



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BRUNO RAMOS GOMES

O USO DA IBOGAÍNA NO MANEJO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS:
UM ESTUDO QUALITATIVO DE SEGUIMENTO POR UM ANO

CAMPINAS
2021

BRUNO RAMOS GOMES

O USO DA IBOGAÍNA NO MANEJO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS:
UM ESTUDO QUALITATIVO DE SEGUIMENTO POR UM ANO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos
exigidos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva,
na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: PROF. DR. LUIS FERNANDO DE FARAH TOFOLI

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO BRUNO RAMOS GOMES, E ORIENTADA PELO
PROF. DR. LUIS FERNANDO TOFOLI.

CAMPINAS
2021

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Rosana Evangelista Poderoso - CRB 6652

G585u Gomes, Bruno Ramos, 1982-
O Uso da ibogaína no manejo da dependência de drogas no Brasil : um estudo qualitativo de seguimento por um ano / Bruno Ramos Gomes. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Luis Fernando Farah de Tófoli.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Ibogaína. 3. Psicoterapia. 4. Agentes psicodélicos. I. Tófoli, Luis Fernando Farah de, 1972-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The use of ibogaine in the management of drug dependence in Brazil : a one year qualitative follow-up study

Palavras-chave em inglês:

Substance-related disorders

Ibogaine

Psychotherapy

Psychedelics

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Luis Fernando Farah de Tófoli [Orientador]

Mauricio Fiore

Edward John Baptista das Neves MacRae

Dartiu Xavier da Silveira

Daniele Pompei Sacardo

Data de defesa: 28-05-2021

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <http://orcid.org/0000-0002-3061-7070>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3694538917518621>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

BRUNO RAMOS GOMES

ORIENTADOR: LUIS FERNANDO TOFOLI

MEMBROS TITULARES:

- 1. PROF. DR. LUIS FERNANDO TOFOLI**
 - 2. PROFA. DRA. DANIELE POMPEI SACARDO**
 - 3. PROF. DR. DARTIU XAVIER DA SILVEIRA**
 - 4. PROF. DR. MAURICIO FIORE**
 - 5. PROF. DR. EDWARD JOHN BAPTISTA DAS NEVES MACRAE**
-

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 28/05/2021

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos amigos e familiares que me deram sempre o suporte necessário para dar conta de realizar este trabalho.

Agradeço aos amigos do Ponto de Luz pela companhia na caminhada, em que pudemos nos desenvolver uns acompanhados dos outros, em nossas jornadas espirituais.

Agradeço a todos que foram meus mestres e que nos permitem aprender o que já foi conhecido e atualizar os conhecimentos para dar conta da complexidade do mundo atual.

Agradeço aos provedores de tratamento com ibogaína que permitiram minha aproximação e aos participantes por confiarem e toparem contar suas histórias para mim. Agradeço à Flávia Bueno, que em um encontro tão mágico abriu os caminhos da cultura bwiti para mim. Agradeço ao Popo, Landri Komie Obame, pelas trocas e pela iniciação no universo bwiti. Agradeço também ao Daniel e à Sofia Prado pela amizade e confiança nas parcerias para trazer esta planta viva aos brasileiros.

Agradeço aos companheiros do LEIPSI, do ICARO e do Aya Leituras pela amizade e pelas frutíferas trocas sobre o tema de psicodélicos e ayahuasca. Agradeço Camis e Luis Felipe pelas leituras e discussões, a peer review dos bróder, que me deram a possibilidade de ir lapidando este tema, em que acabei tendo tão poucos interlocutores para trocar. Agradeço ao Tófoli pela amizade e pela abertura em estudar este tema.

Agradeço ao Juan Fernandez pelas conversas, pela participação na banca de qualificação e pela leitura atenta, apontando incongruências e caminhos para lidar com as fragilidades do estudo. Agradeço à minha parceira Luciane Raupp pela leitura atenta e pelas conversas durante o trabalho, valeu pela parceria!

Agradeço ao Sci-Hub, invenção fundamental para possibilitar o acesso à ciência neste mundo tão desigual.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pela bolsa de doutorado (Código 33003017058P4) que permitiu que estivesse com mais tempo e dedicação à pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa investigou qualitativamente quatro tratamentos existentes no Brasil, atualmente, para dependências que utilizam a ibogaína como principal ferramenta do processo. A ibogaína é uma substância advinda de uma planta africana, *Tabernanthe iboga*, de uso tradicional em sua região de origem, e que leva a intensas alterações nas sensações físicas e psíquicas, considerada um psicodélico. Seu uso é muito recente no país, e o objetivo deste estudo foi compreender como se dá o manejo da dependência de drogas com a ibogaína, a partir da experiência de dependência relatada pelos participantes, e de como esta foi impactada pelo tratamento com ibogaína no decorrer de um ano. Antes da entrada em campo, foram feitas uma primeira revisão integrativa sobre o uso de iboga e ibogaína em português, e uma discussão sobre os diversos olhares a respeito da dependência de drogas na contemporaneidade, privilegiando-se o olhar do uso de drogas enquanto hábito. A partir da observação participante em dois locais de tratamento, e de entrevistas em profundidade com 12 pacientes e um trabalhador de cada local, foram descritos os métodos de tratamento e a experiência vivida pelos pacientes. Objetivou-se entrevistar os pacientes a cada três meses, ao longo de um ano, para um seguimento das percepções sobre os efeitos do tratamento e o desenvolvimento de suas trajetórias. Os materiais coletados durante esse trabalho de campo (transcrição das entrevistas em profundidade e o caderno de campo) foram analisados a partir da fenomenologia-existencial, usando a abordagem da “Analítica do Sentido”, de Dulce Critelli. O presente trabalho mostrou um efeito intenso da ibogaína, e que impactou positivamente a trajetória dos participantes em seu ano seguinte. As experiências de dependência dos participantes, o que buscavam tratar, passaram principalmente pela compulsão, sensações corporais desagradáveis, pensamentos recorrentes sobre o uso e alguns usos como funcionais para lidar com ansiedade ou estresse. Estes aspectos os levavam a evitar o modo de vida de usuário. E, nas trajetórias mais longas, ao abandono de projetos de vida. Em relação à ibogaína, durante o efeito agudo, os participantes relataram sensações corporais difíceis, pensamento acelerado, visões, sonhos e lembranças. No transcorrer dos 12 meses após o tratamento, os participantes relataram mudança no padrão de pensamento sobre o uso de drogas, ausência de vontade de usar drogas, ausência de sensações corporais desagradáveis, maior prazer as atividades cotidianas, redução da compulsão, mudança no padrão de uso de outras substâncias e uma sensação global de renovação. Estes efeitos foram utilizados pelos usuários em suas trajetórias pós-tratamento de forma a conseguir levar com mais facilidade um modo de vida sem o conjunto de hábitos associados ao uso problemático de drogas. O presente trabalho mostrou maior destaque dado pelos participantes em seus relatos de sensações e sentimentos pós-ibogaína para conseguirem superar a dinâmica da dependência, e menor importância aos efeitos visionários sentidos durante o efeito agudo da experiência. Ao final, discutimos possibilidades de diálogo entre os saberes no entorno da iboga e ibogaína para o manejo dos riscos de seu uso, e possibilidades de regulamentação.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias, ibogaína, psicoterapia, agentes psicodélicos

ABSTRACT

This research qualitatively investigated four treatments for addiction currently in Brazil that use ibogaine as the main tool in the process. Ibogaine is a substance derived from an African plant, *Tabernanthe iboga*, traditionally used in its region of origin and which leads to intense changes in physical and psychic sensations, considered a psychedelic. Before entering the field, an integrative review on the use of iboga and ibogaine and a discussion on the different perspectives on drug addiction in contemporary times were made, focusing on the use of drugs as a habit. From the participant observation in two treatment sites and in-depth interviews with 12 patients and one worker from each of the four locations, the treatment methods and the experience lived by the patients were described, seeking to answer: How do the treatments happen? What is the meaning of the use of ibogaine in the treatment in each context? How is the experience lived by the patients and how is it used by the patient in his treatment trajectory in the year after ibogaine? We sought to interview patients every 3 months for up to one year, to monitor perceptions about the effects of treatment and to develop their trajectories. The collected materials (transcript of the in-depth interviews and the field notebook) were analyzed based on existential phenomenology, using Dulce Critelli's "Analytic of Meaning" approach. The participants' experiences of addiction went mainly through compulsion, unpleasant bodily sensations, recurring thoughts about the use and some uses as functional to deal with anxiety or stress. These aspects led them to avoid the drug user's way of life and, in the longest trajectories, to abandon life projects. Regarding ibogaine, during the acute effect, participants reported difficult body sensations, accelerated thinking, visions, dreams and memories. During the twelve months after treatment, participants reported a change in the pattern of thinking about drug use, an absence of desire to use drugs, an absence of unpleasant bodily sensations, greater pleasure in daily activities, reduced compulsion, change in the pattern of use of other substances and a global feeling of renewal. These effects were used by users in their post-treatment trajectories in order to more easily achieve a way of life without the set of habits associated with problematic drug use.

Keyword: Substance-related disorders, ibogaine, psychotherapy, psychedelics

Lista de Tabelas

Tabela 1- Estudos com ibogaína em seres humanos – p. 38.

Tabela 2 - Locais de tratamento – p. 98.

Tabela 3 - Apresentação dos participantes e resposta às entrevistas - p. 104.

Sumário

1. INTRODUÇÃO - DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE, SUAS COMPREENSÕES E SEUS USOS	12
1.1 O “RENASCIMENTO PSICODÉLICO” E A IBOGAÍNA.....	18
1.2 IBOGAÍNA ENTRE OS TRATAMENTOS PARA DEPENDÊNCIA NO BRASIL.....	24
2. REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE IBOGAÍNA	30
2.1 A IBOGAÍNA: O QUE É?	31
2.2 O USO DE IBOGAÍNA NO TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA	34
2.3 ESTUDOS SOBRE O EFEITO DA IBOGAÍNA EM HUMANOS	37
2.4 IBOGAÍNA E OS RISCOS NO TRATAMENTO	42
2.5 LEGISLAÇÃO NO BRASIL.....	44
2.6 A IBOGAÍNA E TENSÕES PARA A SAÚDE COLETIVA	45
3. DEPENDÊNCIA DE DROGAS: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS	48
3.1 A CONSTRUÇÃO DA DEPENDÊNCIA NA MODERNIDADE	50
3.2 O HÁBITO DE USAR DROGAS	61
3.3 O UNIVERSO DAS PRÁTICAS: A ANTROPOTÉCNICA DE PETER SLOTERDIJK	62
3.4 O USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS E A CONSTRUÇÃO DE SI	66
4. OBJETIVOS	69
4.1 - OBJETIVO GERAL	69
4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
5. MÉTODO	70
5.1 COLETA DE DADOS.....	70
5.2 ENTRADA EM CAMPO E QUESTÕES METODOLÓGICAS	72
5.3 ANÁLISE DOS DADOS	74
RESULTADOS	78
6. OS LOCAIS DE TRATAMENTO	78
6.1 TRATAMENTO COM IBOGAÍNA EM HOSPITAL	80
6.2 TRATAMENTO COM IBOGAÍNA EM CLÍNICA DE TERAPIAS ALTERNATIVAS	83
6.3 TRATAMENTO COM IBOGAÍNA INTEGRADO A CENTRO RELIGIOSO COM USO RITUAL DE AYAHUASCA ...	89
6.4 TRATAMENTO COM IBOGAÍNA E AYAHUASCA EM CLÍNICA DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA.....	94

7. APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	100
8. EXPERIÊNCIAS DE DEPENDÊNCIA	106
8.1 CONCEPÇÕES DE DEPENDÊNCIA.....	106
8.2 COMPULSÃO.....	112
8.3 “FISSURA”: O PENSAMENTO RECORRENTE.....	114
8.4 “ABSTINÊNCIA”: SENSações CORPORAIS DESAGRADÁVEIS	115
8.5 FUNÇÃO DO USO	117
8.6 MODO DE VIDA DE USUÁRIO	118
8.7 ABANDONO DE PROJETO DE VIDA	122
9. O TRATAMENTO COM A IBOGAÍNA: EFEITOS AGUDOS E DIAS APÓS.....	125
9.1 EXPECTATIVA, PREPARAÇÃO E SENTIDO DA EXPERIÊNCIA	127
9.2 SENSações CORPORAIS	128
9.3 VISões, SONHOS E LEMBRANÇAS.....	129
9.4 “RESSACA” OU “PÓS-OPERATÓRIO”: EFEITOS NOS DIAS SUBSEQUENTES	131
9.5 DISCUSSÃO DOS DADOS: COMPARAÇÃO COM PSICODÉLICOS E OUTROS ESTADOS DE CONSCIÊNCIA ...	136
10. A VIDA APÓS IBOGAÍNA: SEGUIMENTO DE UM ANO	140
10.1 MUDANÇA NOS PADRões DE PENSAMENTO SOBRE O USO	140
10.2 AUSÊNcia DE VONTADE DE USAR DROGAS.....	142
10.3 MUDANÇA NO USO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS.....	143
10.4 PRAZER NAS ATIVIDADES COTIDIANAS	144
10.5 AUSÊNcia DAS SENSações DESAGRADÁVEIS	144
10.6 “RESET”	145
10.7 REDUÇÃO DA COMPULSÃO	146
10.8 OUTRAS MODIFICAÇÕES NA VIDA DECORRENTES DA IBOGAÍNA.....	147
10.10 DISCUSSÃO DOS DADOS	149
11. ESTUDOS DE CASO.....	151
11.1 CHICO: IBOGAÍNA COMO ÚLTIMA ESPERANÇA	151
11.1.1 EFEITOS AGUDOS.....	153
11.1.2 EFEITOS PÓS IBOGAÍNA	154
11.1.3 RECAÍDAS E MUDANÇA DE PERSPECTIVA.....	157
11.2 RUI: IBOGAÍNA COMO PRIMEIRO MOMENTO DO TRATAMENTO	160
11.2.1 COMEÇO DO USO E DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNcia	160
11.2.2 PERCURSO DE TRATAMENTO	162
11.2.3 A EXPECTATIVA COM O TRATAMENTO	162
11.2.4 O TRATAMENTO.....	163
11.2.5 OS DIAS LOGO APÓS A IBOGAÍNA.....	165
11.2.6 MESES PÓS IBOGAÍNA	167

11.3 RYAN: IBOGAÍNA COMO PLANTA DE PODER.....	173
11.4 JONAS IBOGAÍNA COMO RESET NEUROLÓGICO	180
11.4.1 “VÍCIO CARNAL”	182
11.4.2 O TRATAMENTO COM A IBOGAÍNA	183
11.4.3 COMPREENSÃO DA IBOGAÍNA.....	185
11.5 – RITA: IBOGAÍNA NO TRATAMENTO DE DISTIMIA	188
<u>12. DISCUSSÃO FINAL.....</u>	<u>194</u>
<u>13. CONCLUSÃO</u>	<u>200</u>
<u>14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</u>	<u>201</u>
<u>APÊNDICES.....</u>	<u>213</u>
<u>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES.....</u>	<u>213</u>
<u>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</u>	<u>214</u>
<u>ANEXO 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</u>	<u>216</u>

1. Introdução - Drogas na contemporaneidade, suas compreensões e seus usos

No contexto atual, tanto brasileiro como o mundial, o uso das chamadas “drogas” está presente de formas muito diversas, e traz importantes questões a serem abordadas academicamente. Nesta pesquisa irei focar em um uso específico: o uso de ibogaína no tratamento de dependência no Brasil, que parece ser um ponto de vista oportuno para compreender as drogas e a dependência, fenômenos tão modernos (1–3).

Não se sabe desde quando os seres humanos usam esta diversidade de substâncias, que nos últimos 200 anos foram aglutinadas sob o nome de drogas (4,5). Cada uma delas advinda de um contexto cultural diferente, e carregando um sentido muito diferente de uso, essas substâncias ganham, na sociedade ocidental, contornos muito específicos, principalmente a partir do início do século XIX com a separação entre alimentos, drogas e medicamentos. Enquanto algumas são reprimidas e difamadas, como a maconha e cocaína outras são estimuladas ou toleradas sob determinadas circunstâncias, como o álcool e os medicamentos.

No mundo contemporâneo, as drogas são consideradas, em boa parte do senso comum e do discurso produzido cientificamente, como principais agentes na relação homem-substância. Quando fazem parte da lógica biomédica e das indústrias farmacêuticas, são facilmente vistas como “pílulas mágicas” aclamadas como cura de algum mal (6), que têm seu efeito terapêutico construído como “evidência” no laboratório contra-placebo (7). O autor chama de laboratório contra-placebo o uso dos estudos clínicos randomizados com placebo, por serem um mecanismo de construção da evidência de efeito terapêutico de uma molécula. No âmbito das drogas recreativas ilícitas são poderosas também: vistas como vilãs, trazem desgraça e sofrimento a quem faça uso delas, como apresentado na grande maioria das campanhas de prevenção ao seu uso (8).

Este grande destaque dado à substância, explicada a partir de sua ação farmacológica, deixa os outros elementos presentes na relação, como a pessoa que a ingere ou a comercializa, e o contexto em que estão inseridos, com mínima

importância, apenas um pano de fundo para a droga fazer algo acontecer. Esta relação causal entre substância e sujeito, no entanto, vem se mostrando pouco suficiente para dar conta de compreender os complexos fenômenos em que as “drogas” estão presentes.

Em meio a esta insuficiência, há diversos esforços das ciências humanas e sociais em “resolver” de outra forma o enigma relacional entre substância, sujeito e contexto (3,9–11). Por intermédio da noção de agência das drogas, por exemplo, tentou-se fugir da explicação da ação preponderantemente como “princípio ativo”, que, segundo Vargas (5), se dá também por conta da repartição do trabalho intelectual sobre o assunto: enquanto a farmacologia, a química e a medicina vão falar sobre “a coisa em si”, a droga, às ciências humanas sobra o papel de tecer comentários complementares, quase que adereços ou apêndices ao que é entendido como conhecimento mais importante e fundamental.

Nas ciências sociais, há uma diversidade de perspectivas sobre as drogas e o uso de drogas. Alguns autores trabalham, por exemplo, com a ideia das drogas enquanto dispositivo, nos mesmos moldes do dispositivo da sexualidade (no sentido dado ao termo por Michel Foucault), por perceberem uma repressão e uma incitação que acontecem interligadas (11–13). A partir desta perspectiva procura-se sair do efeito da droga apenas como ação de uma substância sobre um corpo, ampliando-o para um efeito que se constrói a partir de discursos de saber e poder sobre as substâncias, em que entre a repressão a alguns usos e incitação a outros, gerando os efeitos tão peculiares à nossa sociedade contemporânea.

Já Emilie Gomart (12) parte do pensamento de Bruno Latour para ver o uso de metadona e heroína, assim como das drogas em geral, como um dispositivo, no sentido de sair da relação causal já determinada de antemão como ação de um princípio ativo sobre um corpo. Ela propõe que os efeitos da substância acontecem a partir de um conjunto de *actantes*, elementos humanos e não humanos que fazem acontecer, sem que se possa determinar qual destes elementos seja o principal responsável pelo efeito. Apesar de partir de uma perspectiva de análise mais fundamentada na fenomenologia, considero que esta noção de dispositivo traz características úteis para o presente estudo. Como Gomart pesquisou o efeito da metadona em duas realidades diferentes, trouxe a

esta pesquisa alguns pontos de diálogo interessantes, algo que comentarei mais à frente.

Como já comentado acima, o termo *droga* é uma categoria com sentido variável, podendo ser tão abrangente e abarcar todas as substâncias que alteram de alguma forma o organismo humano (confundindo suas fronteiras com os alimentos, por exemplo), estar relacionada apenas às substâncias proibidas ou mal-vistas, ou mesmo apenas aos medicamentos farmacêuticos (14). O termo drogado é usado geralmente como categoria de acusação, geralmente ligada a um estereótipo estigmatizante (3). Da mesma forma, geralmente a droga é a “do outro”: não é “a minha” cervejinha ou remedinho, mas sim a substância que o outro usa.

No Brasil, as drogas são alvo de preocupação popular, seja por seu consumo ou pela violência associada ao mercado clandestino (15). Nacionalmente, o uso de álcool é o mais presente nas diversas regiões, assim como os problemas associados ao seu uso. Temos também o uso de substâncias proibidas, como a cocaína e o crack, seu derivado; a maconha; o lança perfume, e as drogas sintéticas, abrangendo usuários nas diversas camadas da população (16). O “perigo” das substâncias ilegais é usado, ao mesmo tempo, como motivo para uma política de estado extremamente violenta e discriminatória, que promove uma verdadeira matança de parte da população, principalmente negra, periférica e pobre, atingindo em sua maioria mulheres e jovens negros de baixa escolaridade (17). Outro aspecto do “enfrentamento” às drogas são as políticas que se propõem a cuidar dos usuários, em sua grande maioria realizadas a partir de terapêuticas sem embasamento científico, construídas sem a participação do usuário a quem pretendem cuidar (18).

Por outro lado, existe o campo das substâncias potencialmente “salvadoras”, que podem resolver instantaneamente problemas da sociedade contemporânea. Neste rol, entram os medicamentos e, atualmente, diversas outras substâncias que durante o século XX foram proscritas e consideradas danosas, como a maconha e os psicodélicos. Pode-se dizer, na verdade, que a dinâmica das práticas do laboratório contra-placebo e os discursos de especialistas em seu

entorno objetivam legitimizar socialmente substâncias enquanto “evidentemente terapêuticas” em si, independentemente do contexto, dinâmica intrinsecamente ligada às substâncias enquanto “bala mágica” (7).

Outro lugar social que parece ter ganhado legitimidade em diversas camadas sociais, recentemente, é o das plantas de uso tradicional. São diversos os termos que se referem a estas plantas, como plantas de poder, enteógenos, plantas professoras e medicinas da floresta. Elas se aproximam de outra categoria, muito popular e disseminada no Brasil, que é a das plantas medicinais (19). O uso ritual religioso de ayahuasca no Brasil é um exemplo de destaque internacional de regulamentação sobre esta forma de presença das substâncias na sociedade contemporânea (20).

Nesta dinâmica contemporânea, em que as substâncias são vistas como superpotentes, seja como uma potente droga proibida capaz de escravizar seu usuário, ou um medicamento capaz de salvar de alguma aflição, o tratamento com ibogaína, atualmente no Brasil, parece ocupar uma posição interessante, por vezes fronteira. Como irei apresentar mais detidamente no capítulo de revisão sobre a planta iboga, seus derivados e os usos contemporâneos, dependendo do local e por quem seja usada, pode ser uma droga proibida, um novo medicamento tido como extremamente eficaz para curar a dependência ou uma misteriosa planta de uso tradicional que remonta a povos ancestrais africanos e a cultos do Egito Antigo, de acordo com algumas linhas da tradição bwiti.

Planta ou droga-medicamento que cura dependência das outras drogas, a iboga e seu principal alcaloide, a ibogaína, podem nos ajudar a entender questões importantes sobre o uso de plantas e psicoativos como terapia, assim como os problemas associados ao uso de drogas, e as práticas de cuidado em seu entorno. Por isso é, fundamental entender suas formas de uso e seus efeitos, como proponho nesta tese.

Em relação à saúde coletiva, este fenômeno estudado se relaciona com questões muito relevantes ao campo, atualmente. Os problemas associados ao consumo de drogas, como usos abusivos, dependência e comportamentos danosos associados ao uso (por exemplo violência doméstica, brigas e dirigir embriagado) atingem importante parcela da população. Além disso, a constante e

intensa violência gerada pela própria política de guerra às drogas traz profundos problemas sociais e de saúde pública (17).

Historicamente, no Brasil, houve até o início dos anos 2000, um vácuo de políticas públicas de cuidado focadas em álcool e outras drogas, sendo as drogas apenas mais um dos focos do aparato repressivo do sistema policial e judiciário. Este vácuo foi ocupado por iniciativas da sociedade, como os grupos de ajuda mútua (dentre os quais, Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon, Amor Exigente são os mais conhecidos) e as comunidades terapêuticas, instituições nas quais o usuário deve residir e seguir uma rotina disciplinada de práticas de trabalho, grupos de mútua ajuda e práticas espirituais, geralmente ancorados em doutrinas religiosas, além de focarem na abstinência como objetivo a ser atingido (18,21).

Nos anos 2000, começou a se organizar uma rede de atenção e cuidado aos usuários de drogas, em conjunto com a rede de atenção psicossocial da reforma psiquiátrica. Ainda em construção, e atualmente em processo de desmonte, a rede de serviços concebidos para a atenção àqueles que usam drogas consiste em serviços específicos para esta parcela da população, como o consultório na rua e os CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), assim como a tentativa de aperfeiçoamento dos outros espaços da saúde - a unidade de saúde, a equipe de saúde da família ou hospital geral - para lidar com estas pessoas. Além disso, concebe-se que a rede deva se articular com outras áreas de forma intersetorial, tentando olhar para estas questões de forma um pouco mais complexa do que apenas uma doença ou um vício moral (22).

Esta rede de serviços, ainda pouco implementada em relação à proporção da população, vem sofrendo críticas do campo da psiquiatria mais conservadora, e recebendo progressivamente menos verba pública para se estruturar e continuar a existir (23). Nas últimas gestões governamentais, se iniciou um movimento de “contrarreforma”, em que, apesar de ainda existir no papel, a rede vem sendo despotencializada em oposição às comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, que têm recebido um montante crescente de verbas. Em abril de 2019, foi aprovada no Congresso Nacional e sancionada pelo presidente da República a nova Lei de Drogas, nº 13.840/2019, que alterou o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad) Essa lei, com características mais

conservadoras do que inovadoras, aumentou as possibilidades de internação involuntária, e a presença das comunidades terapêuticas na política estatal (24)

Como vemos na pesquisa de Dênis Petuco (25) sobre a genealogia das políticas de drogas no Brasil, estas jamais foram construídas a partir de um conhecimento do fenômeno brasileiro de produção, circulação e consumo das ditas “drogas”, mas geralmente partindo de estereótipos preconceituosos, racistas, classistas e até mesmo eugenistas sobre os que as consomem e vendem. As drogas eram associadas aos negros (principalmente a maconha e a cocaína) e vistas como elementos que levariam à degeneração da raça brasileira. Pouco se buscou conhecer esta população, com suas dinâmicas locais de uso, para o desenvolvimento de políticas.

Um estudo como esta tese, em que busco detidamente compreender a dependência de drogas no Brasil e o uso de ibogaína para o seu tratamento, visa a contribuir para pensar formas de cuidado e políticas que lidem com as drogas como elas são e estão presentes, cotidianamente e faticamente, na vida das pessoas, e não a partir de reduções estereotipadas ou categorias nosológicas.

Por isso, nesta tese tenho o objetivo de investigar os usos de ibogaína para o tratamento de dependência com um olhar a partir da saúde coletiva. A saúde coletiva, como área de conhecimento interdisciplinar, é pensada aqui a partir da perspectiva da redução de riscos (26). Não se trata, porém, de uma perspectiva apenas centrada na identificação e minimização dos riscos envolvidos no consumo, e sim em um diálogo complexo com a perspectiva do contexto em que a droga esteja inserida, pensando seu uso como práticas de construção de si, envolvidas em relações afetivas, saberes, valores e concepções sobre a droga e seus usos (27,28). Pensar a saúde coletiva no campo das drogas, a partir deste diálogo, com uma perspectiva de redução de danos ampla, nos permite desenvolver estratégias e ações que ajudem a levar a usos mais profícuos das substâncias, associados a perspectivas locais de evitar excessos e promover moderações, quando estes estiverem associados a usos problemáticos, e não apenas a evitar problemas no uso (28).

Vale, ainda, um último comentário sobre a escolha de empregar principalmente o termo “dependência de drogas” nas análises e durante todo o

trabalho. São muitos os termos empregados para qualificar este outro uso: problemático, abusivo, compulsivo, uso intenso, alto risco, dependência, dependência química, vício. Nesta tese considere o termo “uso problemático” o mais abrangente para se referir à diversidade de fenômenos possíveis no uso de drogas. No entanto, o termo dependência estava presente em todos os contextos e nas entrevistas dos participantes da pesquisa, e está também ligado à ideia do “dependente químico”, identidade que circula com força entre os espaços de cuidado. Assim, discutir a partir dele possibilitou jogar luz não somente sobre o uso em si, mas também sobre este jogo de se assumir assim, ou de categorizar o outro desta forma, elementos tão importantes na forma de ver a si mesmo e de organizar o próprio cotidiano.

1.1 O “Renascimento Psicodélico” e a ibogaína

Enquanto no Brasil aumenta o número de lugares que oferecem tratamento com ibogaína, e se populariza o uso de ayahuasca, no mundo acontece uma expansão no interesse científico e da população sobre os diversos psicodélicos, o que se percebe tanto pelo aumento de pesquisas sobre o tema, como por livros sobre o assunto na lista dos mais vendidos (29,30).

São diversas as substâncias agrupadas sob este nome. Um grupo delas, chamadas de psicodélicos clássicos¹ (31), como o LSD, a psilocibina e a mescalina, estava presente na primeira onda psicodélica, ocorrida junto ao movimento de contracultura das décadas de 1960-70 (32). Neste momento em que surgiam os remédios psiquiátricos como promissoras ferramentas terapêuticas, havia também um efervescente desenvolvimento de pesquisas com psicodélicos. Psicodélico é um termo cunhado por Humphry Osmond em 1957, ao tentar encontrar um termo mais apropriado para descrever a experiência de alteração de consciência trazida pelo

¹ Psicodélicos clássicos são os que fizeram parte do início da primeira onda de pesquisa com psicodélicos, e que ativam o receptor de serotonina 5HT_{2A}, como o LSD, a psilocibina e a mescalina. Já os psicodélicos não clássicos têm efeitos parecidos, mas também características que os diferenciam tanto dos psicodélicos clássicos como entre si. Estão nesta categoria a ibogaína e a salvinorina A, entre outras substâncias naturais ou sintéticas.

LSD e pela psilocibina. A partir deste termo, a experiência traria à tona conteúdos da psique humana com os quais, geralmente, não entramos em contato (33).

Houve, no entanto, uma brusca parada nas pesquisas ao final da década de 1960. Esta interrupção do campo de pesquisa foi influenciada pelo clima de reação conservadora à contracultura, mas também foi efeito da instituição dos estudos clínicos aleatorizados com placebo e duplo-cego como padrão de validação das evidências de efeito terapêutico (32). Devido às evidentes alterações apresentadas com psicodélicos, que tornam impossível confundir alguém que tomou uma destas substâncias com quem ingeriu um placebo, este novo padrão de pesquisa é pouco apropriado para avaliar a ampla diversidade de terapêuticas existentes com os psicodélicos na época. E isso, somado ao pânico social criado sobre o uso de psicodélicos na cena da contracultura, levou à interrupção das pesquisas no campo em meados dos anos 1970 (34,35).

A partir de algumas poucas pesquisas com humanos nas neurociências na década de 1990, este campo de pesquisas ressurgiu lentamente. Desde o início dos anos 2000, há uma expansão das pesquisas com estas substâncias, passando a outras áreas como psicofarmacologia, psiquiatria e ao desenvolvimento de experimentos por renomados centros de pesquisa, como a Universidade John Hopkins, nos Estados Unidos da América (36,37). Este ressurgimento dos psicodélicos acontece, no entanto, com características muito diferentes da primeira onda, que acabou se tornando diretamente associada à contracultura, ao movimento hippie e aos seus questionamentos antissistema.

Nicholas Langlitz, que fez uma detalhada etnografia nos laboratórios de estudo com psicodélicos na Suíça e na Califórnia, apresenta claramente estas características (38). Os psicodélicos ressurgiram como novas ferramentas a serem usadas na pesquisa do funcionamento do cérebro, naquela que ficou conhecida como a década do cérebro, por meio da exploração de seus efeitos por meio de estudos de neuroimagem.

A partir de questionários validados que os sujeitos de pesquisa respondem após a experiência com a substância, foi possível começar a procurar correlações entre imagens do funcionamento cerebral e a experiência subjetiva. As pesquisas passam a tentar atingir o “padrão ouro” de confiabilidade no meio da biomedicina, com experimentos com duplo-cego e dose farmacologicamente controlada. Por mais

dificuldades que se possa encontrar para adequar a experiência psicodélica ao laboratório contra-placebo, se buscou nesta nova onda a legitimação dos psicodélicos a partir da comprovação científica, usando os métodos em vigor, sem grandes questionamentos à sociedade ou à ciência (38).

Para Oram (32), a instituição do método de pesquisa com uso de placebo, duplo-cego e de forma aleatória foi peça fundamental para o fim da primeira onda de pesquisas com psicodélicos, algo a que as pesquisas da onda atual tentam se adaptar. Para lidar com os efeitos de alteração de percepção tão claros nos psicodélicos, algumas pesquisas usam um placebo ativo, algo que traga alguma alteração física ou psicológica, mas diferente do psicodélico em estudo (39). Já (40) abordaram a questão de outra forma: deram placebos inertes a participantes em um contexto cheio de estímulos, como música e luzes, para avaliar o efeito do contexto sobre a experiência de alteração de consciência. Neste estudo, por exemplo, alguns participantes sentiram parte dos efeitos psicodélicos, mostrando a dificuldade em dissociar o contexto e os efeitos destas substâncias.

Langlitz mostra que, apesar de uma busca pelo “não contexto” ou neutralidade nos experimentos laboratoriais, existe um contexto maior do “pensamento psicodélico” que vem desde meados do século passado, em que estas pesquisas se situam. Hipóteses levantadas pelos pioneiros dos estudos sobre estas substâncias, como Aldous Huxley, Timothy Leary e Richard Alpert, permeiam os pensamentos e também o desenho das pesquisas laboratoriais. As ideias da mente como uma “válvula” de percepção que é aberta pelo efeito dos psicodélicos (as portas da percepção), de que este efeito simularia a experiência de psicose, de que a experiência psicodélica levaria a uma experiência mística e que esta é terapêutica, ou de que o efeito visual é mais importante do que efeitos corporais estão presentes nos grupos de pesquisa e na forma como desenharam suas perguntas e métodos utilizados (38). Dessa forma, Langlitz resume a influência da visão de Aldous Huxley da filosofia perene na neuropsicodelia do final do século XX e início do XXI: “modelo de psicose, biomisticismo e neurobiologia perene”².

² Tradução nossa de “Huxleyan variety of perennialism in late twentieth- and early twenty-first-century neuropsychodelia: model psychosis research, biomysticism, and neurobiologia perennis.” (38).

Em meio a esta tentativa do movimento psicodélico atual em ser legitimado pela lógica do sistema de produção de substâncias farmacêuticas, algumas destas características vêm sendo atribuídas aos psicodélicos, às vezes a todos eles indiscriminadamente.

As substâncias mais usadas e estudadas na onda psicodélica associada à contracultura - LSD, mescalina, psilocibina, os psicodélicos clássicos - são também chamadas de alucinógenos serotoninérgicos, por compartilharem a característica de serem agonistas dos receptores de serotonina, principalmente o receptor 5HT_{2A} (41). Assim, enquanto o termo *psicodélico* foi cunhado em 1957 por Osmond (33), caracterizando estas substâncias como “mind-manifesting”, que fazem a mente se manifestar, aos poucos passou a ser sinônimo praticamente da ação sobre este receptor serotoninérgico específico. Enquanto os psicodélicos clássicos compartilham uma característica estrutural de seus alcaloides de serem semelhantes à molécula de serotonina, outras plantas e substâncias são chamadas de psicodélicos atípicos ou não clássicos, por não terem como principal ou único campo de ação o sistema serotoninérgico, ou por terem mais de uma substância que age de forma integrada, como a cetamina, a *Salvia divinorum* ou a ibogaína.

Outra característica que parece ser facilmente compartilhada entre as substâncias neste renascimento psicodélico, é a da importância da experiência de transcendência intensa, que pode ser chamada de experiência de pico ou experiência mística (42). O termo experiência mística é um constructo utilizado para medir a experiência subjetiva e compará-la com experiências místicas de praticantes religiosos. A experiência mística é medida a partir de seis características: sensação de unidade com o todo; uma qualidade noética; uma sensação de sagrado; um ânimo positivo; transcendência de tempo, e espaço e a inefabilidade (42).

Estudos com psilocibina mostram uma correlação positiva considerada sólida entre dose, experiência mística e resultados terapêuticos positivos (31). Estes estudos apresentam a lógica de quanto maior a dose, maior seria a chance de uma experiência com características místicas. E quanto maior a chance de o participante ter uma experiência mística, mais positivo seria o resultado. Mas o quanto será este aspecto uma característica comum entre as diversas plantas e substâncias? Esta ainda é uma controvérsia no campo. Enquanto para pesquisadores como Griffiths e colaboradores (43) a experiência do paciente (mais especificamente a experiência

mística) é fundamental para o resultado terapêutico positivo, outros, como Olson e colaboradores (44), sugerem que os efeitos dos psicodélicos sobre a neuroplasticidade neuronal já seriam suficientes para o efeito terapêutico, prescindindo do manejo da experiência durante o efeito agudo.

É importante acompanhar o debate atual nas pesquisas sobre psicodélicos, e ao mesmo tempo observar os contextos específicos, pois por vezes se cria um campo de generalização entre os psicodélicos clássicos e os não clássicos. Esta generalização pode ser vista a partir da universalização das descobertas científicas sobre os psicodélicos clássicos em relação aos não-clássicos. Como psicodélicos não-clássicos temos outras substâncias sintéticas, plantas de uso nativo de outras partes do mundo e o MDMA, que é próximo aos psicodélicos, mas é mais correntemente chamado de empatógeno, por aumentar a empatia durante seu efeito (45).

Voltando às plantas de uso ritual, a ayahuasca e a iboga são duas que têm usos nativos em sua região de origem, mas que fazem parte da nova onda psicodélica, como se pode notar pela “Plant Medicine Track”, uma linha de apresentação sobre estas plantas no Congresso Psychedelic Science 2017, o maior e mais importante congresso científico sobre o tema, organizado pela MAPS (Multidisciplinary Association on Psychedelic Science), também principal organização desta nova onda (46). Esta inclusão não é feita sem qualquer tensão. Estas plantas, ao mesmo tempo em que participam de experimentos nos moldes da ciência ocidental atual, não se encaixam por conta de algumas de suas características. Tanto a ayahuasca como a ibogaína não apresentam tanta “pureza” na sua lógica de funcionamento, por não terem seus efeitos explicados pela ação de uma substância sobre um sistema específico de neurotransmissores. A ayahuasca tem pelo menos duas plantas em sua composição, e quatro princípios ativos, que retroagem um sobre o funcionamento do outro, ao mesmo tempo em que tem seus efeitos sobre o ser humano (47). Já a iboga, contendo a ibogaína e mais 11 outros alcaloides, age sobre uma diversidade de sistemas neurotransmissores (48).

Ao mesmo tempo em que estas plantas são vistas nos países desenvolvidos como psicodélicos, são também permeadas pela aura romantizada e de base colonialista de “tesouro da floresta”, carregadas de um conhecimento “ancestral” de povos “exóticos”. Como diz Taussig: “No Putumayo, índios eram mortos na época do *boom*

da borracha (1910-1920) como o Outro racial. Agora, os brancos vão aos índios em busca de cura alucinógena! É preciso entender que são dois lados da mesma moeda”³. Ambas estão cercadas por esta aura, como se trouxessem um conhecimento ancestral já esquecido pela cultura ocidental e preservado pelos outros povos, mais primitivos, e que estariam mais conectados a alguma origem primeva. Este tipo de atenção, no entanto, não impede que se perca de vista o que sejam em seus contextos tradicionais. A ibogaína teve seu uso moldado pela resistência ao colonialismo, assim como o uso de ayahuasca, como nos mostra Taussig (50) em sua etnografia na Colômbia.

Como veremos no capítulo de revisão sobre o uso de ibogaína, esta substância teve alguma participação no movimento da terapia psicodélica dos anos 1960-70, mas o desenvolvimento do que pode se chamar de uma subcultura médica de tratamento com ibogaína⁴ (51) ocorreu distante deste, desenvolvendo suas próprias práticas e lógicas de funcionamento (52,53).

Assim, se por um lado o uso das diversas plantas e substâncias se expande e se internacionaliza, por outro se abarca toda esta variedade com um olhar generalizante a partir dos psicodélicos serotoninérgicos.

Por conta desta quase automática universalização da compreensão e das práticas sobre os psicodélicos clássicos, é que considero importante a realização de uma pesquisa que vá ao encontro das compreensões locais e de suas práticas concretas de uso de ibogaína como acontecem no país atualmente. Compreender de partida os tratamentos existentes a partir da lógica corrente, derivada das pesquisas com psicodélicos serotoninérgicos na Europa e EUA, nos faria correr o risco de invisibilizar as práticas locais, que se desenvolvem em um contexto específico, com outros significados e imersas em outras dinâmicas. Isso pode nos levar, sem perceber, à colonização das práticas locais por este renascimento psicodélico internacional. Por mais que as práticas em que a ibogaína esteja envolvida no Brasil tenham se derivado desta subcultura médica que citamos acima, vêm se desenvolvendo em um contexto brasileiro e latino-americano com importantes diferenças em relação aos países anglo-saxões. Aqui, as intervenções com ibogaína

³ “In the Putumayo, incidentally, Indians were killed during the rubber boom (1900- 1920) as the racial Other. Now the whites go to the Indian for hallucinogenic healing! You have to understand these as two sides of the one coin” (49).

⁴ como é definida em um clássico artigo sobre o tema.

acontecem em meio a práticas de uso ritual de ayahuasca, parte da cultura tradicional brasileira, e que está também em constante relação com uma crescente onda de internacionalização de seu uso (20).

Isso traz diferenças importantes em relação às práticas existentes em outras partes do mundo, como veremos principalmente em dois dos locais estudados. No contexto brasileiro, as práticas de manejo dos usos problemáticos de drogas com ibogaína se alteram nos seus significados, formas de uso, dosagens e efeitos esperados. Estas diferenças não são mero detalhe, mudando a experiência do sujeito com o tratamento e seus efeitos. Como discutimos brevemente acima na noção de dispositivo desenvolvida por Gomart (12), todos estes elementos não são apenas adereços que se somam ao efeito farmacológico da substância, pois é este conjunto de aspectos que torna o fenômeno da ibogaína no Brasil o que ele é de fato.

Descrever de forma detalhada, de olho na trama de práticas e significados, é a forma como optei olhar para este tão complexo e contemporâneo fenômeno. É importante ressaltar, no entanto, que mesmo se aproximando do olhar da droga enquanto dispositivo, neste trabalho a ênfase recai mais sobre a experiência do sujeito com a ibogaína, e de que forma cada participante “usou sua própria experiência”, o que fez com ela no intuito de superar suas dificuldades, e por isso a ênfase nos hábitos e técnicas de construção de si. Partindo de uma perspectiva fenomenológica, com o olhar focado nas práticas no entorno do uso de ibogaína, e no que é vivido pelos participantes, pretendemos conhecer este uso localizado e seus efeitos nas trajetórias de cada um deles.

1.2 Ibogaína entre os tratamentos para dependência no Brasil

Outro aspecto que me leva nesta pesquisa a buscar a experiência do paciente no tratamento com ibogaína é a atual ampliação do sentido do termo dependência, a maneira como ela é abordada nas pesquisas atuais e seu contraste com a forma como acontece na vida dos usuários. Muitos dos questionamentos neste ponto vêm da minha prática no cuidado aos usuários, tanto na perspectiva clínica como nos trabalhos de saúde pública em redução de danos.

Eu trabalho desde 2004 no cuidado junto aos usuários de drogas, tendo trabalhado até 2016 na perspectiva da redução de danos na região central da cidade de São Paulo, principalmente na Cracolândia. No período do mestrado, de 2009 a 2011, participei de pesquisas etnográficas sobre o uso de crack na região (54–57). Além disso, desde 2006 trabalho no cuidado clínico de usuário de drogas, como psicólogo, seja no tratamento a partir do consultório, ou do acompanhamento terapêutico. Foi nesta prática que entrei em contato com o tratamento com ibogaína, em 2010, e desde então atendendo pacientes antes e depois de tomarem ibogaína.

No constante contato com as pessoas que usam drogas em situação de rua, via que esta é uma situação complexa em que os usos de crack, álcool, maconha, cigarro e outras drogas estão enredados em uma complexa trama de sentidos e práticas, permeados por sociabilidade, prazer, sofrimento, formas de resistência e consumo, e barreiras de acesso a direitos. Era muito clara a distância entre a dependência vivida na realidade que eu via, e as das teorias circulantes nos meios científicos. No capítulo da tese sobre as concepções de dependência e o uso de drogas como prática de si, iremos explorar melhor estas diferentes concepções. No convívio com usuários e dependentes, pude perceber que os diversos olhares sobre os usos intensos de drogas sempre deixavam escapar algo. Foi no confronto desta literatura acadêmica com os cotidianos dos usuários com quem convivia, que pude construir meu conhecimento sobre o assunto.

Foi também a partir da prática clínica que me aproximei dos tratamentos com ibogaína. Depois de anos acompanhando pacientes que tentavam superar seus problemas com drogas, e que em sua maioria se frustraram, acabavam recaindo e retornavam ao crônico ciclo de internação e recaídas, fui ficando também frustrado. Passei a procurar outras formas de cuidado que pudessem ser mais efetivas e menos estigmatizantes ao tratar o problema.

Em 2010, conheci um médico que fazia o tratamento com ibogaína para dependência em um pequeno hospital no interior de São Paulo, e comecei a acompanhar como psicoterapeuta alguns pacientes que faziam o tratamento. Eu queria ver como realmente se desenrolava o processo. Na época, quase não se falava sobre tratamento com ibogaína no Brasil. Eu já havia ouvido falar que a iboga era uma planta transformadora, que a pessoa parava de usar drogas, mas também sobre relatos de mortes associadas ao tratamento.

Desde então, já devo ter acompanhado mais de 600 pacientes que passaram pelo tratamento com ibogaína. A maioria chega com grandes expectativas, por vezes milagrosas, e apostando muito no processo. Nunca fiz qualquer tipo de *follow-up* sistemático dos casos, até porque os vejo, geralmente, por no máximo dois meses após a aplicação da ibogaína. Neste curto período de tempo, percebo que os efeitos vividos pelos pacientes, e o efeito em seu processo terapêutico são muito variados. Já vi situações que todos consideravam “casos perdidos”, em que conseguiram a abstinência que procuravam e o bem-estar. Casos em que a pessoa voltava a usar a droga com que tinha problema, mas de uma forma diferente. E os casos de pessoas que voltaram a usar droga de forma problemática logo após o tratamento. Lembrome de pacientes relatarem, às vezes, retornar ao uso, mas ter outra qualidade de relação com seus familiares, conseguir passar a ter “recaídas programadas”, que não atrapalhavam mais seus compromissos, dentre outras possibilidades diversas.

Como iremos apresentar detalhadamente no capítulo de revisão sobre ibogaína, os estudos até hoje focaram mais especificamente os efeitos da ibogaína sobre a dependência (de opioides principalmente). Pouco se explorou o efeito deste tratamento sobre os diversos aspectos da vida do paciente, de forma geral. (51,58–72).

Frente a este panorama tão contrastante entre a prática cotidiana, a experiência das pessoas e os estudos sobre o tema, achei importante descrever e compreender esta prática clínica contemporânea e em constante desenvolvimento, ao invés de focar na construção da evidência de que a ibogaína seja eficaz como tratamento para dependência de drogas. Além de compreender o manejo da dependência com a ibogaína, precisamos também entender o que seja a dependência na vida destes pacientes, para entendermos o que pretendiam mudar, e como este aspecto foi afetado pelo tratamento.

Em relação à construção de conhecimento sobre o uso de drogas, vale um breve comentário sobre o diálogo entre o conhecimento científico, o advindo da prática dos usuários, e o popular sobre o assunto. Enquanto, habitualmente, se pensa o conhecimento científico como um discurso mais “verdadeiro” do que o senso comum sobre o objeto que se pretenda conhecer, neste trabalho acompanho Hannah Arendt, que pensa a ciência como um aspecto do senso comum (73). Para ela, “a ciência é apenas um prolongamento muito refinado do raciocínio do senso comum

no qual as ilusões dos sentidos são constantemente dissipadas, como são corrigidos os erros na ciência” (73).

A partir deste olhar, podemos colocar em diálogo os conhecimentos científico e experiencial (advindo da prática dos usuários), sem que um seja mais verdadeiro, ou usado apenas para validar o outro. Seja no campo do uso de drogas, ou no do tratamento com ibogaína, a prática dos usuários leva ao desenvolvimento de formas de uso, sentidos e tecnologias de manejo, e por isso estes podem ser considerados especialistas pela experiência, assim como Diana Rose afirma em relação aos usuários de serviços de saúde mental⁵ (74).

Para Bondía (75), o conhecimento advindo da experiência é diferente do científico e do saber da informação, pois se adquire a partir da forma como a pessoa vai respondendo ao que lhe acontece, e em como se dá sentido a isso. Não se vai buscar um conhecimento irrefutável do que sejam as coisas, e sim o sentido do que acontece a partir das experiências concretas.

Mesmo se tratando de formas de conhecimento diferentes, no entanto, colocar o conhecimento sobre ibogaína desenvolvido a partir de seu uso, em diálogo com o científico e com a experiência singular dos nossos entrevistados pode nos revelar novos aspectos deste novo uso no Brasil. Pelo texto, almejei em diversos momentos este diálogo. No capítulo sobre ibogaína, coloco em relação o conhecimento desenvolvido na subcultura médica de tratamento com ibogaína, e o conhecimento científico acumulado sobre a substância. No capítulo sobre experiências de dependência, coloco o relato dos participantes sobre suas experiências de dependência junto às teorias sobre este tema. Da mesma forma, coloco em diálogo o conhecimento sobre ibogaína e a dependência em diálogo com o relato da experiência vivida no tratamento e no ano pós-ibogaína. Como descrevo no capítulo sobre o método, a fenomenologia é a forma escolhida para nos aproximar do fenômeno estudado, e para colocar estes campos citados acima em diálogo. Parti de uma atitude fenomenológica, no sentido de deixar o fenômeno aparecer (76), e procuramos entender como se dá, de fato, na trama de relações e significados construídos entre os seres humanos e não humanos. Por conta disso, nosso foco de

⁵ A pesquisadora Diana Rose, parceira de pesquisa e casada com Nikolas Rose, e ela também uma usuária de serviços de saúde mental, propõe pesquisas com participação e desenvolvidas pelos usuários de serviços. Eles participam como especialistas no assunto pela própria experiência de tratamento, ajudando a moldar as intervenções de saúde mental às suas necessidades reais.

atenção recai sobre as práticas, falas e experiências sobre e com a ibogaína. Infelizmente, há poucos trabalhos desenvolvidos na perspectiva fenomenológica sobre o uso de drogas, e não se mostraram úteis para a nossa abordagem. Ryan Kemp (77,78), por exemplo, focou a experiência vivida dos usuários de drogas, mas seu olhar acabou se limitando à experiência comum entre participantes dos Alcoólicos Anônimos, como a experiência de ir ao fundo do poço, aceitar a doença e entrar em recuperação.

Por isso escolhi fazer observação participante em locais de tratamento no país, por meio de visitas semanais e acompanhamento do tratamento, e entrevistas em profundidade com os provedores de tratamento e com 12 pacientes destes locais. Para ter um seguimento por um ano após o tratamento com ibogaína, busquei entrevistar os participantes a cada três meses ao longo de um ano, tendo resposta em parte dos casos. Após a coleta e transcrição dos dados, estes foram lidos a partir de uma perspectiva fenomenológico-existencial.

