. 229).

Segundo White[13], o conceito de recuperação coloca uma "ameaça" (*threats*) sobre instituições tradicionais que já ganharam certa "autoridade cultural para lidar com problemas de consumo de álcool e outras drogas" (p. 230). Este paradigma tende a dar força a instituições alternativas, assim como especialistas alternativos. Mas White aponta que há riscos: "através deste processo, o conceito de recuperação corre o risco de sofrer reificação, comoditização, comercialização e 'sobreextensão' ("*overextension*")" (p. 230).

Assim, White aponta que é necessário uma definição precisa deste termo, e que tal definição seja mantida. Para ele, é necessário que a definição possa se adequar a quatro usos distintos do termo[13]:

> "(a) recuperação como uma experiência vivida por indivíduos e famílias; (b) a experiência da recuperação como o tecido de conexão dentro das comunidades de recuperação; (c) recuperação como um resultado que pode ser medido por cientistas e aqueles responsáveis por monitorar e avaliar o sistema de saúde comportamental; (d) recuperação entendida tanto côo uma visão/meta organizadora e um alvo a ser atingido por sistemas de serviços complexos" (p. 230).

Assim, White coloca a definição de recuperação deveria satisfazer seis critérios: "(a) precisão (captura a natureza essencial e elementos da experiência da recuperação); (b) inclusão (abrange diversas experiências de recuperação, parâmetros e estilos); (c) exclusividade (elimina fenômenos que não tenham ingredientes essenciais de recuperação"; (d) mensurabilidade (facilita o auto-avaliação, a avaliação profissional e o estudo científico); (e) aceitabilidade (para múltiplos constituintes); e (f) simplicidade (elegante em clareza e ser conciso)"[13] (p. 230).

White[13] faz ainda uma crítica à idéia de que a recuperação é um processo, e não um evento. Ele indica que há evidências tanto históricas quanto contemporâneas que a recuperação pode se dar de forma repentina, até mesmo não planejada, de forma positiva e permanente:

> "conhecida na literatura clínica como uma 'mudança quântica' (*quantum change*) ou mudança transformacional, este modo de início e consolidação de recuperação sempre envolve uma experiência religiosa, espiritual ou mesmo secular profunda, que redefine radicalmente a identidade pessoal e as relações interpessoais, e altera súbita e

> completamente o padrão anterior de uso de álcool e outras drogas" (p. 231).

White[13] indica também que para se entender a recuperação, deve-se deixar de ter em foco apenas os problemas em relação ao uso de álcool e outras drogas, pois isto mascara o fato de a dependência é algo complexo, e que

> "a solução da adicção é sempre inseparável da resolução dos problemas sobre os quais tal adicção está assentada. Definições de recuperação que colocam a recuperação dentro do contexto global de saúde vêem a resolução dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas não como algo focal, pontual, mas como um subproduto de um amplo processo pessoal e interpessoal" (p. 234).

Desta forma, alguém que atingiu abstinência mas não "conseguiu um bom nível de saúde física, emocional, nas suas relações e ontologicamente (espiritualidade, significado, propósitos)"[13] (p. 234) não estaria em recuperação. White[13] então propõe o uso do termo "remissão" para se referir à eliminação do problema, e o termo "recuperação" para uma situação que inclua a remissão mais que se tenha atingido um bom nível de saúde no geral.

White fala então em "recuperação parcial", um processo que envolve duas diferentes condições[13]:

> "(a) uma reduzida freqüência, duração e intensidade de uso de álcool e outras drogas e a redução de problemas pessoais e sociais relacionados com o uso álcool e outras drogas; (b) ter alcançado uma abstinência completa e sustentável ou uma moderação estável do uso de álcool e outras drogas, mas ter falhado em atingir ganhos paralelos em saúde física, emocional, ontológica, relacional ou ocupacional. A recuperação parcial pode se constituir em um estado permanente, um estado precedendo uma recuperação total, ou um hiato nos problemas de uso de álcool e outras drogas, com uma eventual reversão para um nível anterior ou maior da severidade do problema" (p. 234).