No próximo capítulo, abordo a ibogaína, apresentando uma revisão compreensiva desta substância, desde seu uso tradicional no Gabão, Camarões, Nigéria e Congo, passando pela sua descoberta e pela forma como circulou pelos países ocidentais no século XX. Abordo neste capítulo, também, sobre o surgimento do uso da ibogaína para tratamento de dependência; sua aproximação com o movimento de terapia psicodélica nos anos 1970 e o movimento de usuários de drogas na Holanda na década de 1980; as pesquisas sobre sua toxicidade e potencial terapêutico, e o desenvolvimento da subcultura médica de tratamento pelo mundo. Finalizo este capítulo apresentando o que se sabe, em geral, sobre o uso de ibogaína no Brasil, e algumas reflexões sobre a influência no uso de ibogaína do uso ritualizado de ayahuasca no país e do renascimento psicodélico no mundo.

No capítulo seguinte, faço uma discussão mais detalhada sobre a dependência de drogas. Abordo seu processo de construção histórica como problema social e de saúde pública no mundo e no Brasil, algumas das teorias sobre a dependência, e a aproximação mais contemporânea da dependência de discussões sobre rotina, hábito, práticas de si e construção de si. Faço uma aproximação de conceitos desenvolvidos por Keane e Fraser (1), Marc Lewis (79) e Peter Sloterdijk (80) para pensar a dependência para além da categoria nosológica. E, conseqüentemente,

tentaremos nos aproximar da experiência fática de dependência vivida pelos nossos entrevistados nos capítulos seguintes.

A seguir, passo ao capítulo em que apresento o método utilizado na pesquisa e as questões metodológicas que apareceram, como a entrada em campo. Nos próximos capítulos, passo então à apresentação e à discussão dos resultados. Reservo um capítulo para a descrição dos locais de tratamento e como desenvolvem e falam sobre as práticas ligadas ao tratamento.

Depois de trazer o perfil de cada participante, entro nos capítulos em que apresento suas experiências, nos seus diversos aspectos, dividindo o conteúdo por temas. Para entendermos de que dependência eles estão falando, e o que exatamente queriam tratar com a ibogaína, um dos capítulos foca a experiência de dependência anterior ao tratamento. Depois, há três capítulos apresentando os diferentes aspectos do tratamento com a ibogaína. No primeiro deles, foco no que é vivido durante o efeito agudo da substância, e nos dois dias posteriores. Em seguida, são apresentados os efeitos sentidos por até um ano, e de que forma a ibogaína os afetou na tentativa de atingir seus objetivos de melhora de si. O capítulo seguinte traz relatos de casos de forma longitudinal, mostrando o impacto da ibogaína na trajetória de cinco dos participantes. Estes cinco foram selecionados para apresentar formas variadas em que a ibogaína foi inserida no processo de tratamento. O primeiro deles, Chico, recorreu à ibogaína como última esperança. O segundo, Rui, escolheu a ibogaína como sua primeira tentativa de tratar sua dependência. Já Ryan se tratou em um contexto em que a ibogaína é usada como parte de outras medicinas da floresta. O quarto caso apresentado é o de Jonas, que a vê como um medicamento que desfaz conexões neuronais. E o quinto caso apresentado é o de Rita, que chegou à ibogaína para outra questão, uma depressão leve constantemente presente. Depois da apresentação dos resultados, discuto as principais questões trazidas por este novo tratamento ao campo do cuidado e atenção aos usuários de álcool e drogas no Brasil.

2. Revisão integrativa sobre ibogaína

Em 14 de agosto de 2020, em meio à pandemia do coronavírus e de todas as suas complexas consequências no Brasil e no mundo, a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED) do Ministério da Cidadania, área do governo federal responsável pelas políticas de drogas, emitiu uma nota técnica se posicionando contra os tratamentos com ibogaína no país (81). A área governamental parece ter reverberado notas também contrárias ao tratamento, emitidas dias antes por associações que defendem a internação e a abstinência como principais métodos de tratamento no campo das drogas, incluindo a ABEAD (Associação Brasileira de Estudos em Álcool e outras Drogas) (82). Estas, por sua vez se pronunciaram para se contrapor ao Boletim Informativo da FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas) sobre o assunto.

Frente ao aumento na oferta deste tratamento por clínicas e comunidades terapêuticas, esta havia recém-publicado um informativo no qual, embora não se dissesse favorável ao tipo de tratamento, trazia dados e levantava a possibilidade de ter efeito positivo. Duramente criticada pelas outras associações, a federação retirou seu material de circulação, e emitiu nota se retratando (83,84). O tratamento com ibogaína parece ter gerado um raro dissenso no campo conservador das políticas de drogas. Mas no que consiste o tratamento para dependência com ibogaína? Quais as suas potenciais implicações para os sistemas de saúde? A partir da primeira revisão integrativa em português sobre o tema, este capítulo procura apresentar, de forma ampla, os diversos aspectos deste uso e dos tratamentos dele advindos. Espero com isto subsidiar, de forma adequada, ações de gestão em saúde das redes de atenção, já que a ibogaína está cada vez mais presente no cenário nacional.

A iboga (*Tabernanthe iboga*) é um arbusto que cresce na região oeste da África Central, principalmente nos Camarões, Gabão e Congo (85). Desde meados da década de 1960, seu principal alcaloide, a ibogaína, vem sendo usado no tratamento

de dependência a partir de uma cultura de tratamento geralmente clandestina (51) e que vem crescendo no Brasil nos últimos anos. Ao mesmo tempo em que traz efeitos que parecem promissores no tratamento da dependência de diversas substâncias, a ibogaína apresenta riscos à saúde, principalmente pelos relatos de morte de pacientes. Mesmo não tendo seu uso regulamentado no Brasil como um medicamento registrado na ANVISA, ela vem sendo cada vez mais usada em clínicas, comunidades terapêuticas e mesmo em tratamentos caseiros.

2.1 A ibogaína: o que é?

Dentre as diversas plantas e substâncias alteradoras de consciência, a planta iboga e sua substância mais conhecida, a ibogaína, ocupam um lugar um tanto singular, por diversos aspectos. A iboga foi conhecida pelo Ocidente no final do século XIX, mas seu efeito psicoativo só despertou o interesse nos anos 1950 (86), sendo até este momento conhecida por seu efeito estimulante. Pode ser considerada um psicodélico, mas tem tempo de ação mais longo do que a maioria dos alteradores de consciência e afeta uma diversidade maior de neurotransmissores (87).

Os mecanismos de ação da ibogaína ainda não estão claramente compreendidos (48), mas parecem envolver os sistemas de neurotransmissores serotoninérgico, colinérgico, opioide e glutamatérgico. Na internet são constantes os relatos de superação do abuso de drogas com ela, o que a torna um novo e interessante elemento entre os tratamentos disponíveis no mercado. Por outro lado, há relatos de morte durante ou logo após o processo. No Brasil, a ibogaína não é um medicamento registrado na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), ao mesmo tempo em que não é uma droga proibida, como acontece nos EUA. Esse status peculiar da substância no Brasil é mais um dos elementos que adicionam complexidade para pensar o uso da ibogaína na perspectiva da saúde coletiva.

Apesar de ter uso ritual no Gabão, o uso da iboga não se espalhou pelo mundo. O que proliferou foi o uso de seu principal alcaloide, a ibogaína, em clínicas com equipamentos da biomedicina. Seu uso ancestral é remetido aos pigmeus em aldeias na floresta da região equatorial oeste da África, onde é entendido como um

caminho para conhecer os mistérios da floresta. Diversas etnias aprenderam o uso da iboga e a aproximaram de seus outros cultos. Existem tradições de cultos femininos, como os Mbieri, cultos de veneração aos antepassados e com incorporação de entidades.

No final do século XIX, assimilou o uso de iboga sincreticamente ao cristianismo, desenvolvendo o ritual com iboga que se tornou mais popular e disseminado, o Fang-Bwiti. A etnia Fang, de língua banto, é a mais numerosa da região (88). Este culto surgiu combinando a força do culto tradicional Fang aos antepassados, o Byeri, com a força do culto cristão dos colonizadores. A intenção era construir um dispositivo poderoso de magia que ajudasse a comunidade a sobreviver à violência dos colonizadores (85,89). De acordo com Fernandez e Fernandez (90), “o Fang Bwiti e seu uso de iboga é particularmente uma resposta à situação colonial, mesmo que o uso ritual de iboga os preceda”.

Entender o culto Bwiti como uma resistência cultural à colonização ajuda a entender porque seu uso em altas doses, com efeitos visionários, foi ocultado dos franceses durante a colonização (85). Por mais que o primeiro relato sobre o uso nativo de iboga tenha sido feito em 1819, em descrições sobre a região que hoje é o Gabão, inicialmente se sabia apenas de seu uso estimulante em pequenas doses. Viajantes franceses relataram que trabalhadores em regime de trabalho escravo carregavam pequenas porções de casca de iboga consigo para aguentar as extenuantes rotinas (85), o que a fez ser descrita, em 1889, como estimulante e afrodisíaco, sob o nome de *Tabernanthe iboga* (86).

Em 1901, foi isolada a ibogaína, seu principal princípio ativo (91). No mesmo ano, Phisalix sugere possível efeito alucinatório da ibogaína, ao observar comportamento estranho de cães sob o efeito da planta (86). Apesar disso, somente nos anos 1950 é que se começou a estudá-lo (92). Antes, foram desenvolvidos medicamentos como o Lambarene e o Iperton, com doses pequenas, e usados pelo seu efeito estimulante e de antifadiga. O Lambarene tinha dosagem de 8 mg, para ser usado de três a quatro vezes ao dia (70).

De fato, o uso nativo tradicional da iboga acontece de forma ritual, mas também cotidianamente, com diversos objetivos. Como relata Ekomie Obame: “A iboga em uma dose fraca é psicoestimulante e excitante. Suprime a sensação de cansaço, impede a sensação de sede por conta do efeito anestésico na boca e na língua, e permite aos caminhantes percorrerem grandes distâncias sem se

alimentar”⁶ (85). É interessante comparar este uso com as microdoses feitas atualmente pelos usuários com LSD, psilocibina e ayahuasca, em que são consumidas doses sem efeito psicoativo no intuito de melhorar o humor, a disposição e a criatividade (93). É possível ver algumas semelhanças, como aumento de vigor, ao mesmo tempo em que a iboga traz sensações fisiológicas diferentes.

Em contraposição, os rituais de iniciação Bwiti acontecem à noite, em um local em meio à floresta, chamado de “quartel de armas”, com guardiões para proteger o culto, discriminado pelos colonizadores e parte dos gaboneses. A iniciação Bwiti é o único momento em que se ingere uma dose grande de iboga. Só se passa novamente pela iniciação em momentos de doença ou muita crise na vida. Os ritos costumam durar pelo menos três dias, e no segundo dia acontece a ingestão da dose maior de iboga. Este é o momento em que quem está sendo iniciado adentra o mundo da iboga, considerado um mundo mais real, e também o mundo dos antepassados. São constantes os relatos de encontros com parentes já falecidos.

Vale destacar algumas características do ritual bwiti que diferenciam este uso da planta do uso das extrações da iboga no manejo da dependência. No culto bwitista, a triagem e avaliação do pretendente à iniciação são feitas por meio de consulta oracular à Planta, como é chamado o espírito da iboga. Esta consulta é feita por intermédio do consumo da planta, mas não necessariamente. A partir do nome e da data de nascimento o nima, nome dado ao curandeiro iniciado no uso da iboga, vai consultar a planta pela meditação, adivinhação ou mesmo um sonho. O preparo do participante se dá por limpezas, banhos de ervas e uma entrevista com o nima, na qual o iniciante deve relatar as partes mais importantes de sua biografia. A dosagem é definida a partir da intuição do curandeiro e na consulta à planta, e neste aspecto a cerimônia com a iboga tem um aspecto bem diferente dos rituais com outras plantas. Todo o rito de iniciação é entendido como uma viagem daquele que se inicia ao mundo da iboga, e as doses são dadas a cada três horas, mais ou menos, de acordo com o que cada participante precisa para chegar lá. O ritual é então marcado com paradas a cada três horas, em que ele tem de contar em voz alta o que está vendo. A partir disso, o nima define a dose de cada um, além de dar

⁶ Tradução nossa do original em francês.

indicações para prestar atenção em um detalhe ou outro das visões, que seriam indicações para se chegar ao encontro da iboga.

Depois dos primeiros estudos no início do século XX, a ibogaína ficou esquecida por mais de 30 anos. Nas décadas de 1940 e 50, acontecem estudos em animais, para entender os efeitos sobre o sistema nervoso central, e semelhanças com outras substâncias consideradas estimulantes, como a cocaína (94,95), alguns anos antes da descoberta de seu efeito visionário e “antiadictivo” (86,92).

2.2 O uso de ibogaína no tratamento de dependência

Em 1962, se iniciou o que hoje se considera uma subcultura médica de tratamento com ibogaína (51). Howard Lotsof era um jovem de 19 anos, usuário de heroína, ávido por conhecer novas substâncias e seus efeitos. Realizava periodicamente encontros com um grupo de amigos para testar novas substâncias. Quando ganhou uma pequena quantidade de ibogaína, testou primeiramente em si, depois em um amigo. Este tipo de experimento se inscreve em um tipo de cultura nascente na época, a dos psiconautas. Psiconauta é um termo usado para aquele que explora os diferentes estados de consciência humanos, pelo uso de substâncias, podendo incluir também práticas espirituais como jejum ou meditação (96). É possível afirmar que o uso da ibogaína como tratamento no Ocidente se desenvolveu a partir deste método de conhecimento, já que a experimentação em animais apenas revelou o efeito estimulante. Depois de quase 24 horas profundamente alterado e tendo intensas visões, Lotsof ficou surpreso ao perceber que não estava com qualquer sintoma de abstinência de heroína. De sete amigos dependentes de heroína, cinco ficaram pelo menos seis meses sem usar heroína (89).

Percebendo tal efeito, Lotsof se tornou um divulgador e ativista pelo tratamento com ibogaína. A partir dos tratamentos e experiências que seguiu fazendo, postulou a dose a ser usada para tratar dependência entre 15 a 25 mg/Kg (58). Seus esforços para regulamentar e promover este tratamento foram muitos. Porém, a ibogaína era tão pouco interessante para os laboratórios que a Ciba Pharmaceutical, dona da patente e que havia produzido o Lambarene, respondeu a Lotsof enviando a ele todo o material que a empresa tinha sobre a substância, sem custo nenhum (58).

Na costa oeste americana, estava nascendo também uma cena de terapia com psicodélicos, em que terapeutas como Leo Zeff desenvolviam terapias com substâncias psicodélicas como LSD e psilocibina, usando-as como ferramentas em processos psicoterapêuticos. Em meados dos anos 1960, Lotsof apresentou a eles a ibogaína, que passou a ser usada também. Zeff usava uma dose muito menor do que a proposta por Lotsof, indo de 225 a 375 mg por indivíduo, com objetivo de estimular novos processos de pensamentos e insights, e não tanto de provocar visões (53).

O renomado terapeuta Claudio Naranjo foi dos que usaram também ibogaína à época, chegando a afirmar que tinha efeito próximo à harmalina, substância encontrada no cipó *Banisteriopsis Caapi*, utilizado na ayahuasca (52). A ibogaína era usada neste contexto em uma perspectiva próxima da terapia psicolítica, com doses menores que não levavam a visões, mas facilitariam insights. Naranjo usava doses que eram um quarto da de Lotsof, entre 4 e 5 mg/Kg.

Porém, a ibogaína entrou, em 1970, na lista de substâncias proscritas nos EUA, classificada entre as que são consideradas nocivas e sem potencial terapêutico, tornando tudo muito mais difícil. Mesmo assim, Howard Lotsof entrou em contato com diversas universidades, à procura de alguém interessado. Na década de 1980, conseguiu convencer pesquisadores a testar o efeito da substância em animais, articulando projetos entre laboratórios e financiadores (97,98).

Enquanto isso, Lotsof também militava em favor da ibogaína junto aos movimentos de AIDS da época, e ajudava a promover tratamentos clandestinos, nos Estados Unidos, em países de seu entorno e na Holanda. A partir destas ações clandestinas, foi surgindo uma subcultura de tratamento de dependência com ibogaína (51). Neste contexto, o tratamento passou a acontecer basicamente a partir de usuários que, recuperados pelo uso da substância, passavam a oferecer tratamentos. Porém, depois de quase 50 anos de seu primeiro uso em tratamento para dependência no Ocidente, a ibogaína e seus efeitos foram pouco explorados cientificamente.

A dose letal encontrada nos estudos com ratos foi de 263 mg/Kg, mais de 10 vezes acima das doses usadas terapeuticamente (até 25 mg/Kg) (48). Estes estudos permitiram demonstrar uma redução na autoadministração de opioides e cocaína por roedores, assim como diminuição da síndrome de abstinência a essas substâncias (99–101). Na década de 1990, teve início uma pesquisa pré-clínica sobre a

toxicidade em humanos nos Estados Unidos (102). Em humanos adultos foram reportados efeitos de ataxia e náusea em doses quatro vezes acima da recomendada (103). Também foram relatadas convulsões com uma dose muito alta de ibogaína (104). O experimento era financiado pelo governo americano, mas acontecia na Holanda, por conta das restrições legais dos EUA. Porém, com a morte de um paciente, o NIDA (National Institute on Drug Abuse) decidiu parar o financiamento da pesquisa(58,89).

Um fato interessante é que, com o desenvolvimento dos experimentos na Holanda, o grupo responsável pela primeira ação de distribuição de seringas para redução de danos, o coletivo de usuários de drogas Junkiebond, de Rotterdam, desenvolveu, nos anos 1980, um projeto de tratamento com ibogaína em sua comunidade de usuários, oferecendo tratamento de graça aos que quisessem interromper seu uso (58). No Brasil, no entanto, seu uso tem acontecido dentro de espaços mais tradicionais na área de tratamento de drogas, como em clínicas e comunidades terapêuticas, e geralmente visando à abstinência.

Mesmo neste cenário adverso o uso de ibogaína no tratamento para dependência continuou crescendo e, com a popularização da Internet, se expandiu mais ainda pelo mundo. Até 2006, Alper e colaboradores estimaram cerca de 4.900 os tratamentos realizados com ibogaína desde o final dos anos 1980 (51). Desde então, muitos espaços de tratamento têm surgido em diversos países, variando o seu grau de oficialidade - indo de tratamentos caseiros e clandestinos a clínicas com estrutura hospitalar.

Frente a este crescimento, aumenta também a preocupação com a sustentabilidade desse uso, já que a extração da casca da iboga geralmente leva à morte da planta, e são necessários alguns anos para que possa ser usada, reduzindo a população destas plantas na África. Em um movimento importante para a cultura bwiti no país, em 2000, o ditador gabonês Omar Bongo declarou a ibogaína tesouro nacional gabonês, proibindo sua exportação para coibir a extração indiscriminada das matas do país (85). No entanto, o aumento da extração ilegal e do contrabando da planta tem levado à procura de outras formas de se obtê-la. Uma opção tem sido a extração de outra planta, a *Voacanga africana*, que, mesmo tendo menos ibogaína na casca de sua raiz, é mais sustentável do que a *Tabernanthe iboga*, pois permite a

extração também a partir de suas sementes e tem outros alcaloides, como a voacangina (105).

Apesar de comparados aos dos psicodélicos clássicos, os efeitos visionários da ibogaína não podem ser atribuídos à ativação do receptor 5-HT_{2A} (48). Ainda não é completamente esclarecido como exatamente ela ativa seus efeitos, e não parece ter preferência por um receptor. A ibogaína afeta os sistemas de neurotransmissores serotoninérgico, glutamatérgico e opioide. Seu metabólito, a noribogaína, tem afinidade com receptores *kappa* opioides e receptores nicotínicos (106). Com esta afinidade fraca com tão ampla variedade de neurotransmissores, levanta-se a hipótese de que seus efeitos contra dependência de drogas estejam ligados ao sistema colinérgico. E seus efeitos visionários estariam mais próximos do da *Salvia Divinorum* e da cetamina (48).

2.3 Estudos sobre o efeito da ibogaína em humanos

A rápida proibição da ibogaína em 1970 nos EUA dificultou muito a realização de pesquisas que permitissem compreender seu potencial terapêutico. Uma revisão sistemática de 2016 apontou oito estudos com humanos, investigando efeito sobre dependência de drogas até aquele ano (58,63,64,72,107–111).

A partir de pesquisa no PubMed com o termo “ibogaine”, encontrei mais sete estudos de importância para a discussão do presente capítulo (59,62,65,67,68,70,112). Além destes, foram produzidos também estudos qualitativos que se propunham a descrever e sistematizar a fenomenologia da experiência com a ibogaína (71,113–115). Os estudos são, em sua maioria, observacionais, apenas um é um estudo clínico randomizado com placebo e duplo-cego (64), e dois são estudos de segurança e eficácia da ibogaína (108,109). Os outros estudos são observacionais, sendo sete retrospectivos e dois longitudinais, com seguimento de um ano (59,70). Na tabela 1, os dados estão distribuídos de acordo com o objetivo e o tipo de estudo.

Tabela 2- Estudos com ibogaína em seres humanos

Objetivo do Estudo	Tipo de estudo	Participantes	Dose	Resultados	Observação
Redução de sintomas de fissura	Estudo sobre segurança e eficácia ³⁷	27 dependentes de heroína, metadona e cocaína	Dose única de 500, 600 ou 800 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Redução significativa de fissura para cocaína e heroína após 36 hrs e 14 dias. • Redução de sintomas depressivos após um mês. 	Escalas: BID, CCQN-45 e HCQN-29
	Estudo survey online ⁴²	27 pacientes ex-usuários de álcool, cocaína e opioides	Sem informação	<ul style="list-style-type: none"> • Redução de sintomas de fissura (91%) nos meses após • Redução de síndrome de abstinência (96%) nos meses após 	Escala: 5D-ASC Não encontrou correlação entre alteração de consciência e redução de abstinência e fissura
Efeito sobre o padrão de uso de drogas	Estudo retrospectivo ²¹	41 dependentes de opioides, álcool, cocaína e ou calmantes	Dose única de 6 a 29mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> • 29% abstinentes por menos de 2 meses • 29% de 2 a 6 meses, • 13% de 6 meses a 1 ano. 	
	Estudo retrospectivo ⁴⁰	7 usuários de opioides e álcool	Dose única variando de 11,7 a 25 mg/Kg	<ul style="list-style-type: none"> • Todos sem sintomas de abstinência após 24-48hs • 3 ficaram abstinente mais de 14 semanas 	
	Estudo retrospectivo ³⁹	75 pacientes dependentes de álcool e cocaína	Doses variadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento significativo no tempo médio de abstinência 	
	Estudo observacional de seguimento ¹⁶	14 pacientes dependentes de opioides	Doses graduais de 25 a 55 mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> • Significativa redução do uso de drogas. • Significativa redução de sintomas depressivos após 12 meses. • Significativa redução dos sintomas de abstinência logo após. 	Escalas: BID-II, SOWS, ASI-Lite
	Estudo observacional de seguimento ⁴³	30 pacientes dependentes de opioides	Dose teste de 3mg/Kg e flood dose de 12-17mg/Kg	<ul style="list-style-type: none"> • 50% dos sujeitos sem uso de opioides após um mês. • Melhora na índice de uso de drogas com variação entre 3 e 12 meses 	Escalas: SOWS, ASIC
	Estudo retrospectivo ⁴⁴	88 pacientes dependentes de opioides	Flood dose de 12-17mg/Kg	<ul style="list-style-type: none"> • Redução ou a ausência de fissura por usar opioides (80% dos casos), • interrupção do uso (30%), alguns abstinentes por mais de um ano. 	Entre os que recaíram, 48% relataram redução no uso em comparação a antes.
	Estudo observacional ⁴⁵	73 pacientes dependentes de opioides	Flood dose de 15-20 mg/Kg	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes relataram maior tolerância à frustração, estresse, raiva, maior sentimento de gratidão e sentido na vida 	

Tabela 1 – continuação

Redução dos sintomas de síndrome de abstinência de opioides	Estudo observacional ³⁸	32 dependentes de opioides	Dose única de 800 mg	• Efeitos significativos na redução dos sintomas	Escalas: OOWS e OP-SCL
	Estudo observacional ³⁶	3 usuários de cocaína, opioides e álcool	Dose única variando de 20 a 5mg/Kg	• Ausência de sintomas de abstinência 24 hs após.	
	Estudo Observacional ³⁵	33 dependentes de opioides e cocaína	Dose única variando de 6 a 29 mg/kg	• 76 sem sintomas de abstinência após 72hs.	Um óbito 19hs pós tratamento
	Estudo randomizado, duplo-cego, com placebo ⁴¹	27 dependentes de opioides	Uma dose de noribogaína de 60, 120 ou 180 mg	• Redução não significativa nos sintomas de abstinência a opioides.	
	Estudo observacional ⁴⁵	50 pacientes dependentes de opioides	Dose teste de 3mg/Kg e flood dose de 12-17mg/Kg	<ul style="list-style-type: none"> • 78% dos pacientes não apresentaram sintomas objetivos de abstinência de opioides, • 79% apresentaram sintomas mínimos de fissura • 68% relataram sintomas leves de abstinência subjetiva. 	Escalas: SOWS, COWS, ASI, BSCS
	Estudo observacional ⁴⁷	191 pacientes dependentes de opioides	Flood dose de 8-12 mg/Kg	• Resultado efetivo na “detox” dos pacientes, reduzindo sintomas de abstinência e fissura.	Escalas: ASI, OOWS, HCQ-29, CCQ-45, BDI-II, POMS.

Infelizmente, alguns destes estudos apresentam poucas informações sobre o uso de drogas, e sobre o período de abstinência pós-ibogaína. Os estudos priorizaram avaliar o efeito da ibogaína na redução dos sintomas de síndrome de abstinência de opioides (64,67,68,68,107,108,110), fissura por opioides e cocaína (65,67,108), e sobre o padrão de uso destas substâncias nos meses subsequentes por até um ano (58,59,62,70,72,110–112).

A maioria dos estudos com humanos tem também uma característica: são focados em usuários de derivados de ópio, como morfina ou heroína (59,62,64,67,70,109,111,112). Além de a ibogaína ter sido descoberta a partir de seu efeito nos sintomas de abstinência de opioides, este é um problema de saúde pública nos países da Europa e na América do Norte, mas não aqui no Brasil e nos demais América Latina (exceto por Colômbia e México, países atualmente com plantação de papoulas). Estudos com animais mostraram que a ibogaína reduz a autoadministração de opioides, cocaína e álcool em roedores, e também os sintomas de síndrome de abstinência (100). No único estudo brasileiro observacional e retrospectivo, no entanto, a maior parte dos pacientes tratados eram usuários de cocaína inalada ou fumada (72).

Os estudos que focam a redução dos sintomas de abstinência apresentam dados de um aspecto importante do efeito da ibogaína, mas que traria pouco impacto na saúde da população brasileira, por conta do pouco uso de opioides no país. Dois dos estudos incluíram também usuários de cocaína em suas amostras, mas não separam nos resultados os dados referentes aos usuários de cocaína, não permitindo entender que efeito a ibogaína teria sobre a síndrome de abstinência desta droga. O único estudo clínico duplo-cego, com placebo e aleatorizado, investigou o uso do metabólito da ibogaína, a noribogaína, e não encontrou uma redução significativa dos sintomas de abstinência. Um possível erro no desenho do estudo é levantado pelos autores como algo que pode ter ajudado a encontrar este resultado pouco significativo (64). O estudo foi realizado com poucos pacientes que ficaram internados juntos em um mesmo hospital, o que pode ter levado a serem influenciados uns pelos outros em relação à retomada da terapia de substituição de opioides.

Os estudos que investigaram o efeito da ibogaína sobre a fissura têm amostra pequena, mas apresentam resultados promissores. Os três mostram redução de fissura, a vontade incontrolável de usar droga, entre usuários de cocaína. E mostra potencial para lidar com o uso problemático desta droga, já que a fissura é um dos sintomas que mais atrapalham os usuários de cocaína ou crack nas tentativas de manter o controle sobre o uso (116). O primeiro deles, de Mash e colaboradores (108), mostrou redução significativa da fissura após 36 horas do tratamento, e também passados 14 dias. Já o de Heink (65), um levantamento online com 27 ex-pacientes de ibogaína, mostrou redução de fissura nos meses subsequentes ao tratamento em 91% dos participantes.

Outro estudo, o de Malcolm et al. (67), apresentou uma redução nos sintomas de fissura entre os pacientes usuários de opioides.

O terceiro enfoque dos estudos existentes, o do efeito da ibogaína sobre o padrão de uso, mostra resultados também promissores. A maioria dos estudos é retrospectivo, tendo entrevistado pacientes alguns meses ou até anos depois de terem passado pelo tratamento com a ibogaína. Três destes estudos entrevistaram os mesmos participantes em momentos diferentes de vida (58,110,111). Foram encontrados resultados significativos no aumento do tempo médio em que os pacientes usuários de cocaína ficaram abstinentes no estudo realizado no Brasil

(72). O mesmo estudo encontrou 72% dos pacientes do sexo masculino, e 100% das pacientes do sexo feminino abstinentes no momento da pesquisa, embora esses resultados possam não representar o universo de pacientes tratados, já que se tratou de uma amostra indicada por uma das equipes que participou do processo de tratamento. Não obstante, estes resultados mostram potencial na ibogaína, e a necessidade de mais estudos sobre este importante possível efeito do tratamento.

Vale a pena comentar dois estudos recentes. O estudo de Mash e colaboradores é observacional, mas apresentou maior rigor na coleta de dados (69). Além de aplicar questionários para avaliar uso de cocaína e opioides, severidade de dependência, síndrome de abstinência e estado de humor, foram coletadas amostras de urina e de sangue em momentos específicos, para medir uso anterior de droga e desenhar a farmacocinética da ibogaína e noribogaína durante o processo. Os dados foram coletados antes de ingressarem na clínica, logo após o tratamento, e decorrido um mês. Neste estudo, a ibogaína apresentou um resultado efetivo, reduzindo sintomas de abstinência e fissura. Não houve, porém, comparação com um grupo placebo, método considerado ouro pelo atual padrão científico.

Já Heink e colaboradores analisaram relatos de pacientes que se trataram com ibogaína, e buscou correlação entre as experiências de alteração de consciência e os resultados do tratamento (65). O interessante deste estudo é que encontrou correlação entre a redução da abstinência e a redução da fissura com a cessação do uso, mas não correlação entre experiências de alteração de consciência e os resultados esperados. Além disso, não se encontrou correlação significativa entre a presença de experiências místicas com a redução da fissura e de sintomas de abstinência, e tampouco com a efetividade percebida da ibogaína em relação ao objetivo do tratamento. Os pacientes consideraram importantes as visões que tiveram durante a experiência para fazer mais facilmente mudanças significativas em suas vidas. Mas este benefício não está diretamente associado à intensidade dos efeitos de alteração de consciência, como se vê em substâncias como a psilocibina (42), em que estudos apontam que quanto maior a experiência mística, maior o resultado terapêutico esperado. Já outro estudo qualitativo de 2019, apesar de ter colhido dados logo após o tratamento, mostrou índices altos em escala de experiência mística, sugerindo que têm alguma importância no processo terapêutico, mesmo que diferentemente do que se percebe em outros psicodélicos (60). Isso nos

abre uma questão que vamos tentar compreender com o presente estudo: qual seria o papel da alteração de consciência no processo de tratamento pela Ibogaína?

A partir deste panorama geral, é possível perceber que mesmo os poucos dados existentes mostram um grande potencial do tratamento com ibogaína em impactar positivamente a qualidade de vida das pessoas com uso de substâncias no Brasil, e já tem atraído muitos interessados no país, apesar dos riscos no seu uso.

2.4 Ibogaína e os riscos no tratamento

A ibogaína é uma substância que gera espanto e preocupação. É muito potente, tanto na duração como na intensidade de seus efeitos, e traz preocupação por conta de relatos de mortes associadas ao tratamento. Mas quais são os riscos envolvidos no uso da ibogaína, e o que se sabe sobre a forma de manejá-lo?

Entre 1990 e 2018, foram relatadas 33 mortes durante ou nos dias após o tratamento com a ibogaína, sendo que de 14 delas existem informações clínicas mais detalhadas (61). Estas mortes parecem estar relacionadas a alguns fatores. O primeiro é que boa parte dos tratamentos aconteceram de forma mais artesanal, feitos em casas ou clínicas de ex-dependentes que se recuperaram com ibogaína, tendo pouco cuidado e preparo, e com substância de origem pouco conhecida. Como não há qualquer tipo de regulamentação ou controle sobre a planta e seu derivados, as concentrações da ibogaína e dos outros alcaloides podem variar muito, ou mesmo ser outra planta. Em parte dos relatos de óbito, os pacientes que faleceram apresentavam alguma questão clínica preexistente, como doença hepática, úlcera péptica, neoplasia cerebral, hipertensão e doenças cardiovasculares. Outra parte destes óbitos foi de pacientes que haviam usado opioides logo antes da ibogaína, ou mesmo durante o tratamento. As mortes parecem estar ligadas também a arritmias determinadas pelo alongamento do intervalo QT (medida eletrocardiográfica), a outras comorbidades cardiovasculares associadas à síndrome de abstinência ou ao uso agudo recente de álcool, opioides ou benzodiazepínicos (61,72,103). Um estudo de 2015 analisou os casos de morte associados aos tratamentos com ibogaína, além de oito casos de problemas cardíacos após a ingestão da substância (117), e concluiu que existe algum risco

cardíaco associado ao tratamento com esta substância. Por isso, recomenda pesar o risco e o benefício, além da sua utilização sob supervisão médica, e aparatos para monitoração cardíaca. O uso de opioides associado a alguns casos relatados pode ser explicado pelo fato de a ibogaína aparentemente aumentar a sensibilidade do organismo a estas substâncias, e poderia levar mais facilmente a uma overdose.

Algumas formas de manejo já vêm sendo desenvolvidas pelos provedores de tratamento e em pesquisas. Para ajudar a lidar com o risco de o paciente tomar a ibogaína ainda com grande quantidade de opioides circulando no organismo, um estudo neozelandês de 2016 apresenta processo de transição de metadona para morfina como preparação para o tratamento com ibogaína, já que esta tem meia-vida mais curta, reduzindo a quantidade de opioides circulando no organismo e, desta forma, o risco ao paciente (118).

Diversos são os critérios de exclusão utilizados por quem oferece o tratamento com ibogaína, mas não existem estudos sobre outros possíveis riscos (119,120). Um artigo de 2018 (121) relata um caso de transtorno perceptivo persistente por alucinógenos (popularmente conhecido como 'flashbacks') em estudo clínico realizado na Holanda, em que um indivíduo relatou imagens invasivas recorrentes, por semanas após a ingestão da ibogaína, iguais às que vivenciou durante o tratamento.

Em paralelo ao conhecimento científico, a subcultura médica de tratamento tem produzido suas formas de manejo dos riscos. O maior exemplo disso é a GITA (Global Ibogaine Therapy Alliance), associação que reúne pessoas que trabalham com tratamento de ibogaína no mundo, e teve como um de seus fundadores Howard Lotsof. A GITA ajuda no intercâmbio de informações sobre ibogaína entre os provedores do tratamento, e produziu diretrizes clínicas em 2015. O grupo apresenta critérios de inclusão e exclusão, triagem com exames de sangue e eletrocardiograma, e processos de retirada de medicações e de drogas ilícitas antes da ibogaína. Consideram que seguir estes parâmetros minimiza o risco, tornando o uso seguro. Além disso, recomendam que o tratamento seja acompanhado por um médico e que se tenha equipamentos de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, para o caso de problemas cardíacos durante o efeito agudo da ibogaína (122). Mash e colaboradores afirmam também ser possível o uso de uma dose segura de ibogaína na desintoxicação dos pacientes dependentes de opioides (69). Entretanto,

essas recomendações são decorrentes da experiência prática, e não de estudos sistematizados, que seriam muito importantes para se avaliar melhor estas formas de manejo do risco já desenvolvidas.

2.5 Legislação no Brasil

Enquanto nos Estados Unidos a ibogaína foi proibida com a maioria dos psicodélicos em 1970, no Brasil ela passou despercebida. Até o início da década de 2010, não havia qualquer posicionamento de instâncias governamentais sobre a planta iboga ou sua principal substância, a ibogaína. Praticamente não existia também uso no país, exceto por um médico que realiza tratamentos desde 1994 no interior de São Paulo (51). Apesar de não haver qualquer regulamentação ou registro na ANVISA, o uso é possível no país a partir da Resolução RDC 28/2008 da agência reguladora (123), que define critérios para importação por pessoa física de medicamentos não aprovados no Brasil, mas produzidos já em outro país. Esta resolução permite a importação para uso próprio quando feita pelo próprio paciente, em quantidade e frequência compatível com a duração e finalidade de tratamento, de forma que não se configure comércio ou prestação de serviços a terceiros. Esta portaria permite que o médico receite o medicamento e que este seja importado pelo paciente, mas proíbe a propaganda do tratamento, a divulgação de qualquer efeito de cura e o comércio no país. À frente, veremos que quase nenhum dos locais visitados segue estes poucos parâmetros legais, situando-se em uma zona clandestina no campo dos tratamentos.

Frente ao crescimento da oferta de tratamentos com ibogaína no estado, o CONED-SP (Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do estado de São Paulo) publicou, em 2016, quatro recomendações sobre o uso de ibogaína em tratamento de dependência (124). Estas recomendações apresentam o tratamento com ibogaína como uma opção que deve ser levada em consideração, e que se devem estimular pesquisas científicas. Recomenda também que seu uso em tratamento deva acontecer apenas em ambiente hospitalar. Apesar de ser um órgão apenas consultivo, mostra a preocupação em relação a tratamentos pouco cuidadosos e também a aceitação deste tratamento como uma possibilidade viável. Em 2017, a

ANVISA se pronunciou sobre os tratamentos, reafirmando a proibição da comercialização de iboga e de seus derivados no país, ainda permitindo a importação apenas pelo próprio paciente (125). Apesar destas recomendações, o tratamento vem sendo oferecido no país. Em 2016, se noticiou a morte de um paciente em uma clínica na região de Campinas, no estado de São Paulo. Não se sabe nada do que aconteceu a este paciente, e nem a origem da ibogaína usada e sua pureza. É possível perceber que a legislação no país sobre o uso de ibogaína, praticamente inexistente, não é útil para reduzir o risco no seu uso, e nem permite o seu uso seguro, entusiasmando uns e fazendo outros se sentirem ameaçados. Além disso, são necessários mais estudos para mais bem entender seus possíveis efeitos sobre a fissura e a síndrome de abstinência. Logo, uma mudança na legislação que facilitasse estas pesquisas seria de grande importância.

2.6 A ibogaína e tensões para a saúde coletiva

Como pudemos acompanhar nesta revisão, fatores como a violência colonial na sua região de origem, e a proibição da ibogaína no final da década de 1960 nos Estados Unidos, levaram seu uso a se desenvolver por meio de uma cultura de tratamento clandestino entre usuários de drogas, pouco conectada aos estudos científicos e aos sistemas de saúde. Uma das consequências do proibicionismo e da Guerra às Drogas foi a suspensão das pesquisas com a ibogaína e o desenvolvimento de uma rede clandestina de tratamento, uma das formas pelas quais o proibicionismo afeta diretamente o campo da saúde coletiva (17).

A ibogaína ocupa um lugar fronteiro atualmente, pois não é um medicamento regulamentado nem uma droga ilícita, e seu uso não se desenvolve como prática integrativa ou complementar. Os tratamentos com ibogaína poderiam ser integrados às redes de cuidado em saúde, seja nas redes comunitárias ou no SUS, de formas muito diferentes. Ainda não existem propostas de qual seria a melhor forma de regulamentar seu uso. É possível chegar a formas de regulamentação que reduzam os riscos envolvidos nesta prática de cuidado, e que ao mesmo tempo potencializem possíveis benefícios. No contexto atual, em que temos o uso problemático de álcool e drogas como um problema que atinge parte importante da população brasileira, e

que os tratamentos oferecidos são pouco eficazes, tanto pelo SUS quanto pelas instituições de saúde privadas, a ibogaína tem um grande potencial de impactar positivamente este cenário.

A ibogaína vem sendo usada com dois objetivos: a interrupção dos sintomas de síndrome de abstinência (grave problema entre dependentes de opioides), e a superação da dependência de diversas substâncias. Outro uso relatado é o da ibogaína como coadjuvante em processos psicoterapêuticos, com doses menores do que as usadas no tratamento de dependência (122).

Uma rápida busca na Internet por “ibogaína tratamento Brasil” aponta anúncios e páginas de sete diferentes locais de tratamento apenas na primeira página de resultados de pesquisa realizada no Google em 20 de abril de 2020. Sendo apresentada junto de internações em comunidades terapêuticas e resgates involuntários de pacientes, a ibogaína entra como um novo produto oferecido por locais já pouco regulamentados e pouco efetivos. Ao mesmo tempo, ela se mostra um promissor tratamento próximo ao emergente campo das terapias psicodélicas (126). Em meio ao que se vem chamando de “renascimento psicodélico”, novas pesquisas estão em desenvolvimento no intuito de gerar o conhecimento necessário para regulamentar a ibogaína como tratamento nos Estados Unidos. Deborah Mash, principal pesquisadora sobre ibogaína, está à frente de uma associação de empresas que se propõem a fazer os estudos clínicos necessários para a sua aprovação nos Estados Unidos como um medicamento para tratamento de dependência de opioides e da noribogaína, na forma de um medicamento usado em pequenas doses para lidar com a síndrome de abstinência dos derivados de ópio (127).

Outro ponto importante a ser pensado na perspectiva da saúde coletiva é de que forma este tipo de tratamento dialoga e se integra às outras formas de cuidados oferecidas aos usuários de drogas no país. Pouco se conhece sobre como a ibogaína age e como esta forma de ação pode ser usada na construção dos cuidados aos usuários de drogas, mas já é possível perceber características diferentes, seja em relação à atenção psicossocial ou aos métodos mais tradicionais das comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua (como os Alcoólicos Anônimos). Pode-se destacar a duração mais curta do tratamento, de 1 a 5 dias no máximo. E outra característica importante: a de não precisar conviver com fissura e

sintomas de síndrome de abstinência como nos modelos mais usuais, pois aparentemente a ibogaína reduz estes sintomas.

No Brasil, com seu contexto tão adverso para os usuários de drogas que procuram cuidado, o interessante é que a ibogaína fica em uma posição singular em meio aos modelos de cuidado. Pode se integrar tanto aos olhares absenteístas, como aos da redução de danos e de aumento na qualidade de vida, como vemos no uso da ibogaína por comunidades terapêuticas no Brasil e também pelo grupo que fundou a redução de danos na Holanda (51,58).

3. Dependência de Drogas: questões contemporâneas

Normalmente, nos trabalhos acadêmicos sobre drogas de viés progressista inicia-se dizendo que o uso de drogas é algo que as sociedades humanas fazem há muitos milênios, cada povo a seu modo (128). O interessante de olhar para o uso de drogas a partir desta perspectiva histórica e intercultural, é que se desnaturalizam alguns aspectos de nossa relação com as substâncias. Ao mesmo tempo, a quase ausência de fenômenos similares aos de dependência de drogas, como é vivida hoje, em outros momentos históricos e culturais, nos mostra que este tipo de descontrole no uso, assim como sua categorização como doença, tem muito a ver com o modo de a nossa sociedade se relacionar com as diversas substâncias. Neste capítulo, trago elementos para uma discussão em torno do termo dependência e dos olhares contemporâneos sobre os usos problemáticos de drogas. Vale dizer que o termo atual na psiquiatria para se designar os usos problemáticos é transtorno devido ao uso de substâncias. Ainda assim, o termo dependência de drogas e suas variações como dependência química são mais recorrentes nos locais de tratamento e nos debates públicos sobre o assunto. Diversos dos autores citados aqui trabalharam, na verdade, sobre o termo “addiction”, que infelizmente não é facilmente traduzível para o português. Optei por traduzi-lo por dependência, que não tem a conotação pejorativa ou carregada de um julgamento moral como o de vício, por exemplo.

Para Campbell (129), que fez uma importante etnografia dos estudos científicos sobre dependência nos Estados Unidos, apesar de todo o esforço dos pesquisadores, o fenômeno da dependência não se permitiu estabilizar em apenas uma forma de resposta às perguntas feitas por eles: a dependência continuou múltipla. A dependência de drogas pode ser entendida como um conjunto cultural e historicamente definido de ideias e práticas que dá uma forma única aos variados problemas e dificuldades no uso de álcool e drogas: a de um transtorno de compulsão, localizado no indivíduo (1). Neste capítulo, vou discorrer brevemente sobre algumas destas formas de compreender esta doença e as práticas

relacionadas a elas. Algumas destas concepções de dependência inspiram fortemente as práticas de cuidado no Brasil, das mais progressistas às mais disciplinadoras.

Como afirmam Fraser e colaboradores (1), a dependência e as sociedades modernas se construíram mutuamente, e continuam a se apoiar reciprocamente em busca de sentido. Assim, compreende-se que a dependência seja um fenômeno que se desenvolva com a modernidade, e siga se alterando com o passar do tempo e com as mudanças nas concepções de droga e de sujeito.

No mundo contemporâneo, o uso de alguma droga está presente em todas as sociedades e em todas as camadas sociais. Estima-se que 5,5% da população mundial faça uso de drogas - 271 milhões de pessoas - e que 35 milhões tenham algum transtorno associado ao uso (130). Os transtornos por uso de substâncias e de álcool são responsáveis por uma parcela considerável da carga global de doenças, que mede o número de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*AVAI* ou *DALY*, em inglês). Do total de *DALYs* perdidos no ano de 2016, os dois tipos de transtorno são responsáveis por 1,3% e 4,2% respectivamente, totalizando 5,5% (131,132).

No Brasil, estudo da Fiocruz (16), aponta que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Em relação ao álcool, porém, os números são muito maiores. Segundo a mesma pesquisa, 30,1% da população brasileira fez uso de álcool nos últimos 30 dias. Já o uso intenso, com consumo de maiores quantidades em um único momento, chamado no estudo de *binge drinking*, definido pela OMS como “uso de seis ou mais doses em uma única ocasião ao menos uma vez no mês”, foi de 16,5% (16). Este tipo de uso é considerado um problema de saúde pública por estar mais associado a acidentes, episódios de violência e comportamento sexual de risco para ISTs, como sexo desprotegido.

A dependência parece ser um conceito em expansão. É usado cada vez mais para uma variedade de fenômenos de descontrole ou compulsão, passando a ser associado também a comportamentos, e não somente ao álcool e às drogas. Nesse sentido, é também associada à compulsão por jogos, de azar ou videogames online; por compras; ao comer excessivo; à Internet, e às telas de computador, celulares e tablets, dentre outros comportamentos (1). No campo das substâncias, a

dependência de drogas prescritas, os medicamentos, é reconhecida há muito tempo no caso dos benzodiazepínicos, mas vem surpreendendo nas últimas décadas pela amplitude e intensidade da crise de dependência em opioides existente nos Estados Unidos atualmente.

3.1 A construção da dependência na modernidade

A dependência de drogas é um fenômeno moderno, que começa a se desenvolver a partir de meados do século XIX (2). Por mais que tenham existido pessoas que bebiam excessivamente (o “drunkard”, ou “beberrão” em inglês, como descreve Levine), estes modos de uso não eram vistos como uma doença ou desvio de caráter. Até o século XVIII, a compreensão do senso comum sobre o beber excessivo era de que as pessoas bebiam porque gostavam muito e queriam, não porque precisavam. A ideia de uso excessivo não era relacionada à compulsão. Ao invés disso, o beber excessivo era compreendido como algo que poderia fazer parte do cotidiano de alguém por gostar de beber muito, e não era visto como uma doença (2).

A compreensão de dependência como uma doença começa a surgir aos poucos, conforme as ideias de homem racional e de autocontrole como um valor começam a se consolidar nas sociedades modernas. O desenvolvimento deste fenômeno acontece também em paralelo à construção da noção de drogas e dos campos profissionais da medicina e farmácia (5).

No Brasil, Petuco (25) fez uma genealogia das discussões públicas e acadêmicas em torno dos temas drogas e saúde desde o início do século XX. Segundo ele, a discussão sobre a dependência como uma questão de saúde ganha espaço principalmente a partir de meados da década de 1940 – até aquela época, o uso de álcool e drogas era visto como vício, degeneração moral e costumes de raça inferior. Costumes “não europeus”, como o de fumar maconha, eram vistos como um problema da sociedade brasileira por levar à degeneração da população (133).

Junto à visão do uso intenso de drogas como um vício moral ou uma falha de caráter, se desenvolveu a ideia de doença. No fundo, estas concepções sobre o uso

problemático foram se desenvolvendo mutuamente, muitas vezes com o discurso médico legitimando o discurso moral-religioso sobre o tema, e vice-versa (2). A partir da década de 1970, se passa a definir a dependência como um conjunto de critérios observáveis, que se internacionalizam nos catálogos de doença, como o DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, da Associação Psiquiátrica Americana, em 1980), e a CID (Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde) (134,135). Junto à categoria dependência, desenvolveu-se a de uso abusivo, complementar a esta. Apenas a partir do DSM-5, a quinta edição do DSM, de 2013 (134), é que estas duas categorias foram integradas no novo conceito abrangente “transtorno por uso de substância”, que incluiu estas duas, além de inserir outros critérios. Em paralelo a esta construção da categoria de dependência na área da saúde, durante o século XX foram surgindo outros termos para se referir ao mesmo fenômeno de perda de controle no uso, como toxicomania ou dependência química, cada um com uma compreensão própria sobre os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas.

A partir dos anos 1990, ocorre outra mudança significativa na concepção de dependência. Nesta década, também conhecida como a “década do cérebro”, por conta dos avanços nos estudos com neuroimagem (136), se especifica um olhar biologizante sobre a dependência, qualificando-a como uma doença do cérebro (137). Com a introdução desta concepção, a partir de explicações neurocientíficas, o conceito de dependência se amplia e incorpora outros comportamentos e hábitos passíveis de criar dependência, como jogos de azar, uso de Internet, comer, sexo ou compras, que apresentariam a mesma base cerebral. A partir deste momento, o paradigma científico sobre dependência de drogas como uma doença do cérebro, crônica e passível de recaídas, se estabelece como hegemônico. Neste paradigma, a dependência se caracterizaria por alterações observáveis no cérebro humano, ligadas à liberação de dopamina e ao que se chama de sistema de recompensa, que seria a forma do organismo se autogratificar de forma prazerosa. Nesta concepção, o uso abusivo de drogas levaria a alterações nesse sistema, deixando o dependente incapaz de controlar seus impulsos, levando-o a ter prejuízos sociais por conta disso (137,138).

Nesta perspectiva, a biomedicalização da dependência alcançou um novo estágio com o desenvolvimento do modelo de doença do cérebro. Ao localizar a

dependência neste órgão, e identificá-lo como ponto central de uma doença, a Neurociência a reinventou como um processo fundamentalmente biológico. Nesse paradigma explicativo, por exemplo, a propensão de adolescentes a experimentar drogas, e sua vulnerabilidade para desenvolver dependência, seriam vistas como consequências do desenvolvimento ainda incompleto de regiões do cérebro, e de diferentes formas de neuroadaptação do sujeito em formação.

Não se pode afirmar que a chamada Era do Cérebro nos estudos de dependência esteja chegando ao fim, mas esta ultimamente tem recebido muitos e intensos questionamentos. Diversos autores interrogam o quanto as explicações neuronais dão conta de esclarecer satisfatoriamente a dependência, e também a desenvolver práticas de cuidado que efetivamente lidem com ela. Scott Vrecko, pesquisador do grupo de Nikolas Rose, ao fazer uma retrospectiva da emergência desta concepção cerebral da dependência, mostra que este é um empreendimento majoritariamente americano: até hoje, 85% do financiamento para pesquisas sobre os efeitos cerebrais da dependência foram feitos pelo NIDA (National Institute on Drug Abuse), instituto do governo americano sobre o abuso de drogas (136). Para o autor, a dependência como doença do cérebro é um fato científico atual, historicamente contingente e patrocinado pelo estado americano.

Kalant (139), na revista *Addiction*, questiona as explicações dominantes sobre o mecanismo de recompensa cerebral e seu uso como causa da dependência:

“Todo o conceito [...] de “sistemas de recompensa” tem que ser visto mais como um rótulo conveniente do que como um fato literal, já que não dá qualquer insight sobre as razões de porque alguns usuários ficam dependentes, enquanto a grande maioria, em quem também as drogas estimulam a liberação de dopamina no núcleo accumbens, não passa do uso ao uso compulsivo⁷” (139).

Para este autor, nos estudos neurocientíficos sobre dependência existe uma confusão entre a descrição dos mecanismos de funcionamento cerebral e a “causa” da dependência. A causa seria o que acionaria o mecanismo, não exatamente o mecanismo em si. Ao invés disso, a dependência só poderia ser compreendida de forma complexa, como um transtorno gerado a partir da interação extremamente complexa entre a substância, o indivíduo e seu ambiente, afetada por mudanças

⁷ Tradução nossa livre do inglês.

constantemente. Essa compreensão só seria possível a partir de uma interação entre farmacologia, neurobiologia, psicologia, antropologia e sociologia (139).

Outro ponto que é usado constantemente nas discussões sobre drogas e o cérebro é como elas afetam sua forma de funcionamento mais duradouramente, para além dos momentos específicos de uso da substância. Este é um ponto importante, pois serve para explicar porque a pessoa dependente continua “sob influência” da droga mesmo sem a ter presente no organismo. Como explicar a fissura meses depois de um uso, quando não há qualquer vestígio da substância no organismo? Este fato é visto como uma questão-chave sobre a relação entre cérebro e uso de drogas: O cérebro deve ser plástico para que as substâncias possam “sequestrar” o sistema de recompensa e alterar o corpo e mente suficientemente para causar dependência. Neste contexto, o cérebro é altamente plástico: vulnerável à mudança em um curto espaço de tempo e com relativamente pouco “input”. No entanto, quando a dependência se instala, o cérebro parece ser então muito resistente à mudança. O cérebro passa a ser pouco plástico (1).

David Nutt e colaboradores, em artigo de 2015, discute os resultados de 40 anos de teoria da alteração do sistema de dopamina (140). Apesar de ser amplamente aceita no campo acadêmico, e muitas vezes universalizada em relação a todas as drogas, o autor afirma que os abusos de maconha, álcool ou a cetamina, por exemplo, não necessariamente levam à liberação de dopamina em humanos. E, diferente do que acontece com os estimulantes, a associação entre a liberação de dopamina e efeitos prazerosos é menos aparente. A lógica da alteração nos receptores de dopamina não seria generalizável para todas as substâncias, e também nem seria uma prova de que este seja o mecanismo central da dependência entre os estimulantes, único grupo de substâncias em que esta alteração foi diretamente observada. O autor atribui a grande amplitude que a teoria da dopamina para dependência obteve ao ímpeto atual da ciência de apresentar dados positivos que complementem as teorias vigentes, em detrimento de refutar hipóteses. Ele afirma também que, se levar em conta apenas os dados conclusivos, pode-se perceber uma relação da dopamina apenas com os estimulantes, e teria uma importância pequena, caso houvesse, na dependência de outras substâncias. Além disso, este período de 40 anos focando pesquisas e investimentos na teoria da dopamina não resultou em nenhum novo tipo

de tratamento efetivo. A dependência de drogas estaria mais provavelmente associada à alteração em uma multiplicidade de neurotransmissores.

Outro que critica a teoria da dependência como doença do cérebro, só que no caso a partir de dentro das Neurociências, é Marc Lewis (79). De acordo com a proposição deste autor, as alterações no cérebro ocasionadas pelo uso de drogas de fato acontecem, mas não são patológicas. A dependência seria apenas o intenso desenvolvimento de uma habilidade, e as alterações cerebrais as mesmas que acontecem em qualquer processo de aprendizado durante a vida. Novas habilidades se desenvolvem com a criação de sinapses e caminhos neuronais, que se automatizam com a constância da execução de tal prática. O processo de automatização de uma habilidade no cérebro é o mesmo, ao aprender a dirigir um carro ou a usar cocaína. E, da mesma forma, estes hábitos se automatizam e, ao mesmo tempo, permanecem em parte decididos pelo sujeito. Em relação à maior sensibilidade aos estímulos associados ao uso de drogas, como lembranças, locais e situações que funcionam como gatilho para o retorno ao uso de drogas, e que podem acontecer anos ou meses depois da interrupção do uso, o autor aponta uma grande semelhança entre este processo e memórias muito carregadas afetivamente. Este é o caso, por exemplo, de situações traumáticas, grandes conquistas ou momentos marcantes do passado. Nestes casos, também estímulos como músicas que se escutava na época, visitar locais em que a situação aconteceu ou ver fotos ativam os mesmos processos cerebrais. Compreender a dependência como uma habilidade com consequências prejudiciais, e não como uma doença do cérebro, será útil para entendermos a postura ativa do participante em lidar com as situações de sua vida e para entender as mudanças que a ibogaína pode trazer.

A mudança no DSM-5 de dois transtornos (abuso e dependência de substâncias) para um (transtorno por uso de substância) criou um espectro de usos problemáticos. Dependendo de quantos critérios se encaixem na forma de uso avaliada, o transtorno varia entre leve, moderado ou grave. Este espectro permitiu o alargamento do conceito, abrangendo diversos tipos de uso, e mesmo aproximando o emprego do termo dependência para descontroles envolvendo o consumo de comida ou comportamentos como comprar, jogar, fazer sexo, jogar videogame, usar a Internet, entre outros. Esta ampliação do termo permitiu a inclusão de usos problemáticos, como o de metanfetamina. Este uso, quando problemático, costuma

apresentar um padrão bem diferente do uso cotidiano que vemos na dependência de tabaco ou álcool, por exemplo (1). Dificilmente acontece o uso diário, imbricado nas ocupações cotidianas, pois geralmente o consumo problemático da metanfetamina se dá em padrões de intensa compulsividade, levando à exaustão do corpo, no que se convencionou chamar de padrão “binge”. Este padrão de uso compulsivo, já citado anteriormente, pode durar de algumas horas a alguns dias, em que a pessoa se ocupa principalmente do uso de anfetaminas (às vezes acompanhadas de bebidas ou sexo) em detrimento de comer, descansar ou dormir. Apesar das imensas diferenças que caracterizam este uso problemático do uso de um alcoolista, o espectro do transtorno por uso de substâncias consegue abranger a ambos (1).

Considerar o comer excessivo como um análogo da dependência também tensiona o conceito, pois passaria a incluir substâncias que ao mesmo tempo são necessárias para a existência. A comparação que a literatura científica costuma fazer entre dependência de drogas e comer compulsivo relaciona as “junk foods”, também chamadas de ultraprocessados ou comidas altamente palatáveis, ao excesso de gordura, flavorizantes, açúcar ou sódio, com as drogas estimulantes, como se tivessem o mesmo efeito sobre a liberação de dopamina e nos mecanismos de recompensa do cérebro (1). Dessa forma, tanto este tipo de alimentos, como as drogas, seria intrinsecamente gerador de dependência. Também se privilegia nestas comparações a compulsão, usando igualmente o mesmo termo “binge” e a fissura, vontade incontrolável de consumir algo.

Durante o século XX, ao mesmo tempo em que o termo no âmbito científico foi se modificando, houve o desenvolvimento de outras acepções, em contextos distintos, relacionadas ao fenômeno das drogas, como os grupos de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos ou Amor Exigente), as clínicas de tratamento, as comunidades terapêuticas e outros espaços de tratamento. No Brasil, como bem apresenta Petuco (25), partindo da ideia de uso de drogas como degeneração da raça por costumes de povos “inferiores”, basicamente negros e indígenas, e se desenvolvendo sob forte influência da proliferação de espaços de tratamento de caráter comunitário e religioso, a concepção de dependência seguiu um caminho um pouco diferente. Aqui o conceito de dependência se mescla ao termo, pouco fundamentado cientificamente, “dependência química”, em uma amálgama de concepções advindas destes locais de tratamento. Mesmo que não tenha

fundamento em estudos científicos, esta concepção de dependência “nativa” dos espaços de cuidado tradicionais fundamenta provavelmente a maioria das práticas de cuidado no país, e permeia a trajetória de quase todos os participantes de nossa pesquisa, como apresento adiante.

Enquanto há uma ausência de políticas públicas focadas em usuários de álcool e outras drogas até o final do século XX, e a presença do discurso antidrogas de forma unânime até pelo menos a década de 1980 (25), a presença de espaços de internação especializados vem se expandindo por todas as regiões do país. Desde 2011, as comunidades terapêuticas (CTs) passaram a receber verba federal e têm tido espaço dentro do financiamento público para a área de álcool e drogas. O termo comunidade terapêutica surgiu nos anos 1950 na Inglaterra, desenvolvido pelo psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, mas os serviços brasileiros que têm esse nome guardam pouca semelhança com a proposta original. Jones procurou desenvolver espaços alternativos aos hospitais psiquiátricos da época. Na comunidade terapêutica de Jones, o tratamento acontecia a partir da convivência entre pares, da realização de atividades laborais e educativas em grupo, e a partir de espaços horizontais e democráticos de construção. No Brasil, no entanto, as CTs são em sua imensa maioria de cunho religioso e com hierarquias muito bem definidas.

Antes de qualquer coisa, é importante ressaltar que, sob o nome comunidade terapêutica no país, pode existir uma grande variedade de locais, já que a regulamentação existente estipula apenas parâmetros básicos de higiene e estrutura para o convívio, e parâmetros para o respeito dos direitos e da dignidade humana, como não permitir a internação involuntária, solitárias, nem o desrespeito à liberdade religiosa dos internos (141). Além disso, como são espaços pouco fiscalizados, mesmo estes parâmetros básicos muitas vezes não são seguidos, como se pode acompanhar nos Relatórios de Inspeção de Comunidades Terapêuticas feitos pelo Conselho Federal de Psicologia, em conjunto com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Ministério Público Federal (142). Estes relatórios apontam que práticas comuns nestes espaços violam direitos dos internos, como solitárias, violência verbal, física ou o uso disciplinar de remédios para dopar e controlar o interno. Além destes, há também espaços que fazem internações involuntárias, e que não respeitam orientação de gênero ou diversidade de culto.

Pesquisa realizada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) em 2017 apresentou um perfil das comunidades terapêuticas. Desta pesquisa foi publicado um livro que traz dados qualitativos sobre como funcionam estes espaços que existem em tão grande quantidade no país (18). De acordo com esta pesquisa, as comunidades terapêuticas no país caracterizam-se pelo tripé disciplina-trabalho-espiritualidade, a partir de rotinas disciplinares rígidas, laborterapia e práticas religiosas. A laborterapia seria uma terapia por meio do trabalho, em que os internos realizam tanto tarefas da manutenção do convívio da comunidade (como a limpeza e a alimentação do grupo) e serviços gerais de manutenção do espaço (pintura e pequenas obras), como também atividades produtivas em diversas áreas – agricultura, artesanato, construção civil e venda de produtos. Quando ocorre renda advinda destas atividades, em geral não é revertida para os trabalhadores. As práticas espirituais são orações, momentos de reflexão e práticas religiosas, em geral determinadas pela orientação religiosa do espaço, em sua imensa maioria cristã.

A principal pesquisadora do estudo descreve a representação específica do usuário utilizada nestes espaços (18). São geralmente chamados de “dependentes químicos em recuperação”:

“Essa pessoa teria algumas características cognitivas e comportamentais muito próprias – falta de controle dos impulsos; incapacidade de adiar satisfações; déficit de percepção acerca da realidade; entre outros –, além de um estilo de vida que conflita com as normas sociais. Pode-se dizer, sinteticamente, que, na ótica que predomina nas CTs, as pessoas que fazem uso problemático de drogas estariam destituídas da condição de sujeito moral e alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade de responsabilizar-se. É com base nesse entendimento que essas instituições pretendem operar uma transformação subjetiva-moral dos indivíduos que nelas são internados.” (18)

De acordo com esta pesquisa, estima-se que em 2017 existiam, aproximadamente, duas mil CTs no Brasil. A maioria delas, 46%, está na região Sudeste, com 26% na região Sul e 17% no Nordeste.

Os outros espaços muito presentes no país são os grupos de ajuda mútua. O primeiro deles, os Alcoólicos Anônimos, surgiu na década de 1930 nos Estados Unidos. Baseados em reuniões de partilha entre dependentes de álcool e o apoio

mútuo, construíram um repertório de práticas e teorias sobre o uso problemático de álcool, e desde então se espalharam por todo o mundo. Trabalham com a ideia de “Evite o primeiro gole”, com 12 passos para permanecer um doente em recuperação (143). Nas décadas seguintes, surgiram outros grupos inspirados nos AA, como os já citados Narcóticos Anônimos e o Amor Exigente, dentre outros, que são focados no uso de outras drogas e na família do dependente, respectivamente (143). Nas décadas seguintes surgiram outros grupos inspirados no AA, como os já citados Narcóticos Anônimos e o Amor Exigente, dentre outros, que são focados no uso de outras drogas e na família do dependente, respectivamente (143). No Brasil existem cerca de cinco mil grupos de AA que realizam seus encontros, muitas vezes, em salões paroquiais ou espaços comunitários (144). A teoria sobre o alcoolismo do AA, que também se ampliou para o uso de outras drogas com o NA, considera a dependência uma doença crônica, progressiva e fatal. Mesmo não tendo qualquer embasamento científico, esta concepção permeia grande parte dos locais de tratamento, e parece estar também muito presente no senso comum do país sobre o assunto. Junto com as CTs, os grupos de ajuda mútua são responsáveis pela maior parte dos espaços de cuidado disponíveis aos usuários. E, como mostro mais adiante no capítulo sobre as experiências de dependência dos participantes, influenciam muito na forma como eles compreendem e lidam com seus problemas com o uso de drogas.

Atualmente, este conjunto de práticas e discursos dos grupos de ajuda mútua e das CTs vem formando a base das práticas de cuidado no país. É muito comum as clínicas e CTs realizarem reuniões de partilha nos moldes do AA e NA, e usar como programa de tratamento os 12 passos, que são passos do reconhecimento de si como um doente, impotente sobre o álcool, que segue etapas para mudar o próprio “caráter” e seguir abstinente.

Além destes discursos tradicionais, têm surgido nas últimas décadas outras formas de tentar explicar este fenômeno do descontrole no uso de drogas e comportamentos correlatos. Na América do Norte, em consonância com a amplitude que o termo “trauma” tem ganhado, a dependência é facilmente compreendida como um sintoma, uma forma de o sujeito cuidar do próprio sofrimento trazido por algum evento traumático que viveu. O trauma e seu transtorno associado, o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), estão presentes em uma diversidade de

contextos, seja ao falar do sofrimento dos veteranos de guerra, sobre as vítimas negras, o colonialismo, refugiados ou imigrantes (145–147).

O livro de Gabor Maté, “In the Realm of Hungry Ghosts - Close Encounters with Addiction”, lançado em 2008 e que foi best seller nos Estados Unidos e Canadá, é o mais representativo da força atual deste discurso (148). Maté parte de relatos de sua experiência como médico - cuidando de usuários de drogas no centro de Vancouver, na famosa região de Downtown Eastside, na Hastings Street-, e de explicações científicas sobre neurotransmissores e epigenética⁸ para demonstrar que os usuários abusam das drogas e levam seu modo de vida como uma forma de lidar com os traumas que carregam. Traz, a partir disso, a teoria de que a dependência seria uma forma de o usuário de drogas se “automedicar”, a fim de, com o uso, reduzir a dor e sofrimento associados a um trauma ou “ferida” interna, muitas vezes existente desde a infância. Segundo ele, “não necessariamente todas as dependências teriam sua raiz em uma situação de abuso ou trauma, mas todas estão ligadas a algum tipo de sofrimento” (tradução nossa do original em inglês) (148).

Este trauma pode ter sido gerado por uma infinidade de causas, relações e situações. Maté relaciona a dependência de seus pacientes do centro de Vancouver com questões sociais locais, como serem descendentes de indígenas canadenses, de imigrantes ou a presença de abusos sexuais, violências físicas ou verbais na infância. O seu próprio comportamento que considera compulsivo, o de comprar discos de música clássica compulsivamente, seria fruto do sofrimento passado na infância ao fugir da Europa nazista. Mas os traumas podem estar também relacionados não apenas a momentos violentos, acidentes ou outras situações pontuais. Populações discriminadas e minorias, como negros, poderiam sofrer de trauma racial por viver “microtraumas” nas suas relações cotidianas, sendo discriminados sistematicamente (145). O papel do trauma no discurso atual é tão abrangente que é usado também para falar não somente do sofrimento da vítima, mas também do agressor. Os veteranos do exército americano, ao mesmo tempo responsáveis pela invasão e morte de árabes e afegãos, são vítimas também da situação ao retornar ao seu país sofrendo de TEPT. O atual renascimento psicodélico nas pesquisas, aliás, vem promovendo a ideia de empregar diversas

⁸ o estudo de como o ambiente afeta a forma como os genes são ativados.

destas substâncias no tratamento do TEPT de veteranos de guerra, como MDMA, psilocibina e ayahuasca (45,149–152).

Como bem descreve Didier Fassin, ao construir uma genealogia do termo trauma no discurso público e científico, se no início do século XX o trauma de guerra era visto com desconfiança, como se a vítima o usasse apenas para receber indenização do estado, atualmente é um termo-chave para tentar legitimar o sofrimento e questões sociais (153). A descrição sintomatológica do transtorno do estresse pós-traumático permitiria falar do sofrimento ao suspender o julgamento sobre o sujeito, e seria uma forma de mostrar o aspecto humano daquele a que se refere. Como um termo tão amplo corre o risco de dizer sobre tudo, e no fundo não dizer nada - e, como não parece ser um termo usado no contexto brasileiro para descrever o sofrimento social -, não me foi particularmente útil para o presente estudo.

Outro pesquisador canadense, Bruce Alexander, também construiu uma teoria geral da dependência. A partir de seu livro “The Globalisation of Addiction” (154,155), a dependência (de álcool ou de outras drogas) ou a ampla diversidade de comportamentos aditivos (como o jogar compulsivo), seria efeito da sociedade de livre mercado dos últimos dois séculos que teria gerado deslocamentos em massa e a destruição de dinâmicas comunitárias integradoras fundamentais ao bem-estar humano.

Já o historiador David Courtwright (156) propõe um papel mais ativo da dinâmica de mercado capitalista na construção da dependência, no que ele chama “age of addiction” (era da dependência, tradução livre nossa do inglês). Para ele, no capitalismo atual, que ele chama de “limbic capitalism” (capitalismo límbico), em referência à área do cérebro associada ao prazer e ao mecanismo de recompensa, há todo um conjunto de empresas que trabalham ativamente produzindo novas formas de atrair e tornar a sociedade dependente da intensidade de prazer causada por seus produtos.

Outro estudo que vale comentar é de Gerda Reith, que pensa a dependência a partir da sociedade de consumo, em que as pessoas expressam seus valores sobre liberdade, autonomia, criatividade e escolha pelo consumo. A dependência seria, então, uma patologia do consumo, um transtorno que transforma o “consumidor soberano” (157). Na perspectiva de Reith, na esteira dos estudos de Michel

Foucault, a dependência é uma forma de governança e controle que opera por meio da liberdade individual, e não contra ela.

3.2 O hábito de usar drogas

Depois de entrar em contato com esta diversidade de formas de compreender e lidar com o uso de drogas e álcool, me pareceu frutífera uma leitura mais específica do uso de drogas enquanto hábito humano, mais próxima da experiência fática que encontramos nos participantes. Vamos apresentar brevemente como, a partir da leitura do uso de drogas como um hábito cotidiano, será possível olhar este fenômeno tendo como base não apenas a ação da substância sobre o corpo do sujeito, seu cérebro, mas a interação entre os diversos elementos, de forma mais complexa. Com base nas contribuições de autores australianos contemporâneos, como Duff, Fraser, Moore e Keane (1,27,28,158), de Marc Lewis (159) e Peter Sloterdijk (80), podemos pensar nos efeitos que as drogas têm no sujeito, mas também que uso e sentido o sujeito dá para estes efeitos. Para Fraser et al. (1), os hábitos seriam práticas corporais sociais rotinizadas, e esta noção de hábito oferece uma alternativa valiosa em relação à dependência, permitindo uma aproximação menos sombria à repetição, facilmente vista como falha ou sintoma, e permitindo sobrepor-se aos efeitos binários da dependência (ser ou não ser). A dependência seria, então, a habituação, automatização de um hábito “nocivo”.

Os autores australianos, a partir de estudo qualitativo com usuários de cocaína, álcool, metanfetamina e comer compulsivo, ampliam a noção de hábito não apenas como algo que o sujeito executa, mas uma ação que ao mesmo tempo constrói o sujeito:

“o hábito é mais do que apenas algo que os seres humanos fazem enquanto vivem sua vida cotidiana. Alinhados com as ideias sobre objetos, sujeitos e arranjos de Bruno Latour e John Law, os hábitos fazem os humanos” (1) (tradução livre nossa).

Já Cameron Duff, pesquisador também australiano, a partir do pensamento de Michel Foucault, propõe pensar o uso de drogas como práticas de si (28). Com isto, busca salientar diversos aspectos presentes nas práticas de si discutidas por

Foucault, que reconhece nas dinâmicas sociais de uso de drogas. Práticas de si são atividades que habitualmente fazemos, e assim nos constituímos como sujeitos – por exemplo, escrever, fazer dieta, nos exercitar, rezar ou mesmo falar a verdade. Ao mesmo tempo, estas práticas são também impostas externamente a nós, pois elas são moldadas por instituições como a escola, a legislação, a igreja, a saúde institucionalizada etc. (160) Entre elas está o aspecto estético e performático do uso e a construção de padrões de uso, a partir de noções de belo ou forte na perspectiva do usuário, influenciado pelo que chama o autor de uma ética do prazer e da moderação.

As pesquisas desses autores sugerem a compreensão do uso problemático de substâncias como expressão de hábitos automatizados ligados a tipos variados de experiências, como sofrimento, falta de liberdade, euforia, tédio, excessos e intensidades variados. Isso ao mesmo tempo em que expressam esteticamente modos de ser, podendo ser inspirados por um modo de ser admirado pelo sujeito.

3.3 O Universo das práticas: a antropotécnica de Peter Sloterdijk

Outro autor que parte do pensamento de Foucault sobre as práticas de si e as amplia é Peter Sloterdijk. O autor coloca as práticas cotidianas também como um aspecto fundamental da construção do indivíduo, e por isso as chama de antropotécnicas. Ler o uso de drogas e a dependência como um hábito, na perspectiva da antropotécnica, nos ajuda a olhar a dependência como um fenômeno em que a substância tem sua ação, mas ao mesmo tempo não perder de vista o posicionamento ativo do usuário em sustentar seu modo de vida de usuário, e nos ajudar a focar no que faz o sujeito consigo, seja com o uso de drogas ou da ibogaína para o tratamento. A partir desta compreensão do uso de drogas e da dependência como conjunto de hábitos, é possível destacar aspectos importantes da relação das pessoas com as drogas, como a sociabilidade e a valoração das práticas, que geralmente ficam invisibilizados na abordagem corrente da dependência como transtorno do uso.

Peter Sloterdijk é um filósofo alemão contemporâneo que dialoga de forma crítica com diferentes escolas de pensamento. Na construção da noção de antropotécnica, usa conceitos de autores como Michel Foucault, Pierre Bourdieu, Arnold Gehlen, Martin Heidegger, Ludwig Wittgenstein, mas usa-os ao seu modo. (80,161).

No seu livro “Tens de mudar sua vida”, Sloterdijk se apropria de conceitos dos autores citados acima para colocar as práticas e os hábitos como constitutivos e construtores das formas humanas (80). Nesta perspectiva, o que se chama habitualmente de “culturas humanas” passa a ser visto como “sistemas imunológicos”, coleções de antropotécnicas que dão formas aos humanos em sua lida com questões fundamentais do existir humano. Estes conglomerados de hábitos e concepções de mundo são vistos pelo autor como sistemas imunológicos por serem formas que cada sociedade desenvolve para lidar com os riscos e perigos do mundo externo.

Fugindo de categorias usuais, como religião, ciência, exercícios mentais ou físicos, ele iguala todos estes “campos de ação humana” dentro da ideia de antropotécnica (80). De forma ampla, define práticas ou exercícios como “qualquer operação que conserva ou melhora a qualificação do ator para realizar a mesma operação da próxima vez, seja ela declarada como exercício ou não” (tradução do trecho em Martins) (80,162). No caso da presente pesquisa, por exemplo, as práticas de usar drogas, usar drogas de forma problemática e o uso da ibogaína no tratamento podem ser vistas como técnicas de construção do humano, e que constroem de diferentes formas.

Todas as práticas humanas são formas de autoconstrução e de construir um mundo comum, entendido pelo autor não exatamente como “cultura”, mas como este sistema “imunológico”, que cria proteção frente aos riscos do mundo. Os exercícios de melhora de si estão presentes nas diversas esferas da vida, como a religiosa, a escolar, os esportes, etc.

Ele apresenta um aspecto positivo da disciplina, diferente do aspecto docilizante que Foucault traz. Segundo Sloterdijk, o pensador francês fixou suas análises em espaços como manicômios e prisões, e não em espaços muito mais frequentados pela população, como as escolas, as academias, nas oficinas e nos estúdios de arte, onde se molda o humano de acordo com os padrões cristãos-humanistas da modernidade.

O autor divide a antropotécnica em operações de outros sobre o sujeito, e operações do sujeito sobre si. Mesmo que não coincidam exatamente desta forma, pode-se sugerir que as primeiras estariam mais relacionadas à biopolítica e as outras às práticas de si. Estes conceitos teriam ficado incompletos na obra de Foucault, e por isto Sloterdijk propõe esta transformação dos conceitos, sua ampliação (163).

As práticas de melhora de si estavam na antiguidade ocidental relacionadas à filosofia, ao atletismo grego, e depois na Europa permaneceram confinadas às práticas religiosas de imitação de Cristo, de meditação, jejum e a vida monástica. As escolas gregas de filosofia e os mosteiros cristãos são exemplos de espaços de repertórios de antropotécnicas, que criam formas de mundo e de sujeito. A modernidade, assim como aconteceu com outras áreas da sociedade, desespiritualizou as práticas de si, que passaram a estar presentes nos esportes e na educação. Se antes o ideal a ser atingido estava relacionado a um “outro mundo”, como o céu cristão, na modernidade se busca o aperfeiçoamento do corpo e da mente no mundo que se vive.

Além disso, a partir do século XX começa a existir a possibilidade também da “aquisição” de melhorias sobre si, como plásticas cirúrgicas, por exemplo. A ibogaína, dependendo de como seja usada, pode facilmente entrar nesta lógica, uma pílula mágica que se adquire para tirar a dependência de si. Com essa ideia de aquisição de uma transformação sobre si, o autor tenta também colocar em questão um limite do que seria a ação do homem sobre o humano. O que diferenciaria esta domesticação de si próprio pelas práticas feitas e adquiridas da ideia eugênica de melhoramento da raça humana? Para Sloterdijk, as diversas práticas de construção de si promovidas pela sociedade seriam “eugênicas”, no sentido de moldar o humano de acordo com os valores vencedores de cada uma. Na educação, temos uma inibição de alguns comportamentos e formas de ser, e a estimulação de outros, levando ao molde e à construção de um tipo de humano. Este é o cerne da célebre crítica de Jürgen Habermas nos anos 1990, quando do lançamento do ensaio de Peter Sloterdijk “Normas para o parque humano”, uma resposta ao livro sobre ética de Heidegger, “Carta sobre o Humanismo” (164).

Para o pensador, a antropotécnica não é só um cuidado de si, mas uma construção de si fundamental do existir humano, por considerar um fundamento o seu aspecto

de incompletude, o fato de um ser humano estar sempre inacabado. Por conta da sua neotenia – o fato de nascer ainda não adaptado para sobreviver sozinho ao ambiente, e manter na idade adulta características de fases anteriores (como aprender e brincar) –, o ser humano precisa continuar se construindo, a partir da ação dos outros sobre ele ou de ações sobre si. E é no âmbito da “cultura” que se dá este passo de construção, a partir de modelos de existência “de sucesso”, que são consideradas pelo grupo social como formas que deram certo.

Nesta forma de pensar a ação e autogênese humana, a partir do exercitar-se, há uma revalorização da repetição, da rotina, do hábito. O hábito, repetição de uma prática, de um exercício no cotidiano, seria a forma de toda a cultura ser “encarnada”. Porém, o hábito não é somente a ação do sujeito reproduzindo o coletivo, como se tenderia a pensar mais comumente. O hábito é uma repetição, uma automatização do exercício, uma habituação. A rotina leva à habituação do exercício, e o que antes era difícil de fazer, mais improvável de realizar, torna-se facilmente alcançável e possível de ser superado.

As formas de vida, tanto as de uma comunidade como de um indivíduo, são um conglomerado de hábitos aprendidos e desenvolvidos que mantém aquele tipo de vida. “Hábitos formam virtudes e vícios, e complexos de hábitos formam “culturas”” (tradução livre do original em inglês). (80)

Sloterdijk propõe a antropotécnica como uma atualização também da genealogia da moral nietzschiana, pois seria a forma como as culturas pretenderiam se perpetuar ao construir os novos sujeitos que surgem em seu seio. Esta construção se dá a partir das ideias e práticas consideradas vencedoras, e por isto positivas em uma perspectiva moral.

O executor da prática, o asceta, é como um acrobata, que se desenvolve em realizar o improvável, e se habitua ao improvável, que passa a ser seu normal, seu cotidiano. O hábito é uma repetição, uma automatização do exercício, uma habituação.

Outro aspecto importante do hábito enquanto antropotécnica é que as práticas desenvolvem diferentes formas humanas, e levam também à diferenciação dentro do grupo. A partir da diferenciação entre os “treinados” e os “não treinados”, ou entre os praticantes e não praticantes, Sloterdijk vai pensar a moral e a retirada do mundo.

É a tensão vertical estabelecida pelas práticas, de se exercitar para chegar perto de um ideal, uma forma de ser inspiradora, seja Jesus Cristo, Neymar, Jim Morrison ou Sigmund Freud: aquele que pratica se destaca frente aos outros que não praticam. Além de poder gerar mais status ou maior grau hierárquico, a prática pode também levar ao distanciamento da massa, do mundano, do mundo compartilhado por todos.

Podemos associar diversos destes aspectos das antropotécnicas ao uso de drogas e à dependência. O quanto os usos de substância não são inspirados por “mestres do cuidado”, como o pai no boteco bebendo, o primo mais velho fumando maconha, ou mesmo o “nóia”, o usuário de crack, tão corajoso em romper com tudo? Ou, ainda, o adolescente que usa drogas se inspirando em seu ídolo do rock, do punk, do funk? Que tipo de inspiração teria o jovem de classe média que, ao entrar no uso abusivo de crack, se porta como um “nóia”?

3.4 O uso problemático de drogas e a construção de si

Partindo desta leitura de Sloterdijk, os hábitos cotidianos podem ser pontos-chave para compreender os usos problemáticos. Para o autor, as técnicas de construção do humano passam pelos hábitos, pelas práticas cotidianas. Enquanto a biopolítica “adestra” e cria sujeitos pela ação de outros, a partir de ações disciplinares, mas também a partir da pedagogia, por exemplo, as práticas cotidianas seriam formas de “adestramento” e criação de si mesmo. Cumpre-se literalmente o que o hábito faz ao monge, sua prática sistemática constrói o monge, e a prática racionalizada constrói o praticante.

No caso do monge e seus hábitos, os exercícios cotidianos servem para o distanciamento do mundo, como explica com clareza Castro-Gomez¹²:

“A repetição metódica de atividades como levantar-se à mesma hora, assistir à missa, comer, cuidar do jardim, cozinhar, limpar, orar, escrever textos, escutar leituras de livros sagrados, etc., servia para criar um tipo de homem capaz de distanciar-se do mundo, isto é, de se colocar em um nível de “imunidade” superior ao da maioria das pessoas.”⁹ (163)

⁹ Tradução livre nossa.

A prática constante, a habituação, que leva à diferença entre quem faz em relação aos outros, pode ser observada no uso de drogas também. Em relação às drogas, a habituação leva à tolerância, exigindo maior consumo da substância para ter o mesmo efeito, chegando a atingir níveis de consumos inatingíveis aos que não praticam diariamente. O distanciamento do mundo cotidiano compartilhado fica evidente nos usos intensos, nos quais a pessoa passa boa parte do seu tempo ocupada com as práticas no entorno do uso.

Diversos dos elementos que compõem o conceito de antropológica podem nos ajudar a compreender melhor o uso problemático de drogas e as chamadas dependências. Apesar de as teorias científicas manterem o foco de suas explicações na ação da substância sobre o sujeito, é muito evidente a necessidade de uma postura ativa por parte do sujeito para manter a rotina de uso da sua substância de escolha. Aqui vale um breve comentário: é essencial destacar que discutir quanto e como age cada elemento na conformação dos fenômenos em questão não tem a ver com qualquer dinâmica acusatória que tente achar o “culpado” pelo fenômeno, mas sim construir um discurso sobre o que acontece que possa dar conta de sua complexidade, sem explicações reducionistas focadas apenas na droga alterando o funcionamento “normal” de um sistema cerebral.

O hábito pode ser espontâneo e quase passivo, como na expressão “força do hábito”, e pode ser visto como um princípio gerador de movimento pré-pessoal. São ações antigas, já muito repetidas, que se reatualizam no presente. Sloterdijk destaca dois aspectos complementares do hábito enquanto inércia: é algo passivo e ativo ao mesmo tempo. Assim, o hábito tem um aspecto dual de repetição repetida, e de repetir a repetição.

Este ponto é importante porque, por mais que a continuidade da dependência esteja vinculada a um movimento ativo do usuário, o que é vivenciado por ele geralmente são momentos de descontrole e automatismos, envoltos muitas vezes em sofrimento, e não necessariamente prazer. Nesta aproximação com os hábitos, o quanto os momentos de descontrole ou automatismo se aproximam ou se distanciam da dificuldade cotidiana de mudar um hábito, entrar em uma dieta, manter os exercícios físicos cotidianos? E o quanto se distanciam destes hábitos “normais”, difíceis de mudar? Como diz Sloterdijk,

“o ‘cuidar de si’, é uma atitude daqueles que encontraram o maior oponente em si mesmos - o daimon de duas cabeças que nos mantém possuídos ora por vontades e afetos que aparecem em mim, ora por uma força inercial, um complexo de hábitos que se sedimentaram em mim” (80) (tradução livre nossa).

Quando estes automatismos são problemáticos, entrariam no campo patológico? E como lidar com eles? Nos relatos dos participantes da pesquisa, poderemos identificar algumas características do que aproxima, e o que diferencia a experiência deles de dependência dos outros hábitos cotidianos.

O hábito está ligado à rotina, não somente no aspecto do que se institui como repetição espontaneamente na vida, mas também na instituição de rotinas para si. Entender a existência dos hábitos, e assim praticar hábitos, rotinas, é algo “pós-passivo”. Quer dizer, se muda a forma de ser antiga por meio do acostumar-se a novos hábitos. Esta lógica nos ajuda a entender o trabalho de espaços de tratamento tradicionais como as Comunidades Terapêuticas, que têm como principal eixo de tratamento a rotina rigidamente instituída. Parece um recurso usado pelo AA e NA, que propõem inicialmente 90 reuniões em 90 dias para que o usuário saia do uso problemático.

Então, olhando as relações de dependência com as drogas como conjuntos de hábitos automatizados inspirados socialmente, que constroem a vida do sujeito, parto agora para os dados que colhemos na pesquisa. Depois de uma descrição dos locais de tratamento e da breve apresentação dos participantes, vamos nos debruçar sobre as experiências de dependência dos participantes, prestando atenção a de que forma o descontrole era vivido por eles.

4. Objetivos

4.1 - Objetivo Geral

A partir da observação participante e das entrevistas em profundidade com pacientes e profissionais pretendi:

- Compreender como se dá o manejo da dependência com o uso da ibogaína em quatro clínicas no país.

4.2 - Objetivos específicos

- Compreender a experiência da “dependência de drogas” vivida pelos sujeitos que procuraram o tratamento com ibogaína.
- Descrever como acontecem os tratamentos.
- Compreender a experiência vivida com a ibogaína pelos pacientes.
- Compreender de que forma esta experiência impactou sua vida no decorrer do ano seguinte.

5. Método

Como apresentei rapidamente na introdução, antes de se propor a avaliar a eficácia do uso da ibogaína para o tratamento de dependência, como acontece nos estudos existentes sobre a ibogaína, considero importante compreender como eles já acontecem atualmente no Brasil. Como no campo dos estudos sobre psicodélicos (e mais especificamente sobre ibogaína) as experiências subjetivas são tão peculiares e intensas, os dados quantitativos não capturam todo o espectro do fenômeno (149).

Em revisão sistemática sobre os estudos qualitativos com psicodélicos, Breeksma (149) aponta que o objetivo da maioria dos estudos foi compreender a fenomenologia da experiência, as perspectivas do tratamento, os processos terapêuticos ou os resultados da intervenção, em consonância com o que se busca nesta pesquisa.

Este estudo é uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, de seguimento por um ano, composta por observação participante em dois locais de tratamento, entrevistas em profundidade com profissionais de quatro locais de tratamento diferentes, e entrevistas em profundidade com 12 pacientes (11 fazendo tratamento para dependência de drogas, e uma para distímia/depressão) a cada três meses por um ano. Os roteiros das entrevistas podem ser encontrados no apêndice ao final da tese.

5.1 Coleta de Dados

Nesta pesquisa, usei dois métodos de coleta de dados: a observação participante e as entrevistas em profundidade. Realizei as entrevistas com 12 pacientes e com um profissional de cada local de tratamento. Na entrevista em profundidade, procurei entender os significados atribuídos à experiência de dependência e do tratamento com ibogaína pelos entrevistados, a partir da construção de um “espaço relacional privilegiado” (165), para que o participante expressasse livremente suas opiniões, vivências e emoções sobre o tema, a partir de perguntas disparadoras e comentários.

Este espaço relacional privilegiado, criado no momento da entrevista, é sempre contextual, dependendo de como se dê o contato com os participantes, e a entrevista propriamente dita. Além disso, como se conhece pouco da forma como se dão as práticas de tratamento com a ibogaína no Brasil, a observação participante foi fundamental para situar as experiências dos pacientes. Moré destaca a importância da utilização de ambos (entrevista em profundidade e observação participante) para maior consistência dos dados (165). A observação participante, método inspirado na antropologia e usado como ferramenta metodológica em pesquisas qualitativas em saúde coletiva, consiste na participação do pesquisador em atividades do contexto estudado, ao mesmo tempo em que mantém uma observação e certo estranhamento com o contexto e posterior registro em caderno de campo, para entender seus sentidos e dinâmicas (166,167). Para que os dados da observação participante estejam bem situados, é fundamental que o pesquisador procure levar em conta que tipo de entrada faz em campo e de que forma é provavelmente percebido pelos sujeitos participantes da pesquisa (166).

Para que não tivesse apenas o relato da experiência no período logo após a ibogaína, e pudesse ver o efeito e o impacto da experiência na trajetória do paciente, fiz entrevistas a cada três meses, por até um ano. Consegui manter o seguimento por um ano com parte dos entrevistados, como detalharei mais à frente. As entrevistas foram feitas logo após o tratamento, e decorridos três, seis, nove e 12 meses. Os sujeitos foram informados da pesquisa e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp, com número CAAE: 89378918.6.0000.5404. As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e transcritas. Nas entrevistas de seguimento, em alguns momentos privilegiei a coleta das informações em detrimento da gravação, pois em poucos casos tive dificuldade em ter respostas, como demora do participante em responder, ou entrevistas seguidamente desmarcadas por dificuldade de o participante em acessar a Internet. Algumas destas fiz por telefone, pois estava difícil para o participante marcar um momento mais organizado para a entrevista por chama de vídeo. Falamos ao telefone ao mesmo tempo em que anotava o que o sujeito falava. As gravações serão guardadas por cinco anos, e depois descartadas.

Depois de abordar um perfil do participante e breve histórico de vida, sua trajetória de uso de drogas e de tratamentos, fiz perguntas disparadoras sobre o tratamento com ibogaína. As perguntas buscavam esclarecer como o participante ficou sabendo do tratamento com a ibogaína, quais as expectativas em relação a ele, de que forma se preparou e se informou sobre o tratamento, e quais foram os efeitos. Procurei entender, também, se durante o efeito agudo teve lembranças, se foram significativas, e se teve visões.

Nas entrevistas de seguimento, também feitas abertamente, as perguntas e comentários focaram em saber como estava a vida do participante de forma geral, incluindo o uso ou não uso de drogas; relações interpessoais; inserção em tratamento ou formas de autocuidado; que atividades de trabalho e lazer praticava; o que estava achando do tratamento com ibogaína naquele momento; de que forma se lembrava dele, e o que o havia marcado nele. Os roteiros de entrevista estão anexados ao fim da tese.

5.2 Entrada em campo e questões metodológicas

A partir de uma pesquisa inicial exploratória do campo de tratamento com Ibogaína via Internet e de relatos informais de pessoas que trabalham na área de tratamento de dependência, pude saber da existência de diversos locais que ofereciam o tratamento com ibogaína no país. Uma busca simples no Google mostrou, apenas na primeira página do buscador, sete clínicas diferentes usando a ibogaína em seus processos. Dentre as que tive contato, selecionei dois locais em que pude acompanhar alguma parte do tratamento, e outros dois nos quais apenas entrevistei o responsável. Nesta busca exploratória, foi possível conversar também com outros provedores de tratamento, e ter uma visão mais geral de como a substância vem sendo usada atualmente no país.

Como a ibogaína ainda está em uma zona cinzenta entre a legalidade e a ilegalidade, porém, poucos aceitaram falar mais abertamente para a pesquisa. Alguns aceitaram contar de suas práticas, mas não quiseram dar uma entrevista formal e participar da presente pesquisa. Dos 12 pacientes acompanhados para a pesquisa, a grande maioria (10) fez o tratamento nos locais de tratamento 1 e 2, que

me permitiram também acompanhar presencialmente o processo ou parte dele. São os dois locais que tem maior grau de legalidade entre os contatados. Os outros dois indicaram um paciente cada um para a pesquisa, além do provedor do tratamento aceitar dar entrevista. Duas das entrevistas com os profissionais aconteceram no local de tratamento, uma delas em um café, e a última por chamada de vídeo. Nestas entrevistas, as perguntas tentavam elucidar como acontecia o tratamento, tais como: Como acontece, concretamente, o tratamento?; Como são feitas a triagem e a preparação do paciente?; Quais são os riscos?; Como se maneja estes riscos?; Quais os efeitos da ibogaína e como eles são terapêuticos para os pacientes?; O que é a ibogaína?; Ela é similar às outras drogas?; De que forma a ibogaína age na dependência dos pacientes?; O tratamento com ibogaína se assemelha a outros tipos de tratamento para dependência?; Em quê?, E em que se distancia? O roteiro de entrevista pode ser consultado nos apêndices.

Estes dados são apresentados no capítulo “Os locais de tratamento”. Ao entrar em contato com os locais, me apresentei como alguém que estava realizando a pesquisa, mas que também atende pacientes com problemas de uso de drogas, e que já atendeu pacientes que tomaram ibogaína. Por um lado, foi interessante contar aos provedores de tratamento que já tinha experiência no assunto por facilitar a aproximação, principalmente com os dois provedores de tratamento que trabalham de forma mais irregular e não institucionalizada. Como eles trabalham de forma clandestina, alguns detalhes parecem ter ajudado a abrir o diálogo. Um deles é o fato de eu já ter atendido pacientes, e o outro é que já passei pela experiência com ibogaína nos moldes do tratamento oferecido no Brasil, a convite de um médico em 2013. E estes pontos parecem ter criado mais confiança, tanto que falaram mais abertamente sobre suas experiências.

Por outro lado, no Local 2 houve certa dificuldade em permitirem a pesquisa. Apenas depois de duas visitas à instituição, e de mandar o projeto de pesquisa para analisarem, é que acabaram permitindo. Felizmente, permitiram a entrada e pudemos acompanhar o primeiro dia do tratamento por quatro semanas, além de depois indicarem pacientes para a pesquisa. Algumas informações sensíveis, no entanto, como a origem da ibogaína utilizada (se era de origem farmacêutica e como era importada), não foram compartilhadas, e algumas outras informações foram contraditórias em relação ao relato dos pacientes de lá.

O meu contato inicial com os pacientes foi pontual, apenas nos poucos dias em que estavam na clínica, e parte deste tempo estavam incomunicáveis devido à forma introspectiva que é vivenciada a experiência com a ibogaína. Por conta dessas particularidades nos contatos iniciais, previ certa dificuldade em conseguir respostas nas entrevistas de seguimento, conforme passassem os meses pós-tratamento. Frente a isto, decidi nos dias da observação dos tratamentos não fazer nenhuma entrevista, priorizando a conversa e o convívio informal com os pacientes e seus familiares, de forma a aumentar o contato com o pesquisador e a chance de responderem posteriormente.

5.3 Análise dos dados

Com todo o material coletado e transcrito, realizei uma leitura geral, e depois outras mais sistematizadas a fim de identificar temas e categorias de sentido nos dois aspectos acima mencionados: o que se entende e se vive por dependência, e qual o sentido está tendo o tratamento com a ibogaína. Abordei os dados em uma perspectiva fenomenológico-existencial, tentando encontrar o sentido da “doença” que se trata (no caso a dependência) e do tratamento, usando os moldes apresentados pela “Análítica do Sentido”, de Dulce Critelli (168).

O método fenomenológico não consiste de passos concretos com modelos de análise, pois o delineamento de uma metodologia e análise passa antes pelo talhamento de um olhar para que se compreenda da melhor forma aquilo que se queira estudar (168). Na atitude fenomenológica, compreende-se que os diversos olhares sobre o fenômeno constituem discursos, formas de conhecimento sobre a coisa em questão (76). A partir de uma descrição densa, busca-se reconhecer a trama de significados que tornam a coisa estudada o que ela é no contexto estudado. No caso da ibogaína, por exemplo, de que forma os diversos discursos sobre as drogas, a dependência de substâncias, sobre a ibogaína e a experiência com ela conformam seu lugar enquanto promissor tratamento? Além de prestar atenção sobre o que se fala sobre a ibogaína, foi necessário estar atento também a como viveram no período posterior ao tratamento, sob que perspectiva viram sua vida, suas relações e seus problemas, mesmo que não vissem relação direta das características deste novo momento com o tratamento.

Uma forma de ampliar a compreensão sobre os fenômenos é colocar em diálogo as diferentes formas de conhecimento sobre a coisa. Neste “talhamento do olhar”, foi importante discorrer de forma abrangente, nos últimos capítulos, sobre a ibogaína e a dependência de drogas, sistematizando e ponderando a respeito do discurso científico acumulado. Agora, vamos examinar detidamente os dados coletados e analisados, colocando em relação à experiência vivida de dependência do tratamento com a ibogaína com os dados sobre dependência e ibogaína.

Sobre a questão do “talhamento do olhar” para a identificação das categorias, não se pode negar a influência da minha experiência clínica com pacientes no tratamento com a ibogaína. Como atendo pacientes que tomam ibogaína desde 2010, já tendo visto centenas de pacientes antes e depois do tratamento, este é um elemento que com certeza influenciou a forma de entender os processos e identificar os efeitos da ibogaína. No entanto, fiz a escolha de pesquisar pacientes de locais diferentes e acompanhá-los por um ano, período muito maior do que eu os acompanho usualmente, para poder gerar algum distanciamento frente aos processos terapêuticos nos quais eu habitualmente estou envolvido.

A partir da leitura sistemática, organizei os dados em três temas mais amplos, de acordo com os momentos da experiência do sujeito: experiências de dependência de drogas antes do tratamento; o tratamento com a ibogaína (que inclui o período do tratamento e os dias logo após); e os efeitos em médio prazo. Cada um destes temas foi tratado em um capítulo específico. Dentro de cada um destes temas, encontrei as categorias de sentido que apareceram de forma mais significativa. A descrição destas categorias traz excertos de diferentes participantes, com recortes da fala que ilustram a categoria identificada nas entrevistas.

Enquanto nos capítulos “experiências de dependência”, “o tratamento com a ibogaína” e “efeitos em médio prazo” os dados são tratados por temas e categorias de forma transversal entre os participantes, no capítulo posterior, “Estudos de Caso”, os dados são apresentados de forma longitudinal, a partir da organização da história de cinco dos participantes em estudos de caso. O estudo de caso é, para Yin (169), uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Ao apresentar os dados de forma longitudinal, inserindo os efeitos da ibogaína dentro da trajetória de vida e de

tratamento do participante, busco aprofundar a compreensão da ibogaína como ferramenta de tratamento usada de forma variada pelo sujeito para atingir seu objetivo. Cada um dos cinco estudos de caso traz um lugar diferente da ibogaína no processo: ibogaína como última esperança de um usuário de longa trajetória, como primeiro recurso de um participante que nunca havia feito tratamento; como planta de poder em uso integrado à ayahuasca; rapé; kambô e sananga; ibogaína entendida como “reset neurológico”, e o uso de ibogaína no tratamento de depressão.

Entender as trajetórias é diferente de entender a partir apenas da categoria atribuída em um dado momento. A ideia de trajetória está mais próxima da carreira de usuário (10), mas mostra uma relação com a droga que varia com o tempo, com aproximações e distanciamentos. A partir de etnografias, é possível perceber as variações de padrão de uso entre usuários em contextos diferentes, a influência deste contexto sobre o padrão e a forma do uso, e mesmo as variações no uso que um mesmo usuário faz em diferentes momentos de sua trajetória (170). Hser propõe estudar o uso de drogas ao longo do curso da vida de uma forma ampliada, pensando a dependência de drogas como uma doença que dura um longo tempo (171). Nesta longa duração, o usuário passa por momentos muito diversos, em que variam a intensidade do uso, sua aproximação ou distanciamento com grupos sociais, clínica e espaços de cuidado. Partindo desta perspectiva, a dependência de drogas se aproxima do estudo de doenças crônicas, e dos estudos de trajetórias de pacientes nos tratamentos. Mesmo que o acompanhamento nesta pesquisa tenha sido de apenas um ano, com os estudos de caso e a descrição longitudinal do processo do participante tentei identificar o papel do tratamento com a ibogaína na trajetória do sujeito, em comparação com os outros momentos de sua trajetória de usuário e de tratamento. Isso permitiu identificar proximidades e diferenças entre a lógica de tratamento com a ibogaína e outros tratamentos existentes. Um limite desta metodologia é que o estudo acompanhou os participantes somente a partir do momento em que tomaram a ibogaína, então os relatos sobre suas trajetórias são construções de lembranças a partir de como as veem atualmente. O ideal seria conseguir entrevistá-los antes da ibogaína, para poder comparar como viam sua trajetória antes e depois da experiência com este tratamento. Por outro lado, a

dinâmica de entrevistas que foi possível mostra como os participantes releem seu passado a partir do momento em que tomam a ibogaína.