Finalmente, White[13] (p. 236) define recuperação como

> "a experiência (um processo e um status sustentado) pelo qual indivíduos, famílias e comunidades impactados por problemas severos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, utilizam recursos internos e externos para voluntariamente resolver estes problemas, curar as feridas infligidas pelos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, ativamente administram sua contínua vulnerabilidade à tais problemas, e desenvolvem uma vida saudável, produtiva e significativa".

Dodge et al.[14] faz extensa revisão crítica sobre o conceito de "*recovery*". Estes autores citam que não há consenso algum sobre os conceitos norteadores da compreensão da dependência, nem mesmo entre dependentes ou indivíduos em recuperação. Eles criticam o uso da "cidadania" como uma medida de recuperação em Betty Ford[12]: "a objeção para isso é que nenhuma outra doença crônica tem seu status de recuperação medido a partir do construto de cidadania"[14] (p. 4). Outro problema apontado é o uso extensivo do WHOQOL, pois, para Dodge et al.[14], "uma medida desenvolvida para a população em geral pode não ser válido para uma população específica de pessoas em recuperação" (p. 4).

A dependência é entendida, de forma global, como uma doença mental. Como pudemos ver, essa é uma idéia que foi construída ao longo dos séculos XIX e XX. No Brasil, a dependência está colocada dentro da pasta de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Mas será essa uma atitude adequada? Pinho et al[15], em um trabalho de revisão, apontam que há sim uma ocorrência concomitante de casos "uso de substâncias e desordem mental" (p. 85), o que gera, inclusive, baixas taxas de recuperação ou até mesmo de permanência no tratamento, assim como aumento de recaídas, isso quando "comparados com indivíduos que têm somente o problema do uso de substâncias ... Os efeitos da comorbidade psiquiátrica na dependência química são complexos e influenciados pelo início da desordem psiquiátrica relativa ao início da dependência química" (p. 85)[15]. Ribeiro[16] afirma que foi "apenas a partir da segunda metade do século, o conceito de dependência deixou ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental" (p. 59).

Varga[17] faz uma revisão do conceito de desordem mental. Ele começa seu artigo citando Szasz[18], e seu argumento de que a psiquiatria não seria um "ramo genuíno da medicina, [mas sim] uma forma mascarada na qual o poder é exercido"[18] (*apud* Varga[17], p. 1), poder este que atuaria através da medicalização do

que Szasz chama de "problemas do viver", problemas estes que não seriam realmente médicos. Esta sobreposição de dependência e doença mental cria um véu sobre a dependência, impossibilitando que novos entendimentos surjam, e que novas modalidades terapêuticas sejam vistas como válidas.

2. O POSICIONAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nesta seção do texto pretendo indicar as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento do uso abusivo de psicoativos. Não pretendo aqui fazer uma análise crítica deste posicionamento, uma vez que minha pesquisa não teve este foco, e discorrer sobre este assunto – se tais diretrizes são adotadas na prática, seus efeitos, seus limites, etc – daria por si só um livro.

Pereira[19] coloca que até a década de 1920 o consumo de álcool não era considerado um problema no Brasil. Em 1923 Gustavo Riedl funda, no Rio de Janeiro, "a Liga Brasileira de Higiene Mental, visando melhorar a qualidade dos serviços psiquiátricos no Brasil"[19] (p. 27). Seguindo os ditames da formação francesa destes médicos – mas também com influências teóricas alemãs – Pereira diz que o alcoolismo passa então a ser considerado uma doença hereditária e o uso da eugenia era recomendado como forma de prevenção e tratamento: "o alcoolismo passou a ser considerada a causa da pobreza, assim como da decadência moral"[19] (p. 29). Curiosamente, os pobres e moralmente decadentes eram em sua maioria negros. A força do "conceito científico de caráter inquestionável"[19] (p. 29) utilizado pela Liga faz com que ela force o Legislativo a adotar no Código Penal de 1940 "medidas punitivas como forma de promover a recuperação do alcoolismo"[19] (p. 29). Depois disso, tanto o alcoolismo quanto o uso de drogas passou a ser caso de polícia no Brasil.

Atualmente, o Ministério da Saúde[20], através da sua pasta de Saúde Mental, coloca que o uso de drogas no país "tomou proporção de grave problema de saúde pública... pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam"[20] (p. 5). O MS coloca que a questão do uso abusivo tem implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas evidentes, as quais devem ser levadas em consideração quando se tenta compreender o problema. Sendo assim, a perspectiva médica ou psiquiátrica não é mais suficiente para lidar com esta questão.

O MS se posiciona claramente contra tratamentos que excluam o dependente do convívio social (em um posicionamento evidentemente antimanicomial). O foco deste tipo de tratamento vem sendo simplesmente a abstinência. Contudo, o MS[20] indica que

> "A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e outras drogas promove a disseminação de uma cultura de combate a substâncias que são inertes por natureza, fazendo que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante" (p. 7).

O MS[20] prega a lógica da transversalização, uma prática que busca garantir "as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção" (p. 9). Os campos de saber em questão são o clínico de intervenções e o da saúde coletiva. Estes campos possuem distintos âmbitos de atuação: o individual e o coletivo. Tal divisão aponta o documento do MS[20], gera um embate que se preocupa muito mais em afirmar verdades próprias em campos separados e muitas vezes oponentes do que gerar "o avanço de dispositivos e instrumentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção"[20] (p. 9).

Contudo, ambos os campos de atuação têm, de acordo com o MS, um único foco: a abstinência. E traçam um único plano de ação[20]:

> "redução da oferta e redução da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado por meio de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor" (p. 10).

O MS[20] coloca então que

> "em se tratando de tema tão complexo, com claras implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, traçar uma política com base em um único objetivo é trabalhar em saúde com um modo estreito de entendimento... A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado" (p. 10).

Deixando de lado então o foco único na abstinência, o MS[20] passa a se preocupar com a individualidade, com a singularidade de demandas de cada indivíduo a ser atendido: "devem acolher, sem

julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento" (p. 10). A saída apontada é a prática da redução de danos, processo que, segundo o MS, se preocuparia com tal singularidade, onde o alvo não é mais a abstinência, mas sim a defesa da vida. A redução de danos seria mais um método a ser utilizado no enfrentamento da dependência. O próprio conceito de "tratamento" ganha uma nova dimensão[20]:

> "tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam" (p. 10).

Neste contexto a rede formada por profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais é fundamental para prevenir, tratar, reconstruir vidas e existências[20].

O texto preparado pelo MS[20] aponta ainda que a mídia deveria ser proibida de fazer propaganda de bebidas alcoólicas em meios de comunicação de massa, ficando restrita aos locais de venda, assim como tais veículos de comunicação deveriam ser incentivados a realizar campanhas de redução de danos ao consumo de bebidas alcoólicas. Deveria haver ainda um debate público para que houvesse uma revisão nas taxas de impostos sobre bebidas alcoólicas, sendo tais impostos revertidos ao "custeio de assistência e prevenção dos problemas relacionados ao uso do álcool"[20] (p. 19).

O relatório do MS[20] cita dois problemas fundamentais a serem superados para que se tenha uma assistência adequada ao usuário/dependente, ou seja, políticas sociais e proibição[20]:

> "a insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades. Somado a esses fatores, o rigor da Lei Criminal de drogas vigente manifesta-se em condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários de drogas, ao estabelecer o uso como 'proibido', sugerindo a ocultação. Além disso, ao dividir-se as drogas em lícitas e ilícitas, incorre-se na concentração de perigo e pânico diante daquelas substâncias qualificadas de ilícitas, havendo inclusive incentivo àquelas qualificadas de lícitas" (p. 22).