RESULTADOS

6. Os locais de tratamento

Apesar de ser um tipo de tratamento relativamente novo no país, já há alguma diversidade na forma como a ibogaína vem sendo usada no Brasil. Entrevistei profissionais de quatro locais de tratamento diferentes, e em dois deles consegui acompanhar parte dos processos de tratamento.

Enquanto os dois primeiros locais descritos exercem seu trabalho com algum grau de oficialidade, seguindo pelo menos em parte as poucas exigências existentes na regulamentação atual (ou pelo menos dizendo seguir, já que percebi diferenças entre o que foi dito pela clínica e o vivido pelos participantes), os outros trabalham de forma clandestina, com ibogaína importada de forma não oficial (contrabandeada) e sem regulamentação do espaço, o que traz muitas diferenças.

É importante destacar novamente que o olhar aqui não recai sobre o efeito da substância sobre a dependência, mas sobre os tratamentos com ibogaína. Gomart, ao estudar o tratamento de substituição de heroína por metadona nos EUA e na França, ressalta esta diferença:

“a propriedade da metadona não pode ser separada das experiências e técnicas de tratamento. Não só essas propriedades não podem ser isoladas das técnicas de dosar, cuidar do paciente, trancar portas de enfermarias e abri-las posteriormente, assistência social e orientação profissional, entre outros. Eles aparecem também em contraste com o uso de heroína, e com os tratamentos anteriores de pacientes com drogas.” (12) (Tradução livre nossa).

Da mesma forma, em relação aos tratamentos com ibogaína aqui estudados, é fundamental destacar a forma de dosar, como se lida com o paciente e também como cada local se situa no campo dos tratamentos com drogas, assim como no campo das plantas de poder, do qual dois dos tratamentos aqui estudados fazem

parte. Por isso, antes de entrar na descrição de cada um, valem alguns comentários gerais. Percebo que as práticas de tratamento com ibogaína estão inseridas em dois contextos diferentes, que podem estar ou não interconectados: o dos espaços de tratamento para dependência, e o do uso ritual de plantas enteógenas, como a ayahuasca ou o rapé de tabaco dos indígenas da Amazônia brasileira. Assim, seu uso está inserido com práticas e discursos muito variados, que a entendem a partir de seu uso tradicional como planta professora no Gabão, e ao mesmo tempo como novo medicamento que age no cérebro.

A partir de uma breve descrição de cada um dos locais, partiremos para uma análise de como se insere a ibogaína em cada um destes contextos. Neste capítulo, descreverei de que forma cada espaço lida com pontos como: a seleção e preparo dos pacientes, forma de administração da ibogaína, práticas utilizadas no entorno do tratamento, riscos, o manejo destes e que tipo de continuidade de cuidado é proposta ao paciente.

Por conta da zona cinzenta que a ibogaína e os espaços de tratamento ocupam, nem todos os locais pesquisados falaram abertamente sobre alguns destes pontos. Em relação à forma como conseguem seu suprimento de ibogaína, os dois primeiros locais afirmam comprar de forma legal de um laboratório farmacêutico no exterior, importando a dose de cada paciente como exige a regulamentação da ANVISA. No entanto, há certas afirmações contraditórias que não nos permitem saber se é dessa forma mesmo que trabalham, excetuando-se o L1. O primeiro deles (L1) afirma que é o único que compra a ibogaína do laboratório Phytostan Entreprises, atualmente sediado na Índia. Afirma também que este é o único laboratório no mundo que trabalha com a ibogaína no padrão internacional para medicamentos, conhecido como GMP (*good manufacturing practices*; normalmente traduzido como 'boas práticas de fabricação'). O segundo local (L2) afirma também trabalhar com medicamento importado legalmente, mas não chega a dizer de qual fonte.

Além do cloridrato de ibogaína com 99% de pureza, os locais de tratamento disseram usar também outros dois tipos e extração, a TA e a PTA. A TA, *total alkaloids*, alcaloides totais, é uma extração mais simples, que contém todos os 12 alcaloides presentes na iboga, mas em uma concentração baixa. Já a PTA é a sigla para *purified total alkaloids*, alcaloides totais purificados, uma extração com maior

concentração dos alcaloides, mas que apresenta apenas três deles, ibogaína (que geralmente representa mais de 90% da extração), ibogamina e ibogalina.

Já os dois outros dois provedores (L3 e L4) trabalham de forma clandestina e informal e afirmaram comprar a ibogaína de um provedor que vem periodicamente da África fazer as entregas. Este provedor, aliás, parece estar por trás do suprimento de boa parte das clínicas existentes no Brasil.

6.1 Tratamento com ibogaína em hospital

O primeiro dos tratamentos visitados, referido aqui como L1, está claramente situado no campo biomédico e do tratamento de dependência de drogas. Iniciado por um médico há mais de vinte anos, ele acontece dentro de um hospital em uma cidade do interior. Neste espaço, acontece a aplicação da ibogaína propriamente dita, em que o paciente fica internado por 24 horas. As outras etapas do processo de tratamento acontecem em outros locais, e podem incluir diversas terapêuticas para a dependência como internação, psicoterapia e terapia familiar.

Este tratamento está bem integrado ao movimento mundial de tratamento de ibogaína, com o médico participando oficialmente da GITA (Global Ibogaine Therapy Alliance), associação que reúne provedores de tratamento com ibogaína por todo o mundo, fundada por Howard Lotsof, responsável pela descoberta da ibogaína como tratamento para dependência nos anos 1960. A substância é importada legalmente pelo processo de compra junto ao laboratório feito em nome de cada paciente. Para passar pelo tratamento, o paciente necessita ser avaliado por triagem com exames clínicos (exames de sangue e eletrocardiograma) e entrevista com psicólogo, e participa de sessões de psicoterapia, que também é recomendada aos familiares. Este local diz seguir a pouca regulamentação existente para o uso de ibogaína em Brasil, como importar a substância produzida por um laboratório farmacêutico no nome do paciente, utilizá-la em ambiente hospitalar e não fazer propaganda do tratamento.

Cabe destacar que eu já conhecia L1 por conta de sua experiência de atendimento em psicoterapia associada à ibogaína. Para a pesquisa, foram feitas quatro idas a

campo, nas quais o pesquisador acompanhou quatro dias de tratamento, com dois pacientes em cada dia. Além disso, entrevistou o médico e o enfermeiro que acompanham os pacientes.

Para que o paciente possa tomar o que é chamada pela equipe de “Flood Dose” (dose de inundação, em tradução livre do inglês), uma dose grande de cloridrato de ibogaína (ibogaína HCL), substância com 99% de pureza, é exigido que passe por uma triagem e uma preparação, que inclui um período de abstinência, psicoterapia e a realização de exames clínicos. Esta dose é administrada de uma só vez, apenas depois desta rigorosa preparação. Ele deve abster-se por 30 dias do uso de álcool, drogas e também retirar alguns medicamentos que possam influenciar o efeito da ibogaína. Para conseguir este período de abstinência, cada paciente se organiza de alguma forma. Alguns conseguem se manter sem uso na sua rotina cotidiana, enquanto outros lançam mão de uma internação, que pode ser em clínica ou mesmo uma domiciliar, que pode acontecer em casa, na casa dos pais ou em algum espaço afastado da família do paciente, como sítio ou chácara, para que se dificulte o uso caso apareçam momentos de fissura.

Além da avaliação e de exames clínicos, é feita uma avaliação psicológica e algumas sessões de terapia para preparação do paciente. Pacientes com ideação suicida, bipolaridade, histórico de surto psicótico e esquizofrenia são excluídos do tratamento.

O médico entrevistado considera seguro o uso da ibogaína se seguido seu protocolo. E é interessante que, ao considerar seguro o procedimento, os recursos da clínica médica são usados mais para ajudar os pacientes a lidar com os medos e inseguranças durante o efeito do que propriamente como uma ferramenta clínica. De acordo com o médico, “daí, quando o paciente me chama, fala que vai morrer, ou que tá morrendo, eu coloco o medidor de batimentos no dedo dele e mostro: ‘Ó, tá vendo, seu batimento tá normal, você não tá morrendo não, vai passar”.

O médico que promove este tratamento tem também seu olhar influenciado pelo uso tradicional da planta como planta professora, por mais que se coloque como um profissional da área e siga em seu protocolo o conhecimento existente até o momento sobre ibogaína. Sua especialidade médica é pouco ligada aos tratamentos de dependência de drogas. Ao conhecer o tratamento, entrando em contato com uma pesquisa sobre o assunto na Universidade de Miami, ficou impressionado, e

algum tempo depois levou seu primo, dependente de cocaína, para se tratar nas Bahamas. Seu primo estava “trocando o próprio Fusca na boca”, como disse o médico para retratar a gravidade da situação. Felizmente, seu primo teve sucesso no tratamento e continuava abstinente de cocaína até o momento da entrevista. Conforme escutava de pacientes e de pessoas no seu convívio cotidiano sobre problemas com drogas, começou a contar sobre a ibogaína, ajudar o paciente a importar e fazer o tratamento ele mesmo. Com o passar do tempo, foi se inserindo na rede de provedores de tratamento para saber como fazer o tratamento com ibogaína de forma segura. Inicialmente, chegou a fazer vários tratamentos supervisionados por Skype por Howard Lotsof. Conta que, hoje em dia, é tido como um dos mais “conservadores” no movimento, por usar um dos protocolos mais rigorosos e mais seguros.

Neste local, os provedores de tratamento não têm histórico de uso de drogas, com envolvimento ligado mesmo ao campo do trabalho, por mais que o médico se sinta um “servo da planta”, ajudando-a no trabalho dela. Diz ter usado ibogaína apenas uma vez, para poder entender melhor sobre a planta, e teve um resultado inesperado: ela cortou seu uso compulsivo de Coca-Cola. Antes, tinha o hábito de beber constantemente o refrigerante, praticamente só a tomava e não bebia água. Depois da ibogaína, ele não sentia vontade de tomar o refrigerante, e passou a consumi-la apenas em algumas refeições.

Ao mesmo tempo em que descreve de forma “neurocientífica” como funciona a ibogaína, conta diversos “casos estranhos” que presenciou nos anos de tratamento e diz que às vezes, chega a fazer o tratamento mais barato ou mesmo de graça quando sente que a pessoa está sendo “chamada pela planta” para tomá-la.

Ele conta, por exemplo, que um paciente, por volta de 2014, estava internado em uma clínica em Curitiba. Aceitou tomar a ibogaína, mas não queria voltar para a clínica após a noite no hospital. Durante a noite, ele disse ao médico que estava com uma faca embaixo do travesseiro, pois a planta havia dito a ele que o enfermeiro da clínica iria chegar pela manhã e levá-lo à força novamente para clínica. Um pouco descrente do que o paciente havia dito, o médico, no entanto, dispensou o enfermeiro que acompanha os pacientes à noite, e decidiu ele mesmo passar a noite por lá. Por volta de 7 da manhã, chega o enfermeiro mandado pela dona da clínica, dizendo que a mãe do paciente havia mudado a internação dele

para involuntária, e que ele iria voltar para a clínica, o que não foi permitido pelo médico.

A dose utilizada é de 15 a 17 mg/kg, com a possibilidade de uma pequena dose depois de uma hora e meia, chegando até 20 mg/kg. O médico diz receber, em sua maioria, usuários de cocaína e crack; em menor quantidade, de álcool, e esporadicamente usuários de opioides, geralmente de outros países, dado o pouco uso destas substâncias no Brasil. Para além das dependências, recebe ocasionalmente também pessoas com compulsões, como compradores compulsivos, ninfomaníacas, e diz perceber que a ibogaína é boa também para lidar com dificuldades de lidar com impulsos. Outra demanda que vem aparecendo cada vez mais é o uso de ibogaína para tratar depressão. Não há, até o momento, estudos sobre estes usos, mas relatos na Internet de pacientes que tiveram bons resultados parecem estimular pessoas com o mesmo problema a também tentar a ibogaína.

6.2 Tratamento com ibogaína em clínica de terapias alternativas

O outro local em que acompanhei parte do tratamento é uma clínica de terapias alternativas, também situada em uma cidade do interior. Fundada em 2001, passou a trabalhar com ibogaína em 2008, e este parece ser o único tratamento oferecido pelo local atualmente. A entrada em campo nesta clínica se deu a partir de uma paciente do local, que me acompanhou numa primeira visita e me apresentou ao psicólogo responsável.

Nesta clínica, o uso da ibogaína é permeado fortemente pelo discurso biomédico também, mas de uma forma bem diferente do que no primeiro. Como disse o psicólogo da instituição na entrevista, a clínica tem “um lado científico e um lado holístico”.

O tratamento acontece em cinco dias: os pacientes chegam segunda pela manhã e vão embora na sexta-feira no horário do almoço. Aqui fiz seis idas a campo, acompanhando o primeiro dia, em que acontece a entrada dos pacientes, e a

palestra que apresenta o tratamento para os pacientes e familiares. Entrevistei também o psicólogo da equipe responsável por estas atividades.

A instituição diz seguir também as regulamentações exigidas no país para o tratamento com ibogaína. No entanto, pude perceber que alguns pontos não são seguidos, como não fazer propaganda e trabalhar com a ibogaína produzida em laboratório farmacêutico e importada em nome do paciente. Como trabalha com diferentes extrações dos alcaloides da planta iboga, algumas destas extrações provavelmente não sigam os padrões farmacêuticos exigidos pela ANVISA, como ser uma substância produzida com padrão GMP.

O tratamento acontece de forma diferente do primeiro local, em diversos aspectos. É dividido em cinco dias e utiliza diferentes doses e composições da ibogaína. É exigido um tempo menor de abstinência, de apenas quatro dias para crack e cocaína, e de 24 horas para álcool e maconha. Em relação aos medicamentos, sugerem uma redução gradual de benzodiazepínicos e quetiapina (um antipsicótico) nos quatro dias que antecedem à primeira dose. Os exames de sangue e eletrocardiograma são feitos no primeiro dia do tratamento, pela manhã. Todas as etapas do tratamento proposto acontecem no mesmo local durante estes cinco dias. Tanto os pacientes como os familiares ficam em um hotel, também de propriedade da clínica, localizado em frente ao local de tratamento. O tratamento consiste de sessões individuais e em grupo com o psicólogo, voltadas ao paciente e/ou familiares, avaliações clínicas e ortomoleculares, e diferentes doses de diferentes extratos da iboga.

As doses são administradas todos os dias, iniciando com uma dosagem baixa. No primeiro dia do tratamento, os pacientes passam por uma consulta individual, a primeira dose de ibogaína (uma dose pequena) e uma reunião em grupo com o psicólogo, da qual participam os pacientes e familiares. Esta reunião serve para apresentar o tratamento com ibogaína a todos, e trouxe muito material discutido nesta pesquisa, por apresentar com clareza a compreensão da instituição sobre a dependência de drogas e o funcionamento da ibogaína.

No segundo dia, é usada uma dose alta de ibogaína HCL, e no quarto uma dose média de ibogaína TA, uma extração na qual estão presentes todos os 12 alcaloides existentes na iboga. Nos outros dias, são administradas doses pequenas de ibogaína TA. Na sexta-feira, último dia, é realizado um encontro em grupo em que

são feitas recomendações aos pacientes, como fazer terapia individual, exercício físico e evitar lugares que frequentavam no período de uso.

Esta parece ser a clínica que recebe o maior número de pacientes dentre as pesquisadas, em média 14 pessoas a cada dia de ida a campo, de acordo com o que observei nas visitas. A equipe conta com recepcionista, segurança, auxiliar de limpeza, psicólogos, enfermeiros e um médico, além de terapeuta holístico. Há diferentes perfis, tanto de profissionais que já tiveram problemas com drogas e se trataram com ibogaína, quanto profissionais sem envolvimento pessoal com a causa. O fundador do local conheceu a ibogaína a partir de um paciente de terapias alternativas que a tomou, e se surpreendeu com o efeito que viu nele. Resolveu então começar a oferecer o tratamento, que com o passar dos anos passou a ser o único feito no local.

Além de o uso para dependência, acompanhamos, por meio de entrevistas longitudinais, também uma paciente que fez o tratamento com ibogaína nesta clínica para depressão, e ouvi, lá dentro, durante as visitas, relatos do uso também com familiares e com um grupo de empresários que foi trabalhar questões corporativas.

A ibogaína é vista aqui a partir de seus efeitos no cérebro, desfazendo os efeitos crônicos na interação dos neurotransmissores que foram gerados pelo uso intenso e constante de drogas. Na concepção da clínica, o uso constante e abusivo de drogas leva a uma alteração duradoura no sistema nervoso central:

“Eu costumo falar que chega um determinado momento em que a pessoa altera tanto o sistema nervoso usando droga que uma hora ele funciona sozinho. Uma hora que ele vira autônomo, hehe, porque a pessoa não tem controle nenhum” (Psicólogo L2).

E é a partir desta leitura da dependência como uma alteração do funcionamento do cérebro que se entende o funcionamento da ibogaína. No primeiro dia de tratamento na clínica, o psicólogo faz uma palestra para familiares e pacientes, em que explica como funciona o tratamento com ibogaína, e como age sobre a dependência. A dependência é descrita como uma doença em que o uso constante de drogas afeta o sistema dopaminérgico e leva a uma modificação cerebral. Esta precisaria de pelo menos dois anos sem uso de drogas para ser “desfeita”. Como ele explica na palestra:

“Enquanto sem drogas o organismo humano tem seu ápice de prazer no orgasmo sexual, o uso de drogas leva a um novo ápice não natural que é 20 a 30 vezes maior.”

Neste caso, entende-se “prazer” como igual à descarga de um neurotransmissor, a dopamina. Com tamanho prazer, a pessoa passaria a buscar apenas isso, e não teria mais controle sobre seus impulsos, deixando de lado outras atividades e relações pessoais. Ao viver esta intensidade constantemente, o cérebro se adaptaria, se instalando então a doença no cérebro:

“passou o excesso de dopamina, e ele vai fazer uma adaptação [...] É nessa alteração, que se formou, aqui, que ficou um uso nocivo, aqui a pessoa não tem mais poder de decisão e crítica, e cada vez que altera, vai ter que aumentar as quantidades”.

Como vemos nos excertos acima, o local apresenta uma explicação sobre dependência baseada na ideia de doença do cérebro, e explicando a partir do sistema dopaminérgico de recompensa. A teoria criticada por Nutt (140), e que comentamos no capítulo sobre dependência, é aqui usada como base para explicar a doença, e também a forma de funcionamento do tratamento com ibogaína.

Depois de se modificar com o uso constante das drogas, no entanto, o cérebro precisaria de um período longo para conseguir se “desadaptar”. Como para isto seriam necessários dois anos, o usuário nunca passaria tempo suficiente sem usar, não saindo assim do ciclo vicioso:

“Na hora que isso aqui altera, pra voltar à normalidade isso daqui, vai levar dois anos, e na maioria das vezes o usuário não dá esse tempo, ele recai antes... É muito difícil, ele sempre recai antes. É raro. Por isso que eu falo que o índice de recuperação é muito pequeno, por isso que eu digo que a comunidade terapêutica não vai resolver, vai ficar 6, 9 meses, não vai resolver.”

A necessidade deste período longo seria também o motivo da maioria dos tratamentos existentes na área ser pouco eficazes. É neste ponto que a ibogaína é considerada pela clínica como o grande diferencial. Se as drogas fazem tudo isto ao cérebro e de forma tão duradoura, a ibogaína teria o poder de desfazer em 72 horas. É o tempo que ela levaria para reequilibrar o sistema nervoso central. Depois disso,

ao estar reequilibrado, a pessoa conseguiria ponderar sobre as consequências do uso antes de se levar pelo impulso de usar:

“Então, vamos dizer que na hora que equilibra, vocês vão ter mais 30 segundos pra pensar! ‘Eu vou, mas eu vou porque?’ É mais ou menos isso que a ibogaína vai te trazer. Aí na hora que você pensar “Eu vou por quê?”, aí dá pra você colocar perda.”

Depois deste reequilíbrio, cabe ao paciente fazer um projeto de vida em recuperação, sem uso de drogas, e ir enfrentando suas dificuldades na vida com menos risco de recair. Vários recursos são sugeridos aos pacientes neste momento pós-ibogaína, como terapia, ida a grupos de ajuda mútua, exercícios físicos, alguma prática religiosa e remédios fitoterápicos. Vendem aos pacientes dois destes fitoterápicos: o heantos e o kudzu. Heantos é um composto de plantas de origem vietnamita, usado como fitoterápico para reduzir os sintomas de síndrome de abstinência para opioides. Já o kudzu é uma planta da medicina tradicional chinesa, usada por vezes no tratamento para o alcoolismo. Também é oferecida a possibilidade de fazer um “reforço”. O “reforço” é a possibilidade de tomar novamente a dose de ibogaína até um ano após o tratamento, pagando apenas a substância e não precisando pagar outros custos do local.

Um elemento que parece fazer uma ponte entre o aspecto científico e o holístico da clínica é a Programação Neurolinguística. Chamada de PNL pelos participantes entrevistados, muitos contaram que é usada na clínica como recurso para lidar com pensamentos recorrentes sobre drogas, e afastar memórias e pensamentos ruins da cabeça. A PNL é uma pseudociência criada nos anos 1970, nos Estados Unidos, a partir da ideia, já refutada por estudos, de que existe uma conexão entre processos neurológicos e linguísticos, e que por isso seria possível “reprogramar o próprio cérebro”, com atividades, dinâmicas e exercícios principalmente (172). Por mais que não haja qualquer comprovação científica, estes métodos fazem parte do repertório usado em clínicas, e estão muito presentes em livros de autoajuda. No intuito de “modelar” o próprio pensamento, a principal técnica que a clínica ensina aos pacientes, citada por vários deles nas entrevistas, é que pisquem três vezes quando começarem a pensar em drogas.

Em relação aos riscos no uso da ibogaína e no manejo destes, as informações são um tanto contraditórias. Durante as conversas com a equipe, foram ressaltados

diversos elementos para lidar com os riscos envolvidos no uso da ibogaína. A ocorrência do falecimento de um paciente logo após o tratamento, enquanto ainda estava na cidade, em 2016, teria sido a motivação para que a clínica adotasse vários destes elementos. De acordo com o que relatou o psicólogo, o paciente saiu da clínica e na mesma noite foi beber álcool em um bar, passou mal e acabou falecendo.

Atualmente, o L2 afirma ter vários dispositivos de cuidado. No primeiro dia, o paciente passa por exames do coração e de sangue. Para o segundo dia, quando os pacientes tomam a maior dose, há monitores cardíacos para cada paciente que podem ser acompanhados pela equipe constantemente em seus relógios. No entanto, nas entrevistas, alguns pacientes disseram não ter monitoramento cardíaco, ou não ter sido acompanhados por médico. Como relata uma delas:

“Eu e meu amigo achamos até engraçado! Ficamos várias horas naquele efeito forte da ibogaína. De tempos em tempos vinha alguém da equipe e falava que o médico já viria nos ver, para ficarmos tranquilos. Mas o médico nunca veio!”

Em um dos dias de acompanhamento das atividades, a clínica estava com mais pacientes, cerca de 18. Os pacientes deste dia relataram ter tomado a substância sentados em poltronas, provavelmente por todos os leitos com monitoramento estarem já ocupados. Como relata um deles: “Nesse dia eu não senti quase nada. A gente ficava rindo um do outro! A gente estava em quatro lá, dois em poltrona, e quando um começava a viajar muito a gente dava risada!”.

A partir destes diferentes relatos sobre como a clínica maneja os riscos, tive a impressão de que tem uma adesão apenas formal ao discurso corrente nas redes sobre os cuidados necessários. Nas palestras disponíveis sobre o tema no Youtube, assim como na recomendação do CONED (124) é salientada constantemente a necessidade de um médico para administrar o risco cardíaco, o que parece ter sido incorporado pelo local depois do óbito ocorrido há alguns anos atrás. Apesar de incorporar formalmente alguns cuidados, como a presença de um médico e os exames clínicos prévios, foi possível perceber pelos relatos que, na prática, estes cuidados não fazem sempre parte do procedimento.

6.3 Tratamento com ibogaína integrado a centro religioso com uso ritual de Ayahuasca

Até poucas semanas antes da entrevista que deu à pesquisa, a provedora deste tratamento realizava os procedimentos em uma clínica integrada a um centro religioso que usa ritualmente a ayahuasca, um grupo dissidente da União do Vegetal (UDV). Passou então a fazer os tratamentos de forma independente. Porém, como o paciente acompanhado pela pesquisa era ligado a este grupo religioso, e seguiu este formato anterior do tratamento, decidimos focar em descrever como o tratamento aconteceu para ele, para melhor entender o seu processo.

O tratamento no Local 3 (L3) acontece de forma individualizada, e foi elaborado de acordo com a experiência da provedora, que se tratou também com a ibogaína para seus problemas com drogas. A provedora de tratamento é formada em uma profissão que não é do campo da saúde, mas trabalha atualmente na área de tratamento para dependência de drogas com a ibogaína, além de trabalhar com artesanato. Envolveu-se com a ibogaína a partir da busca pessoal para superar seus problemas com drogas: passou por diversas internações em clínicas de tratamento, e estava participando de rituais com ayahuasca para tentar superar seu problema com cocaína quando ouviu falar da ibogaína e foi atrás do tratamento. Experimentou em si mesma vários dos tratamentos oferecidos no Brasil, passando aos poucos a oferecer tratamento com a planta também.

Inicialmente, passou por uma internação de dois meses para o primeiro tratamento descrito aqui, com cloridrato de ibogaína com o médico no hospital. Decepcionou-se: “não fez um efeito, não fez nem cosquinha no meu corpo”. Ficou seis meses abstinente, e acabou voltando ao uso. Foi então ao Acre e tomou a ibogaína TA (Total Alcaloides, um dos tipos de extração, com todos os alcaloides da planta) com um farmacêutico brasileiro que extrai os alcaloides de uma planta da região. Desta vez, sentiu o efeito:

“Dai eu tomei lá com ele... Foi o melhor efeito da minha vida assim, eu tomei, eu fiquei uns cinco dias fora do ar, eu fiquei macia, foi assim uma experiência incrível na minha vida”.

Ficou fascinada com o efeito e continuou pesquisando, tentando conhecer outras formas de acesso à planta. Tomou ibogaína na segunda clínica descrita aqui, e

também com o fundador da clínica com o qual o quarto provedor esteve associado. Depois deste percurso, conheceu então o fornecedor de ibogaína da África, de quem vem comprando, para usar nos pacientes que a procuram. Usa a ibogaína PTA, sigla de Purified Total Alcaloides (Alcaloides Totais Purificados), com todos os alcaloides presentes na raiz da iboga.

Na perspectiva do dependente em recuperação, que não fica curado de seu problema com as drogas, mas que precisa se cuidar constantemente para não “recair”, ela continua tomando ayahuasca e iboga:

“Aí, as pessoas ficavam me perguntando “Você vai ficar tomando isso pro resto da sua vida?”, e eu “Vô!”. Porque não? Antes de me tratar na (Primeira clínica onde tomou ibogaína), eu tomava 14 remédios psiquiátricos. Então eu tive uma abstinência de remédio que você não tem noção. Eu tremia. Fumava também, não sei o que... parei com tudo. Aí eu tomei lá com o (quarta vez em que tomou ibogaína) e continuei bem. Continuei fazendo os trabalhos, as terapias e tal... porque assim, não adianta tomar a ibogaína e não fazer nada!”.

Em seu processo de tratamento/aprendizado ela experimentou a iboga em diversas formas e extrações, como o cloridrato de ibogaína, a ibogaína TA (Total Alcaloides), a PTA e em chá. Nesta última apresentação, não soube informar do que seria exatamente.

Acompanhando o entendimento de seu próprio processo, o uso da ibogaína pela provedora se insere em um conjunto de práticas terapêuticas para recuperação do “dependente químico”, usando este termo e a visão compartilhada com outras instituições e grupos desta área sobre a doença, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e clínicas de reabilitação. Em relação à dependência, afirma:

“a dependência química não existe cura, é pro resto da vida, eu preciso observar isso e saber que é uma doença progressiva e fatal. É uma coisa que eu uso do NA, eu presto atenção... Eu vou em grupo, a cada 15 dias eu vou porque eu tenho que me lembrar. “Ah, porque você era adicta”. Não, eu sou e continuo sendo, só que agora eu não vivo na doença, eu vivo na minha recuperação.”

Assim, o descontrole em relação ao uso de drogas é entendido de uma forma específica, uma dependência “química” que não tem cura, e este olhar molda quais práticas fazem parte do processo de preparação do paciente e de que cuidado é proposto no período pós-ibogaína. Neste entendimento o dependente, doente crônico, pode viver de duas formas distintas: na “ativa” ou “recaído”, usando de forma prejudicial, ou “em recuperação”, momento em que está abstinente, se cuidando para manter o bem-estar e atento para não vacilar, “recair” e voltar à “ativa”.

A “recaída” é vista por ela de forma bem restrita: o uso de qualquer droga é visto como recaída, mesmo que não seja a substância com que o paciente tenha problema no uso. Como o tratamento acontece sem regulamentação, ela não faz divulgação e recebe pacientes apenas por indicação. Muitos dos pacientes são ou foram frequentadores do centro de ayahuasca que ela frequenta, ou de seus círculos de conhecidos. A preparação é breve: pede exames clínicos apenas aos pacientes pouco conhecidos pelo seu círculo de relações, e exige apenas cinco dias de abstinência de drogas. Até seria importante mais tempo, mas: “Essa coisa “Precisa estar...” [abstinente].” Quanto mais é melhor mesmo... mas as pessoas não dão conta.” Assim, a ibogaína no processo dela é usada como um elemento que possibilita ao usuário que saia da fase de “ativa” e entre no processo de recuperação, mesmo que não esteja conseguindo ficar muito tempo abstinente para se preparar.

Desenvolvido a partir de sua experiência, o tratamento propriamente dito acontece de forma diferente dos dois já apresentados. A duração é de um dia apenas, geralmente no período da noite. Como trabalha com uma ibogaína com menor precisão de concentração, calcula a dose por peso, mas também a partir do que vai sentindo na relação com o paciente:

“tem gente, por exemplo, que vai aguentar 15 (cápsulas), tem gente... mulher é menos, até sete, assim, já dá. Pra homem, por exemplo, são 18... Eu faço a conta por 0,18 por quilo. Aí dá pra calcular as cápsulas, mais ou menos.”

A dose é dada pouco a pouco. Inicia geralmente com três cápsulas, e vai aumentando a cada duas ou três horas, até amanhecer ou dar “reset”. Este termo, “reset”, é bem recorrente no campo, sendo usado por provedores, pacientes e

pesquisadores para descrever em algum momento o efeito da ibogaína no cérebro, e falaremos mais detidamente sobre ele nas discussões. No caso desta provedora, o “reset” é aonde se quer chegar com as doses e é usado como critério por ela para quando parar de dar ibogaína ao paciente:

“Eu vejo que é diferente, cada pessoa que eu for dar, é diferente. Então eu vejo a pessoa como tá... Vejo o olho... porque se já tá com o olho brilhando, ela já “resetou” ali, entende? Se ela tá com muita tontura, se tá com muito pensamento, entendeu? Então, eu já vi gente com cinco cápsulas, por exemplo, de 100 gramas e “resetou”. Não precisa ir mais além...”.

Dando a dosagem desta forma e com a exigência de abstinência de cinco dias, considera seu tratamento seguro. É acompanhada por uma enfermeira, mas diz nunca ter precisado de sua intervenção. A partir de sua experiência, tenta dar a dose necessária para cada paciente atingir o “reset”, mas sem que ele precise tomar uma quantidade grande. Neste ponto, evidencia bastante a diferença entre o conhecimento a partir da experiência pessoal, e o do profissional:

“eu vejo que tem uma diferença entre uma pessoa que é adicta e uma que é... estudiosa. Eu, por exemplo, fiz o uso e sei como é o efeito da ibogaína, então assim, “Ah, cinco dias”, não, não precisa de cinco dias, não precisa de tudo isso, ficar tomando...”.

Depois do “reset”, ela sugere para cada paciente quais recursos devem usar, passando por: participação em grupos de ajuda mútua; adesão a cultos religiosos; terapia; terapia familiar; atividade física, com o intuito de construir uma vida sem o uso de drogas. No período após a ibogaína, a provedora acompanha, por troca de mensagens e ligações, mas cabe ao paciente continuar implicado, comprometido, com sua recuperação, e desenvolver um novo modo de vida:

“[o paciente] não tem a experiência de viver sem droga, precisa criar um projeto de vida de como é viver em recuperação. Ela não tem essa noção, ela acha que a vida dela é aquilo!”

Outra característica que diferencia este tratamento dos anteriores é que a provedora tem uma participação ativa de acompanhar e influenciar a “viagem” do paciente, prática que parece advinda da experiência da provedora com a ayahuasca:

“eu fico a noite todinha acordada, cuidando da pessoa, vendo como é que tá... Porque não adianta dizer “Ah, eu vou tratar a pessoa!””, Se ela não estiver firme, daí vai tratar o outro, e daí a pessoa vai pro buraco. Porque a pessoa que tá lá tomando, ela precisa ser guiada. Tem que falar é por ali, não sei o quê... Porque às vezes ela vai pra um buraco lá, e se você não falar “Volta!”. Ela vai ficar lá, sofrendo mó... assim , como diz na Ayahuasca, mó “peia”.”

Nos outros tratamentos que acompanhei, o efeito visionário (a “viagem”) tem sua importância, mas não chega a ser necessário qualquer manejo. No caso do tratamento oferecido por ela, sua função de guia reduziria o sofrimento desnecessário ao paciente. Outra aproximação com o campo da ayahuasca parece ser uma experiência “espiritual”:

“Eu tô fazendo também para os não dependentes, fazendo uns grupos especiais, assim, pra pessoa... uma coisa mais espiritual, e tá dando certo também, porque a pessoa fica focada....”.

Ao mesmo tempo em que tem este aspecto espiritual, a ibogaína para ela parece agir de forma muito concreta no funcionamento do corpo do sujeito. Para ela, a ibogaína faz com que a pessoa não aja mais por impulso, conseguindo pensar nas consequências negativas que vai ter se usar, e assim consegue entrar neste estado de “recuperação”.

“Aí, acontece assim: a pessoa não age mais por impulso. Então, a melhor coisa que tem pro adicto é isso, não agir por impulso, pensar no que vai acontecer depois. [...] A ibogaína já dá que vai acontecer isso, isso e isso na sua vida, então, e aí?”

Pode-se dizer, a partir disso, que este tratamento se constrói a partir de um conhecimento psiconáutico, pois foi construído a partir da experiência da provedora em seu próprio processo com a ibogaína em suas diversas formas de tratamento. Aproxima-se também de outros tipos de tratamento oferecido aos usuários de drogas, como comunidades terapêuticas ou salas de ajuda mútua do Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos, que muitas vezes são fundadas e dirigidas por usuários que buscam promover o tratamento com o qual conseguiram alguma melhora em suas aflições. É bem comum encontrar usuários que se recuperam por determinado método e passam a ter como sonho pessoal ter um lugar de tratamento igual ao que passou para oferecer aos outros. Na dinâmica que esta provedora

estabelece, estão presentes características destes conjuntos de práticas, e também elementos do uso ritual de ayahuasca em expansão atualmente no Brasil. É a partir destes conjuntos de práticas diferentes que ela constrói seu método singular com a ibogaína.

6.4 Tratamento com ibogaína e ayahuasca em clínica de tratamento de dependência

O quarto lugar com o qual entrei em contato, e em que pude acompanhar um dos pacientes, é também localizado na região metropolitana de um grande centro urbano. Ele guarda semelhanças com o L3, mas se apropria do uso de ayahuasca e do que chama de “medicinas da floresta”, de forma diferente. Sob o nome “medicinas da floresta” estão a ayahuasca, o rapé indígena, a sananga e o kambô. Todos estes elementos são utilizados no espaço, um misto de comunidade terapêutica e espaço de atividades neoxamânicas. O rapé indígena utilizado é inspirado no tradicional de etnias indígenas amazônicas, que também usam ayahuasca, como os Katukina, Yawanawa, Huni Kuin e Apurinã. O kambô é o veneno do sapo *Phyllomedusa bicolor*, utilizado com propósito de cura pelos Katukina (19). A sananga é um colírio feito de uma raiz também amazônica, provavelmente da *Tabernaemontana undulata* ou a *Tabernaemontana sananho* e de uso das tribos amazônicas do Alto Juruá e do Envira, como os Matis (173).

O espaço foi criado pelo provedor de tratamento que entrevistamos, um profissional de saúde com idade por volta de 30 anos. Ele mesmo teve problemas no uso de drogas, principalmente cocaína e crack. Depois de algumas internações, começou a tomar ayahuasca, e conta que isto foi muito importante na sua própria trajetória de cuidado: “Só Deus sabe o quanto essas medicinas me ajudaram!”, conta ele, que começou a participar do que chama de “vivências” em um centro no litoral de São Paulo. Ao mesmo tempo, tinha construído uma rede de relações com donos de clínicas, nas quais começou a trabalhar.

Quando o participante desta pesquisa passou pelo tratamento com ele, sua clínica fazia parte de uma rede de clínicas para dependentes que usavam também estas

“medicinas da floresta”. Quando entrevistei o provedor de tratamento um ano e meio depois, no entanto, tinha fechado aquele espaço, e aberto um novo local em outra cidade da região metropolitana. Neste novo local, estava utilizando apenas ibogaína e ayahuasca no processo de tratamento. Esta rápida mudança ilustra uma dinâmica comum a estes espaços, que se mudam provavelmente por conta da falta de legalidade em que atuam. Antes de iniciarmos a pesquisa, em uma busca exploratória, encontramos cinco clínicas desta rede espalhadas pelos estados de São Paulo, Goiás e Paraná. Dois anos depois, quando estávamos efetivamente entrando em contato com os locais, uma busca na Internet registrava apenas uma clínica com o mesmo nome, recém-aberta e situada no Paraguai, a poucos quilômetros da fronteira com o Brasil. Pelo que contou nosso entrevistado, uma denúncia foi feita contra uma das clínicas, o que motivou o fechamento de todas as outras da rede.

O uso das “medicinas da floresta” acontecia de forma diferente de seus usos tradicionais, sendo apropriadas e usadas de acordo com o que consideravam ser a necessidade de cada paciente. O uso das chamadas medicinas acarretou também mudanças na forma de tratamento, diferindo do que é usual em locais de internação para dependência. Enquanto nas comunidades terapêuticas é comum que o tratamento dure meses, lá os pacientes ficavam de uma semana a um mês. Por outro lado, fazia parte do tratamento o trabalho dos internos no cuidado do espaço, como nas CTs.

A medicina ocidental tinha sua participação reduzida: não se oferecia o acompanhamento de medicamentos psiquiátricos. Outra diferença era percebida nos fins de semana, quando o espaço recebia visitantes para participar da vivência semanal com ayahuasca. Esta vivência acontecia durante a noite toda, geralmente de sexta para sábado. Cada participante trazia seu colchonete, e o ritual acontecia em volta da fogueira, ao som de música gravada. O repertório musical era composto por uma lista de músicas “xamânicas”, que consistia de músicas de influência indígena das mais variadas regiões do mundo ou de rituais ayahuasqueiros. No dia seguinte, os visitantes iam embora e ficavam apenas os pacientes.

O uso das medicinas era feito de acordo com a necessidade de cada um:

“a gente ia vendo de paciente pra paciente, uns tomavam kambô, outros ayahuasca antes de tomar a iboga... variava

muito. Se o paciente queria, podia tomar ayahuasca dois dias seguidos, dependia do processo de cada um.” (Entrevista psicólogo L4).

A ibogaína era usada em doses menores do que nos outros tratamentos citados acima, que eram dadas a cada hora, mais ou menos. O psicólogo dá o exemplo de um tratamento:

“De manhãzinha, assim que ele acordou, de jejum, a gente dá três cápsulas da ibogaína. Ela é purificada, é top, então não precisa mais que isso. O paciente chegou até a me perguntar se ia sentir algum efeito... Eu ri e falei: ‘Pode ficar tranquilo, irmão, você não vai ter dúvida que sentiu, haha!’. Depois de umas quatro horas a gente começou a dar uma cápsula por hora... uma hora uma, uma hora uma, uma hora uma... daí foi até ele não aceitar mais. Foram umas oito cápsulas ao todo.” (Entrevista psicólogo L4).

Dessa forma, o tempo de internação, a quantidade e o tipo de “medicina” usada eram determinados de acordo com a vontade do paciente. Alguns ficavam poucos dias, outros semanas, e poucos, um ou outro, mais de um mês. Alguns tomavam só ibogaína, outros só ayahuasca, e outros as duas, com as outras medicações no transcorrer dos dias. Ele contou de pacientes que tomavam cada dia uma das “medicinas”: kambô no primeiro dia, depois ayahuasca dois dias seguidos, seguidos então da ibogaína. Mesmo com esta variação, sem um protocolo mais definido, parecia haver um padrão no uso de ayahuasca, kambô, ou ambos nos dias anteriores ao uso da ibogaína, com o propósito de “limpar” o organismo para que a ibogaína pudesse agir melhor.

O tratamento era curto, mas alguns pacientes voltavam periodicamente para participar das vivências com ayahuasca, como foi o caso de Ryan, participante da pesquisa, que passou a frequentar com a família e funcionários da empresa em que trabalha.

Como o provedor de tratamento do local havia trabalhado um período em serviços assistenciais na região da Cracolândia, considerava o local também um projeto social. Recebia usuários de crack de serviços da região de forma gratuita. Quando contou sobre o fechamento desta clínica, e a abertura posterior em outra cidade, já sem algumas das “medicinas da floresta”, atribuiu mais aos custos decorrentes dos atendimentos gratuitos do que aos riscos legais:

“Era um projeto de caridade também, de abnegação... Quando eu vi quanta gente a gente tava... frequentando de graça, vi que não tinha como ter dado certo...” (Entrevista psicólogo L4)

O novo local tem uma nova dinâmica de funcionamento. O tratamento passou a durar cinco dias. No primeiro, os pacientes passam por exames de sangue e eletrocardiograma e, ao final do dia, fazem um ritual com ayahuasca. No dia seguinte, há terapias de grupo e avaliação médica para se prepararem para a ibogaína, desta vez em uma dose mais alta. No terceiro dia, é dada a dose alta, já pela manhã. Os outros dias são compostos de terapias de grupo, em que se enfatiza a importância do “pós-tratamento”, entendido pela equipe como terapia e atividades de autocuidado.

Vemos que, no primeiro modelo, a ibogaína está mais inserida em uma ideia de “plantas professoras”, é considerada mais uma das “medicinas da floresta”. Ao mesmo tempo, porém, a explicação que nos foi dada sobre seu efeito passa por um “reset” nos caminhos neuronais, e não pela ação de uma planta-espírito. No segundo modelo de tratamento, mais próximo do modelo do L2, ela está já sendo usada dentro de um olhar médico, com exames, avaliação médica e prescrições de comportamentos no período pós-ibogaína. Estas medidas visaram a reduzir os riscos do tratamento. Porém vale adicionar que a dosagem continuou sendo feita da mesma forma, aos poucos.

Como vimos neste capítulo, existe uma variedade na forma como os locais desenvolvem seu manejo com a ibogaína. Estas variações parecem acontecer em um espectro dentro de dois polos diferentes, de acordo com o grau de oficialidade do local, a forma como se administra a ibogaína e a formação dos provedores do tratamento. De um lado temos espaços informais, desenvolvido por ex-usuários ou usuários em recuperação, administrando a ibogaína de forma artesanal, por vezes intuitiva. Do outro, um trabalho desenvolvido por profissionais da área, geralmente sem experiência pessoal de dependência em espaços de saúde como hospital ou clínica, já apresentando maior oficialidade. Apesar destas diferenças, podemos encontrar no L1, local claramente situado no polo biomédico, alguma influência do contexto da planta-espírito, como o médico ser “servo da planta”, reconhecer pacientes que estejam sendo chamados por ela. No L2, também temos um

enquadre claramente biomédico, e ao mesmo tempo a presença de medicinas alternativas e programação neurolinguística. Em contraposição, há a presença, em todos os locais, da compreensão da ibogaína como um “reset” do cérebro, que regenera e desfaz conexões sinápticas negativas. O L3 é o local mais claramente situado no polo informal, e com fortes influências das práticas ayahuasqueiras.

Em relação à triagem e ao preparo dos pacientes, vemos que três dos locais se assemelham na exigência de abstinência de apenas cinco dias. No L1, no entanto, a abstinência de um mês acompanha a dose alta e definida com precisão, enquanto nos outros três são doses menores e espalhadas em dias seguidos. Será que a forma de preparo está relacionada à intensidade da dose? Estudos comparativos futuros poderiam trazer luz a esta questão.

Em relação ao momento pós-ibogaína, há certa semelhança entre os locais. Todos ressaltam a importância da continuidade do tratamento por meio de psicoterapia, exercícios físicos e atividades saudáveis. Alguns, como o L2 e o L3, sugerem um conjunto de práticas a todos os pacientes, enquanto no L1 a sugestão é basicamente de psicoterapia individual e familiar.

Nos próximos capítulos poderemos acompanhar de que forma estas diferenças no contexto do tratamento influenciaram os processos dos pacientes. No capítulo seguinte, apresento os participantes, antes de entrar no relato das experiências.

Tabela 3 - Locais de tratamento

Local de tratamento	Preparo	Duração	Tratamentos associados	Tipo de ibogaína usada
L1	30 dias de abstinência, ECG, Exames de sangue, terapia preparatória	1 dia	Psicoterapia pré e pós ibogaína	HCL
L2	5 Dias de abstinência. ECG e exames são feitos na clínica	5 dias	Programação Neurolinguística; terapias alternativas, avaliação ortomolecular, reuniões familiares. Prescrição de kudzu e heantos	HCL, TA, PTA
L3	5 dias de abstinência	1 dia	Recomendação de terapia e outras terapias de acordo com o paciente	PTA. Dosagem calculada pela provedora individualmente
L4	3 dias de abstinência	2-3 dias	Ayahuasca, rapé indígena, kambô, sananga, convívio comunitário	TA, Dosagem calculada pelo provedor individualmente

Nota: ECG para Eletrocardiograma, HCL para Cloridrato de ibogaína, TA para Total Alcaloides, PTA para Alcaloides Totais Purificados.

7. Apresentação dos participantes

Ao final do processo de ida a campo, foi possível acompanhar 12 pacientes que se trataram em quatro espaços diferentes. Destes, apenas parte respondeu aos contatos nos meses subsequentes.

Como descrito na metodologia, fiz observações para acompanhamento dos processos de tratamento em dois dos quatro locais pesquisados, visando observar as práticas de cuidado e a interação entre pacientes e provedores de tratamento, bem como propiciar um contato direto com os participantes que aumentasse a chance de que respondessem aos contatos nos meses subsequentes. Para proteger a identidade dos participantes, atribui um codinome para cada um. Com quatro dos participantes (Rui, Jonas, Rita e Chico) foi possível manter o contato até o final dos 12 meses. Três deles (Pantaneiro, Rocky e Luan) responderam ao segundo contato, dos quais foi possível coletar dados até os três meses de tratamento. Com um deles, Ryan, foi possível contato mesmo que irregular, o que trouxe informações até os nove meses de pós ibogaína. Já Milton deu apenas a primeira entrevista, mas respondeu ao contato duas vezes por Whatsapp, por onde mandou um áudio aos três meses e outro aos 12 meses pós-tratamento. Como nestes dois momentos estava internado em clínica, não havia como dar a entrevista, mas nos áudios contou brevemente sobre o seu processo e o papel que sentia ter tido a ibogaína nele. Três (Patrícia, Gláucio e Caboclo) não responderam aos contatos posteriores, tendo participado apenas com a entrevista logo após a ibogaína. Neste capítulo, apresento dados gerais dos participantes, como o perfil, local de tratamento, formas de compreensão da dependência e expectativas sobre a ibogaína.

O próximo capítulo e o seguinte focam mais detalhadamente nos momentos do processo de tratamento. Em seguida, descrevo alguns casos, para se poder olhar os dados de forma longitudinal, tentando compreender como a ibogaína foi utilizada por cada um no seu processo de autocuidado.

Como a participação foi incidental, a partir da vontade dos pacientes de participar e de pacientes indicados pelos provedores de tratamento, há pouca diversidade em gênero e raça: a maioria foi de homens, dez, e apenas duas mulheres. Três participantes se definiram como negros. Houve, ao mesmo tempo, uma boa

variedade de casos em outros aspectos. Apesar de ter acessado apenas locais de tratamento no estado de São Paulo, os participantes eram de todas as regiões do país: sete de São Paulo; dois do Mato Grosso do Sul; um do Paraná; um de Pernambuco, e um do Amazonas. Mesmo sendo a maioria de participantes de São Paulo, esta variedade mostra que o tratamento com ibogaína tem motivado pessoas por todo o Brasil, e também o grande esforço e investimento que fazem para tratar a dependência.

Não foram coletados dados específicos sobre o perfil socioeconômico dos participantes, mas é possível perceber um recorte econômico claro: era necessário conseguir pagar o tratamento, que não é barato. O valor do tratamento variava entre as clínicas de R\$ 3 mil a R\$ 8 mil. Alguns dos participantes precisaram juntar dinheiro com a família para o tratamento, enquanto outros tinham renda ou estabilidade financeira, dando conta de pagar sozinhos pelo processo.

Todos os participantes homens estavam se tratando por conta do uso de cocaína (alguns na sua versão fumada, o crack); uma das mulheres estava se tratando por conta de seu uso de álcool e a outra buscou a ibogaína para tratar uma leve depressão, chamada por ela também de distímia. Todos os que fazem uso problemático de drogas iniciaram o uso durante a adolescência. Chamam a atenção dois deles, que relataram terem iniciado o uso de drogas aos dez anos de idade, um uso precoce ligado por eles a uma situação familiar muito desorganizada ou “muito liberal”. Reconhecem o uso problemático como algo que surgiu alguns anos depois, geralmente no início da vida adulta.

O histórico de tratamento é variado, o que é interessante, pois permite observar o efeito da ibogaína em pacientes vivendo diferentes momentos na sua “carreira de usuário” (10). Nove dos 12 participantes passaram por internação para tratamento de dependência, seja em hospital psiquiátrico, clínica específica para dependência química ou comunidade terapêutica.

Antes de partirmos para a discussão dos dados propriamente ditos, vale fazer uma breve apresentação de nossos participantes.

Patrícia é uma mulher de 36 anos, dona de casa e parte de uma família de fazendeiros em uma cidade no interior de São Paulo. Bebe álcool em excesso à

noite, sozinha, cuidando do filho. Como neste momento acaba ficando irritada e agressiva com o filho, decidiu se tratar.

Luan, também de 36 anos, é guia turístico em Bonito, no Mato Grosso do Sul. Separado, com uma filha, mora com a mãe e tem muitos prejuízos por conta de seu uso de crack. Quando usa, não para por muitos dias seguidos, e faz todas as dívidas que pode para usar. Já tentou diversos tratamentos, e nos últimos anos se aproximou da igreja evangélica pentecostal em busca de apoio.