O relatório relaciona então os principais fatores responsáveis por reforçar a exclusão social dos usuários de psicoativos[20]:

> "1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinqüência, sem critérios mínimos de avaliação; 2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social; 3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão-de-obra de jovens neste mercado; 4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários; 5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da "cadeia organizacional do mundo das drogas" é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção" (p. 23).

Ao mesmo tempo, o relatório propõe os seguintes objetivos[20]:

> "1) Alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública; 2) Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínicopolítico de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada; 3) Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição; 4) Mobilizar a sociedade civil, oferecendo a esta condições de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais" (p. 23).

O passo seguinte do relatório é definir o conceito de "fator de risco", assim como relacionar quais seriam estes fatores. Assim[20],

> "Os fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso ... É importante notar que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência. Ainda assim, podemos dizer que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente." (p. 27).

Ribeiro[16] coloca que essa postura do MS – "entender o consumo de álcool e drogas como um padrão de comportamento cuja gravidade varia ao longo de um *continuum*, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais" (p. 59) – fez com fossem desenvolvidos diversos serviços de atendimento, visando atender aos problemas de usuários e/ou dependentes em estágios diversos. Assim surgiram: "ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros"[16] (p. 59).

Não cabe aqui o detalhamento extensivo de todo o repertório de opções oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, que são: os Centros de Atenção Psicossocial, as Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Centros de Convivência e Cultura, as Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental, os Hospitais-dia. Para um detalhamento das práticas de cada um destes serviços que compõe a "Rede de Atenção à Saúde Mental de Base Comunitária", peço que o leitor recorra à MS[21] e Ribeiro (2004)[16; I].

3. O TRATAMENTO PELO USO DE PSICOATIVOS

A literatura sobre o uso de psicoativos para o tratamento de dependência química vêm aumentando consideravelmente. Mas esta não é uma prática recente. Os editores da extinta *Psychedelic Review*[22] fizeram uma revisão de alguns trabalhos sobre o uso de psicoativos para o tratamento de alcoolismo[23; 24; 25; 26]. Eles chegam a conclusão de que "os resultados indicam que drogas psiquedélicas parecem ser agentes efetivos para a mudança de comportamento no tratamento de alcoólatras crônicos que têm sido recalcitrantes em relação a qualquer outra forma de tratamento"[22] (p. 207). Um total de 72% (114 em 159) pacientes que receberam LSD como forma de tratamento apresentaram uma diferença significativa no consumo de álcool (sendo que destes 50,3% – 80 pacientes em 159– após um ano de acompanhamento haviam parado completamente de beber), em contraste com os 22,5% (18 em 80) dos que estavam no grupo de controle (dos quais 13,75% – 11 paciente em 80 haviam parado completamente de beber após um ano de acompanhamento)[22].

Tomando como base os modelos citados acima por Babor[3], eu diria que o uso de LSD que serviu de base para tais estudos era feito dentro de uma perspectiva médica e/ou científica. E talvez por ter entrado em conflito com o contexto cultural onde tal prática surgiu é que este tipo de tratamento foi suspenso. Tais tratamentos seguiam, basicamente, dois sistemas: o *psiquedélico*, quando eram administradas grandes doses de psicoativos em poucas sessões; e o *psicolítico*, quando eram fornecidas pequenas doses de psicoativos por um longo período de tempo (ver Halpern[27] para uma boa revisão da literatura sobre esta proibição, assim como Dyck[28] e Krebs & Johansen[29], para uma revisão geral do uso de LSD no tratamento do alcoolismo). A psicoterapia podia ou não estar presente como método auxiliar no tratamento.

Uma breve revisão da literatura até o momento indicou que diferentes psicoativos vêm sendo utilizados como ferramenta para a superação de dependência química e alcoolismo: a ayahuasca[31]; *Cannabis sativa*[31]; o peiote, *Lophophora williansii*, um cactus rico em mescalina[32]; iboga, *Tabernanthe iboga*, arbusto africano cuja raiz contém ibogaina[33], LSD[34], quetamina[35]. Labate et al.[36] trata de uma revisão bibliográfica do uso da ayahuasca como instrumento terapêutico. Não há espaço neste texto para uma revisão aprofundada de todos estes artigos. Fica somente a indicação de que a idéia de uso de um psicoativo para tratar a dependência não é novidade, tendo pelo menos 60 anos.

Winkelman[37] coloca que as práticas xamânicas em geral – e o uso ritual de psicoativos em particular –

> "induz uma resposta de relaxamento, provocando descargas cerebrais integrativas de ondas teta, estimulando a produção endógena de opióides e fortalecendo o mecanismo serotoninérgico e seus efeitos de elevação do humor ("*mood elevating effects*"). A relação entre adicção à drogas e as necessidades psicobiológicas humanas de

> experimentar estados alterados de consciência também sugere a utilidade potencial destes estados para tratar a dependência de drogas" (p. 339).

O problema com este tipo de abordagem (que os ASC produzem um "mood elevating effects") é que isso contradiz, de certa forma, o que é dito e pensado sobre o tratamento, tanto por pacientes quanto por terapeutas. Em Takiwasi, clínica peruana que utiliza a ayahuasca (ver Giove[38]), por exemplo, o mais importante não é a "viagem" ou a "elevação do humor", mas sim a "toma de consciência". Se as visões ou a experiência servirem para isso, ótimo. Senão, uma euforia ou tranqüilidade após uma sessão de ayahuasca pode ser visto (não necessariamente) como um sinal de negação do problema com o qual se está trabalhando, como um processo de fuga. A tranqüilidade só surge depois da resolução de um problema.

Muitas vezes a experiência com a ayahuasca é profundamente desagradável. Ainda que exista sim uma necessidade de se vivenciar experiências fora do "normal" pelos seres humanos, o tratamento não se limita a proporcionar aos seus pacientes "viagens ordenadas" ou culturalmente aprovadas.

Winkelman aponta para uma direção, mas existem outras que devem ser levadas em consideração ao se trabalhar com tratamentos baseados no uso de plantas psicoativas. Contudo, em outro artigo[39], este autor coloca que

> "os psicointegradores são por necessidade desintegradores – a conexão com o todo vem como uma conseqüência da desintegração do ego. Alguns destes efeitos resultam de suas poderosas influências de-condicionadoras, quando inibem respostas condicionais e bloqueiam caminhos neuronais habituais. Seus efeitos são também extremamente dissociativos, engajando em alguns sistemas e excluindo outros – tais como o ambiente externo. Este poder dissociativo reflete a ativação extrema de outros tipos de conexões que ocupam totalmente a consciência" (p. 8).

Se tirarmos desta segunda lista – a de "novos" psicoativos que estão sendo utilizados no tratamento da dependência – o LSD, o que vemos é uma tentativa de mesclar um modelo médico/científico com um quarto tipo de modelo, um modelo que não foi citado por Babor[3], exatamente porque teria origem fora do contexto cultural dito "ocidental". A ayahuasca, o peyote, a iboga são utilizados por diversos povos para resolver diversos problemas, mas não a dependência.