Rocky tem 49 anos, mora em São Paulo, é lutador e professor de boxe. Tem uma longa trajetória de uso. Fazia seu próprio crack antes que passasse a ser vendido nas bocas, no início dos anos 1990. É todo tatuado e tem um jeito agressivo. Quando estava em período de uso, roubava as pessoas apenas no soco, sem arma alguma. Usuário intenso, já passou por muitas internações, e havia tomado ibogaína a primeira vez seis anos antes da nossa entrevista, período que ficou abstinente e vivendo de forma tranquila. Na época da nossa entrevista, tinha acabado de sair do segundo tratamento.

Caboclo tem 34 anos, mora em São Paulo, e é analista de sistemas e estudante de psicologia. Doze anos atrás, foi usuário de crack, cocaína e maconha, e conseguiu interromper este momento de uso compulsivo ao começar a tomar ayahuasca. É filiado a um grupo dissidente da União do Vegetal nos arredores de São Paulo, que frequenta assiduamente. Outra participante do grupo provê tratamentos com ibogaína, com quem já havia tomado três vezes anteriormente para reduzir a vontade de usar, bem como para não retornar ao uso.

Ryan, de 37 anos, trabalha na empresa da família no interior do Paraná. É também lutador de Jiu-Jitsu, já tendo ganhado o campeonato paranaense uma vez. Tem problema com o uso de crack, que o deixa muito paranoico. Tomou ibogaína pela primeira vez três anos antes da entrevista, onde fez uso pela primeira vez também de ayahuasca e rapé indígena. Ficou fascinado com o mundo das plantas de poder usadas no contexto neoxamânico que entrou em contato, levando posteriormente sua esposa, pais, irmãos e funcionários da empresa da família. Como voltou a ter episódios de uso de crack fez o tratamento novamente à época da primeira entrevista.

Chico tem 36 anos e mora em um sítio em uma pequena cidade do interior paulista. Tem uma longa trajetória de internações, tendo passado por 12 clínicas e comunidades terapêuticas, além de um período na prisão por tráfico. Tem esposa e um filho pequeno, mas não consegue ficar fora de internação por mais de três meses, pois acaba usando novamente e tendo de se internar novamente.

Rui é um jovem de 24 anos, dono da própria empresa, uma agência de limpeza doméstica. Faz uso de cocaína de forma muito intensa, chegando a usar cinco gramas por fim de semana. Chegou a ficar uma semana internado após um momento de uso muito intenso, mas nunca tentou outro tratamento.

Pantaneiro, tem 38 anos, e é guarda de trânsito em Dourados, Mato Grosso do Sul. Intercala longos períodos de tranquilidade com momentos de intenso uso de crack, quando gasta tudo o que tem.

Milton tem 27 anos e é de uma cidade de porte médio do interior paulista. Começou a usar no período da faculdade, e desde então, nos últimos quatro anos anteriores à entrevista, vem entrando e saindo de clínicas. A família é bem implicada no processo de tratamento, faz terapia familiar e sistêmica, e segue as orientações do Amor Exigente, grupo conservador de ajuda mútua de familiares de usuários de drogas. Este grupo prega que a família dê amor e acolhimento apenas se o usuário ficar abstinente. No caso de Milton, o que acontece é que, se ele tiver usado, seu pai não o deixa mais entrar em casa, e chama o resgate para interná-lo involuntariamente. Neste contexto, a dinâmica de vida de Milton tem sido esta: sai de uma internação, depois de poucos dias acaba usando e retorna à internação. Quando usa, vai ao extremo: vende todas as suas coisas, incluindo roupas e sapatos, em troca de crack, trajando-se como uma pessoa em situação de rua. Antes de vir para o tratamento, chegou mais longe, em uma situação que assustou a ele e a sua família: foi para o centro da cidade e tentou assaltar carros, quase sendo preso pela polícia.

Glauccio, de 41 anos, é médico. Durante a faculdade, começou a usar crack e se desorganizou, quase não dando conta de concluir o curso. Só o conseguiu quando foi morar em uma clínica de um professor da faculdade. Tomou a ibogaína uma vez, um ano e meio antes da entrevista, mas conta que retornou ao uso diário aos poucos, já que sua ex-namorada era usuária também. Depois de se separar dela, resolveu fazer novamente o tratamento com ibogaína.

Jonas, de 41 anos, é funcionário concursado da empresa de energia elétrica do estado do Amazonas. Começou a beber e a fumar aos 10 anos, em uma família em que isso era normal. Começou o uso problemático de cocaína aos 30 anos. Alguns anos depois, virou evangélico pentecostal e se internou em uma comunidade terapêutica evangélica. Ficou algum tempo bem, mas aos poucos foi tendo mais episódios de uso. e resolveu tentar um tratamento mais definitivo com a ibogaína.

A última das participantes da pesquisa é Rita, de 28 anos, psicóloga, terapeuta corporal e acupunturista. Já fez uso intenso de cocaína em outro momento da vida, mas resolveu tomar a ibogaína para tratar o que chamou de distímia, um desânimo leve e constante que torna sua vida muito difícil e pesada. É frequentadora de cerimônias indígenas com ayahuasca, o que a ajuda em lidar com sua distímia, mas está buscando algo mais efetivo.

Tabela 4 - Apresentação dos participantes e resposta às entrevistas de seguimento

Codinome	Idade	Origem	Tratou-se para	Início de uso	Início uso problemático	Local de tratamento	Entrevistas de seguimento (meses)						
							1	2	3	6	9	12	
Patrícia	36	SP	Álcool	18	20	L1	X						
Luan	36	MS	Crack	10	14	L1	X	X					
Rocky	49	SP	Crack	13	20	L1	X	X					
Caboclo	34	SP	Crack	18	27	L3	X						
Ryan	37	PR	Crack	17	30	L4	X	X	X			X	
Chico	36	SP	Crack	13	21	L2	X	X	X	X			X
Rui	24	PE	Cocaína	17	19	L2	X	X	X	X	X	X	X
Pantaneiro	38	MS	Crack	17	21	L2	X	X					
Estudante	27	SP	Cocaína	19	20	L1	X	X					
Glucio	41	SP	Crack	19	24	L1	X						
Jonas	43	AM	crack e cocaína	10	30	L2	X	X	X	X	X	X	X
Rita	28	SP	depressão	–	–	L2	X	X	X	X	X	X	X

8. Experiências de dependência

Antes de entrarmos na experiência com a ibogaína propriamente dita, neste capítulo vamos nos debruçar sobre a experiência de dependência dos participantes. Dos pacientes acompanhados, onze deles recorreram ao tratamento para resolver seu problema com drogas. Como vimos em capítulo anterior, são diversos os olhares sobre estes usos problemáticos, e também diversas as práticas advindas deles. Da mesma forma, a partir dos relatos, veremos que a trajetória de cada um dos participantes também difere na forma como vivem e concebem seus problemas com o uso de drogas. A partir de excertos das entrevistas, apresento os aspectos mais importantes destacados por eles na sua relação com as substâncias, e que estejam associados à experiência de descontrole e dependência. É um passo importante para entender o efeito da ibogaína na trajetória deles, pois são estes aspectos principalmente que tentam tratar. Se partíssemos diretamente tentando ver o quanto preenchem os critérios diagnósticos de transtornos descritos no DSM-5 (134) ou no CID-10 (135), correríamos o risco de já considerar como dada a experiência de dependência, e perder algum elemento importante do efeito do tratamento que queremos compreender.

Início apresentando as concepções de dependência que perpassam estas experiências. Depois passo a discutir cada um dos aspectos destacados pelos participantes. É importante frisar que estes relatos sobre as próprias trajetórias aconteceram após tomarem a ibogaína, o que com certeza afeta a leitura que fazem de seu próprio passado. Caso fosse possível um acompanhamento longitudinal de cada um, colhendo também relatos de sua experiência de usuário antes dos tratamentos, teríamos outros discursos sobre o uso, mas de qualquer forma mesmo esta leitura retrospectiva sobre as próprias trajetórias nos ajuda a entender a experiência de cada um da própria dependência, quais as características que mais destacam em seus relatos, e a expectativa que criam com o tratamento com ibogaína.

8.1 Concepções de dependência

Durante as entrevistas, as formas de explicar os problemas com o uso de drogas aparecem como um emaranhado de concepções diversas. Como os sujeitos, em sua maioria, já tinham uma trajetória por clínicas e espaços de tratamento para drogas, não é de se espantar que tragam muitos aspectos do repertório que circula neste contexto em suas falas, já que no Brasil há uma hegemonia de modelos morais e focados na abstinência.

Nas trajetórias dos pacientes, nenhum referiu ter acessado serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como Unidades de Básicas de Saúde ou Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas, os CAPS-AD. Por outro lado, oito dos participantes já passaram por pelo menos uma internação, sendo sete em comunidades terapêuticas¹⁰. Este é o recurso mais utilizado, e muitas vezes de forma recorrente, como no caso de Chico, que teve 12 internações, ou de Rocky, que já perdeu a conta das internações, e teve “pelo menos 10, certeza!” (Entrevista de Rocky). Outro caso extremo do uso de internações é o de Milton, que é internado repetidas vezes pela família, de forma involuntária, sempre no dia em que descobrem sua recaída, tendo passado dois dos últimos três anos dentro de uma instituição para usuários de drogas. Aliás, este é um aspecto compartilhado por alguns dos participantes: a trajetória de vida atravessada por um constante ‘entra e sai’ de clínicas e de comunidades terapêuticas. Alguns falam com certo cansaço destes espaços e de suas práticas, como Chico, que diz não sentir mais necessidade de participar dos tratamentos usuais, depois de tanto tempo nisto: “Como eu acostumei com clínica, que fala de sala [de Narcóticos Anônimos], terapia, fico pensando [se faço alguma terapia], mas eu não faço nada. Ah, sinto que tem muita coisa que já resolvi! Não me vejo com problema agora”.

Outro tipo de tratamento que aparece bastante na trajetória dos pacientes são os grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e o Amor Exigente. Seis dos pacientes já haviam participado destes espaços, mas nenhum participava na época das entrevistas. Por mais que nenhum os considere

¹⁰ A rigor, as comunidades terapêuticas não são serviços de saúde, e não realizam “internações” e sim “acolhimentos”. Na prática, porém, há uma zona cinzenta entre os dois conceitos e mesmo entre os serviços, já que vários se denominam CTs mas funcionam como clínicas de internação (inclusive aceitando internações involuntárias). Como os próprios participantes as denominam como “internações”, é assim que as trataremos

mais espaços úteis em seus processos terapêuticos, o repertório de discursos e práticas sobre o uso de drogas está bem presente na forma como compreendem seus problemas e lidam com eles. Este repertório é constante também na grande maioria de clínicas especializadas e comunidades terapêuticas.

De acordo com a teoria sobre “dependência química” nativa dos Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e outros grupos afins, a dependência seria uma doença crônica, progressiva e fatal. Como bem explica Jonas ao falar de seu problema: “Aí que fala, né, que é progressiva. E fatal porque essa progressão vai gerar uma overdose e mata, né. Então eu tava nesse processo aí” (Entrevista de Jonas). Por esta teoria, sem base científica, os usuários de drogas seguiriam um determinado percurso: começariam a usar recreativamente, passariam a usar cada vez mais em excesso até passar a ser dependentes “químicos”. Haveria pessoas que dariam conta de seguir usando sem ter problemas, mas o dependente químico não teria esta capacidade. Ao atingir este estado, passariam a não ter mais controle sobre suas vidas, aumentando progressivamente o uso até ter algum problema grave no corpo e morrer. É interessante que o termo overdose não seria adequado para os usos relatados, já que as vias de administração da cocaína inalada e do crack (fumado) não permitem a absorção de uma grande quantidade de cocaína pelo corpo, pois se metaboliza de forma rápida pela via nasal e pulmonar, e reduzindo o risco de overdose. No entanto, esta parece ser uma preocupação dos participantes em seus momentos de uso intenso. Dois dos participantes relataram ter passado por um momento de overdose. Rocky conta como um dos momentos mais “fundo do poço” de sua carreira de usuário:

“Já a pedra, ela pode estourar uma veia na cabeça! Eu já tive overdose assim, de ficar tremendo e não conseguir nem pegar o cachimbo. Daí depois de 20 minutos eu já voltei ao normal, daí eu peguei e já continuei fumando, o bagulho você não tem limite. Você para quando você não tem força nem pra ir buscar mais...” (Entrevista de Rocky).

No relato dele, percebe-se também um momento de compulsão extrema, geralmente chamada de “binging”, em que o uso só encontra limite na exaustão do corpo. Ou no caso dele, nem neste momento. Enquanto a “overdose” dele durou 20 minutos, a “overdose” de Rui teve mais consequências:

“No dia que eu fui pro hospital eu tinha usado muito, eu tava agoniado, eu não queria usar mais, mas o corpo queria, aí eu tomei o remédio pra dormir, não sei se foi um choque, o que que deu, mas aí eu comecei a sentir uma dor muito forte na cabeça, daí bradicardia, e eu fui pro hospital. Passei uma semana lá. (Entrevista de Rui)

Neste episódio, que Rui chamou de “princípio de overdose”, se concretiza bem o temor da dependência como doença fatal.

A noção de dependência como doença crônica influencia, de diversas formas, as práticas de tratamento e de autocuidado dos participantes. Luan compara com outras doenças como diabetes e que exigem um controle constante:

“É como se fosse diabético, tem que se privar de algumas coisas, como o diabético. [...] A gente fica limpo, mas as pessoas precisa se encontrar depois, senão não fica limpo. É que nem diabético, cardíaco, que tem as tentações dos excessos. “ (Entrevista de Luan).

A dependência, ao ser crônica, exigiria um cuidado constante para não retornar ao uso, do mesmo jeito que o diabético precisa se abster de doces.

Outro elemento presente em praticamente todas as entrevistas, e que é estreitamente ligado ao da dependência como crônica e progressiva, é a noção de recaída. Todos os participantes se referiram aos momentos de volta ao uso como recaída. De acordo com Albuquerque (116), a recaída está ligada a uma noção de fracasso, na qual o usuário retornaria ao mesmo padrão de uso problemático de antes de entrar em abstinência. Como veremos mais adiante, os participantes relatam suas recaídas como retornos ao uso não apenas em relação à uso e quantidade da droga, mas também de diversas outras práticas e hábitos que cada um associa ao uso, variando bastante entre os participantes: beber álcool, frequentar favelas ou cenas de uso público de crack, contratar prostitutas, isolar-se dos outros em motéis, roubar, furtar, vender objetos próprios e dos parentes, ou mesmo ficar na rua com trajes de alguém em situação de rua.

Como a dependência não poderia ser superada por ser crônica, o “dependente químico” oscilaria na vida por dois momentos, o da “ativa” e o “em recuperação”. Parte do que se ensina nas clínicas são recomendações de como evitar as tais recaídas e se manter em abstinência e em recuperação. Este parece ter sido um elemento bem significativo aprendido por muitos dos participantes, que tinham como

principal forma de autocuidado após a ibogaína a prática dos “evites”. Como conta Chico: “Não me arrisco a beber, não frequento outros lugares, faço alguns evites” (Entrevista de Chico; três meses). Basicamente, trata-se de evitar locais e pessoas do período de “ativa”. Continuar frequentando locais, situações e encontrando amigos da época de uso levariam ao retorno à “ativa”. Na perspectiva da antropotécnica pode-se dizer que a vida destes participantes se divide entre dois grandes conjuntos de hábitos, e que parte do esforço do indivíduo passa por se manter longe de locais e pessoas que poderiam incitar ao retorno aos conjuntos de hábitos de “ativa”.

Diante desta perspectiva tão polarizada, em que só é possível estar abstinente de drogas ou em um uso que irá progredir em direção à morte, para os participantes não faz sentido tentar usar de forma controlada ou menos danosa. Por isso, pouco nos surpreende que a perspectiva da redução de danos praticamente não tenha aparecido nas entrevistas. O único que a citou foi Jonas, um evangélico fazendo pós-graduação em teologia e se preparando para ser pastor. Ele a entende de forma limitada, como se ao se cuidar na perspectiva da redução de danos o paciente precisasse manter o uso:

“É que nem, o cara tá usando crack e daí ele passa pra maconha, como é isso? Política de redução de danos! É isso que eu tô querendo falar. Entendeu, tá entendendo? Nesse sentido eu não acho legal a política de redução de danos, porque você continua mantendo aquele sentimento de que precisa ainda ter alguma química.” (Entrevista Jonas)

A redução de danos é vista por ele como algo que ainda mantém o usuário em uma “ilusão” do uso de drogas, e não como uma perspectiva que visa a ajudar o sujeito a melhorar sua qualidade de vida dentro do que seja possível em diálogo com o usuário (26). Neste olhar de Jonas, a ibogaína estaria fora deste rol de substâncias químicas, já que seria usada uma vez para que não se precisasse mais usar as outras. É interessante que, dependendo do momento histórico e do contexto, a ibogaína pode ser vista como tratamento legítimo por atores das diversas posições do campo da atenção ao uso problemático de drogas. Enquanto em meados dos anos 1980 foi promovida junto a ações de redução de danos na Holanda (58,110), no Brasil atual tem tido uma aceitação parcial por parte do campo mais conservador e absentéista.

Para Jonas, a redução de danos no fundo não é uma opção de cuidado porque o uso de drogas é visto como algo negativo em si, e com este comentário dele nos aproximamos do segundo principal aspecto presente nas concepções dos participantes sobre dependência, o uso de drogas como uma questão negativa moralmente. Por mais que vejam como uma doença e falem claramente sobre seus sintomas e de momentos de descontrole, se referem ao uso ao mesmo tempo como “sem-vergonhice”, “fraqueza espiritual”, “batalha entre o carnal e o espiritual” (Entrevista de Jonas). Alguns descreveram sua dependência como algo infernal, o que era o caso de Luan, que se sentia “escravo dos prazeres, álcool, drogas e sexo”. “Vivi este inferno” (Entrevista de Luan), e de Rocky, que vê o crack como algo do diabo (Entrevista de Rocky). O indivíduo entraria no uso de drogas por curiosidade e para preencher um vazio que não deveria ser preenchido com os prazeres do corpo.

Completando esta amálgama de olhares, teorias com inspiração científica sobre o efeito das drogas sobre o cérebro também são usadas para explicar o fenômeno da dependência. A explicação da ibogaína como novo medicamento que “desfaz e refaz conexões neuronais” se encaixa bem neste repertório, como vimos na apresentação do local de tratamento 2, e veremos no estudo de caso de Jonas. A dependência seria um desequilíbrio cerebral. O uso constante de drogas levaria o cérebro a acostumar com o intenso prazer e a querer só isso, passando o sujeito a não responder mais por suas vontades. Como explica Jonas:

“A gente sabe que dá picos de prazer que... como o doutor [da clínica onde se tratou] fala, eu tava ouvindo aqui a fala de um link, que tem um doutor falando que tudo aquilo que dá prazer tá abaixo, porque a droga atinge um nível muito elevado, no cérebro”. (Entrevista de Jonas)

Não importa qual substância e qual padrão de uso, todos teriam seus cérebros afetados pelo intenso prazer, e entrariam então no mesmo ciclo vicioso da dependência. Tanto no discurso da clínica como no de alguns pacientes, vemos o uso da teoria sobre dopamina discutida em capítulo anterior.

Agora, para além do que dizem e como conceituam suas experiências de descontrole, irei destacar quais são as principais características da experiência de uso problemático de drogas vivida pelos participantes, e veremos nos capítulos

seguintes de que forma o tratamento com a ibogaína irá afetar estes aspectos da dependência vivida.

Os aspectos que mais se destacaram nas entrevistas foram a compulsão, os pensamentos recorrentes, as sensações corporais, a função do uso para o sujeito, o funcionamento de um modo de vida de usuário e o abandono de projetos de vida.

8.2 Compulsão

A característica mais presente nos relatos dos participantes sobre seus usos problemáticos foi a falta de controle na quantidade usada. O uso compulsivo, repetitivo, sem que o indivíduo consiga parar, evitando as consequências negativas, apareceu de formas diversas, e em alguns casos de forma muito extrema, como nos relatos acima sobre as “overdoses” de Rocky e Rui.

Geralmente, o uso não acontecia mais diariamente, até porque já estavam tentando parar antes do tratamento com a ibogaína, cada um a seu modo. Porém, quando o uso acontecia, não ficava na quantidade a que haviam se proposto inicialmente. Como comenta Patrícia, que tinha problema com álcool, sobre seu uso:

“A minha relação com o álcool é assim: eu não sou aquela pessoa que bebe todo dia, mas quando eu bebo não tem... fim. Sempre consigo ficar 15, 20 dias, um mês... [...] Às vezes abria uma cerveja, abria outra, e daí eu não tinha fim. Tipo assim, eu dou uma segurada até a quarta, quinta [lata de cerveja], mas depois disso não segurava mais. [...] O problema é mesmo não ter o limite na quantidade...” (Patrícia).

Patrícia ficava algum tempo sem beber, mas quando bebia, era até o fim da noite. No outro dia, acordava de ressaca, sentindo-se culpada por ter bebido mais do que queria, e pelo jeito como tratava o filho enquanto estava bêbada.

Rui conta da sua luta constante para não ceder à compulsão, que foi crescendo com o passar do tempo:

“Daí eu comecei a usar todo final de semana, só que daí passou a serem quantidades muito grandes, tipo assim, 5, 6, 7 gramas numa noite, começou a ser muita coisa... Aí, depois, eu comecei a ficar com vontade de usar todo dia, então teve

tempo que eu usei todo dia, teve tempo que eu usei todo dia...”
(Rui).

Dependendo da substância, o ritmo desta compulsão mudava também. No caso do Caboclo, o seu uso compulsivo de maconha se aproximava do uso de tabaco, por ser cotidiano e inserido nas atividades diárias:

“No último dia do carnaval eu resolvi fumar maconha. E que foi a pior coisa que eu fiz, né... Porque daí eu entrei na compulsão, comecei a fumar 50 gramas por semana, você imagina que eu tava fumando 8, 9 baseados... Porque eu, eu já usei de tudo nessa vida, mas... Mas com a maconha eu tenho... Uma compulsão muito, muito forte... Se deixar eu fumo o tempo inteiro, o tempo inteiro.” (Caboclo)

Já Luan tinha outro ritmo de uso do crack. Ficava sem usar por um bom tempo, mas depois usava seguidamente, por vários dias:

“Eu usava 15 dias seguidos, daí dormia, ficava fora da vida. Por semana gastava uns 2, 3 mil. Compulsão, sou muito compulsivo. Trouxe prejuízo, muito prejuízo.” (Luan)

A compulsão está ligada a muitos prejuízos nas relações interpessoais, compromissos de trabalho e estudo, pois deixavam de lado responsabilidades e combinações que haviam feito. Este é um aspecto da experiência que está diretamente ligado ao descontrole, pois, para os usuários, no momento em que passavam a usar era como se não respondessem mais por si, como se as práticas no entorno do uso se automatizassem, algo que fica claro nesta fala de Rui:

“Não, vai lá e pega uma só”, e depois da primeira você não para mais, você liga, como eu falo, o “Botão de ignorar tudo” e não tem mãe, pai, primo, irmão, papagaio, não tem nem você mesmo, não tem nem amor próprio! (Rui)

Nesta fala dele, vemos como um pensamento insistente, de “ir lá e pegar uma só”, o leva a entrar no uso de forma compulsiva, deixando de lado o cuidado com suas relações sociais.

Luan destaca o sofrimento presente neste momento. Enquanto na perspectiva do senso comum frequentemente se imagina que o dependente seja alguém que esteja aproveitando, gozando de seu uso, sem se preocupar com seus compromissos, podemos ver nesta fala que a experiência é bem diferente:

“Chega uma hora que a gente cansa de usar, muitas vezes ficava com o cachimbo na mão, chorando e pensando, “não tô querendo, mas tô usando”.” Nossa, é uma tristeza, um sofrimento mesmo.” (Luan)

Este tipo de automatismo vai além do automatismo que Sloterdijk relaciona com a repetição quase passiva do hábito. O automatismo da compulsão é como um mecanismo que, quando acionado a primeira vez, o sujeito não tem autonomia para interromper. Esta automatização do uso na compulsão está relacionada a outro aspecto bem presente também nas entrevistas: o pensamento recorrente, que é o segundo aspecto que vamos destacar.

8.3 “Fissura”: O pensamento recorrente

Os participantes relataram um tipo persistente e incômodo de pensamento no período que precedia o uso. Os pensamentos eram geralmente sobre os momentos de uso, seja lembrando-se de momentos passados ou planejando como usar novamente. Estes pensamentos são obsessivos, ficam repetindo-se na cabeça, gerando incômodo, como bem compara Rui:

“Eu gosto de comparar assim, tipo, você tá dormindo no quarto, de porta fechada, e tem uma pessoa batendo na porta. Você quer dormir, tá com sono, mas aquele “toc-toc” incomoda e não deixa a pessoa dormir, sabe?” (Rui).

Este incômodo gerava estresse, dificuldade de se concentrar nas atividades, e persistia até que se cedesse a ele e fosse usar. Vale destacar que a experiência vivida é um tanto sofrida, e por mais que se assemelhe ao que se chama de fissura, o aspecto de vontade pouco apareceu nas falas. Apenas Jonas, ao relatar estes pensamentos, destacava outro sentimento, a saudade, como a lembrança saudosa de um momento bom que valeria a pena repetir: “Eu pensava quando vinha, pensava era com saudade, era com vontade de repetir...” (Jonas).

Na fala de Jonas, é possível perceber certa ambiguidade presente neste momento anterior ao uso. Estes pensamentos se repetem até que o uso os faça cessar. O momento de ceder ao uso é precedido também por sensações corporais

desconfortáveis, sendo ceder ao uso a forma mais eficiente encontrada para sair deste mal-estar.

8.4 “Abstinência”: Sensações corporais desagradáveis

Sensações corporais desagradáveis é outro aspecto que geralmente acompanha o pensamento recorrente, e que incita ao uso. Este mal-estar físico foi chamado por diversos dos participantes de “abstinência”, mas essa palavra não seria a mais adequada, pois não seria exatamente um mal estar ocasionado pela ausência da substância no organismo, podendo acontecer dias, meses ou até anos após o último uso. Além disso, a abstinência enquanto fenômeno biológico, mesmo quando é descrita logo após a cessação do uso, é um fenômeno mais bem descrito para sedativos como o álcool e hipnóticos.

Alguns dos participantes associaram estas sensações ao termo “memória eufórica”, jargão que circula nos contextos das internações em comunidades terapêuticas e clínicas especializadas, em que a memória de momentos de uso ativaria uma “euforia” no sujeito, podendo levá-lo ao uso.

Estas sensações corporais apareceram de forma diferente na experiência de cada participante. Rocky, por exemplo, ficou seis anos abstinente após seu primeiro tratamento com ibogaína. Neste período, já tinha presenciado pessoas usando outras drogas, como maconha e mesmo cocaína perto dele, em festas, sem que tivesse voltado a usar. Saindo com uma mulher, porém, a viu usando cocaína e começou a se sentir estranho: “Maconha, eu já fumei maconha muito na vida, mas eu não ligo se fumarem maconha do meu lado. Já cocaína, pedra... me deu aquela ansiedade”. A ansiedade não o abandonou mais, e depois que ela foi embora, foi buscar crack.

Já Chico, também usuário por muito tempo, tinha violentas sensações, e era como se só usando o mal-estar passaria:

“Eu não tinha a experiência de ficar em sobriedade. Tava há 21 anos usando. O máximo era três meses limpo, [daí] vinha tudo, diarreia, vômito... E acabava usando, não tinha como! [...] A

abstinência é muito ruim... ficava tudo péssimo, “vou ter que usar pra passar isso”. ”(Chico).

Enquanto o discurso corrente sobre a dependência o coloca como alguém que não responde por si, é quase “controlado pela droga”, na fala de Chico vemos que é ele mesmo quem toma a decisão de ir usar crack, e decide não exatamente movido pela vontade, mas para fazer cessar as sensações. No relato acima, Chico chega a pensar em não usar, pois quer evitar as consequências do uso intenso, mas ao mesmo tempo sabe que só se puser em funcionamento o repertório de hábitos associado ao uso é que irá conseguir fazer passar o mal-estar, e por isso decide pelo retorno ao uso.

Outro participante, Rui, fala da pressa em se tratar quando descobriu o tratamento com a ibogaína, para tentar se livrar logo de tão intensas sensações:

“Fui de última hora, mas eu não podia esperar, tá entendendo, já não me aguentava mais, de dor, de compulsividade, de estresse, e dores de cabeça, incômodo no nariz, incômodo na garganta, tava bem complicado, sabe.” (Rui).

Estas intensas sensações, diferentes em cada um dos participantes, são alguns dos aspectos que parecem ter mais força para levar o sujeito a usar novamente. O uso da droga por quem tem problema parece acontecer quase como uma forma de remediar, de fazer cessar essas sensações físicas. Em pesquisa qualitativa sobre razões identificadas por usuários de crack para uma “recaída”, Gonçalves e Nappo (116) categorizaram fatores do ambiente, da droga e do sujeito que, de acordo com os entrevistados, levariam à recaída, como: dificuldade de lidar com emoções, recursos para conseguir usar, sintomas de abstinência, de fissura ou uso de outras drogas. Em comparação, a partir da experiência relatada pelos usuários nas nossas entrevistas, percebemos que as sensações desagradáveis durante períodos de abstinência e os pensamentos recorrentes eram os principais fatores que os faziam decidir pelo retorno ao uso. Os fatores categorizados pelas autoras citadas acima, como o uso de outra droga, a disponibilidade de dinheiro, a dificuldade em lidar com emoções, ou pistas do ambiente seriam elementos que poderiam disparar estas sensações e pensamentos que levavam ao uso. Na nossa amostra estes elementos apareceram, mas com muito mais ênfase os participantes falaram dos pensamentos recorrentes e das sensações desagradáveis, que, no entanto, algumas vezes não

pareciam estar associada a nenhuma característica do contexto do momento, podendo aparecer repentinamente.

8.5 Função do uso

Outro aspecto da experiência de dependência que apareceu entre os participantes foi o do uso como uma forma de lidar com algum outro sentimento. Reconhecem que o uso da substância tem uma função, como diz Patrícia sobre seu uso de álcool:

[Uso] o álcool como um jeito de desestressar, quase. De lidar com essa sobrecarga, né... Então, assim, acho que essa foi a fuga que eu achei pra poder dar essa desestressada (Patrícia).

Patrícia conta que sua rotina de cuidar da casa e do filho sozinha todo dia a deixa com um estresse muito grande, e a cerveja era um importante elemento para relaxar, mas conforme o consumo foi aumentando, trouxe outros problemas, principalmente nas relações interpessoais. A partir deste efeito desestressante, podemos entender como o hábito de beber foi se enraizando na rotina de Patrícia.

Na perspectiva da antropotécnica, podemos ver que, no caso de Patrícia, a constante prática de beber para aliviar o estresse foi se tornando cada vez mais parte da rotina.

Caboclo, que tomou a ibogaína para parar de usar maconha, conta que a maconha funcionava como um ansiolítico:

“Porque era... como eu tava mal, emocionalmente, e muita ansiedade, eu usava, vamos dizer assim, né, como remédio. Porque dava uma relaxada, dava uma baixada na ansiedade.” (Caboclo).

O interessante no caso dele é que, depois da ibogaína, conseguiu interromper o uso de maconha, mas acabou passando a usar outra droga para reduzir a ansiedade, o fármaco de prescrição psiquiátrica Escitalopram, de efeito antidepressivo.

8.6 Modo de vida de usuário

Enfrentando no cotidiano os pensamentos recorrentes, ansiedade, estresse e desconfortáveis sensações corporais, os participantes relatam uma luta constante contra o retorno ao uso. Suas vidas acabavam ficando polarizadas entre dois momentos, dois modos de vida. Tentavam levar um cotidiano de forma organizada, algo que durava mais ou menos tempo, de acordo com o momento de cada um, mas acabavam usando e entrando em uma dinâmica de vida totalmente diferente. Como já comentei acima, o retorno ao uso traz junto consigo não apenas o uso em si, mas também todo um rol de hábitos e comportamentos associados, que variam entre os indivíduos. O uso de drogas é apenas um elemento entre os diversos hábitos que ressurgem na “recaída”. Nesta parte, vamos nos deter um pouco sobre como é este processo de retorno e permanência no que chamamos de “Modo de vida de usuário”. Na perspectiva da antropotécnica, podemos pensar que, no decorrer dos anos de uso, os participantes foram desenvolvendo e agrupando conjuntos de hábitos ligados ao momento de uso de drogas, cada um de forma diferente, o que estamos chamando aqui de “Modo de Vida de Usuário”.

Não é somente o uso compulsivo que vem com a retomada deste modo de vida, mas também um abandono das atividades diárias e responsabilidades. Rui relata parar de se alimentar, passar a se ocupar apenas do uso, e levar sem muita responsabilidade os compromissos de trabalho. Passava estes dias muito irritadiço, brigando e tratando mal sua mãe e a namorada.

No caso de Pantaneiro, que tinha problema no uso do crack, intercalava momentos de abstinência e organização na vida com intensos e longos momentos de uso, que chegavam a durar duas semanas:

“Eu alternava, né, picos de uso, vamos dizer assim, quando usava, usava até afundar mesmo, até acabar o dinheiro... Graças a Deus eu nunca roubei, nunca morei na rua e tal... Mas eu usava até me arrebentar e me encher de contas. [...] Queimei um cartão, eu fiz um cartão eu queimei ele todinho, cara, com isso, na intenção de não pagar mesmo.”
(Pantaneiro).

Estes picos de uso eram extremamente danosos para sua vida. Não daria para chamar estes momentos de apenas um uso compulsivo do tipo “binge”, pois não

duravam até o corpo não aguentar mais, mas sim até se endividar totalmente, não tendo mesmo como gastar. Este comportamento, que poderíamos chamar de financeiramente suicida, uma vez que precisava de meses ou até anos para sanar as dívidas contraídas, era muito diferente de seu modo de vida usual, abstinência, em que leva a vida tranquila como orientador de trânsito na sua cidade, e ajudando sua mãe a cuidar da casa.

Outro aspecto deste modo de vida de usuário de alguns, destacado na fala de Rocky abaixo, é a auto depreciação. Neste modo de vida, ele se sujeitava a diversas situações humilhantes para usar mais, como esta cena que contou sobre uma ida à biqueira:

“Você faz de tudo. Eu cheguei com uma televisãozinha portátil, cheguei e perguntei “quanto você dá por essa televisãozinha aqui?”, a pedra era cinco reais. Eu tava louco, cara, tinha feito merda pra caralho, três dias virado, o cara falou: duas... Eu falei “Ah não, melhor levar pra casa”. Meu irmão, eu cheguei na porta do carro, eu falei “Meu irmão, vou levar essas duas”. Eu cheguei, “me dá as duas”, o cara falou “agora eu dou uma”. Eu não fui e peguei essa uma? Eu dei uma televisão pro cara, dei uma pega acabou a droga? O cara tira você de trouxa, tira de trouxa! Uma televisão, 5 real. Relógio de um barão, 4 pedrinha, 20 real. O crack é cruel... se ele não fosse forte como ele é, não ia ter tanta gente na Cracolândia morando na rua. E morando na rua! Graças a deus, minha família nunca me abandonou. Porque se tivesse me abandonado, eu também tava morando lá... porque ninguém aguenta, cara! Ninguém aguenta um crackeiro. Você vende a mãe!” (Rocky)

Vemos nesta fala como ele se submete a uma situação de humilhação, e que nesta dinâmica de uso compromete a organização da vida e suas relações. A forte fala ao final, de vender até a mãe, nos mostra o risco de colocar de lado relações importantes em nome do uso, enquanto estiver no modo de vida de usuário. Chama a atenção também o risco de ficar totalmente entregue ao modo de vida de usuário, como os que moram na Cracolândia e o vivem em tempo integral. Este medo da conversão integral ao modo de vida de usuário é uma possibilidade que assombra diversos dos participantes.

Rocky fala também de uma espécie de alteração do pensamento:

“Não sei o que ela faz, mas muda o pensamento. Não é um negócio normal, você vê que não é você pensando. E não é só

no dia, cara, depois uma semana você fica pensando só bosta.” (Rocky).

Neste estado, este modo de viver e se organizar, cada um traz um conjunto de hábitos que são “acionados” junto com a retomada do uso. Alguns ficam usando sozinhos no quarto de casa, com medo de contato com qualquer pessoa. Outros vão para um quarto de hotel, levando uma profissional do sexo, outros vendem as próprias roupas e se trajam como alguém em situação de rua. Alguns, como Pantaneiro, no relato citado acima, se endividam, enquanto outros furtam, roubam ou se prostituem para conseguir os recursos para se manter nesta dinâmica. E um aspecto interessante é o fato de que se manter no modo de vida de usuário exige uma postura ativa, indo atrás de dinheiro, droga, local para uso, mas os relatos são como se estes repertórios de hábitos fossem automatizados, como se o indivíduo não tivesse muito controle sobre eles, depois de acionados.

Ryan, por exemplo, relata que passava por episódios não muito recorrentes de uso, em que usava pouca quantidade de crack, mas nestes momentos ficava em um estado tão paranoico, desconfiado e assustado, que trazia sérias consequências para seus relacionamentos na cidade pequena em que mora:

“Só que aí cada vez que eu uso, eu acabo ficando meio paranoico e tal, então todo mundo fica sabendo, minha família fica sabendo, dou bastante trabalho, entendeu? Então todas as vezes que eu acabo usando são bem traumáticas assim, sabe. [...] de 2015 pra agora eu não usei, não usei muitas vezes, mas elas foram bem traumáticas assim, sabe.” (Ryan)

Por outro lado, a experiência de estar recaído está associada a uma ideia de força, de aguentar as adversidades:

“Eu faço uma relação assim, o dependente químico é uma raça de criatura que vem do outro planeta, e tem uma casta dessa raça que não morre, eu tô nesse meio, é uma coisa inexplicável.” (Luan)

O quanto esta admiração pelo “dependente químico” de Luan o inspiraria no momento em que entra no modo de vida de usuário? Aqui nos cabe pensar na admiração quase contraditória pelo “abjeto”, usando o termo desenvolvido por Taniele Rui (57) em sua etnografia sobre uso de crack. Podemos ainda destacar outro aspecto da leitura da dependência enquanto antropotécnica. Luan relata ao

mesmo tempo uma repulsa pela figura do usuário e uma admiração: ela traz sérias consequências negativas à sua vida, mas é também uma inspiração por aguentar muita coisa que as pessoas em geral não aguentam, como doses muito altas de cocaína e derivados, passar dias sem dormir, além do rompimento com compromissos e expectativas dos outros. Esta ambiguidade da valoração da figura do usuário parece variar também no tempo. Enquanto consegue se manter abstinente, refere repulsa – ainda que transpareça certa admiração – por ela, mas o momento do retorno ao uso marcaria o momento em que esta figura volta a ser inspiradora para o sujeito.

Os relatos pouco trazem o prazer como algo presente na experiência. Quando falam do prazer, ele aparece no primeiro trago, primeiro gole ou primeira carreira de cocaína. O resto do tempo o uso aparece associado a rumações sobre momentos ruins, arrependimentos, paranoias e outros medos.

Nesta dinâmica de luta contra estes hábitos, se deixar levar por eles, a culpa e o estresse gerados com as consequências negativas, e o esforço para tentar interromper o modo de vida de usuário, tudo isso vai levando a um cansaço, como vemos na fala de Rui:

“Eu não me aguentava mais. Acordava de manhã, já queria ir usar. Ia deitar à noite e queria usar, na hora do almoço queria usar, e passava um, dois dias sem comer nada”. (Rui)

Além do cansaço, muitos contaram do medo de que fossem cada vez ficando mais no modo de vida usuário, o que vemos que, para muitos, ia acontecendo com o passar do tempo, como nestes relatos de Jonas e Gláucio:

“Antes do primeiro episódio (de retorno ao uso), eu fiquei um ano. depois eu fiquei mais uns meses, mais seis meses, sete meses, daí aconteceu outro episódio. Os intervalos entre eles foram diminuindo, e eu percebi que eu tava voltando, lentamente, praquela que era minha condição antes.” (Jonas)

“O uso era assim, voltava de uma recaída achando que dava conta, e quando vi estava no uso diário. Com crack era assim, não conseguia ter este controle, sempre acabava no uso diário. Dessa vez, pra não cair no uso diário de novo, fiz uma internação de 30 dias e fiquei limpo para fazer a ibogaína.” (Gláucio)

Os constantes, inesperados e prejudiciais retornos ao uso iam levando também a outra consequência mais grave, e que pudemos perceber mais nos casos com trajetórias mais longas de uso, que abandonavam a tentativa de construção de outros modos de vida, mostrando certa cronificação da situação. Nenhum deles desejava viver o tempo todo no modo de vida de usuário, até porque isso era, de forma muito concreta, insustentável. As faltas no trabalho, as dívidas e os gastos excessivos, os problemas relacionais advindos do descontrole, estas e outras consequências tornavam impossível este modo de vida.

8.7 Abandono de projeto de vida

Nos relatos vemos, com a constante perda de controle e volta ao uso, a desistência de tentar concretizar projetos de vida. Chico, um dos participantes com mais longa trajetória de uso (21 anos) e com 12 internações, e que conseguia ficar poucos meses sem usar depois de cada internação, fala com clareza de como era viver neste constante risco de uso:

“Eu não sabia, não sabia se ia estar internado, se eu ia tá morto no fim do ano. Era viver no limite, mesmo quando tava bom, não tava bom. O que era incômodo... O tempo todo.”
(Chico)

Neste ponto, passa a ser mais fácil não se propor a grandes planos na vida, pois provavelmente acabariam não dando conta de cumprir. Por outro lado, o modo de vida de usuário aparece também como um “lugar para onde voltar”: caso acontecesse alguma frustração ou fracasso em se atingir algum projeto de si, o participante acabava reativando seu modo de ser usuário, como vemos nesta parte do relato de Ryan, que lutava jiu-jitsu e sofreu um acidente:

“Fui campeão paranaense. Aí aconteceu que eu tive uma lesão na coluna, e teve um dia que eu fui no médico lá, e ele me deu um diagnóstico de que eu não poderia fazer esporte nenhum, que eu só poderia fazer caminhada, aí nesse dia eu usei droga, entendeu, nesse dia eu usei droga, e foi a primeira decepção, assim, da primeira vez que eu tentei parar de verdade, sabe? E dessa recaída foi tão intensa, depois dessa... Eu tava tão empolgado de ter parado [de usar] e estar bem no jiu-jitsu, e

estar treinando e tudo, que eu fiquei tão decepcionado com isso, que isso foi um gatilho pra me levar, entendeu?” (Ryan)

Neste capítulo pudemos acompanhar de que forma o descontrole com as drogas era vivido pelos participantes, chamado por eles de dependência química. Sem recorrer a generalizações, já que as trajetórias de uso nos diversos contextos sociais são muito variadas, as narrativas construídas pelos participantes da pesquisa seguem um percurso: a partir de um uso habitual, para obter sociabilidade, diversão, ou, em alguns casos, diminuir o estresse ou a ansiedade, o usuário acaba aumentando seu uso e mantendo este hábito. Depois de algum tempo, passa a se perceber em um uso compulsivo de forma que coloca em risco ou prejudica suas relações pessoais e projetos de vida e trabalho. Para evitar estes prejuízos, começa a viver em uma tentativa de não usar de forma problemática, instaurando uma dinâmica entre não uso e a auto entrega a um modo de vida de usuário, que traz, no caso de cada um deles, um repertório diferente de hábitos e comportamentos. Ao tentar evitar o modo de vida de usuário, se percebiam com pensamentos recorrentes sobre os momentos de uso, tendo que enfrentar sensações corporais desconfortáveis, que acabavam os levando novamente ao modo de vida de usuário. Esta constante dinâmica entre uso e não uso levou alguns à cronificação da situação, e ao abandono da tentativa de construção de projetos de vida.

Partindo do ponto de vista da antropotécnica sugerido anteriormente, é possível perceber nos relatos os conjuntos de hábitos associados ao uso, que variam entre os participantes. Ao chamarem de dependência seu uso problemático, porém, o que se destaca são os automatismos e a experiência de falta de liberdade. O modo de vida de usuário de cada um são conjuntos de hábitos carregados de uma longa trajetória e intensa carga emocional. Ao mesmo tempo, aparece em algumas falas uma admiração pela figura do usuário, em relação à sua força e à capacidade de romper com o instituído. Pela experiência de desconforto corporal e de pensamentos recorrentes, sentiam-se compelidos a pôr em prática seus hábitos do modo de vida de usuário. Estes, depois de acionados, se repetiam de forma compulsiva, na qual o usuário ocupava o lugar de repetidor passivo.

Nos próximos capítulos, vamos observar detalhadamente como foi vivido pelos participantes cada momento do tratamento com a ibogaína, e de que forma estes impactaram os aspectos descritos acima. Além do efeito sentido, de que forma

também os participantes lidaram com os efeitos e aproveitaram o novo momento? Veremos que, além de perceber certa variação no efeito, poderemos perceber também uma variação na forma como lidam com este novo momento de suas trajetórias.

9. O tratamento com a ibogaína: efeitos agudos e dias após

Neste capítulo, descrevo como foi vivido pelos participantes o tratamento com a ibogaína. A partir dos relatos, decidi dividir a experiência de tratamento em três momentos: os efeitos da ibogaína durante o efeito agudo; o que sentiram nos dias logo após; e os efeitos sentidos em médio e longo prazo, por um período de até um ano.

Como já vimos, os participantes fizeram os tratamentos em espaços diferentes, e com tipos diferentes de extração de ibogaína nas três clínicas que não seguem os parâmetros de regulamentação existente. Caboclo, que se tratou no L3, e Ryan, no L4, contaram ter tomado a ibogaína TA (total alkaloids) em dado momento do processo. No local de tratamento 2, os participantes relataram ter tomado também a PTA (purified total alkaloides). Além disso, Rita, a participante que se tratou para distímia, tomou inicialmente a ibogaína TA, e só depois a dose mais forte da ibogaína HCl, relatando uma clara diferença entre os efeitos. Como temos pouca informação e pouco acesso à forma como os locais de tratamento usaram a ibogaína, não dividi as experiências entre os tipos de ibogaína usadas, mas ressalto a necessidade de estudos que levem em conta esta variável para poder comparar os efeitos dos diferentes tipos de extração e seus possíveis usos terapêuticos.

Apesar de certa variação entre as experiências dos participantes foi possível delinear fases do processo compartilhados por muitos. Mesmo que os locais de tratamento utilizem extrações, doses e duração diferente no tratamento, todos trouxeram os efeitos agudos relacionados a um momento específico, quando tomaram a dose mais alta. Classicamente, a experiência subjetiva com a ibogaína é dividida em três fases (58,71): aguda, avaliativa e estimulação residual.

A fase aguda começaria de uma a três horas após a ingestão, durando de quatro a oito horas, e esta seria a em que os estados visionários ou sonhos, pensamentos e lembranças sobre a própria vida. Seria a fase na qual ocorrem também os efeitos corporais, como tontura, enjoo e vômito (para alguns). A fase avaliativa duraria de oito a 20 horas após a ingestão, e seria um momento mais reflexivo. As visões e

sonhos cessariam, e o paciente ficaria refletindo sobre o que aconteceu na fase aguda. Já a terceira fase, a estimulação residual, duraria de 24 a 72 horas da ingestão, e neste momento já se retornaria a atenção ao mundo externo como no estado normal de vigília, sentindo uma redução do tempo de sono e, ao mesmo tempo, maior atenção e sensibilidade a alguns elementos do cotidiano.

No presente estudo, encontrei diversas similaridades com esta proposta de Alper e colaboradores, mas a partir da fala dos participantes a experiência se dividiria de uma forma diferente.

A fase aguda começou entre uma e três horas após a ingestão, e sua duração variou de acordo com a administração da substância pelo provedor. Enquanto os locais L1 e L2 deram a dose forte de uma vez só (apenas oferecendo uma pequena dose adicional em alguns casos), os provedores do L3 e L4 davam as cápsulas contendo a ibogaína aos poucos, de três em três horas mais ou menos. Esta dinâmica mais artesanal de dosagem acarretou duas situações mais difíceis, como comentarei mais à frente no capítulo.

O início da fase aguda apresenta elementos compartilhados por muitos dos participantes também. Relataram um aguçamento dos sentidos como primeiro efeito a ser percebido, escutando melhor ou vendo mais nitidamente. Junto a isso, um barulho na cabeça, um zumbido, que para cada um se assemelhou a algo diferente. Caboclo relacionou com uma máquina de lavar roupas: “Parecia que tava fazendo aquele movimento “Tcha, tcha, tcha” na minha cabeça” (Caboclo; entrevista 1). Rui sentia como uma máquina que desconectava corpo e mente: “O que eu mais senti foi como se fosse o corpo se desconectando da mente, como se fosse empurrado pra baixo, o negócio vai e volta, assim, “wuwuwuwu”” (Rui; entrevista 1). Já para Pantaneiro parecia um cortador de grama no ouvido. Para alguns, esta sensação acompanhou boa parte da fase aguda, enquanto para outros esteve presente apenas no início. Este aguçamento dos sentidos e o fenômeno auditivo no início do efeito – que pode ser compreendido como um fenômeno alucinatório auditivo não-verbal – foram descritos também em outros estudos qualitativos (60,65,71,113,115).

Logo após o aguçamento sensorial e o ruído alucinatório, começam os outros efeitos. Estes se dividiram, principalmente, em: 1) sensações corporais e 2) visões, lembranças e sonhos. Estes três elementos – visões, lembranças e sonhos -

aparecem juntos, e por isto decidimos tratá-los conjuntamente mais à frente, e não os descrever como separados.

Depois da fase aguda, os participantes descrevem um período que se segue imediatamente, chamado por eles de “ressaca” ou “pós-operatório”, que dura de um dia a quase uma semana. Este período se caracteriza por um misto de cansaço, irritabilidade, sono reduzido e pensamento mais reflexivo, ao mesmo tempo em que relatam também pontos positivos, como insights sobre a vida e a respeito do momento do efeito agudo, bem como percepções de mudanças de atitude em algum aspecto da vida.

A terceira fase, o pós ibogaína, descrita no próximo capítulo, se inicia após estes dias, e tem uma duração difícil de definir, pois as sensações vão passando aos poucos, com alguns participantes relatando sensações como bem-estar, leveza e falta de fissura por meses após o tratamento. Os participantes descreveram este período posterior a partir de um sentimento de renovação, sentindo mais leveza e facilidade para lidar com suas atividades diárias e relacionamentos. Todos eles descreveram falta de vontade de usar; mudança no pensamento sobre as drogas e nos padrões de uso de outras substâncias; maior prazer e sentido nas atividades cotidianas; ausência das sensações corporais desagradáveis que antecederiam o uso, e uma forte redução na compulsão para drogas e alimentos.

Apesar de perceber de forma geral estas fases, em alguns casos houve alguma variação. Levanto como hipótese possíveis influências de variação de dose, metabolismo e as expectativas de cada um, dentre outros possíveis fatores. Com dois dos participantes, Ryan e Caboclo, a fase aguda pareceu menos claramente diferenciada da fase da “ressaca”. Os dois já haviam tomado ibogaína mais de uma vez, e relataram um tratamento anterior em que ficaram mais de um dia sob forte efeito, provavelmente por terem tomado uma dose muito alta.