Takiwasi, por exemplo, faz, de forma bastante única, uma mescla do que poderia ser incluído em um modelo psicológico da dependência com a medicina tradicional peruana. Ambos os modelos se confundem, se misturam, gerando práticas e explicações diferenciadas e únicas. Por exemplo, foi bastante freqüente nas entrevistas realizadas em Takiwasi, vir à tona a idéia de que a dependência é um problema "menor", fruto de um distúrbio de comportamento anterior. Mas também são levadas em consideração problemas de ordem "espiritual" – explicação esta que teria origem na medicina tradicional peruana. E tais problemas espirituais são levados tão em conta que deram origem à um tratamento que inclui dietas, purgas, saunas, sessões de ayahausca, onde se visa limpar – "descarregar", como se diz em Takiwasi – os pacientes. Sem tal descarrego espiritual não existe a possibilidade de se trabalhar os problemas psicológicos.

Em um outro extremo desta mistura de modelos, temos a Caminho de Luz (Comunidade Terapêutica localizada em Rio Branco, onde também se utiliza a ayahuasca no processo de tratamento). Ali o que acontece é uma apropriação "popular" – uma vez que não há médicos ou psicólogos trabalhando lá, como há em Takiwasi – do conhecimento produzido a partir de clínicas que estão baseadas nos modelos médicos ou psicológicos. Tal conhecimento é então encaixado e re-significado dentro de práticas também únicas, e que tiveram sua origem nos rituais da União do Vegetal. Na Caminho de Luz se entende a dependência como uma "doença", mas a cura para tal doença é através do Vegetal. Esta nova modalidade de tratamento poderia ser chamada de "modelo da ayahuasca". Da mesma forma, o "modelo da ayahausca" faz uma mistura entre os sistemas "psiquedélico" e "psicolítico", pois grandes doses de um psicoativo são ministradas por longos períodos de tempo.

Mas não apenas o tratamento com ayahuasca que pode ter seus efeitos sobre o consumo de álcool e drogas. O uso ritual – fora de um contexto de tratamento – também pode ser importante. Doering da Silveira et al[40; 41], apontam que o uso da ayahuasca nas religiões brasileiras pode começar ainda na infância ou início da adolescência. Contudo, o que normalmente é apontado como um fator de risco para um futuro uso abusivo de psicoativos, foi relatado por estes autores como um fator de proteção. Os autores compararam um grupo de 41 adolescentes que utilizavam ayahausca com outro grupo de 43

adolescentes que nunca havia utilizado. O grupo que utilizava ayahuasca consumiu menos álcool (46,31%) ao longo de um ano que o grupo controle (74,4%), assim como foram verificadas diferenças significativas no uso recente de álcool (32,5% no grupo da ayahuasca contra 65,1% no grupo controle).

Fábregas et al[42], também realizou um estudo sobre o impacto do uso de ayahuasca sobre o consumo de outras substâncias psicoativas. Fábregas e seus colaboradores elaboraram duas investigações. Todos os grupos de participantes foram montados para que tivessem equivalência de idade, sexo, escolaridade e renda.

O primeiro estudo comparou 56 membros da comunidade Céu do Mapiá do Santo Daime, localizada no Amazonas com 56 moradores de Boca do Acre, uma cidade de 7.000 habitantes próxima à comunidade do Céu do Mapiá. O segundo estudo comparou 71 membros da Barquinha com 59 moradores de Rio Branco, capital do Acre, sem histórico de uso de ayahuasca. Em ambos os grupos de usuários de ayahuasca o critério de participação foi o uso do chá por duas vezes no mês (no mínimo) nos últimos 15 anos. Foi utilizado o "*Addiction Severity Index"* (ASI) na comparação dos grupos. A conclusão desta pesquisa foi que os grupos que utilizavam ritualmente a ayahuasca não apresentaram os problemas psicossociais que outras drogas de abuso normalmente causam.

4. UMA BREVE CONCLUSÃO

A resultante da junção de definições de dependência e de recuperação é a noção de terapia. Cárcamo & Obreque[43], ao analisar o sistema terapêutico especificamente de Takiwasi chegaram à seguinte definição de "terapia": "como primeiro ponto devemos ter em mente que os sistemas médicos devem ser considerados e compreendidos como expressões culturais dos diversos povos. Tal expressão se refere basicamente à relação entre saúde e enfermidade como um *processo* terapêutico" (p. 7).

A definição de "processo terapêutico" como sendo a "relação saúde e enfermidade" é bem interessante para se problematizar o conceito de "terapia". Contudo, sob esta perspectiva, passamos a trabalhar com a idéia de que a dependência seria, por conseqüência, uma "enfermidade". O ponto é se perguntar onde está esta enfermidade? No indivíduo, como alegam alguns estudos? Ou na sociedade, como apontam outros, sendo a expressão individual da dependência um mero reflexo do problema que acontece na sociedade como um todo? Fecha-se um circuito que deve ser explorado em todas as suas nuances para que um tratamento efetivo possa surgir, um tratamento que lida não apenas com o "paciente", mas também com a sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fapesp pela bolsa de pós-doutorado junto ao Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo pela pesquisa que resultou neste artigo, assim como aos meus colegas do GEDS.

NOTAS

I. Em 2007 havia: 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPSi e 138 CAPSad. Os CAPS estão presentes em todos os estados da Federação, e apenas 6 dos 74 municípios com mais de 300.000 habitantes não têm um serviço tipo CAPS em sua rede de atenção à saúde. Total: 1011 CAPS (MS, 2007, pp. 11-12). Em 2007 a rede de residências terapêuticas tinha 475 serviços em funcionamento, com aproximadamente 2.500 moradores (MS, 2007, p. 19).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berridge V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards G, Lader Malcolm (ed.) A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 13-34
2. Alexander B K. The globalization of addiction. A study in poverty of the spirit. Oxford: Oxford University Press; 2008.
3. Babor T F. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência do álcool e das drogas. In Edwards G, Lader M (ed.) A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 35-60
4. Heath D B. Anthropology and alcohol studies: current issues. Ann rev anthropol 1987; 16: 99-120.
5. Campos E A. Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. Rev antropol 2005; 48(1): 315-61.
6. World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Genebra: World Health Organization; 2004.
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genebra: World Health Organization; 1992.
8. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
9. Room R. Dependence and society. Brit jour addic 1985;15: 133-9.
10. Vargas E V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: Labate B C, et al. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba; 2008. pp. 41-64.
11. Cain C.Personal stories: identity acquisition and self-understanding in Alcoholics Anonymous. Ethos 1991; 19(2): 210-53.
12. Betty Ford Institute Consensus Panel. Special section: defining and measuring "recovery". J sub abuse treat 2007; 33: 221–8.
13. White W L. Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. J sub abuse treat 2007; 33: 229-41.
14. Dodge K, Krantz B, Kenny P J. Substance abuse treatment, prevention, and policy 2010. Disponível em: http://www.substanceabusepolicy.com/content/5/1/31. Acesso em 08.12.2010.