9.1 Expectativa, preparação e sentido da experiência

De forma geral, a experiência do efeito agudo foi intensa para os participantes, mas nem sempre significativa. Alguns dos que tinham tomado mais de uma vez, como

Rocky e Caboclo, relataram vezes em que tomaram e quase não sentiram nada. Já outros relataram certa decepção com o que aconteceu. Esta relação entre preparação do sujeito e modulação do efeito é bem discutida na literatura sobre drogas e psicodélicos, e seria o eixo “*set*”, do tripé “*drug, set, setting*” (geralmente traduzido como Droga, sujeito e contexto), trabalhado de forma extensa por Zinberg (174). É importante, no entanto, lembrar da relação de interdependência entre estes três eixos, em que o contexto geral influencia a expectativa do sujeito, mas também a definição do que seja a substância e do que ela faça. Hartogsohn (175) constrói uma história destes conceitos, e mostra a influência do contexto social geral no outros dois eixos.

A expectativa em relação aos efeitos parece ajudar a moldar a experiência, como é possível perceber nos casos de Patrícia e Rui. Patrícia teve como efeito principalmente uma tontura, enjoo e torpor corporal, mas como antes dela sua irmã já havia tomado, e tido fortes sonhos e visões, ficou bem frustrada. Como não viu sentido nenhum no que tinha vivido, achou de alguma forma que com ela a ibogaína não “*tinha funcionado*”. No caso de Rui, que iremos ver com mais detalhes no capítulo de estudos de caso, a experiência foi bem intensa e significativa, mas como achava que iria sonhar muito, ficou frustrado logo após, e também com medo de não ter “*funcionado*”. Já para Ryan, que chegou para tomar a ibogaína sem conhecer nada sobre o que poderia sentir como efeito, a experiência foi assustadora.

9.2 Sensações corporais

Os efeitos corporais são bem desconfortáveis e estavam presentes em todas as entrevistas. Milton relatou passo a passo o que sentiu:

“Eu tava normal, e de repente eu senti que o meu corpo mudou, sabe? A minha cabeça ficou tonta, um zumbido no ouvido, minha visão ficou mais aguçada, os sentidos ficaram mais aguçados, né, assim... [...] Aí deu um pouco de tremedeira, né, eu fiquei bem tonto mesmo, deu ânsia de vômito, ai eu levantei da cama pra ir vomitar, difícil ficar em pé, né, muita tontura...” (Entrevista Milton)

A tontura, enjoo, moleza no corpo e sono, tremor nas mãos e ânsia de vômito foram vividos com maior ou menor intensidade por todos. Estes efeitos físicos desconfortáveis foram relatados também em estudos qualitativos anteriores (65,71,113,115). Gerando mais ou menos incômodo, estes efeitos foram vividos como colaterais, algo que seria necessário passar para atingir o objetivo desejado. Apenas Jonas viu outro significado no ato de vomitar:

“Parece que eu vomitei as drogas que eu usei durante a minha vida toda, cara. Eu vomitei muito, né, passei muito mal mesmo, né, foi a noite inteira...” (Jonas)

O interessante é que esta associação do vômito como purga, limpeza simbólica de algo sujo, é comum nos contextos de uso ritual de ayahuasca, mas, como veremos no estudo de caso de Jonas, ele é evangélico e tem aversão a este tipo de espiritualidade.

Diferentemente do que é relatado nos trabalhos qualitativos existentes sobre a iboga, no entanto, o momento agudo não é caracterizado apenas por um desconforto físico, mas ao mesmo tempo também por uma sensação de completude e bem-estar. Mesmo que não achem a experiência prazerosa, alguns chegaram a pensar em tomar uma nova dose algum tempo após o tratamento para poder reviver esta sensação. Para boa parte dos entrevistados nesta tese, esta foi o aspecto mais marcante do efeito agudo da ibogaína.

9.3 Visões, sonhos e lembranças

A experiência mental, visionária, é um dos aspectos de maior importância nos estudos com psicodélicos, categoria em que se incluem a ibogaína algumas vezes, e por isso vale olharmos com detalhe para como foi vivido este aspecto pelos participantes (41,42). Nos estudos com psilocibina e com LSD, as visões e a intensidade da experiência são tidas como fatores de grande importância para o resultado terapêutico positivo.

As visões da ibogaína acontecem mais com os olhos fechados. Uma das recomendações do provedor de tratamento do L1 ao paciente é abrir os olhos caso

esteja tendo visões muito ruins ou que tragam muita angústia. Milton descreve de forma muito concreta a aparição das visões:

“Aí quando eu fechava o olho, nesse borrão preto que fica quando a gente fecha o olho, eu conseguia enxergar as imagens do que eu tava pensando, muito, muito nitidamente.”
(Milton)

Neste borrão preto, relatam que começavam a ver cenas, mas não só ver, como também vivenciá-las.

O interessante dos relatos é que não trazem momentos separados de sonhos, visões e lembranças. É como se neste borrão as lembranças fossem vividas como em um sonho, observando os acontecimentos e interagindo com eles, às vezes em primeira pessoa, ou vendo a si mesmos de outro ponto de vista. Destacaram a nitidez e definição das imagens, como se fossem vistas realmente. Como relata Jonas, suas lembranças vinham como sonhos vívidos:

“Eu digo que não foi nem lembrança, eu digo que veio na minha mente, eu tava de olho fechado ali, mas é como se eu tivesse sonho bem vívido, de tudo o que eu vi, sabe, de tudo o que eu vivi. De tudo mesmo.” (Jonas)

O fluxo de cenas é bem intenso, e nem todas se referem ao próprio indivíduo. Alguns viram um fluxo de diferentes telas, em que poderiam escolher em qual entrar e vivenciar, como relata Caboclo:

“Eu tive pequenas mirações¹¹, pequenas visões, como se fossem pequenas telas, assim, mas de memórias totalmente desconexas que eu não sei nem dizer se eram minhas ou não. Como se fossem fragmentos, é...” (Caboclo)

Os participantes contaram ter visto e vivenciado lembranças de si, lembranças de si em outras vidas, memórias que não eram suas ou reviver a própria memória de outro ponto de vista. Mesmo com esta variação de conteúdo, 10 dos participantes relataram ter revivido vários momentos da própria vida, fazendo uma espécie de retrospectiva. Algumas cenas levavam a profundas reflexões sobre si e sobre as próprias ações, enquanto outras eram entendidas como totalmente sem sentido.

¹¹ O termo “miração” é usado pelas religiões ayahuasqueiras – de cujo universo Caboclo faz parte – para descrever as visões de olhos fechados que surgem sob o efeito desta substância.

Essa retrospectiva para alguns passou por toda a vida, como no caso de Luan, que reviveu todos os momentos da sua vida até o nascimento, ou se focava nos momentos de uso de droga. Rocky conta duas formas diferentes em que apareceram as lembranças sobre seu uso de drogas, nas duas vezes em que passou pelo tratamento:

“[Eu] pensava nas coisas, daí via elas por um outro ponto de vista. Você fica pensativo, cara... Mas a outra, a outra [vez] não, eu via os filminhos na parede assim, ó: turutrututuru... eu via as imagens... daí eu via o que aconteceu, daí eu via a solução, eu via meu pai chorando... Eu via as coisas, daí pá!” (Rocky; entrevista 1)

Enquanto no começo do relato as lembranças estavam mais ligadas a pensamentos, insights sobre os acontecimentos, na outra vez as cenas apareciam rapidamente em uma sequência e já eram autoexplicativas.

A compreensão trazida pela experiência com a ibogaína não parece passar necessariamente por um entendimento racional, pois apenas reviver o momento significativo por outro ponto de vista já traz um novo entendimento de si, como vemos neste relato de Chico:

“Eu falei que me vi no uso, no dia da dose alta. Fiquei com dó de mim, fiquei com dó de mim mesmo... Me vi desde pequenininho. “como me tornei isso?” (Chico)

Tendo como destaque principalmente estes aspectos de sonhos, lembranças e visões misturados, e todo o conjunto de sensações corporais de aguçamento dos sentidos, tontura, enjoo e indisposição física, a ibogaína teve um efeito muito intenso para todos os pacientes. Com o transcorrer do tempo e com as entrevistas subsequentes, poderemos perceber qual o impacto de cada um destes efeitos e dos posteriores no processo de superação do uso problemático de drogas a qual cada participante se propôs.

9.4 “Ressaca” ou “pós-operatório”: Efeitos nos dias subsequentes

A segunda fase do efeito da ibogaína que se destaca nas falas dos participantes, começa ao final da fase aguda e tem duração variável, em geral de um ou dois dias, mas para alguns as sensações perduraram por mais tempo, chegando a uma

semana. Neste período, as lembranças, sonhos e visões cessam, assim como a tontura e o enjoo. Entram em uma fase mais reflexiva, relembrando e tentando entender a experiência recém-passada, perceber sensações diferentes e lidar com o desconforto corporal.

Para a maioria dos participantes, este segundo momento não é nem um pouco fácil. No relato de Patrícia, feito uma semana após o tratamento, podemos perceber as diversas sensações presentes:

“No dia do tratamento eu não passei tão mal, eu fiquei bem, daí durante o dia depois que eu saí do hospital. eu fiquei bem cansadona, bem mole. Mas durante a semana toda eu passei bem mal. Nossa, muito mal [...] eu ainda tô... tudo meio bagunçado, sabe, sentimento bem instável, né... Do nada eu tenho muita vontade de chorar, às vezes eu fico muito brava, muito brava... Ontem eu tava extremamente irritada, tanto é que minha mãe falou “Ô filha, fica mais tranquila com o seu filho que você tá muito irritada com ele”.” (Patrícia)

O cansaço, a brusca variação de humor e o estado de alta irritabilidade tornam este momento ainda difícil, não sendo possível para muitos retomar as atividades cotidianas. Patrícia relatou também dormir muito pouco, outro efeito comum após o uso da ibogaína. Dormia de três a quatro horas por noite apenas.

Ao mesmo tempo, ela já começava a sentir efeitos da ibogaína sobre seu padrão costumeiro de uso de drogas. Inicialmente, sentiu uma importante diferença em relação ao cigarro. Como no lugar onde se tratou recomendaram que ficasse 72 horas sem fumar, quando voltou a fumar depois deste período ficou surpresa:

“Até que eu não consegui fumar mesmo, eu acendi, dei um, dois tragos no cigarro e joguei fora, não consegui. O gosto ruim, a cabeça piorou, foi assim, horrível, eu não consegui fumar no primeiro dia, e acho que no primeiro dia eu tentei acender esse primeiro cigarro e depois não fumei mais. [...] é uma coisa que nem o primeiro cigarro mesmo, de passar mal, de passar bem mal mesmo.” (Patrícia)

Esta grande diferença ao fumar o primeiro cigarro foi relatada por muitos dos participantes. Mesmo que alguns tenham voltado a fumar com o passar do tempo, a sensação de ficar tonto com o primeiro trago impressionou e surpreendeu. Esta sensação é um pequeno detalhe, mas que tem um peso simbólico para muitos dos

participantes, pois é vivido como uma evidência de que a ibogaína teve seu efeito transformador.

Além do cigarro, Luan, por exemplo, relata ter percebido uma redução do seu apetite por outras coisas que consumia bastante, como o café e a pimenta. Em relação às drogas, sentiu algo estranho, que chamou de “falha na matrix”: “É como se eu não tivesse passado pelo álcool e drogas! Eu me lembro de tudo, mas tá tudo muito distante! É como se fosse uma falha na matrix” (Luan).

Pensando a partir da discussão que Sloterdijk (80) faz sobre os hábitos e seu aspecto de repetição passiva, fico com a impressão de que a ibogaína teria este efeito de reduzir um automatismo dos hábitos. Os pacientes se surpreendem consigo mesmo ao não entrarem na dinâmica de hábitos que já era conhecida por cada um. No caso do cigarro, o corpo dos entrevistados reagiu como se fosse algo novo.

Já no caso de Rui, este misto de sensações boas e desconfortáveis veio de outra forma. Rapidamente sentiu-se bem, com um sentimento de renovação, sem o mal-estar físico presente anteriormente e por outro lado ficou muito preocupado por ter fortes pesadelos.

Pantaneiro comparou este momento a uma ressaca de bebida:

“Foi uma experiência bem, bem, bem... Difícil, mas eu gostei. Depois que passou, eu gostei. Passei a quarta-feira mal, o corpo assim, enjoado, com sono, sem querer comer, típico de uma ressaca realmente, tipo de uma ressaca mesmo. Aí na quinta feira eu fiquei muito bem, muito bem mesmo.”
(Pantaneiro)

Pode-se dizer que se a ibogaína é intensa em seu efeito agudo, também o é nesta segunda fase, mas de outra forma. Caso o paciente não esteja preparado, consciente do que poderá passar, este momento pode ser muito sofrido e angustiante. No capítulo dos estudos de caso, veremos, no caso de Rita, o desespero que passou quando se sentiu pior do que antes da ibogaína.

Outro aspecto que pode ser preocupante neste momento é quando o efeito agudo perdura demais, misturando-se com a fase da “ressaca”. Dois dos participantes contaram situações difíceis em que estavam ainda muito alterados pela ibogaína, e tiveram que voltar para casa, passando por situações perigosas. Os dois fizeram o

tratamento com os provedores mais informais. Caboclo tomou no L3, e Ryan no L4. Já no caso de Jonas, que tomou no L2, sua primeira fase foi mais longa do que o dos outros pacientes no dia, e acabou ficando sozinho e desacompanhado na clínica até que reabrissem no dia seguinte:

“Foi bem cansativo, foi bem exaustivo, tanto que o pessoal foi embora e eu fiquei lá, todo mundo foi embora, e a clínica abriu já 9 horas, daí lá pelas 10, 10:30, que eu já tava melhor, aí o motorista me levou pro hotel. E mesmo assim parecia que tava tudo em slow motion pra mim, ele tava indo devagar, mas pra mim parecia que eu tava andando numa montanha russa! E eu vomitei mesmo, a noite toda [na clínica]”. (Jonas)

Mesmo que tenha ficado desassistido algumas horas até a reabertura da clínica, Jonas conseguiu depois chegar ao hotel e descansar, e no dia seguinte estava sentindo-se melhor. No caso de Caboclo, a situação foi mais difícil, pois precisou pegar metrô. Ele estava no sítio em que ele e a provedora de tratamento frequentavam os rituais de ayahuasca. Lá ela lhe deu algumas cápsulas de ibogaína como “reforço”, já que estava sentindo alguma vontade de usar drogas. Só que, após utilizá-las, o participante teve que ir embora do local, ao final do dia, ainda sem condições de lidar com as demandas do cotidiano:

“Tive que pegar o metrô, e nessa época eu morava em São Bernardo, então eu tava indo pra São Bernardo, eu peguei... Eu tava com a força da ibogaína “no último” e eu fui pegar metrô, cara... às seis horas da tarde! Olha, nesse dia eu fui passando mal, com a sacolinha, vomitando, assim, com o metrô abarrotado no último, e eu no efeito da ibogaína. Uma irresponsabilidade, assim, completa! Total, totalmente irresponsável, haha! Mas eu passei muito mal dessa vez, eu vomitei o tempo inteiro, nada parava no meu estômago, foi uma coisa assim... Que começou a me vir o que? Entendimentos, como o Vegetal¹² traz. Entendimentos, sobre o que tá acontecendo na minha vida, etc, e miração, aquelas miração 3D, de olho aberto, eu tive uma miração incrível, é, com a ibogaína... Isso tudo dentro do metrô! (Caboclo)

Caboclo, felizmente, estava acompanhado pela esposa, que o ajudou a chegar em casa, onde ficou alterado até a madrugada. Por mais que tenha dado tudo certo e tenha tido “entendimentos”, Caboclo passou por sérios riscos ao ter que andar em

¹² O termo “Vegetal” é usado para denominar a ayahuasca na tradição da União do Vegetal e suas dissidências.

São Paulo no horário de pico, enjoado, vomitando, sem equilíbrio e tendo intensas visões.

Já Ryan precisou ir ao aeroporto e pegar avião em um estado muito parecido. Ele se tratou com o provedor de tratamento do L4, que também dá as doses de forma mais artesanal, e tomou dois tipos de extração da iboga, primeiramente a TA, e no dia seguinte a HCL.

“Ele deu muita TA no dia anterior, então, cara, durou muitas horas, muitas horas, muitas horas, comecei a entrar na força com a TA, já na noite de sexta, e eu já não dormi, não dormi nada. E eu me lembro que na sexta era já umas 5 da manhã, assim, e eu tava entrando no banheiro, eu falei pra ele “Não dormi nada” e ele falou “Então vamos começar já”. Aí ele me deu, aí comecei a tomar já, e pô, às 3 horas da tarde eu já tinha tomado os 10 comprimidos já. E eu ia embora no outro dia cedo, no domingo cedo. E, cara, aí eu fui pro aeroporto, tava totalmente na força ainda, meu Deus, durou demais! (...) Sexta eu fiz o TA, e sábado eu fiz a ibogaína. De sexta pra sábado, e de sábado pra domingo. Foram duas noites e um dia todo, foi.. E, assim, o efeito dela ficou durante dias em mim, eu cheguei em casa e eu acordei, era quarta-feira e eu ainda tava vendo flash, assim, e disse, “Meu Deus”. Eu até liguei pra clínica, falei “Cara, é normal, isso?”. Ele falou “Não, é normal isso”. Eu fiquei com medo de não voltar, sabe.. Fiquei sem dormir várias noites, muitos sonhos, cara.. Eu acho que são coisas, são lembranças que tavam gravadas no meu subconsciente, mas eu não sabia que tava lá, eu não tinha mais acesso. Coisas do meu passado, é, com a minha família, coisas de infância, via amigos dos meus pais, pessoas que passaram pela trajetória da minha família, pessoas que eu vi muito pouco, e tipo a gente viajando junto. De repente chegava uma pessoa, chegava outra, mas tudo.. Tudo fazia sentido, eu conhecia, sabe, e tudo uma história ligava na outra, e não parava.. (...) Foi como se eu tivesse vivido uma experiência de imersão no meu passado ali, cara. E isso eu tô falando depois que eu cheguei na minha casa, não foi durante a ibogaína, foram duas noites que eu passei assim, sabe, até minha esposa ficou acordada olhando, porque ela falou “Você fica dando risada, dormindo e tá rindo”, E eu falava: “Olha, eu não sei o que tá acontecendo..” E ficava entre acordando e dormindo, e dando risada e sonhando, loucura, loucura (Ryan)”.

Felizmente, Ryan estava acompanhado da esposa, que o ajudou a voltar pra casa. Conta que foi trabalhar, mas não dava conta de fazer nada, apenas viver estes “encontros” com muita gente do passado. Por sorte, trabalha na empresa da família,

que entendeu o que ele estava passando, e não se prejudicou nas relações de trabalho. Como não estava preparado para todo este efeito, e teve que voltar para sua cidade no meio do processo, passou por situações de risco, o que mostra a necessidade de estar acompanhado e em ambiente protegido até o final do efeito agudo.

Com estes casos, podemos perceber o risco de um uso não acompanhado, uma dose maior ou um ambiente não controlado. Depois desta segunda fase, os participantes relataram entrar na fase pós ibogaína, em que sentem um efeito residual da ibogaína, com sensações muito importantes para o processo de superação dos problemas relacionados ao uso de drogas, que irei abordar no próximo capítulo.

9.5 Discussão dos dados: Comparação com psicodélicos e outros estados de consciência

Se por um lado a ibogaína apresenta efeitos agudos próximos aos dos psicodélicos, por outro traz de forma intensa efeitos diferentes, como tontura, vômitos e indisposição corporal. Enquanto em outros estudos não se via similaridade entre a ibogaína e outros psicodélicos (115), neste alguns participantes viram aproximações em mais de um dos efeitos que sentiram. Como muitos dos participantes tinham uma grande experiência no uso de drogas, alguns compararam o que viveram com experiências antigas com o LSD, um psicodélico clássico.

Rocky, usuário de longa trajetória, foi um dos que fizeram esta comparação. Para Rocky, o tipo de “viagem” foi bem parecido com a LSD, por ter o que chama de alucinações que traziam reflexões sobre a própria vida:

“Quando eu tomei... Eu já tomei ácido várias vezes, mas era que nem um ácido... O bagulho começou a bater, comecei a ter alucinação, no quarto lá, daí eu vi imagem... Aí eu comecei a fazer uma regressão, aí eu chorava, daí eu lembrava das coisas que eu fiz, me magoava com as coisas que eu fiz, as pessoas que eu decepcionei.” (Rocky)

Já para Milton, o que o lembrou do LSD foi o aguçamento dos sentidos que precede os outros efeitos:

“Eu tava normal e de repente eu senti que o meu corpo mudou, sabe? A minha cabeça ficou tonta, um zumbido no ouvido, minha visão ficou mais aguçada, os sentidos ficaram mais aguçados, né, assim... Eu lembrei bastante do LSD quando eu tomei, nesse... Nesse sentido, de que os sentidos ficaram aguçados, assim.” (Milton)

Ao mesmo tempo em que é comparada com o LSD, por conta do efeito visionário e do aguçamento dos sentidos, podemos perceber diferenças importantes também. Um ponto que se destaca são os efeitos corporais, tão marcantes e desconfortáveis na ibogaína, e ausentes nos psicodélicos sintéticos. Mesmo no campo visionário, podemos perceber diferenças. Não parecem estar presentes outros fenômenos visuais habituais nos psicodélicos, como fosfenos, fractais, brilhos e variações de cores (41). Os participantes ressaltaram outro aspecto das visões, sua nitidez. Tudo o que viam era muito vívido, o que colaborava para esta mistura entre ver e viver a cena.

Outro termo proposto para definir a ibogaína é o “onirofrênico”, sugerindo visões similares ao estado de sonho (52,60,115). Entre os participantes, porém, apenas Jonas fez esta comparação, como relatado acima. Para os outros, a experiência foi marcada principalmente por lembranças e pensamento acelerado, o que coloca em dúvida o quanto salientar apenas o aspecto similar ao sonho daria conta de caracterizar, de forma rigorosa, a fase aguda da ibogaína. Além disso, como veremos mais à frente, estes efeitos visionários são apenas um dos aspectos marcantes da experiência, e provavelmente não o mais significativo, pelo menos nos processos acompanhados pela pesquisa, já que os duradouros efeitos residuais se destacaram fortemente.

Nos estudos que foram publicados nos últimos anos paira certa controvérsia sobre o papel e a importância do efeito visionário. Enquanto na concepção clássica de terapia psicodélica se entende que a intensidade do efeito visionário e sua proximidade com uma experiência mística levariam à maior efeito terapêutico, estudo retrospectivo de 2017 não apresentou correlação entre as visões e o efeito terapêutico desejado (65). Outro de 2019 (60) propõe que as visões têm um papel, mesmo que diferente da concepção corrente de terapia psicodélica. Este estudo, no entanto, entrevistou os pacientes três dias após o uso da ibogaína. Por conta disso, não podemos saber qual o real papel que esta experiência teve no decorrer dos meses seguintes.

O que foi vivido com a ibogaína foi também comparado a outros estados de consciência que podem ser vividos em uma experiência com psicodélicos, assim como em outras práticas de ascese. Chico traz o aspecto do indizível, do inefável, mas chamou a experiência de “esotérica”: *“É difícil explicar, é até meio esotérico. É difícil pôr em palavras”* (Chico).

Outra comparação que apareceu nos relatos foi com meditação guiada. Milton comparou a sua experiência com a ibogaína com a meditação guiada que costuma fazer em sua terapia sistêmica:

“Milton: eu faço uma terapia aqui, terapia sistêmica, e o terapeuta ele... Ele às vezes faz uma meditação guiada, tipo uma hipnose, assim, uma meditação guiada comigo, e quando ele faz a meditação eu consigo, eu acho muito legal isso, que eu acho muito parecido a ibogaína. Quando eu faço essa meditação eu consigo, eu penso em várias coisas e elas ficam reais também. Então, nesse sentido, eu achei que é bem parecido.

Entrevistador: Interessante... Então, o modo do pensamento não era algo novo pra você?

Milton: Era muito acelerado, mas nada que viesse, assim, de novo, várias coisas da minha infância que eu lembrava que normalmente eu não lembro, sabe? Mas são coisas que... Eu penso quando eu faço também essa meditação. Se eu não tivesse feito essa meditação, assim, daí seria uma coisa mais nova, que realmente eu penso nessas coisas só quando eu entro nesse estado de meditação, eu consigo refletir sobre o passado, sobre a infância, sobre a juventude, sobre coisas que me aconteceram, né” (Milton).

O interessante da comparação de Milton é que se aproxima da forma como Claudio Naranjo relata ter usado a ibogaína nos anos 1960. Em artigo de 1969, Naranjo relata o uso de ibogaína em uma dose menor do que a usada nos tratamentos de dependência junto a uma meditação guiada, que conduz os pacientes pelas cenas que aparecem durante o efeito, fazendo-os viver momentos que trariam insights sobre suas vidas e relacionamentos (52). O autor compara o efeito da ibogaína com o das terapias com psicodélicos, afirmando que o efeito terapêutico passaria por outro caminho. As cenas vividas seriam mais triviais ou quase insignificantes, mas teriam uma carga simbólica que levaria a insights duradouros, não passando

necessariamente pela experiência de pico preconizada pelas terapias psicodélicas usuais.

De forma diferente do proposto por Naranjo e pelas terapias com psicodélicos clássicos, no uso tradicional bwiti o rito com a iboga seria uma iniciação, um rito de passagem, de morte e renascimento (85,89,90). Como veremos a partir de agora, uma sensação de renovação acompanhou os pacientes neste período pós ibogaína.

10. A vida após ibogaína: seguimento de um ano

Neste capítulo, apresento o resultado das entrevistas de seguimento feitas com os pacientes por até um ano. As entrevistas aconteceram de forma aberta, a partir de perguntas disparadoras sobre como estava a vida de cada um, e sobre o que tinha ficado da experiência com a ibogaína até aquele momento. No capítulo seguinte, tratarei os dados de forma longitudinal, a partir da apresentação de cinco estudos de caso, tentando mostrar os diferentes lugares que estes efeitos sentidos tiveram no processo de construção de si como um não usuário problemático de drogas.

A partir dos relatos identifiquei diversas formas em que o efeito da ibogaína era percebido no cotidiano no transcorrer dos meses. A partir de uma leitura sistemática do material, dividi estes efeitos nas seguintes categorias: cessação da compulsão; mudança no padrão de pensamento sobre o uso; ausência de sensações corporais ligadas ao pensamento de uso; ausência de vontade de usar droga; mudança no padrão de uso de outras substâncias; mudança de hábitos; maior capacidade de concentração; maior prazer nas atividades diárias; construção de projeto de vida; sensação de renovação e mudança nas relações interpessoais. Vamos agora entender detalhadamente cada uma destas categorias de efeitos percebidos.

10.1 Mudança nos padrões de pensamento sobre o uso

Um dos efeitos percebidos com mais clareza pelos participantes foi uma mudança na forma de pensar de forma geral, mas principalmente em relação ao uso de drogas. Seis dos participantes relataram esta mudança, além de Rita, participante que tomou a ibogaína para distímia, e que terá seu caso relatado no próximo capítulo.

Enquanto antes do tratamento o pensamento recorrente sobre o uso era um dos principais fatores que os levavam de volta ao uso, muitos se surpreenderam com a ausência de tais pensamentos. Como relata Jonas, passados nove meses do tratamento, os pensamentos não aparecem mais espontaneamente na mente:

“Eu faço esforço quando eu ministro [palestras na igreja], porque eu falo [sobre o passado], né, daí eu faço um esforço, eu puxo lá da memória situações que eu sei que eu passei, né, mas aquela condição da mente ficar naquele gatilho, em determinada situação, né, que a gente aprende que o usuário precisa evitar locais e pessoas, não vem mais aqueles gatilhos mentais que iam me levar ao uso, e quando vem assim, eu já consigo tirar, isso já não me afeta mais.” (Jonas)

Se antes ele passava parte de seu dia pensando sobre o uso, lembrando momentos ou planejando novas situações, agora estes pensamentos não aparecem mais espontaneamente. Ele conta também que situações que antes disparariam estes pensamentos (como passar perto da boca onde comprava drogas ou encontrar pessoas com quem usava) não o afetam mais. E quando ocasionalmente aparecem, são facilmente afastados da cabeça, não se tornando um pensamento recorrente.

No relato de Rocky, vemos outra forma como a ibogaína parece ter alterado o padrão de pensamento. Quando pensa na droga com que tem problema, o crack, seu pensamento não fica circulando apenas no momento do uso em si, mas passa também pelos momentos depois e nas consequências caso usasse:

“Então, cara, eu começo a pensar no crack, eu começo a lembrar dessas coisas e daí me... me desanima de voltar, entendeu? Porque assim é cruel, é cruel... Então eu penso agora em evoluir, né. E a ibogaína consegue te dar uma substância (sic), pra você não ficar, não ficar tão frágil ao uso, a você pensar melhor, você vê os prós e os contras... Com a ibogaína você pode ir buscar como você pode também não ir buscar, vai do seu livre arbítrio”. (Rocky)

Esta mudança na forma de pensar sobre o crack o fez se sentir capaz de tomar uma decisão: sabe que poderia ir usar, mas decide não ir ao pensar em todas as consequências que isto teria.

Outra característica é que, quando o pensamento ou a lembrança surgem, parecem relacionados a um passado distante. Jonas sente como se fosse um passado muito distante: “eu tomei a ibogaína há três meses e parece que eu usei droga há 10 anos!” (Jonas)

Já para Luan a experiência fica tão distante que não parece ser desta vida, gerando uma sensação estranha: “Antes eu fazia isso, sei que eu tive um problema com droga, mas parece que eu nunca tive, parece que eu não conheço”. (Luan)

No relato de Pantaneiro, podemos perceber que esta alteração na forma de pensar também foi percebida por ele em relação a outras vontades:

“É como se eu recuperasse, realmente, o controle das minhas vontades. Eu sinto vontade, mas eu viro, paro e penso: isso é legal? Até mesmo comida, cara. Eu gosto de comer, e hoje eu tava comendo uma paçoca, hehe, e ela é razoavelmente grande, e eu tinha outra, aí eu pensei “Vou comer”... Cara, que nada, eu tenho que me respeitar, eu vou comer só porque é gostoso mesmo e vou me empanturrar”. Não, eu tenho que respeitar meu corpo, meu limite, tô satisfeito, tô tranquilo, depois eu como outra (Pantaneiro)

Neste relato, vemos que o pensamento sobre sua real vontade o ajuda a ser menos impulsivo, sentindo-se dono da própria vontade, e não à mercê dela.

10.2 Ausência de vontade de usar drogas

Outro aspecto que chamou a atenção dos participantes foi a ausência de vontade de usar. Enquanto antes precisavam lutar contra a vontade, neste novo momento ela simplesmente não aparece.

Rocky, que havia tomando a ibogaína também seis anos antes, conta que da primeira vez a ibogaína fez uma grande diferença neste aspecto:

“Fiquei seis anos sem usar. Isso que eu tô te falando, eu não conseguia ficar um mês... Nem um mês, por isso que eu quis já tomar de novo”. (Rocky)

Para Rui, a mudança na vontade foi mais específica, passando a não querer ficar bêbado:

“E assim, realmente a droga parou de afetar minha vida, parou, parou, eu não tenho vontade mais de, de fumar, eu não tenho vontade, assim, de beber, até bebi, assim, uma cerveja ou outra, mas só de pensar na ideia de ficar bêbado, eu já não quero”. (Rui)

Assim, as mudanças na vontade afetaram de forma diferente cada um dos participantes, mas tornaram de forma geral o momento pós ibogaína mais leve, por não terem que se manter neste estado de luta contra uma vontade que poderia surgir a qualquer momento.

10.3 Mudança no uso de outras substâncias

Diversos pacientes sentiram uma mudança no consumo também de outras substâncias, tais como remédios psiquiátricos. A maioria dos participantes consumia remédios psiquiátricos de maneira autônoma, já sem orientação de um médico ou psiquiatra, em geral para poder dormir ou reduzir a ansiedade. Rocky é um dos que pararam de tomar remédios pra dormir, o que significou um aumento na sua qualidade de vida: “‘tarja preta’ eu não tô tendo que tomar mais, então tá sendo bom, eu não tenho do que reclamar”. (Rocky)

Já Milton precisou fazer um processo gradual de retirada dos medicamentos como parte do protocolo de preparação do local L2, e não sentiu necessidade de voltar:

“E graças a esse tratamento com a ibogaína eu precisei tirar os remédios pra tomar, e graças a Deus eu não voltei a tomar, tô sem tomar e tô bem pra caramba sem eles” (Milton)

Como os pacientes em sua maioria faziam um consumo autônomo, fica difícil afirmar se a ibogaína leva a não precisarem mais das medicações que antes precisavam, ou se apenas ajudou a interromper um uso habitual.

Além de afetar o consumo de drogas e de alimentos de forma diferente, no caso de Caboclo afetou também sua experiência com a ayahuasca, bebida que consome regularmente nos rituais de seu grupo religioso:

“E daí, quando fiquei limpo, lá pelo 16° dia, eu fui beber o chá, depois da ibogaína. Daí eu tive uma experiência... Daí de lá até aqui eu bebi três vezes o chá, e foi bem forte as três vezes, sabe, muito entendimento interno, muita miração, muita coisa boa, sabe” (Caboclo)

Ainda são necessárias muitas pesquisas sobre a ayahuasca e a ibogaína para podermos entender esta possível interação nos efeitos, mesmo consumindo a

primeira vez ayahuasca 15 dias após o tratamento, mas ele claramente relata um aumento na sensibilidade que teve com a ayahuasca, tirando maior proveito do efeito desta também.

10.4 Prazer nas atividades cotidianas

Outro efeito subjetivo presente na maioria dos participantes foi um aumento nas sensações de prazer com as atividades do dia a dia. Ryan conta sobre este prazer:

“Pra sair eu saio com minha esposa, meu filho, minha família. Tá sendo muito gostoso. E eu tô gostando de sair com eles, não é só pra passar o tempo não, sabe? Como se eu tivesse aprendido a aproveitar esses momentos”. (Ryan)

Mais do que prazer, estes momentos tão comuns passam a fazer mais sentido, como conta Chico:

“[Posso me] sentir uma pessoa que se resolveu com ela mesma. Ficava esperando felicidade e perguntando de onde ela ia vir... E ela tá aqui comigo. Consegui ficar feliz com o que eu já tinha.” (Chico)

Poder fruir melhor os momentos do cotidiano permite ficar mais tranquilo e satisfeito com a vida em família, em contraste à necessidade da busca por prazer ou intensidade que vivam anteriormente.

10.5 Ausência das sensações desagradáveis

Outro aspecto destacado nas narrativas foi a ausência das sensações corporais desagradáveis que usualmente precediam o uso, a chamada “abstinência”. Isso parece ser um dos aspectos mais importantes da ação da ibogaína na superação da dependência. Estas sensações, que geralmente apareciam junto dos pensamentos recorrentes, e que poderiam ser ativadas ao passar perto da “biqueira”, do local de uso, ao ver algum conhecido que usava junto ou em um momento de frustração ou estresse, simplesmente desapareceram nos meses após a ibogaína.

A ausência de todas as sensações negativas surge conjuntamente e parece levar de forma global uma experiência de renovação, ajudando os participantes a sentirem este momento posterior como um momento propício para tentar mudar outras questões associadas ao uso problemático.

10.6 “Reset”

Muitos dos participantes relataram a experiência subjetiva de um frescor, uma renovação no olhar e na interação com o mundo. Para além das possíveis visões, lembranças, sonhos e pensamentos durante o efeito agudo, o tratamento ficou marcado na trajetória dos pacientes como um momento de renovação na sua relação com o mundo. E o interessante é que este aspecto parece não ter muita ligação com o que se vive durante o efeito agudo. Este aspecto do que veio à consciência durante o efeito agudo, aliás, pouco apareceu e não estava aparentemente relacionado a nenhum dos impactos positivos na vida cotidiana. Ryan foi o único que comentou sobre esta relação, relatando a experiência como uma lembrança de um momento marcante na vida:

“A ibogaína, você não fica pensando nela o tempo todo, você volta ao normal, mas é como se os pensamentos que você tem lá te marcassem. De vez em quando você lembra. Eu me lembro de uma coisa ou outra que eu pensei lá assim, no dia a dia”. (Ryan)

A palavra “reset” foi a mais usada pelos participantes para caracterizar esta sensação mais duradoura após o uso da ibogaína. Esta sensação de renovação foi vista como uma nova chance. Mais do que uma nova chance, é como se a ibogaína pudesse “desfazer” o que o uso de drogas teria feito ao organismo. É interessante que este aspecto tão marcante de renovação, retomada da vida em um ponto anterior, mesmo que compreendida a partir de um repertório neurobiológico de desconstrução de caminhos neuronais, aproxima a experiência ocidental com a ibogaína da experiência tradicional bwiti, em que se entende que a iboga leva o iniciante a um renascimento para uma nova vida (85,89,90).

O termo “reset”, aliás, é um dos que foram usados pelos participantes nas entrevistas fazendo uma analogia entre cérebro e computador. Jonas comparou a ibogaína a um retorno ao ponto de recuperação do sistema operacional, como se ela retornasse o cérebro a um passo antes de ter tido problema. Por mais que não se encontre este termo em nenhum artigo científico sobre a ibogaína, e nem que ela “desfaça a dependência no cérebro”, desfazendo conexões neuronais, esta analogia traz um contorno neurocientífico ao entendimento da ação da ibogaína. Ao mesmo tempo, a palavra vem se tornando um termo corrente para falar do tratamento com ibogaína e outros psicodélicos. Os participantes e três dos provedores de tratamento chamavam o momento da dose alta de “dose reset”, e mesmo Debora Mash, principal pesquisadora do tema, fala sobre a ibogaína usando este termo em entrevistas (176).

10.7 Redução da Compulsão

Outro efeito importante percebido foi a redução da compulsão. Alguns dos participantes, como Rocky, Milton, Rui e Gláucio, chegaram a ter momentos de retorno ao uso após a ibogaína. Rocky ficou seis anos bem após seu primeiro tratamento com ibogaína, e passou pelas entrevistas após o segundo tratamento, e Gláucio havia tomado a ibogaína um ano e meio antes do segundo tratamento. Comentando sobre o efeito desta primeira vez, Rocky diz:

“Ela não é milagrosa, não é milagrosa. No começo eu pensei assim... e ela é cara, ela é cara! Mas ela dá uma baixada na compulsão.” (Rocky)

Quando voltou ao uso, não retornou no mesmo padrão, da mesma forma como nos relatou Milton:

“Eu senti que me ajudou sim... Quando eu fui usar, eu comprei bastante quantidade assim de cocaína, comprei 30 pinos, mas eu usei três, e liguei pro meu terapeuta, consegui pedir ajuda. Liguei pra ele, coisa que eu nunca tinha feito antes, nunca tinha conseguido pedir ajuda assim, tinha que estar num estado deplorável, sabe... Eu usei três tendo bastante em casa ainda, então eu não me acabei. Aí ele ligou pro meu pai, ele foi lá pra casa, e no outro dia eu já tava aqui na clínica” (Milton)

No caso de Milton, a diferença no momento de retorno ao uso é muito significativa, pois conta que na última vez que havia usado antes da ibogaína tinha chegado a uma situação extrema, ficando na rua e tentando assaltar pessoas no centro de sua cidade para usar. No caso dele, não foi possível observar se a ibogaína iria ajudá-lo a não retornar ao modo problemático. Como foi logo internado pela família em uma internação longa, de três meses, acabou entrando uma vez mais no ciclo de entrada e saída de clínicas.

Outra situação que vale destaque foi a de Ryan, que sentiu que parte de sua compulsão “se deslocou” para um maior consumo de nicotina. Mais especificamente, com os adesivos de nicotina que estava usando para tentar fumar menos:

“É como se fosse uma muleta. Eu precisei dessa muleta, mas usei ela demais... Eu sou meio compulsivo, acho que fiquei um pouco compulsivo com os adesivos...” (Ryan)

Alguns participantes relataram que, com esta sensação de renovação, veio também uma sensação ruim, sentindo-se perdidos, pois ao mesmo tempo em que não sentem vontade de usar a droga com que tinham problema, ficam sem saber como se ocupar neste novo momento. No caso de Ryan, o uso compulsivo de adesivos parece ter sido uma forma de lidar com isto, pois com o passar dos meses conseguiu reduzir o uso deles também.

10.8 Outras modificações na vida decorrentes da ibogaína

Agora trago alguns aspectos que foram mudados a partir do tratamento com a ibogaína, mas que percebo como efeitos secundários, derivados dos efeitos descritos até agora. Esta sensação de renovação trazida pelo processo com a ibogaína, concomitantemente à falta de vontade de usar drogas, de sensações desagradáveis ligadas ao uso, de pensamentos recorrentes e a mais prazer nas atividades cotidianas, levaram muitos dos participantes a mudar a rotina e levar um cotidiano com hábitos mais saudáveis e menos danosos a si e às suas relações interpessoais. Muitos também relataram maior capacidade de concentração nas atividades diárias. Outro efeito importante para uma superação mais consistente de

seu modo de vida de usuário foi se sentirem novamente capazes de idealizar, e em seguida tentar realizar projetos e planos na vida.

Em relação à mudança de hábitos, vemos neste relato de Rocky como sua rotina mudou de forma drástica, diferenciando-se completamente de seu modo de vida de usuário:

“Eu mudei meus hábitos, cara. Eu acordo cinco da manhã, antes cinco da manhã eu tava na biqueira esperando os caras abrir, tomando maria mole. Dá uma acalmada na pedra. [...] Eu trabalho, acordo cinco da manhã e já corro, aí eu vou nadar... hoje eu já corri, já nadei, hoje à tarde eu vou na musculação. Dou aula segunda, quarta e sexta.” (Rocky)

Rocky é professor de boxe e todas estas atividades físicas têm uma importância pessoal, mas também profissional. De forma geral, muitos dos participantes mantêm uma grande diferença entre a forma como se organizam sem o uso problemático e quando estão vivendo no modo de vida de usuário.

Outro efeito que se destacou foi uma maior capacidade de concentração para realizar atividades cotidianas. Este efeito seria uma consequência de não mais ficar com o pensamento preso nos momentos de uso, como relata Rui:

“Eu consigo me concentrar nas coisas, não fico naquela ideia de só quero a droga, só quero a droga, só quero a droga, como era antes.” (Rui)

Ao invés de ter que ficar buscando formas de afastar os pensamentos sobre o uso, ele sente-se mais disponível para o que estivesse fazendo, melhorando sua qualidade de vida e sua produtividade no trabalho.

Alguns pacientes relataram se sentirem mais disponíveis para suas relações familiares e com pessoas próximas, o que parece ser outra consequência de não precisar ter que lidar com o pensamento sobre o uso constantemente.

10.9 Retomada de projeto de vida

Apresento agora o efeito secundário mais importante para a superação deste modo de vida de usuário. A partir destes efeitos, muitos dos participantes puderam voltar a

traçar projetos de vida. Isso fica muito claro nos relatos dos participantes com trajetória mais longa de uso e tratamento, como Chico:

“A única coisa que eu pedia pra minha fé, era não ter vontade de usar droga. E melhorou tudo, durmo melhor, acordo melhor... tô conseguindo planejar. Tenha aquele medo ainda, mas consigo planejar até março do ano que vem, por exemplo. Antes? Não conseguia planejar nem mês que vem!” (Chico)

Mesmo sabendo que não existe garantia, e que seria possível voltar ao uso mesmo após a ibogaína, Chico passou a sentir mais seguro e a novamente sonhar com a própria vida, planejando viajar ou comprar presentes para seu filho, por exemplo.

O efeito global da experiência, ao considerar as diversas sensações em conjunto, parece estar ligado à sensação de renovação e de leveza, tornando mais fáceis os esforços de cada um na desconstrução do modo de vida prejudicial, e a construção de novas formas de viver, desenvolvendo novos conjuntos de hábitos e projetos para a própria vida. Nos casos de mais longa trajetória, esta sensação de renovação permitiu com que voltassem a sonhar novas formas de ser, ajudando a sair de uma posição cronicada.

10.10 Discussão dos dados

Alguns dos efeitos não haviam ainda sido descritos desta forma nos estudos existentes sobre a ibogaína. De fato, dos poucos estudos sobre o efeito da ibogaína em seres humanos, apenas oito coletaram dados sobre o período posterior ao tratamento. Destes, seis foram surveys online ou estudos retrospectivos (58,62,65,72,111) e dois foram estudos de seguimento por um ano com pacientes dependentes de opioides (62,70).

Em relação à compulsão, o estudo de Davis e colaboradores (112) com pacientes de uma clínica no México também relatou cessação ou redução. É importante destacar esta informação para podermos pensar no papel do uso da ibogaína no processo de tratamento de forma mais ampla, ajudando o usuário a reorganizar seu padrão de consumo para além da dicotomia uso ou não-uso. Será que a ibogaína poderia ser usada como ferramenta para reduzir o padrão de consumo de uma substância e não

apenas para atingir a abstinência? É algo que seria importante explorar mais em futuros estudos.

Outro estudo recente que apresenta este efeito de redução de consumo é o de Brown e Alper (59), que acompanhou os pacientes por um ano e apresentou melhora na frequência de uso de drogas que variava no período entre 3 e 12 meses, mostrando esta redução de forma irregular entre os participantes. No presente estudo, a partir das entrevistas abertas, pudemos perceber uma redução no consumo não apenas da substância com o qual o participante tinha descontrolado, mas também no consumo de alimentos, doces ou outras drogas em alguns dos participantes.

Por mais que o que foi relatado pelos participantes desta tese não tenha sido exatamente da maneira como se descreve classicamente a fissura, vale citar o estudo também recente de Mash (69) que apresentou uma redução dos níveis de fissura (“craving”) por cocaína e opioides um mês após a ibogaína. De forma geral, podemos perceber uma redução nos aspectos da vivência de dependência relatada, principalmente os pensamentos recorrentes e as sensações desagradáveis, que se relacionam com noção de fissura, por antecederem a volta ao uso.

Outros dois estudos apresentam dados que se relacionam com os resultados aqui encontrados. No de Davis et al (62), que utilizou um método misto e questões abertas, os participantes relataram maior tolerância à frustração, ao estresse e à raiva, além de maior sentimento de gratidão e sentido na vida, o que de alguma forma corrobora o relato de mais prazer nas atividades diárias e na construção de projeto de vida, junto com a sensação de renovação relatada por nossos pacientes. Já o de Noller (70), um estudo de seguimento de 12 meses pós ibogaína, apresentou redução dos sintomas depressivos, além de também significativa redução no uso de drogas. O sentimento de renovação vivido pelos participantes da pesquisa mostrou claramente uma melhora no ânimo no período após o tratamento com ibogaína pós, assim como no relato de Rita, participante que buscou tratar sua depressão/distímia.

11. Estudos de caso

Neste capítulo apresento as histórias de cinco dos participantes. A partir do acompanhamento longitudinal por um ano, foi possível compreender melhor como cada um estava vivendo o seu problema no uso de drogas, o que o fez buscar a ibogaína, como foi a experiência de cada um com ela, e como esta impactou sua vida no ano seguinte. Escolhi cinco casos dentre os 12 acompanhados, tanto por serem os participantes que responderam ao contato até o final do período de um ano, mas principalmente para apresentar uma diversidade nos usos da ibogaína. Nestes relatos, variam o momento da trajetória de cuidado do participante e também o contexto no qual a ibogaína está inserida, nos dando um panorama mais amplo de seus efeitos e formas de uso atualmente.

11.1 Chico: ibogaína como última esperança

O primeiro participante a ser apresentado é Chico, caso no qual é possível observar os efeitos do tratamento com ibogaína no processo de um paciente com longa trajetória de uso e um percurso tortuoso de tratamento. Ele utilizou a ibogaína de forma isolada, sem integrá-la a outros recursos terapêuticos tradicionais no campo, como psicoterapia, ida a grupos de mútua ajuda ou acompanhamento com psiquiatra.

Chico tinha 36 anos no início da pesquisa. Mora em uma pequena cidade do interior de São Paulo, em um sítio com a esposa e o filho pequeno. Ele tem uma trajetória já longa de uso, com diversas intercorrências. Começou a usar drogas aos 13 anos com bebida e maconha. Aos 17 anos, um pouco antes de fazer 18, experimentou cocaína, e aos 19 anos, experimentou crack na casa de um tio, de forma pontual, vindo de fato a usar crack aos 20, quando estava na faculdade em Bauru. Devido ao uso intenso, não conseguiu levar a faculdade adiante, e fazia tráfico entre as cidades pequenas do entorno. Ficou nesta rotina de uso até que em 2008, aos 24 anos, foi preso por seis meses, um episódio muito marcante para ele. Assim que saiu, voltou a usar muito intensamente o crack, perturbado pela prisão. A mãe o

expulsou de casa e foi morar no sítio da família. Em 2011, se reencontrou com a sua atual esposa, que era amiga de infância e que começou a ajudá-lo. De 2013 para cá, passou por 12 internações: não conseguia ficar muito tempo fora de internação, no máximo dois meses, e voltava ao uso intenso. Chico ouvira falar da ibogaína apenas alguns meses antes da primeira entrevista. Estava internado e lá conheceu outro interno que havia tomado a ibogaína. Este paciente afirmou ter parado de usar cocaína depois do tratamento com ibogaína, e que estava agora internado por conta de uma “crise depressiva”. Ao saber deste novo tratamento, ficou intrigado e voltou a ter esperança. Ficou então alguns meses tentando interromper o uso para tomar ibogaína, mas não conseguia.

A trajetória de Chico com as drogas chegou a um ritmo bem extremo. Além disso, podemos observar na trajetória dele o que vemos como certa cronificação, por ter desistido de superar o seu modo de vida de usuário. Seu uso era tão constante, e sua experiência de fracasso nas tentativas de tratamento tão presente, que havia já desistido de planejar qualquer coisa em sua vida:

“Não conseguia planejar o mês que vem! Eu não sabia, não sabia se ia estar internado, se eu ia tá morto no fim do ano. Era viver no limite: mesmo quando tava bom, não tava bom. O que era incômodo. O tempo todo”.

Ele não acreditava mais que iria superar a dependência, e vivia apenas tentando não usar diariamente, e se internando quando este uso estava intenso demais. As internações serviam apenas para interromper o uso, e Chico não acreditava que iriam ajudá-lo a parar de usar.

Além disso, as internações em comunidades terapêuticas ofereciam uma perspectiva de carreira e de futuro que não o atraía nem um pouco. A única possibilidade de vida que se abria para ele, antes da ibogaína, para além desta rotina de internar, sair e “recair”, era morar em uma clínica e trabalhar como monitor:

“Se for pra ficar no meio de adicto, eu prefiro ficar usando droga... Não quero ficar bitolado, vivendo nesse mundo, se for assim eu prefiro ficar usando droga...”

O que Chico queria era ter uma vida “normal”, que na perspectiva dele seria se satisfazer com a vida tranquila com os filhos e a esposa, mas o modo de vida de usuário, construído por toda sua longa trajetória. Insistia em reaparecer. Este

cansaço e falta de esperança em melhorar eram a tônica constante, o que levava Chico a se “deixar levar” por este modo de vida, que era ao mesmo tempo muito sofrido. Faltava ao trabalho, deixava a esposa com os dois filhos pequenos em casa, e ia cada vez ficando em uma situação mais difícil:

“Depois de um certo período que eu não queria mais usar, a internação não funcionava, eu achava que ia morrer usando... Eu pensava ‘Já perdi minha vida!’”