15. Pinho P H, Oliveira M A, Almeida M M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? Rev psiquiatr clín 2008; 35(1): 82-8.
16. Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev bras psiquiatr 2004; 26(Supl I): 59-62.
17. Varga S. Defining mental disorder. Exploring the 'natural function' approach. Philos ethics humanit med 2011; 6:1. Disponível em: http://www.peh-med.com/content/6/1/1. Acesso em 31.01.2011>.
18. Szasz T. Ideology and insanity. Harmondsworth: Penguin Books, 1970.
19. Pereira MO (Tese). Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. Escola de Enfermagem/USP, São Paulo. 2009.
20. Ministério da Saúde. A política do ministério da saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Grupo de Trabalho em Álcool e outras Drogas; 2004.
21. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental; 2007.
22. Editors The. The treatment of alcoholism with psychedelic drugs. The Psychedelic Rev 1963; 1(2): 205-7.
23. Chwelos N, Blewett D B, Smith C M, Hoffer A. Use of d-lysergic acid diethylamide in the treatment of alcoholism. Q j stud alcohol 1959; 20: 577-90.
24. Jensen S E. A treatment program for alcoholics in a mental hospital. Q j stud alcohol 1962; 23: 315-20.
25. Ross MacLean J, et al. The use of LSD-25 in the treatment of alcoholism and other psychiatric problems. Q j stud alcohol 1961; 22: 34-45.
26. Smith C M. A new adjunct to the treatment of alcoholims: the hallucinogenic drugs. Q j stud alcohol 1958; 19: 406-17.
27. Halpern J H. Hallucinogens in the treatment of alcoholism and other addictions. In Winkelman MJ Roberts TB (eds.) Psychedelic medicine. New Evidence for hallucinogens substances as treatments. Westport: Praeger Perspectives. 2007. p. 1-14.
28. Dyck E. 'Hitting highs at rock bottom': LSD treatment for alcoholism, 1950–1970. Soc hist med 2006; 19(2): 313-29.
29. Krebs TS Johansen PO. Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychopharmacol 2012; 26(7): 994-1002.
30. Labigalini Jr E (Dissertação). O uso de ayahuasca em um contexto religioso por exdependentes de álcool - um estudo qualitativo. Escola Paulista de Medicina/UNIFESP. 1998.
31. Labigalini E, Rodrigues L R, Silveira D X. Therapeutic use of Cannabis by crak addicts in Brazi. J psychoactive drugs 1999; 31(4): 451-5.
32. Halpern J H, Sherwood A R, Hudson J I et al. Psychological and cognitive effects of long-term peyote use among Native Americans. Biol psychiatr 2005; 58:624-31.
33. Alpert K R & Lotsof H S. The use of ibogaine in the treatment of addictions. In Winkelman MJ, Roberts TB (eds.), Psychedelic medicine. New evidences for hallucinogenic substances as treatments. Volume II Westport: Praeger. 2007. p 43-65.
34. Yensen R, Dryer D. Addiction, despair, and the soul: successful psychedelic psychotherapy, a case study. Societat d'Etnopsicologia i Estudis Cognitius 1999. Disponível em: http://www.etnopsico.org/index.php?option=content&task=view&id=61. Acesso em 25.10.2006.
35. Ross S. Ketamine and addiction. Pimal psychiatr 2008; 15(9): 61-9.
36. Labate B C, et al. Apontamos sobre o tratamento da dependência química com o uso ritual da ayahuasca. 1º Congresso da Abramd sobre Drogas e Dependência. São Paulo: Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD). 2008.
37. Winkelman M. Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: a shamanic perspective. Int j drug policy 2001; 12: 337-51.
38. Giove R. La liana de los muertos al rescate de la vida. Medicina tradicional amazónica en el tratamiento de las toxicomanias. Siete anõs de experiencia del Centro Takiwasi. Tarapoto: Takiwasi/DEVIDA. 2000.
39. Winkelman M J. Therapeutic bases of psychedelic medicines: psychointegrative effects. In Winkelman MJ Roberts TB (eds.) Psychedelic medicine. New evidences for hallucinogenic substances as treatments. Westport: Praeger. 2007. 1: p 1-20.
40. Doering-Silveira E, Lopez E, Grob C S et al. Ayahuasca in adolescence: a neuropsychological assessment. J psychoactive drugs 2005; 37(2): 123-8.
41. Doering-Silveira E, Grob C S, De Rios M D et al. Report on psychoactive drug use among adolescents using ayahuasca within a religious context. J psychoactive drugs 2005; 37(2): 141-4.
42. Fábregas J M, González D, Fondevila S et al. Assessment of addiction severity among ritual users of ayahuasca. Drug alcohol depend 2010; 111(3): 257-61.
43. Cárcamo S A, Obreque M G. Aproximaciones antropológicas al modelo terapéutico del Centro Takiwasi. Informe de Práctica Profesional, Licenciatura en Antropología. Tarapoto: Escuela de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Católica de Temuco. 2008.