O momento de uso vinha repentinamente, como um desconforto corporal, mas também um mal-estar geral: “A abstinência é muito ruim... ficava tudo péssimo. Pensava ‘vou ter que usar pra passar isso!’”. O uso vinha para fazer passar este sofrimento corporal, quase como uma forma de remediar este mal estar vivido.

A ibogaína chamou sua atenção, e virou a única esperança. Era “a cartada final, última oportunidade, se não der certo achava que ia morrer usando. Eu ia desistir, eu não acreditava mais”. É possível ver neste aspecto o temor da conversão total ao modo de vida de usuário, o que seria também incompatível com sua vida em família, com trabalho e rotina.

Como não acreditava nos tratamentos existentes, acabou por não usar nenhum outro recurso terapêutico antes ou depois da ibogaína. Isso também porque não achava que tinha muito sobre o que refletir ou elaborar em relação a sua vida e seu uso, algo que já teria feito à exaustão neste longo percurso de clínicas. Depois de algumas tentativas de ficar abstinente de drogas, em que acabava usando depois de alguns dias ou semanas, conseguiu um mês de abstinência e foi ao tratamento.

11.1.1 Efeitos agudos

Para Chico a experiência durante a dose alta de ibogaína foi até difícil de descrever, por ter sido tão intensa e diferente de tudo o que já viveu.

No meio de tanta intensidade, alguns momentos foram marcantes, como aquele em que se viu usando crack e teve dó de si mesmo. Desta imagem, começou a “ver” suas lembranças desde pequeno, o que o levou a uma profunda reflexão sobre como tinha se tornado o que era atualmente.

Além de ser intensa e com momentos carregados de sentido, a experiência parece ter sido prazerosa também:

“No dia da aplicação eu vi umas coisas tão impressionantes, umas visões, pensei “Ah, todo mundo devia tomar isso aqui, devia ser lei!”“, porque dá aquela sensação maravilhosa, aquela intensidade. Tem gente que não gostou do efeito, mas pra mim foi incrível. “

Sua experiência durante o efeito agudo traz características de uma experiência psicodélica, como a dificuldade de colocar em palavras (inefabilidade), insights e reflexões sobre a própria vida, e um estado visionário em que via e revivia as lembranças que tinha de sua vida.

11.1.2 Efeitos pós ibogaína

No caso de Chico, que tinha uma trajetória tão longa de tratamento e já não acreditava ser possível superar seus problemas, as mudanças ficaram evidentes. A primeira frase que disse na entrevista de três meses pós ibogaína, foi: “Eu acho que é a cura mesmo! Falam que não tem cura, mas deve a ser a cura aquilo lá”. Nesta frase, ao mesmo tempo em que fala de sua surpreendente melhora, põe em questão um dos principais dogmas das teorias mais hegemônicas sobre dependência: de que é incurável, uma doença crônica. Esta afirmação está presente na maioria das clínicas e nos grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, nos quais os participantes vão se autodenominar de “dependente em recuperação” até o fim de sua vida.

O que levou Chico a fazer esta afirmação? Depois de dois dias descansando, ele passou a se sentir muito bem e tranquilo. Sentia-se profundamente transformado:

“Venho de 12 internações, 20 anos de uso de crack. Eu às vezes lembro, mas não dá um trisco de vontade, nada! A memória, não vem muito também. É como se eu nunca tivesse usado. Não vem nenhum pensamento. Às vezes vem uma lembrança, agora que tô falando com você vai me lembrando, mas é como se fosse coisa lá do passado, não mexe comigo mais”. (Entrevista aos três meses)

Se antes apenas pensar nos momentos de uso já disparava um conjunto de sensações corporais e de pensamentos recorrentes, agora a lembrança do uso aparecia de vez em quando, mas não vinha acompanhada de preocupação, vontade ou pensamento persistente sobre usar crack. Parecia uma lembrança de um passado já remoto, de alguma forma superado. Isso levou Chico a poder voltar a cuidar de si e a levar uma vida totalmente diferente:

“Tô até chato, cuidando de mim mesmo! Tô com uma vida saudável, mesmo! Dormindo bem, nadando, fazendo academia, correndo, tô indo trabalhar legal. Tô bem tranquilo sabe, preocupado quase nada com as coisas.”

Além de tranquilo, aos poucos foi ficando mais seguro, conforme passava por situações difíceis, que normalmente seriam fatores estressores que o levariam ao uso, e via que conseguia lidar bem com estes momentos. Chico conta do momento em que se deu conta disso, ao ser enganado em um negócio envolvendo uma boa quantia de dinheiro:

“Fiquei na certeza que tinha feito efeito, quando eu tive problema com uns negócios, eu entreguei um carro por um terreno, daí o terreno não tava no nome do cara, mó rolo. Tá em processo. É uma coisa que me estressaria de um jeito que eu ia acabar usando mesmo... E eu falei “se eu perder perdeu, e uma hora vai dar certo e vai vir”... Até minha esposa achava que eu ia recair”

Nos meses após a ibogaína, é possível perceber que não é só a falta de vontade de usar e a ausência do pensamento sobre o uso que trouxeram esta melhora na sua qualidade de vida. A experiência com a ibogaína fez com que Chico passasse a ver mais sentido nos momentos do seu cotidiano, o que mudou o seu humor e a forma de viver seus relacionamentos:

“Me deu uma direção... Uma direção e um sentido. Outra coisa que eu não falei, antes as coisas não tinham sentido, e agora tem. Eu era mal-humorado com tudo. Era mal-humorado, nada tava bom pra mim. O que que é vida? Ah, queria era morrer, mas agora tá gostoso viver.” (Entrevista aos três meses)

Sabe, no meu caso não é nada de extraordinário, mas é uma vida normal que eu atingi. Não tem nada de diferenciado. Sabe aquele seu amigo que trabalha, vai pra casa, cuida do filho? Então, é isso que eu consegui. (entrevista aos seis meses)

Esta vida normal, como chama Chico, não é nada de extraordinário, mas no caso dele era inatingível, insustentável por conta dos abruptos retornos ao uso. Esta resignificação da vida e a melhora do humor, com a parada no uso de crack, tiveram claros efeitos nas suas relações próximas:

“A minha família tá de cara! Tem uma irmã que não conversava comigo há seis anos. Agora ela me liga todo sábado! Meu irmão diz que fazia uns 20 anos que não me via assim.”
(entrevista aos seis meses)

Outra mudança que Chico destaca, é que todas estas mudanças o levaram a se colocar de forma diferente nas suas relações. O risco constante do uso o fazia nem tentar manter relações de amizade, por exemplo:

“Eu antes me acuava das pessoas, eu sabia que ia sumir de novo. Me deu confiança, abriu uma janela, uma porta de esperança”. (Entrevista aos seis meses)

Para complementar esta mudança - de certa forma global - de posicionamento de Chico em sua vida, ele percebeu também que estava mais concentrado e mais produtivo em suas atividades pelo fato de não ter que ficar lidando constantemente com a possibilidade de uso: “Tirando a droga, a iboga me deixou mais centrado, eu consigo ler muito mais”. Assim, é possível perceber dois níveis do efeito da ibogaína: no primeiro estariam seu efeito direto cortando a fissura, os pensamentos constantes sobre o crack e o mal-estar físico vivido antes do uso, além do “frescor no olhar”, o permitindo que ele veja prazer e sentido na vida cotidiana. O segundo seria consequência destes, pois a partir deles Chico conseguiu se sentir tranquilo, e por isso com mais capacidade de concentração, e mais confiante para voltar a planejar seu futuro, se colocar de outra forma nos relacionamentos e inserir diversas atividades no seu cotidiano.

Frente a todas estas sensações positivas, Chico não via necessidade de fazer terapia ou outra continuidade no tratamento de seu problema. Na verdade, não se percebia mais como tendo um problema:

“Como eu acostumei com clínica, que fala [da necessidade] de [participar de] sala [de NA], terapia, fico pensando, “mas eu não faço nada...” Ah, sinto que tem muita coisa que já resolvi! Não vejo com problema agora. Eu não tenho nenhum tipo de

problema, sabe? Não sei se isso é um problema, penso ‘Será que é?’”. (Chico 3 meses)

Ele não via relação entre seus descontroles no uso e situações ou problemas que passava na vida. Era como se o retorno ao uso fosse um resquício de um modo de vida antigo, que às vezes voltava à ativa, sem que nada disparasse este processo. Seu único problema era acabar usando crack como usava, e algo que a ibogaína já tinha interrompido. Ao invés de fazer algum tratamento, preferiu ocupar seu tempo com coisas que gostava de fazer e que sabia que fazia bem a ele:

“Voltei a frequentar a igreja... eu gosto, sou católico, e tô indo na academia, fazendo exercício também. Minha terapia é conversar com a minha esposa, com meu vizinho. Eu vô lá e falo mesmo o que eu tô sentindo, falo com minha mãe, minha família no telefone.” (Entrevista aos três meses).

De fato, Chico dizia que não tinha do que reclamar, estava muito feliz com a sua vida tranquila junto da esposa e dos filhos. Como forma de se cuidar apenas seguiu alguns dos cuidados recomendados no contexto das clínicas e salas de NA por onde passou, que chamou de “evites”, que é o de evitar lugares, pessoas e situações:

“Não me arrisco a sair e a beber, não frequento outros lugares, faço alguns “evites” também. Tem um monte de coisa que eu não faço como antes, mas eu não vou fazer. Eu, por exemplo, sozinho não saio depois de certo horário. Às vezes quero ir na sauna ali no clube, por exemplo, e ela [a esposa] vai junto”

Até a entrevista de seis meses parecia que o seu problema com drogas estava já solucionado, ou pelo menos era assim que ele parecia estar vivendo aquele momento.

11.1.3 Recaídas e mudança de perspectiva

Na entrevista de seis meses, Chico ainda estava muito bem e radiante, elogiando a ibogaína e feliz com o seu momento. Porém, relatou duas “abstinenciazinhas, bem de leve”, dois momentos em que ficou com vontade de usar, chegou a abrir a porta de casa, mas acabou não saindo. Ligou isto ao momento do dia:

“Era um dia frio, nublado, sem nada pra fazer, era um momento em que usaria droga, se fosse como antes da ibogaína”!

[...] Foi bem involuntário, eu tava deitado aqui, e tum, “vou usar droga”. Abri a porta, andei devagarzinho. Fiz toda aquela rotina do uso, mas daí falei, “Ah...” Mas era mais pra ficar louco, queria ficar locão. Foi fácil de desistir. Antes não viria o pensamento de não usar que veio logo depois... Antes vinha tudo, diarreia, vômito... E acabava usando, não tinha como!

Não teve vontade física. Não sei se tem essa diferença, mas no corpo não teve nada, não teve vontade nenhuma, só pensei e depois passou. Quando vem é incontrolável, mas assim não tive mais.”

Neste caso, o clima do dia o fez lembrar-se dos momentos de uso, e ele já retomou seu repertório de hábitos do modo de vida de usuário. É interessante que ele não chegou a usar, mas identifica até a forma como abriu a porta, de forma a não chamar a atenção da esposa, como um hábito associado ao momento de uso. Depois de seis meses sem sentir fissura, Chico é surpreendido por esta vontade, que chama de “involuntária”. Esta vontade involuntária o levou até a porta de casa, mas o pensamento seguiu para como seria depois do uso, e decidiu não ir.

Este momento traz vários pontos importantes para entendermos tanto a dinâmica de uso, quanto a tentativa de parar o uso e a recaída. O surgimento da vontade estaria relacionado ao “clima” do momento. Porém, desta vez o pensamento segue até o momento pós-uso, se “desautomatiza”. Mas o que parece impedir mesmo que vá usar é a ausência do mal-estar físico. Se estivessem presentes, provavelmente decidiria ir usar, “se deixar levar” pela antiga rotina, o automatismo que faria cessar o mal-estar físico, mesmo que com consequências indesejáveis.

Ao final do seguimento de um ano, sua perspectiva sobre a experiência com a ibogaína havia mudado um pouco. Quando do contato telefônico, depois de nove meses do tratamento, Chico não quis dar entrevista, estava abalado com uma segunda recaída que tinha acabado de ter e planejava tomar uma segunda vez a ibogaína. Na última ligação, aos 12 meses do tratamento, Chico respondeu ao contato e contou como estava, mesmo que brevemente. Tinha tido duas recaídas, que foram meio “automáticas”, não as conseguia relacionar a nada, pois aconteceram de repente. Ficou muito assustado e foi novamente tomar a ibogaína, no caso a dose de “reforço” oferecido com custo menor pela clínica. Dessa vez, o

efeito foi bem mais leve. Segundo ele, “a primeira vez o efeito foi muito forte, foi mítico! Mas dessa vez não foi não, eu senti, mas bem mais levinho”. Depois do reforço, ficou um mês sem usar e teve outro episódio de uso, em que ficou três dias fora de casa. A esposa ficou muito frustrada, estava querendo deixá-lo, então foi tomar ibogaína pela terceira vez, mas depois de uma semana usou novamente. Ainda estava bem, sem o uso constante, mas com muito medo de aos poucos retornar ao uso intenso e problemático de antes. Decidiu tentar o tratamento com ayahuasca.

Fazendo uma avaliação do processo neste momento, ainda acha que foi definidor ter tomado a ibogaína. Sua posição sobre o tratamento, no entanto, mudou: deixou de acreditar que tenha sido sua cura. Ficou muito abalado com as duas recaídas, mas a ibogaína o fez voltar a acreditar que era possível superar seu uso problemático: “antes da ibogaína eu não acreditava que tinha mais solução, eu achava que ia morrer usando! Agora eu recaí, mas eu vejo que é possível, vou continuar tentando” (entrevista aos 12 meses). Mesmo com dois episódios de uso problemático, Chico continuou implicado em um processo de autocuidado, procurando um novo tipo de tratamento, agora com ayahuasca.

Depois deste um ano, o que parece sintetizar o efeito da ibogaína nele e em seu processo foi o que ele chamou de amadurecimento:

“Fora isso, me tornei uma pessoa melhor, mais regrada, nunca fui desonesto, nunca fui de mexer nas coisas do outro, mas agora tô até meio chato nessa parte. Fiquei até meio velho... Acho que amadureci. Pude me sentir uma pessoa que se resolveu, com ela mesma. Ficava esperando felicidade e perguntando de onde ela ia vir... E ela tá aqui comigo. Consegui ficar feliz com o que eu já tinha. A ibogaína me deu uma maturidade. Ela tirou a droga e me mudou.”

Ao acompanhar de forma longitudinal o caso de Chico, podemos ver os possíveis efeitos da ibogaína em um paciente com longa trajetória de uso problemático e de tratamentos que também não usou outros recursos terapêuticos. Além de certo “cansaço” com as terapêuticas correntes na área de tratamento em álcool e drogas, parece que Chico depositou toda sua expectativa na ibogaína por vê-la como uma “pílula mágica” (6), um potente e eficaz novo remédio, que resolveria seu problema. Por mais que não funcione exatamente deste jeito, o efeito intenso da ibogaína de tirar sua fissura, os pensamentos repetitivos sobre o uso e trazer mais sentido e

prazer nos atos cotidianos, ajudaram-no a investir seu tempo e sua energia na construção de si como um “homem normal”, que na perspectiva dele é quem vive tranquilamente com a família, trabalha, faz exercícios, vai à igreja e se contenta com esta forma de vida. Aqui podemos ver o uso da ibogaína por Chico como uma ferramenta para se construir neste novo sujeito “normal”, tão comum e desejado por ele, mas ao mesmo tempo tão inatingível antes por conta dos hábitos automatizados e de certa forma cronificados que não conseguia deixar de lado. Chico estava cansado também de seu modo de vida dependente, e estes efeitos aparentemente o permitiram sair de uma posição de conformismo frente a este modo de vida.

11.2 Rui: ibogaína como primeiro momento do tratamento

A experiência de Rui é interessante, pois, ao contrário de Chico, buscou o tratamento com a ibogaína como primeiro passo no processo de tratamento, diferente dos outros participantes que já tinham alguma trajetória de tratamento para dependência. Rui tinha 24 anos quando iniciou o tratamento, e assim que ficou sabendo da ibogaína viajou do Recife ao interior de São Paulo para fazer o tratamento. Estava cursando faculdade de Engenharia de Produção, parou antes de fazer o tratamento, e iria retornar um ano após a ibogaína. À época da pesquisa, ele tinha uma microempresa de limpeza doméstica, intermediando clientes e faxineiras na região metropolitana do Recife.

11.2.1 Começo do uso e desenvolvimento da dependência

Rui começou a fazer uso de drogas no final da adolescência, aos 17 anos e, com o passar dos anos, o seu uso de cocaína, especificamente, começou a se tornar muito intenso e constante:

“Daí eu comecei a usar todo final de semana, só que daí passou a ser quantidades muito grandes, tipo assim, cinco, seis, sete gramas em uma noite, começou a ser muita coisa.. Aí, depois, eu comecei a ficar com vontade de usar todo dia,

então teve tempo que eu usei todo dia, teve tempo que eu usei todo dia...”

O uso passou a ser constante e em grande quantidade. Rui começou usando com amigos, mas conforme foi intensificando seu uso, passou a usar sozinho e em uma quantidade que passou a o assustar. Começou a ficar preocupado quando teve o que chamou de um princípio de overdose.

Apesar de incomodado com o seu uso, ele tentava e não conseguia ficar sem usar por muito tempo. Para ele, o que mais o levava a usar eram as sensações físicas desagradáveis:

“Já não me aguentava mais, de dor, de compulsividade, de estresse, e dores de cabeça, incômodo no nariz, incômodo na garganta, tava bem complicado, sabe... [...] Eu toda hora do dia eu tinha que usar pra me sentir bem, e mesmo que usava, para satisfazer aquele desejo que o cérebro pedia, eu não me sentia tão bem assim”.

O mal-estar corporal estava presente de duas formas: como uma dor no estômago, um desconforto no corpo que o uso aliviava, mas também como dores no nariz e na garganta que eram consequência do uso constante e intenso. Rui continuava usando, mas este passou a ser mais para lidar com este constante mal-estar, ao mesmo tempo em que não o resolvia completamente. Por mais que tentasse reduzir o uso, era constante também um pensamento insistente sobre a droga. Este pensamento obsessivo sobre usar era um incômodo constante, e que dificultava a atenção e concentração nas atividades diárias

A necessidade de usar o tempo todo pra poder lidar com este pensamento, e o mal-estar físico afetava toda a sua vida, principalmente seus relacionamentos:

“Sabe, às vezes à noite eu voltava pra casa, né, eu morava com a minha mãe na época, e eu ficava querendo sair, e elas [a mãe e a noiva] não deixavam, e eu ficava querendo enganar elas, dizia “Eu só vou ali, vou fazer não sei o que”, e assim assado, mas tudo era com intenção de ir ali usar, e tava assim, de um jeito tão grande, que eu não me aguentava mais. Eu não me aguentava mais, porque era assim, acordava de manhã, já queria ir usar, ia deitar à noite e queria usar, na hora do almoço queria usar, e passava um, dois dias e sem comer nada.”.

Vemos que o ritmo de uso de Rui era um fator de estresse constante nas relações com sua mãe e sua noiva, dificultando-o também sua vida no trabalho e no cuidado de si.

11.2.2 Percurso de tratamento

No caso de Rui, seu percurso de tratamento se inicia praticamente com a ibogaína. Fez antes uma consulta com um psiquiatra alguns meses antes, mas não chegou a tomar corretamente os medicamentos prescritos. O que o atraiu na ibogaína foi a rapidez e eficácia do processo:

“Eu fui direto pra ibogaína, tentei direto essa solução, por que... eu tenho minha vida, e não queria fechar tudo pra passar seis meses, um ano numa clínica, entende? Então eu preferi essa alternativa, né.”

Como Rui tinha um uso muito intenso, que chegava a três gramas de cocaína por noite e estava sofrendo intensamente com o uso, não achava que conseguiria dar conta dos outros tratamentos, que tem um tempo mais longo:

“O sintoma de abstinência tava bem forte, eu não tava aguentando, e eu pesquisando eu pensei, “meu Deus, eu não vou conseguir ficar dois anos assim, desse jeito, eu vou enganar todo mundo, eu vou enganar a mim mesmo”, porque eu muitas vezes eu me enganei.”

A vontade de ignorar tudo e usar estava presente grande parte do tempo, e com isso se sentia incapaz de dar conta da postura exigida pelos tratamentos tradicionais, em que a pessoa precisa se controlar o tempo todo. Já muito incomodado e inconformado com sua situação, assim que ficou sabendo do tratamento com ibogaína resolveu fazê-lo.

11.2.3 A expectativa com o tratamento

Rui ouviu falar da ibogaína em uma quarta-feira, comprou a passagem e foi sozinho. Na segunda seguinte, já estava na clínica. O que o fascinou na ibogaína foi a possibilidade de um processo rápido, esperava que ela acelerasse o tratamento para que não atrapalhasse sua vida, e viu na ibogaína também algo que poderia livrá-lo dos sintomas físicos que sentia constantemente: “algo que me ajudasse a não sentir muita dor no estômago, porque era muito difícil não ter uma recaída com essa dor no estômago, que só passava quando usava, né.” Por estar tão incomodado com seu uso, e por ter ido fazer o tratamento tão rapidamente, sem tempo para entender melhor como funcionava a ibogaína e o que esperar, Rui parece ter criado uma forte expectativa, pois, como veremos a seguir, teve uma experiência intensa e cheia de significados, mas mesmo assim ficou com medo de que o tratamento não tivesse dado certo.

11.2.4 O tratamento

Como a clínica em que foi (L2), exigia apenas cinco dias sem uso de drogas, ele não fez nenhum tipo de preparação. Como apresentado no capítulo sobre as clínicas, no Local 2 o tratamento era de cinco dias, e os pacientes ficavam em um hotel em frente à clínica. O tratamento passa por diversos passos, mas a dose mais intensa foi na terça-feira. Este parece ter sido o momento mais marcante para ele. Ele rapidamente sentiu o efeito:

“O que eu mais senti foi como se fosse um corpo se desconectando da mente, como se fosse empurrado pra baixo, o negócio vai e volta, assim, “wuwuwuwu”... Mas, e experiência durante o tratamento com a ibogaína é cansativo (sic), é um pouco pesado, mas a sensação de bem estar no outro dia é... indescritível!”.

Além do intenso barulho escutado “dentro da cabeça”, apareceram alguns pensamentos e lembranças sobre sua trajetória de vida e sobre o início do seu uso de drogas que foram marcantes. Ao tentar pensar sobre a cocaína sob o efeito da ibogaína, lhe veio à lembrança um momento muito significativo:

“Minha mente foi direto pra uma lembrança específica, uma coisa que eu sabia, eu lembrava disso, só que eu nunca tinha

encarado aquilo daquela maneira. Eu me lembrei quando foram as primeiras vezes que eu usei droga. Sabe, eu me mudei pra um condomínio, e eu sempre fui uma pessoa muito estudiosa, dedicada à escola, e eu me lembro que eu conheci uns meninos daqui do condomínio, e eu descia com livro, sabe? Eu descia com livro, ficava ali estudando, daí os menino vinha, eu tentava ensinar eles ali alguma coisa de química, coisa de física, que eu gostava muito, só que eles não eram feito eu, não gostavam de estudar, então passou cinco minutos e o menino disse, “Vai deixa o livro aí, vamos simhora!” e foi aquela decisão, pra mim, e quando eu tava na ibogaína parece que a ibogaína disse, “Foi aqui que tudo começou, foi aqui onde você errou”. Foi quando eu deixei o livro de lado e fui seguir os meninos, sabe? Deixei o livro de lado, fui seguir ele e ali que eu comecei a usar, e foi aqui onde eu cheguei. Incrível, incrível, quando eu concentrei em pensar na droga, foi incrível como isso aconteceu.”

Rui se lembra de forma muito vívida do momento em que decidiu deixar de lado a postura de “menino correto” e fumou maconha pela primeira vez na vida. Esta lembrança vem carregada de um forte significado, o da ibogaína mostrando a ele em que momento teria se desviado de um caminho saudável na sua vida. Esta “voz” da ibogaína, que mostra por meio das lembranças pontos que a pessoa precisa mudar, lembra um dos principais efeitos terapêuticos da substância na terapia psicodélica de Leo Zeff, que a chama de “Mr. Ibogaine”, conforme relatado no livro de Stolaroff (53). Como veremos adiante, esta lembrança ganha força no significado global da experiência, em que Rui sente que a ibogaína o permitiu “renovar” sua mente, e de alguma forma “retornar” a este momento existencial e retomar escolhas que não fez na época.

Além da lembrança, Rui teve também muitas sensações físicas durante o efeito agudo, mas no dia seguinte estava se sentindo muito bem, e já diferente do que antes do tratamento. Uma diferença clara para ele foi a falta de vontade de fumar:

“Eu passei a noite toda, eu não esqueço disso, eu passei a noite toda, né, naquele sentimento ruim, naquela indisposição física, naquele cansaço físico, foi horrível, mas... no outro dia, quando eu acordei, eu acordei com uma sensação boa, um bem estar, olha, eu não tinha vontade de usar nada, eu fumava bastante, saí na rua, a turma fumando, eu não tinha vontade nenhuma de usar, fiquei tão eufórico com aquilo, tão alegre, que eu comecei a pular dentro do quarto, mandei uma mensagem pra minha ex-noiva...”

É possível perceber claramente o efeito da ibogaína durante o efeito intenso e no dia seguinte à dose mais forte. No final da semana de tratamento, Rui retornou para São Paulo, e depois para Recife, sentindo uma mistura de sensações positivas e de outras que o preocupavam.

11.2.5 Os dias logo após a ibogaína

Ao mesmo tempo em que teve uma experiência muito intensa, com claras sensações corporais, pensamentos e lembranças, ficou com algum sentimento de frustração. Como os relatos que leu na Internet contavam de sonhos e visões, ele criou a expectativa de ter esta experiência:

“Agora, eu não tive essa coisa, assim... Dos sonhos, né... Sonhar, acordar... Pra mim foi mais um fluxo de pensamento, memória, só que eu já tenho uma mente muito agitada, então eu senti mais os sintomas físicos da ibogaína, eu não senti muito...”

O fato de não ter tido a experiência da mesma forma como tinha lido o deixou inseguro. Nos dias seguintes à ibogaína sentia-se bem, mas ao mesmo tempo assustado e com medo do tratamento não ter dado certo e voltar ao uso. Por um lado, Rui sentia-se renovado:

“Ela dá uma sensação de “renovo”, sabe? Parece que você começa de novo, é... Seu corpo, o efeito no seu corpo começa de novo, do zero. Sua mente, você começa do zero, sabe? É meio que essa sensação, sabe?”

Esta experiência de renovação foi muito importante para ele, e parece que até prazerosa:

“É como se... A experiência renovasse meu corpo e minha mente, é como se eu começasse do zero, e isso é uma experiência muito boa, eu gostei não só do fato de ter ajudado a melhorar a dependência, mas a experiência da ibogaína em si é muito boa, eu gostei muito.”

A sensação de “renovo”, como ele chama, era como se a ibogaína tivesse “desfeito” o que os anos de uso intenso de cocaína tinham causado. Ao mesmo tempo, é como se o que havia aprendido com estes anos de uso tivesse permanecido:

“Eu sei o que é aquilo, eu sei o que aquilo me traz, só que eu nunca usei, heme, é meio assim... [...] Mas realmente eu tô me sentindo como se eu tivesse... começado do zero. Renovado, renovado tudo. Eu voltei. Então eu senti como se eu tivesse voltado pra aquele ponto, sabe? Como se eu tivesse naquele ponto, aonde eu não tivesse usado droga ainda, e eu posso continuar sem usar.”

Outro efeito positivo que sentiu foi que este bem-estar melhorou o seu sono, o que permitiu não tomar mais remédios para conseguir dormir: “eu durmo bem, deito e não preciso mais do remédio pra dormir, não preciso”.

Por outro lado, teve nestes dias logo após a ibogaína pesadelos e lembranças dos seus momentos de uso, o que o deixou com muito medo de voltar ao mesmo ritmo de antes:

“Não, não tenho sintomas de abstinência, o único sintoma que eu tenho, que eu tive até agora, foram fortes lembranças. [...] Tenho vontade. Vem a partir da lembrança, sabe? Das memórias que eu tenho... E desses pesadelos. Os pesadelos são muito fortes. São muito real, eu acordo me sentindo mal, acordo com mal estar. Tive dois até agora, não tive mais. Mas quando veio um dos pesadelos bateu uma vontade.”

Essa vontade que ele chegou a sentir era também diferente do que sentia antes:

“É como se meu corpo, minha mente dissesse, ‘olha, eu não tô mais quimicamente alterada. Mas eu lembro que tinha uma coisa que me dava prazer absurdo’, sabe? É como se meu cérebro não estivesse alterado, ele não tá mais quimicamente alterado, foi o que a ibogaína fez, mas na minha cabeça é como se meu cérebro soubesse que há um tempo atrás eu usava uma coisa que me dava prazer, mas ele só tem lembranças, ele não conhece mais, sabe, é como se o meu cérebro não conhecesse mais o prazer que a droga dava, né.”

Apesar destes pesadelos, Rui se sentiu aliviado pela ausência das sensações corporais que tinha antes do tratamento:

“E eu até senti essa diferença, antes da ibogaína eu sentia tudo travado, assim, umas dores na cabeça... Tudo isso passou. Eu

“não sinto dor no estômago como eu sentia antes, né... Então... não é difícil recusar.” (Rui)

Estas sensações corporais desagradáveis, chamadas comumente pelos participantes de “memória eufórica” ou “abstinência”, são um ponto importante da experiência que antecede o uso de drogas, e o efeito da ibogaína de cessar estas sensações apareceu como um dos mais importantes para se efetivamente passar ao novo modo de vida.

A compreensão de Rui sobre esta vontade segue a forma como o efeito é explicado no Local 2, em que a ibogaína desfaz os caminhos neuronais desenvolvidos pelo uso intenso da droga. Assim, para ele, esta vontade diferente que sente estaria mais próxima de uma lembrança de que algo bom acontecia, e não exatamente ao processo que acontecia antes no cérebro. Nos meses que seguem, Rui continuaria sentindo sua relação com a cocaína modificada pela ibogaína, mesmo que tenha tido episódios de uso, como veremos adiante.

11.2.6 Meses pós ibogaína

Para lidar com o medo de voltar ao uso, Rui passou a ficar em casa nos primeiros meses depois do tratamento, além de se mudar para outro bairro, evitando assim locais que estivessem carregados de lembranças dos momentos de uso problemático.

Tinha passado a morar junto com a noiva logo após a ibogaína, mas o relacionamento não resistiu ao novo momento: no segundo mês a noiva terminou o relacionamento com ele. Neste momento de crise acabou voltando ao uso, o que chamou de uma recaída.

“Com dois meses, ela foi-se embora e eu fiquei sozinho em casa, ali foi o momento mais propício pra eu ter a recaída, e foi quando eu tive. Eu fiquei estressado emocionalmente, fiquei me sentindo mal, fui lá e tive a recaída, E fiquei me sentindo pior com aquela recaída! E que eu digo poxa... “Eu não vou.. Isso aí vai destruir a minha vida, não posso voltar pra isso”. Eu pude fazer a escolha de não querer mais, então usei uma, né, e foi quando eu tive a sensação de usar a primeira vez, né, e

não quis mais, não quis mais, e... continuei minha vida, e hoje continuo morando sozinho e.. tô bem” (entrevista seis meses)

Rui teve dois episódios que chamou de recaída. A recaída é um termo carregado de significados dentro da compreensão de dependência mais corrente no Brasil, ligada a uma noção de fracasso, pois é compreendida como o retorno ao uso problemático de antes do tratamento (116). Percebe-se, no entanto, que por mais que ele use este termo, estes dois momentos de uso foram diferentes do que acontecia anteriormente, pois não chegou a entrar em uma compulsão, tendo sido um uso pontual:

“Às vezes, eu sinto que estas pequenas recaídas foi (sic) muito força do hábito, sabe? Coisas que eu tenho mudado... Não foi aquela coisa ‘Meu deus, eu preciso usar’ como era antes. Não preciso, foi mais força do hábito... [...] Quando eu tive a recaída, a sensação foi bem diferente de antes de eu usar a ibogaína, e a sensação é como se fosse a primeira vez que eu tivesse usando aquilo. É como se fosse a primeira vez que eu tivesse usando, eu sabia o que era, eu usei por muito tempo, eu me tornei um dependente daquilo, mas depois da ibogaína, quando eu tive essa recaída que foi por conta das lembranças, dos hábitos, parecia que eu tava usando pela primeira vez, “

Nesta fala de Rui, podemos perceber o efeito da ibogaína sobre seus hábitos. O uso de cocaína parecia algo novo, como se não tivesse passado pelo processo lento de construção do hábito. Porém, ao mesmo tempo em que não sofria com estes hábitos como antes, percebia certo risco em manter comportamentos que estavam associados ao uso anteriormente.

O efeito que sentiu da cocaína foi diferente do que antes, e foi parecido com o efeito que sentia no começo de seu uso, quando ainda não tinha que ficar lidando com o mal-estar corporal constante. Ao mesmo tempo, lembrava-se de como aquilo tinha lhe feito mal, e pôde escolher não entrar novamente no uso constante. Rui conta que viu que poderia “escolher não fazer aquele ritual da *adição* todinho de novo”, como ele mesmo qualifica seu período de uso intenso. De alguma forma, então, este novo momento de uso não acionou todo um conjunto de hábitos que estavam interligados ao ato de usar, que juntos formariam este “ritual da *adição*”, como usar compulsivamente, se isolar das outras pessoas, deixar de se preocupar com o impacto disso nas suas relações mais próximas e beber até se embriagar. A recaída também fez Rui perceber que a ibogaína não tinha resolvido tudo do jeito que

esperava, e começou a fazer análise com um psicanalista, o que o fortaleceu e o impediu de usar mais vezes:

“Então, quando eu comecei a fazer a terapia... Aí depois da terapia daí ficou mais difícil as recaídas, né, porque eu vim trabalhando melhor esse ponto, né.” (entrevista 6 meses)

Depois de entrar em psicoterapia, passou os próximos meses mais estável, sentindo-se menos preocupado em voltar ao uso. Um dos pontos de preocupação que o acompanhavam constantemente, e que via como grande risco para o retorno ao uso, e o possível fracasso do tratamento, eram os hábitos e amizades em que antes a cocaína estava presente. Ao mesmo tempo em que não tinha mais a vontade, comportamentos desatentos poderiam levá-lo novamente ao uso. Estes hábitos poderiam levá-lo a usar não por uma vontade incontrolável, mas de uma forma quase automática, irrefletida ao repetir comportamentos usuais de antes do tratamento:

“Assim, eu tenho feito terapia, né, e agora tem me ajudado muito. Eu vou ser sincero com você, o que mais dificulta o processo de recuperação depois da ibogaína, são os hábitos e as companhias, sabe? Pra ser sincero, eu ainda tenho amigos que usam, já teve situação em que eu estava ali com eles, e aí eles usaram na minha frente, e eu fiquei sem reação, né, só que eu não tive aquela vontade toda de usar, sabe, eu tive uma lembrança daquilo e não usei.”

Percebemos aqui, novamente, o hábito como repetição repetida, muitas vezes irrefletidamente, como descreve Sloterdijk (80).

Outro efeito que Rui percebeu foi uma melhora na concentração, um pouco como efeito secundário por não precisar mais ficar “lutando” contra a vontade. Este sentimento de renovação que a ibogaína trouxe eliminou os desconfortos e sentimentos corporais, além de não ficar mais pensando sobre droga constantemente. Isso de alguma forma liberou Rui para poder focar na sua vida, nas suas relações e planos de vida.

Em relação ao pensamento constante sobre o uso, Rui cita situações que disparariam este tipo de pensamento, e como está diferente pós-ibogaína:

“Os contatos que eu tinha vêm falar comigo, dizer: “Ó, chegou coisa nova”, (...) É uma luta quando eu recebo um contato desse, de não ir lá e ter uma recaída. Mas não é como era

antes, é totalmente diferente, assim eu tenho mais poder, eu tenho mais controle. Antes eu.. Eu não podia me controlar, se chegasse uma mensagem dessa eu parava tudo, né.. [agora] pra eu não usar, eu “Pô, se eu começar a primeira agora, eu não vou conseguir parar, vou ficar agoniado, vou fazer merda, né, vou querer beber”, porque eu tinha associação, cada vez que usava precisava beber até ficar embriagado.. Então, quando eu penso o que vai vim (sic) depois disso, eu consigo segurar.. Mas se não tivesse a ibogaína, não tinha pensamento pós, no depois, assim... lá dar um chute, um chute no balde mesmo, e não quer saber de nada, e depois é a ressaca, mas agora, chutar o balde, agora eu não chuto o balde, já sei o que vem depois e tenho controle.”

Por mais que ainda veja como uma “luta” o momento em que lhe oferecem cocaína, seu pensamento claramente segue outro caminho, não entrando em uma repetição constante na cabeça, que o faria deixar tudo de lado e ir usar. Rui pensa sobre o uso, entende que pode usar, mas pensa também no que aconteceria depois. O pensamento passa pela cabeça, mas vai até as consequências finais, e não fica atormentando-o, nem levando-o a “chutar o balde”, abandonar seus planos para usar como forma de lidar com o pensamento recorrente. Pode-se ver claramente uma redução do pensamento obsessivo sobre o assunto, que o permite passar a ocupar seus pensamentos com projetos pessoais e concentrar-se efetivamente neles.

Na última entrevista, quando fazia um ano que tinha tomado a ibogaína, Rui estava bem, tranquilo e sem ter voltado ao uso compulsivo. Seguiu morando sozinho, agora tendo alguns relacionamentos esporádicos. Iria retornar à faculdade para terminar o ano que faltava para se formar, mas teve que adiar seus planos por conta dos efeitos da pandemia de COVID-19 no primeiro semestre de 2020. As demandas de seu trabalho se reduziram drasticamente, passou a ficar apenas em casa, e como consequência da redução de renda parou sua psicoterapia. Mesmo se sentindo bem teve mais um episódio de uso, que diz ter sido também pontual.

“A recaída foi pontual, ligo com o convívio com as pessoas, o ambiente. Estive com uma menina, ela é chefe de cozinha, gosta de fazer drinks, passei com ela a tomar uns drinks, lá na clínica não recomendam beber mais, mas assim, eu algumas vezes com ela tomava uns drinks, com outras umas cervejas... Mas tava lidando bem... No momento que apareceu eu não tava com vontade, poderia ter tomado a atitude de sair, mas a força do ambiente, das pessoas... não posso estar com

peças ao redor que vão estar fazendo isso, às vezes podem estar fazendo sem eu perceber, mas na minha frente... Não que ficasse naquele gatilho como antes. Tá todo mundo usando, tá normal, pegar jacaré na onda, como se diz aqui, pra mim é assim... Foi essa a razão.”

Assim, mesmo com os três episódios de uso de cocaína que teve em um ano, Rui estava tranquilo, pois “não era como antes”, agora era preciso apenas estar atento e não se deixar levar pelo grupo, tomar cuidado para não “pegar jacaré na onda”. Não era mais necessário lidar com todo o mal-estar corporal que sentia antes, sensação que de alguma forma era amenizada, mas ao mesmo tempo estimulada, pelo uso constante da cocaína.

O interessante do caso de Rui é que, por mais que durante seu uso intenso tenha sido uso solitário e afetado por todas estas sensações corporais, ele se iniciou nos movimentos de sociabilidade no condomínio onde morava, mesma situação que vê que pode levá-lo ao uso depois da ibogaína.

Sobre este assunto, Rui comenta também sobre o papel do uso de alguma substância nos momentos de sociabilidade, e do impacto da ibogaína neste processo:

“Por exemplo, você tá num lugar, por exemplo num restaurante ou um bar à noite, ou numa pub com os amigos, e você tem que ficar segurando um copo, tem que estar usando alguma coisa, tem que estar sentindo alguma coisa fora da sobriedade da vida, sabe? E aquela sensação que a ibogaína me deu foi de que eu tava tão bem, que não precisava tirar a minha mente da sobriedade pra nada, sabe? [...] eu não precisava fazer nada disso, eu me sentia bem, me sentia confortável”

Ao trazer mais tranquilidade e bem-estar, a ibogaína o permitiu ficar mais confortável em situações de convívio social, e a alteração da consciência virou algo dispensável. Ficou muito mais fácil repensar como estar presente nestes momentos, de forma a aproveitar o momento com as pessoas, mas não se arriscar ou se deixar levar por movimentos grupais.

Seus relacionamentos mais próximos, com a namorada e os familiares, também melhoraram com as mudanças de postura frente à vida que a ibogaína trouxe:

“Meus relacionamentos melhoraram muito, eu vi que... Eu não sou perfeito, claro, mas 80% dos meus erros, e principalmente

dos meus erros mais grotescos, eles nasciam no uso da droga. Então, por exemplo, eu tinha um relacionamento com uma pessoa, muitas vezes eu saía de casa, deixava ela só, pra ir usar, deixava ela sozinha, e isso foi um dos pontos principais que acabou o relacionamento, né, e então, sem o uso eu não faço mais isso, não tenho mais porque fazer isso, eu prefiro ficar em casa com quem eu estiver, eu estou com outra pessoa, então eu fico tranquilo... [...] Hoje meu relacionamento com a minha mãe melhorou bastante, sabe, minha mãe tá feliz, tá vendo a minha recuperação... Meu pai também... “

Passado um ano do tratamento com ibogaína, Rui mudou sua perspectiva em relação ao processo, não o vendo mais magicamente como uma resposta rápida e totalmente eficaz contra a dependência, mas o considera um ponto fundamental de seu processo, um processo de autocuidado que continua:

“Assim, eu achei. A ibogaína não é uma pílula mágica, mas ela ajuda muito... Só de lembrar a abstinência... Antes de fazer o tratamento eu tava três semanas limpo, acho, e eu não tava conseguindo, era horrível, horrível, eu brigava com todo mundo, discutia, parecia um louco dentro de casa. Assim, o corpo tava desesperado querendo aquilo, né. [...] sem o tratamento com a ibogaína seria muito, muito difícil chegar no estado em que eu cheguei, eu não me considero 100% como eu gostaria de estar, mas eu acho que não estaria assim... [...] Eu usei sete anos, né, não seria em seis meses que eu iria me livrar definitivamente, né? Eu ainda tô na luta, só que a luta tá mais tranquila agora.” (entrevista seis meses)

“Então realmente eu acredito, eu acredito muito no tratamento com a ibogaína, sabe? Como primeiro passo, e o segundo passo é a terapia.” (entrevista 12 meses)

Ao acompanhar detalhadamente o caso de Rui, se vê que seu uso fazia parte inicialmente de momentos de sociabilidade, mas a dependência era vivida por ele como uma forma de lidar constantemente com um mal-estar corporal e com o constante pensamento sobre o uso, algo que o deixava cansado. Pode-se perceber um papel significativo das lembranças durante o efeito agudo da ibogaína, lembranças que eram ao mesmo tempo a ibogaína mostrando seu erro. Destaca-se também o efeito posterior de deixá-lo sem sintomas de abstinência (como ele mesmo chama o mal-estar corporal intenso que vivia), e sem pensamentos obsessivos sobre o uso, dois pontos fundamentais que o levavam a usar constantemente. Sem estes sintomas, Rui sente-se “liberado” para poder cuidar melhor de suas relações, reorganizar seus hábitos e se concentrar em seus planos

de vida. Como um segundo passo, a psicoterapia foi ajudando-o a dar conta destes desafios. Na última entrevista, Rui planejava fazer novamente a ibogaína quando a pandemia de COVID-19 acabasse, não mais para tratar seu descontrole sobre o uso, que já não existia, mas para voltar a sentir a sensação de “renovo”, que tanto o marcou.

11.3 Ryan: Ibogaína como planta de poder

O caso de Ryan foi selecionado por mostrar o uso da ibogaína inserida em um contexto das “plantas de poder” ou “medicinas da floresta”, geralmente associados a usos de ayahuasca inspirados nas culturas nativas amazônicas e latino-americanas. Será possível perceber algumas diferenças em relação aos outros estudos de caso, onde a ibogaína foi usada em contexto biomédico ou inspirado no biomédico.

Ryan tinha 37 anos ao início da participação na pesquisa. Formado em direito, é de uma cidade do interior do Paraná, onde trabalha na empresa da família há 25 anos. É lutador de jiu-jitsu amador e já participou de campeonatos estaduais. É casado e tem uma filha que na época tinha seis meses.

Era usuário de drogas há quase 20 anos, mas considera que durante boa parte deste tempo seu uso não era problemático. Diz que usava “recreativamente”: tinha muitos amigos, saía muito e estava o tempo todo indo a bares e fins de semana em rancho, chácaras da região à beira do lago para se divertir. Nesta época até tinha momentos em que se incomodava com seu uso de cocaína, mas não chegou a tentar parar.

Aos 31 anos resolveu tentar parar de verdade e iniciou processo de psicoterapia. Junto da terapia se envolveu novamente no jiu-jitsu, que já treinava desde a adolescência, e conseguiu ficar bem, chegando a ser campeão paranaense. O ritmo intenso de treinos e as preparações para as lutas de campeonato o fizeram deixar a vida boêmia de lado com certa facilidade. Porém, teve uma lesão na coluna e precisou interromper qualquer atividade física. Este foi o momento em que voltou ao uso. Junto com a necessidade de abandonar sua trajetória de lutador de jiu-jitsu passou a usar droga constantemente.

Um modo de vida desabou, e com isto retornou ao modo de vida de usuário que levava no passado só que desta vez de forma muito mais intensa. Passou a se ocupar do uso de cocaína constantemente até se internar seis meses depois. Neste período, no entanto, conheceu um médico com experiência em tratar o tipo da sua lesão e que o operou. Para surpresa dele mesmo, na verdade não estava impossibilitado de praticar exercício físico e conseguiu retomar seu modo de vida anterior. A internação e a cirurgia o colocaram de novo em um modo de vida saudável, sem uso de cocaína, trabalhando, cuidando da família e praticando o jiu-jitsu.

O problema com a cocaína passou neste momento a ter outro formato em sua vida. Ryan se mantinha constantemente neste modo de vida “saudável”, mas tinha esporadicamente um episódio de uso de cocaína. A forma como isso passou a acontecer, porém, trazia muitas consequências negativas.

“[A recaída] começou a ser uma coisa esporádica, sabe? Só que aí cada vez que eu uso, eu acabo ficando meio paranoico e tal, então todo mundo fica sabendo, minha família fica sabendo, dou bastante trabalho, entendeu? Então todas as vezes que eu acabo usando são bem traumáticas assim, sabe... E não era assim antigamente, mas agora são, então, assim, de 2015 pra agora eu não usei, não usei muitas vezes, mas elas foram bem traumáticas assim, sabe.”

Vivendo em uma cidade pequena, o uso trazia muitos prejuízos às relações sociais dele. Geralmente visto como um homem saudável, praticante de artes marciais, trancava-se em hotéis e muitas vezes precisava que alguém da família fosse tirá-lo de lá, a pedido do dono do hotel, por exemplo. Cansado e envergonhado desta dinâmica, depois de dois anos buscou por um novo tipo de tratamento que pudesse eliminar estes momentos de sua vida. Foi neste momento que conheceu a clínica do Local 4, espaço de tratamento de dependência que usava um conjunto de substâncias agrupadas sob o nome “Medicinas da Floresta”: ibogaína, kambô, ayahuasca e rapé.

Nesta clínica os pacientes podiam ficar internados por semanas ou meses, como acontece habitualmente em uma instituição deste tipo, ou permanecer apenas alguns dias, de acordo com a programação de toma das “medicinas” de cada um. Alguns tomavam só ayahuasca e rapidamente partiam, outros tomavam também ibogaína e ficavam mais dias, por exemplo. Estas diversas substâncias eram usadas

de forma muito diferente do uso tradicional nas quais os provedores se inspiravam. Geralmente a ayahuasca era usada de forma ritual, à noite, tocando música gravada ao redor de uma grande fogueira, nos moldes do que se chama comumente de neoxamânico no país, forma de ritual popularizado pelo Gideon dos Lakota. Este era um organizador de rituais com ayahuasca que realizava “curso de padrinho”, onde em um fim de semana se aprendia como ministrar o chá. Já a ibogaína era dada ao paciente sozinho no quarto, em um momento mais introspectivo. Na primeira vez que foi Ryan já tomou ayahuasca e ibogaína. A partir disso, se abriu uma nova forma de ver o mundo e também um novo espaço de sociabilidade:

“Era um lugar muito legal... Então eu aprendi muito lá, né, nesse espaço, sobre expansão da consciência, desenvolvimento espiritual, foi uma, uma grande novidade na minha vida, então meu problema acabou me levando a isso, foi lá que eu fiz a ibogaína, foi lá que eu conheci a ayahuasca, né.”

A primeira vez que tomou ibogaína foi em 2017, e as entrevistas com ele começaram em 2019, após sua terceira experiência com ibogaína. Neste percurso dele será possível perceber o uso da ibogaína de outra forma que a biomédica, em complemento com o uso de ayahuasca, principalmente.

Como estava acostumado com os métodos usuais de tratamento, em um primeiro momento Ryan estranhou bastante aquele local. Ficou bem assustado com os efeitos da ibogaína:

“Assustador. Foi bem assustador, por que... Na minha cabeça eu tava indo lá pra não usar droga e os caras me deram uma parada mais forte que qualquer outra droga que eu já usei na vida! Então eu fiquei bem assustado! Só não fugi de lá porque não tinha condições, não conseguia nem andar! E a primeira vez foi a vez que ela bateu mais pesado, bateu mesmo em mim, sabe, até mesmo por eu não entender o que era aquilo, ela veio com muita força... E a cobrança, a cobrança da consciência, dos meus erros, dos meus problemas foi muito intensa! Eu sofri muito, chorei muito, sabe”

Neste relato vemos como a falta de informação deixou Ryan despreparado para o que iria passar. Como a ibogaína é muito diferente dos outros tratamentos que conhecia, logo achou que estavam drogando-o e ficou com medo do que poderia acontecer. Apesar do susto e do medo, a experiência foi significativa. Em meio a esta mistura intensa de sensações, Ryan se sentiu melhor e ficou fascinado por este

novo mundo que tinha entrado em contato. Obteve vários novos entendimentos sobre sua vida e seu uso, como as cobranças da consciência sobre seus erros que comenta acima. Saiu também com um forte sentimento de “renovação”, sentindo-se muito bem.

Ryan sentiu nos dias e semanas posteriores mais bem-estar e algumas mudanças que não esperava. Passou a dormir bem e não necessitar mais de remédios psiquiátricos:

“Assim, eu tomava muito remédio, muito remédio, era viciado em Zolpidem pra dormir, Lexotan... E eu tomei e pô, acabou a necessidade de todos os remédios, de todos os remédios, de tudo, entendeu? Até alguns hábitos, ela tira a vontade de alguns hábitos. “

Porém, na primeira vez o efeito não durou muito tempo. É importante destacar que Ryan não passou por nenhum tipo de preparação para tomar a ibogaína, chegou à clínica e tomou em poucos dias. Como não estava preparado para esta experiência com a ibogaína, algo tão diferente do que conhecia, sente que não aproveitou direito a experiência, e voltou a usar depois de quatro meses:

“Eu acho que ali no começo eu não aproveitei muito bem a experiência, porque eu tava muito cheio de preconceito, sabe? Tanto é que logo eu recaí, né, eu recaí, e fui fazer de novo depois de uns quatro meses, aí eu consegui aproveitar um pouco melhor”

Nesta segunda vez Ryan já estava entendendo melhor o contexto em que estava, e estava gostando muito. Passou a ir, pelo menos uma vez ao mês, de sua cidade no Paraná até a clínica no interior de São Paulo para participar dos rituais de ayahuasca. Passou a levar seus familiares e funcionários da empresa da família, e seus pais chegaram também a tomar a ibogaína:

“Eu tomo sempre ayahuasca! Até minha família toda tá tomando agora, também... Todo mundo tá tomando, meu pai, minha mãe, meu irmão... minha cunhada, umas 4, 5 tias... Alguns funcionários da empresa já foram em algum ritual com nós... Uma galera, uma galera da família já foi, acho que umas 20 pessoas, eu acho... o negócio começou com meu pai e minha mãe indo, né, logo que eu fui a primeira vez, meu pai e minha mãe foram lá pra [cidade do local] e fizeram a ibogaína também! Você acredita? Porque eu contei como é que era, e eles fizeram também. “Você fez a gente vai fazer também, a

gente vai fazer os dois”, aí a gente começou a frequentar o espaço lá.”

Como neste grupo que passaram a frequentar não existe nenhuma vinculação com alguma das religiões ayahuasqueiras e os rituais consistem basicamente de tocar gravações de músicas que façam parte de uma concepção genérica de “xamânicas”, esta adesão de todos não estava vinculado a uma conversão religiosa, e significou uma forte reaproximação e fortalecimento dos vínculos de amizade e familiares. Ryan cita diversas mudanças nas relações, principalmente um maior diálogo:

“Várias coisas mudaram, a gente sempre vai no ritual junto, assim, e a gente vai lá, faz o trabalho com ayahuasca, daí quando a gente volta a gente conversa... coisa que, assim, normalmente a gente não faz, mas daí a gente se abre mais, fala de sentimentos, então tem sido... tem sido muito legal, cara.”

Para Ryan a ibogaína passou a ser parte de um caminho de desenvolvimento de si que se abriu com este tratamento, ao qual ele atribui muitas consequências positivas:

“Então a minha vida evoluiu bastante depois que eu conheci, depois que eu conheci esse caminho, sabe? Eu me casei, tive filhos, eu não pensava nisso, né... Então como pessoa eu evolui bastante, né, eu acredito, estou evoluindo... Mas, é... Ainda tem esse problema, que volta e meia ressurgue aí, né...”

Assim, percebe-se que para ele o uso de ibogaína, inserido neste contexto junto às outras “medicinas da floresta”, teve diversos efeitos positivos, mesmo que não tenha atingido seu objetivo inicial, de não mais usar cocaína. Neste ponto Ryan não fica frustrado com o efeito da ibogaína, já que para além do usar ou não usar, mudou a forma como o uso passou a acontecer:

“Acabei recaído novamente. Mas, assim, a recaída veio de forma diferente, sabe, ela não veio com a vontade de usar droga, ela veio com atitudes que me levaram até eu usar droga de novo. Pequenas atitudes, sabe? Frequentar lugares que eu não deveria, algumas amizades, fui me permitido aos poucos, fumar um cigarro, tomar uma cerveja, fui indo aos poucos, até chegar na droga, entendeu?”

Menos traumático, o momento de uso passou a ser visto dentro de uma linha de continuidade, ligado a hábitos e comportamentos, tanto de frequentar lugares

associados aos momentos de uso como o de deixar de lado hábitos que faziam bem a ele, como ir à igreja, por exemplo.

Ele compreende a ibogaína a partir de suas experiências com a ayahuasca, e considera as duas como ferramentas diferentes, mas complementares. Os rituais com ayahuasca têm o papel de mantê-lo bem e em constante “evolução”, ajudando a superar seus problemas. Já a ibogaína entra de forma mais pontual. Depois da primeira dose, Ryan ficou quatro meses bem e voltou ao uso, tomando a ibogaína uma segunda vez. Desta segunda vez ficou bem por quase dois anos, mantendo-se sem uso de cocaína. Quando usou novamente e ficou com medo de não sair do ciclo de uso constante, decidiu tomar a terceira vez, para “quebrar o ciclo”:

“O mais difícil é quebrar aquele ciclo, pelo menos pra mim. Quando ele é quebrado é fácil de você dar sequência, mas é difícil de ter a iniciativa, né... Então ela [a ibogaína] vem bem ali em cima da onde a gente precisa, que é pra você sair do buraco... Depois, você vai por conta própria, mas o trabalho difícil ela faz, que é tirar a abstinência física que você vai sentir ali, né...”

O ciclo estaria então ligado ao que ele chama de “abstinência física”, um mal-estar físico que o uso da cocaína faz passar, e a ibogaína tiraria este mal físico, permitindo-o se manter bem. Ryan e sua família descobriram um centro de ayahuasca perto deles e passaram a frequentar lá rotineiramente. Dois anos depois da segunda dose de ibogaína, preocupado com seu ritmo de recaída, voltou a entrar em contato com o psicólogo que coordenava o Local 4 e fez novamente a ibogaína para sair do ciclo de uso citado acima.

Nesta terceira vez tomou além da ibogaína que havia tomado antes também outro tipo de extração, a ibogaína TA. É difícil saber se por conta do tipo de extração ou do tamanho da dose, mas o fato é que desta vez Ryan ficou vários dias alterado. Em uma sexta feira tomou a dose da TA, que durou o dia inteiro, até a manhã do sábado. Ainda sem dormir, pela manhã tomou a dose mais alta e no domingo pegou o avião para voltar para sua cidade. Conta que sua esposa ficou muito assustada, pois ficou alterado até a quarta-feira, em um estado que descreve como “meio sonhando, fazendo trabalho mental, tava em processo à noite, o tempo todo”, mas ao mesmo tempo sem dormir por várias noites. Os sonhos eram misturados com

lembranças, como se estivesse revivendo na pele várias memórias de sua vida, algumas significativas e outras que pareciam aleatórias:

“São lembranças que tavam gravadas no meu subconsciente, mas eu não sabia que tava lá, eu não tinha mais acesso. Coisas do meu passado, é, com a minha família, coisas de infância, via amigos dos meus pais pessoas que passaram pela trajetória da minha família, pessoas que eu vi muito pouco, mas às vezes pessoa que eu sabia que era amigo do meu pai, da minha mãe, e tipo a gente viajando junto, de repente chegava uma pessoa, chegava outra, mas tudo... Tudo fazia sentido, eu conhecia, sabe, e tudo uma história ligava na outra, e não parava... E foi como se eu tivesse vivido uma experiência de imersão no meu passado ali, cara. E isso eu tô falando depois que eu cheguei na minha casa, não foi durante a ibogaína, foram duas noites que eu passei assim, sabe, até minha esposa ficou acordada olhando, porque ela falou ‘Você fica dando risada, dormindo e tá rindo’ e eu falava ‘Olha, eu não sei o que tá acontecendo...’ E ficava entre acordando e dormindo, e dando risada e sonhando, e cara, loucura, loucura...”

Este estado de imersão em seu próprio passado foi bem significativo para ele, e chega a dizer que quer tomar mais uma vez a ibogaína no futuro. Porém, parece que o método usado pelo provedor levou Ryan a se expor a situações difíceis, como viajar de avião de volta para sua cidade e ficar alguns dias tentando trabalhar e levar a vida cotidiana.

Depois deste momento mais difícil Ryan passou a se sentir muito bem, sem vontade de usar cocaína e mantendo seus hábitos de exercício físico e treino de jiu-jitsu. Depois da terceira dose manteve acompanhamento em psicoterapia e passou a sair só com a esposa e o filho, para não se expor sozinho a situações que possa vir a usar.

Nos primeiros meses após a última ibogaína conta que ficou mais compulsivo com o cigarro, como se tivesse trocado de compulsão. Na tentativa de reduzir os cigarros, chegou a usar vários adesivos de nicotina diariamente, mas com o passar dos meses conseguiu também parar de fumar. A compulsão com cigarros reduziu conforme a vida foi entrando em uma rotina e ele foi percebendo que estava tudo caminhando bem.

Ryan respondeu aos contatos até os nove meses após o mais recente tratamento com a ibogaína. Até este momento estava se sentindo bem, conseguindo manter os

hábitos saudáveis. A experiência com a ibogaína o marcou e o acompanhou de forma diferente nos meses seguintes:

“A ibogaína, você não fica pensando nela o tempo todo, você volta ao normal, mas é como se os pensamentos que você tem lá te marcassem. De vez em quando você lembra. Eu me lembro de uma coisa ou outra que eu pensei lá assim, no dia a dia.”

Esta experiência, que o marcou tão intensamente, trouxe um bem-estar que para ele pode ser mantido com estes cuidados com os hábitos no cotidiano: “Mas se eu não me contaminar novamente, isso perdura, agora se eu me entregar a pequenos vícios, quando eu menos esperar eu vou tá usando de novo”.

No percurso de Ryan pudemos acompanhar o uso da ibogaína em um contexto mais informal e inserida nas práticas associadas às medicinas da floresta. Diversos elementos são diferentes, como a forma de preparação e dosagem e as práticas de cuidado associadas. Junto com a ausência do hábito de uso de drogas, Ryan desenvolveu outro modo de vida, com práticas de uso de ayahuasca em um contexto neoxamânico, o que trouxe mudanças na forma de sociabilidade da família, amigos e funcionários, e a ibogaína entra de forma pontual em momentos que o participante teme retornar ao ciclo de uso mais recorrente.

11.4 Jonas ibogaína como reset neurológico

O caso de Jonas foi um dos quais foi possível acompanhar por um ano e que apresenta um efeito claro da ibogaína em sua trajetória. Vale destacar o percurso dele e sua compreensão da experiência com a ibogaína por sua concepção bem cerebral e inspirada nos dados científicos, em que o cérebro se parece com uma máquina ou computador. Enquanto a concepção de Ryan se situaria mais próximo de uma concepção da ibogaína enquanto “medicina da floresta”, a de Jonas estaria mais próximo de uma concepção “científica”, ou que é comumente chamado de pseudocientífica, já que a partir dos dados existentes atualmente não é possível afirmar com segurança boa parte do que este modelo afirma.

Jonas é casado, tem 43 anos e dois filhos gêmeos de nove anos. Mora em Manaus, onde é funcionário público. Conta que sua família era muito “liberal”, e que isso o levou a usar drogas desde muito cedo: “eu me embriaguei a primeira vez eu tinha 10 anos de idade. E em um ambiente que eu não tinha limite mais, eu com 14 anos chegava de manhã em casa.” Aos 17 anos começou a fumar maconha e consumia bastante álcool. Esse uso, porém, parece não ter afetado muito sua vida, que levou de forma organizada até os 30 anos. Neste momento começa a usar cocaína, e é este uso que passou a ser problemático. Aos 37 anos decide se internar, quando confrontado pela esposa sobre seu uso de cocaína. Como havia se tornado evangélico há pouco tempo, internou-se em uma clínica de orientação religiosa evangélica, sem medicamentos ou equipe profissional, sendo a base do tratamento orações e trabalho diário. Conta que o primeiro mês foi muito difícil pelos intensos momentos de abstinência e fissura: “era sem nada, sem medicamento... é como a gente fala aqui, é na tora, foi na pressão... o início dela foi bem complicado”.

Muito encantado com a igreja que frequenta, Jonas estava na época fazendo faculdade de teologia e não via mais qualquer sentido em continuar usando drogas. Depois da internação, sua vida ficou bem mais estável. Continuou fazendo faculdade e depois pós-graduação em teologia, e nos cultos começou a pregar a palavra de Deus a partir de sua experiência de recuperação pela conversão religiosa e do que chama de “o agir de Deus sobre as nossas vidas”. Porém, depois de um ano, voltou a ter recaídas, e com o passar do tempo os momentos de uso passaram a ser mais recorrentes. Ao mesmo tempo em que este hábito não fazia mais sentido em seu estilo de vida, colocava também em questão seu novo modo de viver, já que não daria para continuar pregando e usando drogas.

Segundo ele, alguns momentos de crise na família o abalaram e aos poucos voltou ao uso. Quando viu sobre a ibogaína em um programa de TV, pesquisou mais sobre o assunto e resolveu ir. Mesmo que antes não tenha usado nenhuma medicação para parar de usar, viu na ibogaína um modo de limpar sua mente da dependência. Como trabalha em uma estatal amazonense, conseguiu ter estabilidade no emprego. Entrou no programa para tratamento de dependência de drogas oferecido aos funcionários da empresa, pediu uma licença de alguns meses e foi até o Local 2, sozinho, o mais rápido que conseguiu, para fazer o tratamento.

11.4.1 “Vício carnal”

A concepção de Jonas sobre a dependência é uma amálgama de teorias neurológicas, sua busca por seguir a Deus e fugir das tentações diabólicas e o repertório mais usual sobre “dependência química”. O ser humano tem um vazio dentro de si e vive a tentação de preenchê-lo com prazeres carnis:

“Então ela [a pessoa] acredita que tá feliz quando tá em uma festa, quando tá em uma balada, quanto tá com os amigos bebendo, porque aquilo tá dando prazer, e tá momentaneamente preenchendo esse vazio, mas no outro dia, aquele vazio volta. E a pessoa fica naquele ciclo, o tempo todo. Aí eu entendi isso na minha vida, entendeu? Só que como a droga tinha tirado da minha vida... A consciência, esse discernimento, né, lógico que eu não tinha, né, a droga tirou. Eu tava buscando preencher o vazio com essas coisas!”

Este uso constante geraria consequências no cérebro. Conforme a pessoa ficasse dependente, perderia responsabilidade e discernimento e se deixaria levar cada vez mais pelos prazeres da carne. Isso porque a droga tem um prazer tão intenso que a pessoa passaria a não responder mais por si. Em busca de ter um prazer tão intenso ele passaria a ser praticamente “controlado” pela droga:

“A mente do dependente químico é uma luta constante. E muitas vezes ele faz aquilo que ele não quer, que é a droga que controla, depois que se instala aquele pensamento ali. [...] mas a mente do adicto ela manipula ele mesmo, eu penso assim, que ele mesmo se engana, ele vai dizendo que tá tudo bem, que ninguém percebe, e quando ele vê tá de novo naquele abismo lá.”

Por mais que não queira, o indivíduo acaba usando, cedendo à tentação do prazer intenso. O usuário ficaria tão ligado a este prazer, que passa a acreditar que não consegue mais fazer nada sem a droga:

“Por que o que que levava a gente ao uso, eu falando como um dependente químico? A gente não conseguia fazer nada se não existisse a droga. Porque a gente tinha imposto na gente mesmo aquele sentimento de que a satisfação, o prazer, qualquer coisa que a gente fosse fazer, se a droga não estivesse... então é um vício. O que que é um vício? É um hábito ruim, né. Porque que é hábito? Porque você fica fazendo aquilo lá constantemente, e tudo o que você repete no nosso

dia a dia, acaba se tornando um hábito. Infelizmente o vício é esses péssimos hábitos aí. E a gente criou a ilusão de que não vai conseguir fazer nada se não tiver.”

Nesta fala, Jonas destaca também a relação entre o uso constante, o desenvolvimento de um hábito e a construção da dependência, que chama de vício, um hábito ruim. Não acreditando conseguir viver sem o uso, o sujeito teria muita dificuldade em tentar mudar estes hábitos. A partir desta compreensão Jonas não via necessidade de entrar em um processo terapêutico mais profundo e pensar sobre seu modo de vida no momento presente. Já que seu uso problemático tinha a ver com estes hábitos de certa forma incrustados em seu cérebro, era necessário algo que desfizesse isto nele.

Frente a isto, a ibogaína o atraiu, pois poderia reestruturar sua mente, desfazendo estas “sequelas” do uso, esta ilusão de que sem droga não seria capaz de fazer nada, e o permitindo mudar com mais facilidade.

11.4.2 O tratamento com a ibogaína

Jonas se tratou no Local de tratamento 2, que exigia como preparo apenas a abstinência de drogas por alguns dias. Durante o tratamento de cinco dias, ele teve o momento mais intenso entre o segundo e o terceiro dia, quando a clínica dá a dose mais alta. A experiência neste dia foi forte em muitos aspectos, com muitas lembranças, pensamentos, mal-estar corporal e vômito. É interessante destacar que para ele estes vários efeitos vinham de forma interligada e inseparável. Eram lembranças que eram ao mesmo tempo revividas nos sonhos, e levavam a pensamentos sobre as próprias atitudes:

“Eu digo que não foi nem lembrança, eu digo que veio na minha mente, eu tava de olho fechado ali, mas é como se eu tivesse sonho bem vívido, de tudo o que eu vi, sabe, de tudo o que eu vivi. De tudo mesmo...”

Nesta experiência, Jonas pode revisitar seu passado e suas atitudes:

“A noite é longa, é bem reflexiva, é um mergulho da sua própria mente... Eu vi coisas, assim, que eu não lembrava, que eu... Coisas da minha infância, que estavam escondidas ali que eu

nem fazia ideia. Eu passei assistindo o filme da minha vida, a noite toda vendo a minha vida! Então eu vi todas as besteiras, as burradas que eu fiz e eu vi que... Que muita coisa que eu passei foi desnecessária, “.

Percebe-se, neste trecho, que as lembranças foram fazendo-o refletir sobre suas atitudes passadas e lidar com o que considerava serem seus “erros”. Jonas conta também que o efeito foi para ele muito mais intenso e sofrido do que para os outros que faziam o tratamento no mesmo dia, o que ele ligou ao maior tempo usando drogas na vida. Todo o mal-estar corporal e o vômito foram vividos por Jonas como um processo de purga, uma forma de a ibogaína o “limpar” das experiências negativas com as drogas.

Nos primeiros dias após o tratamento, Jonas ficou muito enjoado, com dor no estômago e letárgico, sentindo-se lento, ao ponto de sua esposa ficar preocupada. Mas com o passar dos dias foi sentindo-se melhor:

“Eu fiquei meio letárgico no início. Mas agora tá show de bola, bom demais [...] acho que por eu estar tão tranquilo, assim no primeiro mês, no segundo eu tava assim, sabe... Meio fora. Acho que por causa do efeito, né? Foi um choque, né, na minha mente. Então eu tava tão lento, em “slow-motion”, né, que a minha esposa falou “Eu não acredito que você fez isso pra ficar desse jeito!” Mas, pra eu entender que é um processo, né, eu ainda tô... É igual carro, engrena a marcha, até pegar velocidade, pra poder mudar pra outra marcha! Então no início eu tava meio letárgico, meio devagar, e aí aos poucos eu fui voltando (entrevista 3 meses)”

O que era visto pela esposa como letargia, por ele era vivido como tranquilidade, uma tranquilidade tão grande que até o deixava mais lento. Depois do primeiro mês voltou a estar em uma “velocidade normal” e a sentir-se muito bem. Os pensamentos sobre o uso, que mais o preocupavam por ser o que o levava a usar, cessaram: “não penso! Simplesmente não vem na minha mente, assim, não vêm as drogas. É como se... Eu nunca tivesse usado droga, na minha vida.”

As lembranças dos momentos de uso aparecem de forma tão distante que não o perturbam, permitindo-o viver com mais tranquilidade:

“Ela tira toda a fissura, né, tira todo aquele desejo. Só o fato de eu saber que não vem nem na minha mente, não passa nem na minha mente é... as drogas, já é um alívio muito grande, que agora eu posso tomar as minhas decisões sem me preocupar

em como é que eu vou fazer pra usar, pra não usar, como é que eu vou fazer pra estar buscando... agora eu vou buscar focar realmente naquilo que vai me fazer mudar.” (entrevista aos três meses)

Com esta tranquilidade Jonas teve mais facilidade para focar no que faz sentido em sua vida: a família, os cultos da igreja e a pós-graduação em teologia: “eu tô aproveitando esse tempo pra ficar com a família, colocar as coisas em ordem, organizar as ideias... Tá sendo bom demais. Eu tô em uma das melhores fases da minha vida, sabe?”.

Para se manter bem, mesmo não sentindo vontade, Jonas continuou praticando os “evites”, recomendação bem comum no contexto das comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua, não encontrando amigos ou frequentando lugares e situações associados à época de uso. Passados 11 meses do tratamento, Jonas voltou à clínica para fazer o que lá chamam de “reforço”, um tratamento mais curto, de três dias, em que toma novamente a dose alta.

11.4.3 Compreensão da ibogaína

Dentro de sua concepção, a ibogaína agiu de forma complementar ao seu tratamento religioso:

“Hoje, diferente de quando eu fiquei ali em uma instituição de confissão, buscando a Deus, hoje [com a ibogaína] eu fiz um trabalho que foi de reestruturação na minha mente. E hoje a minha mente tá equilibrada. Pra eu levar uma vida de constante crescimento espiritual” (entrevista aos três meses)

Por mais que estivesse tentando levar esta vida de “crescimento espiritual” ligada às atividades da igreja antes da ibogaína, os momentos de volta ao uso colocavam em cheque seu projeto. Isto que ele chama de reestruturação tornou mais fácil o exercício por Jonas desta vida espiritual, não só por não mais usar drogas. Para dar conta de explicar este aspecto, Jonas se compara a um carro:

“Tava com os pneus furados, era pesado, difícil de fazer qualquer coisa, agora não, os pneus tão bons, eu consigo andar, virar o caminho se eu precisar... Tenho mais controle, na verdade antes eu não tinha controle de nada. Ela me

devolveu essa capacidade de assumir o controle da minha vida. Porque eu tinha vontade, vez ou outra tava [no controle], mas uma hora ou outra perdia”.

Essa sensação de reestruturação, reequilíbrio na mente o torna mais seguro, sentindo-se sob controle para poder fazer o que acha importante na vida. Ao mesmo tempo, a ibogaína não é vista como uma cura em si do problema da dependência, mas como algo que permite o sujeito fazer seu movimento de mudança:

“Eu não digo que é tudo 100% é a ibogaína, mas a capacidade que ela tem de você refletir, de você olhar, porque aquilo que te impedia, aqueles pensamento de usar, essas coisas, [...], antes eu pensava só em como eu ia usar, né, agora que eu não tenho mais esse pensamento, essa preocupação de como é que eu vou fazer pra usar, como é que eu vou fazer, aí agora eu consigo desenvolver outras coisas, que eu não conseguia antes, né [...] E a ibogaína permitiu isso, né, ela liberou aquilo que tava bloqueado pela droga. Porque eu tinha esse comportamento limitador, né, agora não, né, o céu é o limite!”
(Entrevista aos três meses)

Ao cessarem os pensamentos, Jonas sente uma redução da carga de tensão, está menos tomado pelo esforço de tentar afastar os pensamentos, e a insegurança que isso gera. Sente-se liberado do que antes espontaneamente acabava se ocupando, o pensamento recorrente sobre o uso, que passava às vezes por lembrar dos momentos de uso e outros por planejar um possível uso futuro. Liberado, pode com maior facilidade construir seu outro modo de ser, com os hábitos ligados à sua vida na igreja, à preparação para ser pastor e à vida familiar.

Neste novo momento, cabe ao sujeito fazer as mudanças que achar importante em sua vida, agora com mais leveza:

“Eu ainda sou leigo no assunto, de como ela age no nível neurológico, mas eu percebi que ela é real, que o que ela faz, ela realmente muda a nossa mente, deixa mais... suscetível à mudança... contínua, não só aquela mudança momentânea, né?”

No caso de Jonas, esta mudança foi continuar fazendo sua pós-graduação em teologia, dar testemunhos em cultos da igreja, cuidar da família e voltar a trabalhar. Outro ponto que chama a atenção na fala acima é o destaque dado por ele ao efeito neurológico da ibogaína. Ele não a vê como uma planta viva, professora como no caso de Ryan, e na entrevista chegou a criticar outro paciente por estar tentando se

tratar com ayahuasca, bebida usada em rituais neoxamânicos, pois manteria o dependente na ilusão de que precisa de alguma “química” para ficar bem. No caso de Jonas, o corpo humano estaria mais próximo de uma máquina, e o cérebro de um computador, e a ibogaína seria uma ferramenta para arrumar esta máquina:

“Pensa em um computador, você quer instalar um aplicativo nele, e você tá com medo de que dá um bug nele, o que você faz? Faz um ponto de restauração, você daí instala o aplicativo e se der algum problema, você volta pro ponto de restauração. Eu acredito que a ibogaína age nesse sentido dentro do cérebro, ela volta pra um ponto de restauração antes do uso. Aí eu fico pensando nisso... E vejo que tem muito a ver! Como se eu tivesse voltado pra um ponto de restauração de antes das drogas.” (entrevista aos nove meses)

Para Jonas, então, nessa reestruturação cerebral a ibogaína teria o efeito de desfazer as consequências geradas pelo uso problemático de drogas, desconstruindo o quanto o cérebro estaria acostumado ao intenso prazer da droga e a perda de controle, permitindo voltar ao “cérebro” de antes do uso. A dependência deixaria então de ser uma doença progressiva e crônica.

O mais interessante da concepção de Jonas sobre o tratamento é que exatamente por ser algo estritamente biológico, a ibogaína não entra em conflito com sua noção de sagrado, e pode mesmo estar associada a ela, sendo a ibogaína um “agir de Deus” (entrevista aos nove meses).

“Essa viagem da terça-feira, rapaz, eu vi como algo, algo sobrenatural, sabe? Eu sei que é um processo químico, porque a ibogaína é um processo químico também, mas não como essa química das drogas, né, porque ela não deixa dependência, eu não vou ficar “Ai meu Deus, eu preciso de ibogaína, eu preciso de outra dose, não sei o que”, não é assim que funciona, mas ela realmente fez isso, ela tirou ali um pensamento que não era... Que foi instalado pelas drogas, e ela tirou! [...] E, como Deus, deu o conhecimento ao homem, né, pra se libertar, o Diabo dá o conhecimento pra aprisionar o homem, Deus dá o conhecimento pra libertar a mente, pra que o homem se liberte. Então eu sei que esse conhecimento aí foi exatamente Deus que deu ao homem pra ser instrumento dele. Eu enxergo... Aquilo que eu falei pra você eu vi como uma viagem sobrenatural na minha vida. É como se Deus pegasse a minha mente e “Olha eu vou mostrar tudo o que você fez, você vai ver e vai analisar”

Assim, percebe-se que a experiência de sagrado está presente para Jonas, mas de forma diferente da de Ryan. O sagrado estaria mais ligado a Deus do que à ibogaína propriamente, que seria um remédio, um medicamento de efeito neurológico claro que Deus permitiu o ser humano conhecer. Dentro desta concepção mais biomédica da substância, no entanto, a ibogaína tem este efeito renovador muito parecido ao de Ryan, onde o paciente não fica mais à mercê dos pensamentos automatizados que o levavam a “acionar” os hábitos negativos associados ao uso de droga.

11.5 – Rita: Ibogaína no tratamento de distímia

Rita tem 25 anos e se formou na metade de 2018 em Psicologia. É também acupunturista e está fazendo uma formação em uma terapia corporal. De uma família ligada ao mundo das artes e música, tem um percurso no uso de ayahuasca junto grupos indígenas brasileiros.

Ela conta que já fez uso problemático de cocaína em outro momento da vida, mas buscou a ibogaína para tratar o que chamou de um desânimo leve e constante e uma insônia que a acompanha desde a infância. Disse que o diagnóstico que já recebeu e que faz sentido para ela é de distímia, um quadro de desânimo e irritabilidade leve e constante. Rita já tentou diversos cuidados para se sentir melhor, como psicoterapia, consultas psiquiatras e medicação, acupuntura, rituais com ayahuasca e práticas de autocuidado como Yoga, alimentação saudável e meditação. Várias destas atividades fazem bem a ela, mas tudo isso a ajudava temporariamente, porém acabava voltando à luta cotidiana de enfrentar a falta de ânimo e se forçar a fazer as atividades do dia a dia. Quando ficou sabendo de dois amigos se trataram com a ibogaína para dependência e tiveram bons resultados, Rita viu nela a possibilidade de um tratamento mais definitivo. Os poucos relatos que leu sobre pacientes com depressão a incentivaram a experimentar.

Viu esperança no tratamento com ibogaína, mas tinha ao mesmo tempo medo de sofrer muito durante ou de entrar em alguma experiência difícil. Conta já ter tido experiências difíceis com ayahuasca, que chamou de “dissociação”. Por conta disso, foi duas vezes fazer o tratamento com uma dose menor de ibogaína. Esta é uma

dose oferecida na clínica para “expansão da consciência”, que é uma dose da ibogaína TA (Total Alcaloides) em quantidade menor do que a de “reset”. Depois disso se sentiu mais confiante para tomar a dose alta da ibogaína HCl.

Rita diz que acabou fazendo o tratamento porque insistiu muito com a clínica, que não estava acostumada a fazer o tratamento que ela queria. Como não é um caso focado na dependência de drogas, parecia que não estavam dando muita importância ao tratamento dela: teve várias conversas com o psicólogo da clínica e ele sempre esquecia de respondê-la. Como tinha receio de tomar a dose alta de HCL, na conversa com o terapeuta da clínica decidiu por tomar a dose de TA para “expansão da consciência”. Não se sentia preparada para tomar a dose alta de HCL, pois tinha medo de ter uma dissociação, de ter uma experiência muito sofrida ou piorar de sua distímia.

Nessa insistência para conseguir fazer o tratamento, não se sentiu cuidada e preparada pela equipe do local. Recomendaram apenas cortar carnes e açúcar, mas não deram mais recomendações. O interessante é que, apesar disto, ela sempre falava com carinho do lugar e recomendava a outras pessoas o tratamento, o que parece mostrar que mesmo sem um acompanhamento cuidadoso, a sua experiência com a ibogaína foi significativa.

A dose de TA que Rita tomou antes de tomar o HCL “reset” é chamada de dose de “expansão da consciência” pela clínica. É dada aos pacientes em tratamento de dependência na quinta-feira, processo que é oferecido também aos familiares que estão acompanhando. Segundo o psicólogo, a TA tem mais quatro alcaloides que estão presentes também na iboga, além da ibogaína. Rita teve uma experiência prazerosa com a ibogaína TA. Disse que pôde “pensar em vários pontos da vida que tava precisando”, e não se sentiu mal. Descreveu o efeito como algo mais mental, próximo de um sonho ou mesmo a experiência com ayahuasca.

Decidiu então tomar a dose mais alta de HCL. Segunda ela, a dose usada para depressão é média, menor do que a usada para dependência, mas mais alta do que a de TA. Depois das duas doses de TA seu acupunturista a incentivou a tomar a HCl, pois viu uma grande melhora ao examiná-la. Mesmo não trabalhando com ibogaína, seu acupunturista tinha virado um entusiasta da substância ao ver os efeitos que as doses de TA tiveram em Rita.

Rita não se sentiu bem preparada para a dose alta e não se sentiu cuidada, o que afetou intensamente sua experiência. Chegou na clínica na terça-feira para se preparar e fazer os exames necessários para tomar a ibogaína na quarta. A equipe, porém, convenceu-a a tomar na terça-feira mesmo, já que todos outros pacientes também iam tomar. Teve que sair da clínica ainda sob um efeito muito forte e por isso não conseguiam chegar até o quarto do hotel onde estavam.

Segundo ela, “Dessa vez a experiência foi muito sofrida e pesada, bem corporal”. Como ficou muito preocupada e assustada com o que estava sentindo, me ligou no dia após o tratamento, buscando ajuda, pois estava desesperada com o que estava vivendo. Durante o efeito mais intenso, enquanto estava na clínica, contou que o efeito não foi ruim, mas depois ficou muito triste, desanimada e cansada, chorando muito. Durante a noite teve um episódio de sonambulismo, algo que antes não tinha. Sua irmã a acompanhou durante um longo tempo em que se movia dormindo, enquanto fazia várias coisas pela casa. Seus piores medos pareciam ter se concretizado: havia piorado e temia estar em surto psicótico. Ligou para a clínica, que apenas disse para ela não se preocupar, mas isto não a tranquilizou. Ouvi o que estava passando e tentei tranquilizá-la. Contei que muitos pacientes ficam muito sensíveis nos dias logo após a ibogaína e que aquele era um momento parecido com um “pós-operatório”: era preciso descanso que em breve estaria boa novamente. Na entrevista que fizemos um mês após este episódio Rita contou que esta conversa a ajudou, pois conseguiu se tranquilizar e viver o que estava acontecendo, e aos poucos passou a se sentir bem.

Enquanto estava na clínica o efeito foi bem intenso:

“Depois de eu me sentir tonta, comecei a escutar um barulho, como se fosse de uma britadeira dentro da cabeça. Era como se dentro da minha própria cabeça fosse uma caverna bem sombria e escura, e que tinha um monte de estalactites que eram quebradas e caíam, como se fizesse uma grande limpeza por dentro. O efeito até que não tava tão ruim, e a gente conseguiu trocar palavras em alguns momentos.”

É importante notar que tanto a experiência durante quanto a experiência de sofrimento que teve logo após foram significativas e cheias de sentido:

“A ibogaina me jogou num buraco, me colocou pra enfrentar tudo o que eu temia. Quando você me disse que era um pós-

operatório eu me permiti viver aquilo... Fui pra casa do meu pai, e apesar de eu ser distante dele, acho que ele sentiu que eu precisava de apoio e super me cuidou... Eu fiquei no sofá, vendo filme e ele me levava comida, foi importante isso... Eu nunca fui próxima do meu pai, e de repente isso me aproximou. Eu me senti como se eu fosse adolescente de novo... É como se a ibogaína me tivesse feito viver o meu maior medo, de ficar muito mal de depressão, e eu tive que passar por isso pra sair do outro lado bem.”

Percebe-se que para Rita a ibogaína teve efeitos diferentes de acordo com o tipo de extração, quantidade de alcaloides e dosagem. Enquanto a TA trouxe insights, pensamentos significativos e pouco efeito corporal, a HCL dose “reset” não trouxe experiência mental significativa, mas trouxe um efeito corporal bem sofrido e longo. Esta experiência de descontrole corporal e piora dos sintomas depressivos foram, no entanto, importantes em um processo subjetivo de ver seus maiores medos concretizados e ter que enfrentá-los e superá-los:

“É como se a ibogaína tivesse me jogado lá no chão, e eu tive que enfrentar um dos meus maiores medos, a loucura. Eu tenho medo de enlouquecer, tem gente na minha família com quadros complicados... [...] Fiquei super preocupada, mas quando eu comecei a melhorar, já pensei: “Nossa, então eu vou melhorar!””, e tô super bem!”

Depois desta “descida ao próprio inferno”, ela passou a se sentir bem. Eu encontrei-a para entrevistá-la pouco mais de um mês após a dose de HCL e ela estava bastante animada e feliz: “Nunca tinha ficado assim tão disposta, as coisas estão leves, me sinto radiante!”.

Com o passar dos meses, Rita continuava a se sentir bem. Quando nos encontramos três meses depois do tratamento, disse: “Ainda estou no processo, sentindo menos o efeito da ibogaína, mas vivendo os efeitos e consequências do processo e das mudanças que ela trouxe pra mim.”

Em poucos meses realmente muita coisa mudou em sua vida: Rita terminou um relacionamento de três anos, mudou de casa e voltou a realizar atividades que não fazia antes. Disse também ter tido coragem de fazer um monte de coisas e enfrentar diversas situações, pequenas ou grandes no cotidiano, que antes postergava.

“Depois daqueles dias no pós, que eu fiquei muito mal, e super angustiada, fui melhorando e fiquei bem. Vi que tinha um

monte de situações e pequenas coisas que eu não sabia lidar, tinha medo e ficava evitando. Vi que eu tava carregando um monte de coisa, tava pesado... Agora tá muito mais leve, e tô me surpreendendo que muitas vezes era bem mais fácil do que eu ficava fantasiando! Um exemplo que não é nada muito grande, mas acho que mostra bem: depois da ibogaína um dia eu pensei que eu precisava contar pro meu pai de uma situação que tinha acontecido na infância. Fazia muito tempo que eu queria falar disso com ele, mas acho que tinha medo de ele não receber bem, eu era mais distante dele... Já era uma situação que estava resolvida, mas que pra mim era importante que ele soubesse. E esse período que eu fiquei mal e ele me acolheu foi super importante, criou uma nova intimidade entre a gente... E daí cheguei e um dia contei pra ele e foi super tranquilo! Ele me entendeu escutou e pronto, muito mais simples do que eu imaginava. E isso tem acontecido em diversas situações.”

Rita conseguiu tomar atitudes, enfrentar situações a partir de certa experiência de leveza trazida pela ibogaína.

“Então tinha um monte de coisa que eu ficava segurando, tentando levar, era um peso... e agora tô conseguindo deixar fluir, deixar pra lá o que não é pra ser... Tipo o meu relacionamento, fazia um tempo que eu ficava sustentando, aquela coisa arrastada. E pronto, agora terminou e eu tô muito mais leve! Tô triste, mas ao mesmo tempo decidida. Tem uma... clareza. Nunca tinha vivido assim, tô sofrendo, mas não tô em dúvida que tem que ser assim.”

Ao longo dos meses Rita continuou se sentindo bem, apesar de a experiência impactante com a ibogaína ir pouco a pouco ficando menos presente. Seis meses após tomar a dose alta de HCL, estava com uma vida bem ativa, atendendo em consultório como psicóloga, fazendo uma especialização, uma formação em terapia corporal e organizando atividades junto aos índios. Conta que ainda sente a ibogaína, mas de forma diferente e mais leve:

“Sabe, eu ainda tô super bem, mas diferente... O importante é que eu tô conseguindo levar a vida de um jeito bom. Não é que a ibogaína curou minha depressão pra sempre, mas eu acho que foi um passo super importante. Acho que mudou minha relação com o que eu sinto. Eu não tô mais à mercê dela, sabe? Às vezes eu acordo e sinto bem de leve algum sintoma, algum desânimo... É como se eu acordasse de manhã e a depressão estivesse ali comigo. Mas ela não me impede de nada! Eu vou, vivo a minha vida, faço as minhas coisas.”

A experiência com a ibogaína e seus efeitos posteriores trouxe uma redução dos sintomas como o desânimo e insônia, mas também mudou sua atitude frente a eles. Pode-se observar isto quando ela comenta de forma geral sobre sua vida:

“Antes eu ia fazer as coisas na vida de um jeito meio pesado, meio obrigado, era na expectativa que elas me resolvessem a depressão. A yoga, a alimentação, tudo era pra ver se eu ficava livre dela. Agora não, tô podendo aproveitar o que eu faço, mesmo sabendo que não tô livre da depressão.”

Em nossa última entrevista Rita continuava se sentindo bem. Tendo se passado 13 meses após a dose de HCL, apesar de sentir em alguns dias certo desânimo presente, continuava levando suas atividades com mais leveza do que antes do tratamento. Por mais que a ibogaína não tenha sido “a cura definitiva” como buscou no início, Rita diz que valeu muito a pena todo o processo e está já planejando tomar novamente. Porém, quer desta vez testar uma dose menor e ir fazendo periodicamente para se manter bem e não correr o risco de retornar ao estado anterior. Diz que: “Não sei se vou tomar todo ano, mas enquanto sentir que vai me ajudar eu quero tomar, vou ver como me sinto depois desta próxima vez”.

Na trajetória do tratamento experimental de Rita para sua distímia é possível perceber o quanto este percurso é construído por ela mesma. Inicialmente influenciada pela experiência positivas de seus amigos e incentivada pelo seu acupunturista, conseguiu fazer este tratamento experimental em si. Com poucos relatos existentes sobre o uso de ibogaína para depressão, conseguiu convencer a clínica a tratá-la, mesmo apesar da equipe da clínica não parecer muito interessada em fazer o tipo de tratamento buscado por ela. Iniciou com a dose de expansão da consciência, e depois decidiu tomar a dose maior de HCL. Mesmo não levando à cura completa de seu quadro, a permitiu viver de forma mais leve e menos à mercê do que sentia, e ao final chega a considerar fazer um tratamento periódico.

12. Discussão final

A partir das formas de aproximação com o fenômeno apresentadas até agora espero ter conseguido apresentar um panorama que permita compreender de que forma tem se dado o uso da ibogaína no manejo da dependência no Brasil atualmente.

Nos diversos contextos em que se insere, este tratamento apresenta características específicas, muito diferentes dos outros tratamentos correntes no país. Ao mesmo tempo, se mostra de fácil integração com estas práticas já existentes, como pudemos observar na variedade de usos aqui apresentadas. Frente a este panorama, diversas novas questões se abrem, ao mesmo tempo em que já se mostram possibilidades interessantes neste manejo.

Pela abordagem proposta aqui do uso de drogas enquanto forma de construção de si, podemos considerar a ibogaína como uma ferramenta que ajuda a alterar os hábitos associados ao uso na dependência de drogas, e em consequência a forma de se construir. Se enquanto antes da ibogaína os diversos elementos da dependência aqui descritos levavam os participantes a repetir de forma intensa (e às vezes quase automática) suas práticas de uso de drogas, após conseguiram focar suas ações em outra direção desejada por eles. Pude descrever então de que forma a experiência de si e de mundo pós ibogaína tornou este novo momento mais facilmente realizável pelo próprio participante. Se a expectativa de muitos deles era que a ibogaína curasse rapidamente sua dependência, ela não fez exatamente isto, mas permitiu que eles mesmos fossem alterando seus hábitos e rotinas de uma forma mais leve.

Em relação aos efeitos da ibogaína, foi possível descrever três fases da experiência e os principais elementos na vivência dos participantes. Estas fases, no entanto, foram percebidas pelos participantes de forma diferente das fases descritas na literatura científica sobre ibogaína. Algumas hipóteses podem ser levantadas: estas diferenças poderiam estar relacionadas a uma diferença na dosagem, no tipo de extração, no preparo do paciente, ou mesmo no perfil dos participantes, que nos outros estudos eram majoritariamente dependentes de opioides, enquanto no presente estudo foram dependentes da cocaína e seus derivados. Seria importante

o desenvolvimento de mais pesquisas sobre a fenomenologia da experiência com ibogaína para poder compreender melhor esta diferença.

Não existem também relatos de caso na literatura científica sobre o uso de ibogaína para tratamento de depressão, e a descrição do caso de Rita apontou algum potencial neste uso, mostrando a necessidade de estudos que foquem este aspecto.

Ainda em relação à fenomenologia da experiência, uma questão que permeou o trabalho foi a da proximidade da ibogaína com a concepção de efeito terapêutico ligado aos psicodélicos clássicos. Apesar da presença de elementos fortemente associados aos psicodélicos (41), como as visões e lembranças, o aguçamento dos sentidos, a sensação de inefabilidade e a alteração de consciência, outros efeitos, mais corporais, tiveram destaque nos relatos do presente estudo. No conjunto geral da experiência, a ênfase nos discursos dos participantes recaiu menos sobre os entendimentos, insights e lembranças, e mais em sensações e sentimentos. Além disso, estas sensações em conjunto se diferem da vivência mística divulgada nos estudos da Johns Hopkins (42,149). Com o passar dos meses, de forma geral, a sensação de renovação na forma de estar no mundo parece ser a mais marcante. Esta renovação está presente de formas variadas, como um novo olhar sobre a vida, sobre as relações, o retorno na fruição de momentos cotidianos, a ausência de pensamentos recorrentes sobre o uso e de sensações corporais desagradáveis que o antecediam, além da redução de compulsão em relação às drogas e alimentos. Estas diversas sensações ganharam um significado de nova chance para nove dos participantes. Para eles, é como se a ibogaína tivesse “desfeito” o que o uso problemático havia provocado ao organismo e, com isto, desfeito mesmo a dependência. Isso os permitiu continuar tentando construir-se a partir de outro modo de vida, e nos casos de mais longa trajetória permitiu que voltassem a se implicar em um projeto de futuro.

Ao olharmos para esta ênfase nas sensações corporais e nos sentimentos, e a decorrente sensação de renovação, o processo vivido com a ibogaína se distancia desta concepção corrente da terapia psicodélica e se aproxima da concepção bwiti de renascimento vivido na iniciação com a planta (85,89). Porém, enquanto no universo bwiti a renovação se dá pelo renascimento após visitar o mundo da iboga, o mundo dos antepassados, no contexto atual no Brasil a ibogaína é vista como uma substância que age desfazendo no cérebro os efeitos do hábito do uso intenso de

drogas. Mesmo na experiência dos dois participantes que tomaram a ibogaína em uma conjuntura que a associa à ayahuasca e outras “medicinas da floresta” a explicação de seu funcionamento passa também pelos supostos efeitos neuronais da substância.

Em relação a esta sensação de renovação, uma questão fica também presente. O quanto desta renovação na verdade é apenas uma adaptação à situação? De fato, dentro do recorte que tivemos, os participantes buscavam em sua maioria se modificar para conseguir dar conta de manter seu modo de vida sem uso de drogas, algo que os constantes retornos ao uso inviabilizava. Neste estudo as concepções de dependência dos participantes tinham uma homogeneidade, buscando a abstinência e o que cada um considerava uma vida “normal”. Como vimos, porém, a ibogaína se adapta facilmente a outras perspectivas de cuidado, e seria interessante acompanhar o efeito da ibogaína em processos que pensem os casos de forma mais sistêmica, ajudando o paciente a lidar com dinâmicas familiares problemáticas e mesmo questões sociais mais amplas que sejam prejudiciais à sua saúde.

Um limite do estudo atual foi a dificuldade de dar seguimento aos casos que não alcançaram o sucesso esperado. No caso de Milton foi possível ver uma redução da compulsão mesmo retornando ao uso e à rotina de internações em clínicas, e seria muito importante estudo que acompanhasse estes pacientes para podermos ter informações mais amplas dos possíveis efeitos da ibogaína.

Da mesma forma como acompanhamos aqui o uso de iboga e ibogaína em contextos tão diversos como uma comunidade terapêutica “xamânica”, uma clínica de terapias alternativas, um centro ayahuasqueiro e um hospital, seria possível pensar o uso da ibogaína como um procedimento que possa ser integrado ao SUS, como por exemplo, oferecido a pacientes de CAPS-AD em determinado momento para ajudar o paciente a efetivar seu projeto terapêutico singular.

No caso dos tratamentos associados às medicinas da floresta foi possível perceber os efeitos de uma nova rede de sociabilidade ao participarem dos rituais com ayahuasca, algo não relatado pelos que tomaram a ibogaína em contextos de inspiração biomédica. No caso de Ryan esta nova sociabilidade foi importante para uma ressignificação das suas antigas relações familiares e de amizade. Por outro lado, no outro caso relatado aqui, o de Jonas, que parecia bem integrado ao seu grupo de sociabilidade na igreja, foi importante que a ibogaína ocupasse esta

categoria dessacralizada do remédio de ação cerebral, senão entraria em conflito com sua concepção de mundo e não passaria pelo tratamento, da mesma forma que ele desaprova a ayahuasca. A partir deste exemplo, penso que a ibogaína poderia ser integrada à rede de atenção psicossocial tanto como um tratamento dentro do sistema de saúde, seja do SUS ou privado, ou como um elemento da comunidade local, em um uso mais próximo dos centros de ayahuasca. Cada uma destas formas pode ser apropriada a um perfil diferente de paciente.

A atual situação legal da ibogaína no país, de ausência de qualquer regulamentação, traz alguns aspectos positivos e outros negativos. O fato de não ser proibida propicia um terreno para o desenvolvimento das práticas com ibogaína em espaços tão diversos como os encontrados nesta pesquisa. Em um campo como o da atenção às pessoas que usam drogas, onde todos os tratamentos têm baixa efetividade ou nem chegaram a ser avaliados adequadamente, e muitas vezes trazem consequências negativas como o estigma, esta prática pode trazer uma melhora significativa em alguns casos, como acompanhamos aqui. Por conta disso, seria importante que estas práticas continuem a serem desenvolvidas no país, mas isso não pode acontecer sem que se lide com os riscos envolvidos no processo. Existe o risco mais preocupante de óbito do paciente, do qual consegui encontrar 33 casos na literatura e um caso no Brasil (61,177). Se, por um lado, estas mortes acendem um alerta em relação ao tratamento, por outro, frente aos milhares de tratamentos que provavelmente acontecem anualmente, o número parece apontar um risco baixo e a possibilidade de se fazer o tratamento de forma segura. Frente à afirmação da associação de provedores de tratamento com ibogaína, a GITA, de que seria possível o uso sem arriscar o paciente, se mostra de suma importância a realização de uma ponte entre o conhecimento desenvolvido na prática dos tratamentos e o conhecimento científico, que poderia levar ao desenvolvimento de pesquisas para avaliar estes modelos de tratamentos já existentes. Outro estudo de fundamental importância seria um levantamento mais aprofundado sobre mortes decorrentes do tratamento com ibogaína no Brasil, que buscasse encontrar casos de óbito e levantar seu processo fisiopatológico. Apenas com estes dados seria possível contornar de forma mais consistente o risco de morte que parece estar associado ao tratamento.

Outro risco apresentado aqui em dois dos relatos foi de pacientes circulando em ambientes não controlados durante o efeito agudo da ibogaína. Ryan e Caboclo tiveram que voltar para casa ainda sob o efeito e se colocaram em situações de risco, o que mostra a necessidade de um uso protegido e acompanhado durante esta fase.

Infelizmente, assim como em relação aos psicodélicos, o sistema de regulamentação de fármacos atualmente pelas agências de regulação se mostra em descompasso com esta dinâmica de tratamento, e neste aspecto apenas estudos clínicos aleatorizados com duplo cego é que poderiam, em princípio, legitimar o uso da ibogaína como um medicamento (32).

No caso da ibogaína, assim como outros psicodélicos, em que a experiência de alteração de consciência tem peso importante no efeito e dificilmente se encaixam na lógica dos ensaios clínicos randomizados com placebo, são necessárias propostas de regulação para além da proibição como droga ou do registro como medicamento. Buscando alternativas, algumas cidades dos Estados Unidos tem tido propostas de lei como a descriminalização dos enteógenos. Denver, no Colorado, e Oakland, na Califórnia, descriminalizaram a posse de cogumelos do gênero *Psilocybe* em 2019, e em 2020 a cidade de Santa Cruz, também na Califórnia, descriminalizou a posse de qualquer enteógeno, entrando nesta categoria o peiote, a ayahuasca, o San Pedro ou wachuma, os cogumelos psicodélicos e a secreção do sapo *Incilius alvarius*, que contém 5-MeO-DMT (178). Outras grandes cidades, como Chicago e Washington D.C. tiveram também propostas aprovadas nesta direção no final de 2020. Já no estado do Oregon o governo está organizando a criação do Psilocybin Advisory Board (algo como Conselho Consultivo da Psilocibina) do Oregon, também a partir de proposta de lei aprovada no ano de 2020. A ideia é a criação e centros de terapia onde facilitadores licenciados e treinados acompanham os participantes durante a experiência e fazem o processo de integração no período depois da experiência, com triagem e acompanhamento para evitar casos de surto ou experiências difíceis.

No Canadá um grupo de pesquisadores influenciados pelas novas propostas de legalização da maconha no país propôs uma forma pós-proibicionista de gestão e regulação dos psicodélicos baseada na saúde pública, onde propõem a criação de um órgão governamental responsável pela regulamentação desta categoria de

substâncias (179). Este órgão, chamado por eles de Comissão de Substâncias Psicoativas, seria responsável pelo controle de produção, distribuição e comércio dos psicodélicos, e trabalharia em conjunto com os grupos tradicionais que as usam de forma ritual, como no caso do peiote e da ayahuasca. Esta comissão seria responsável pela criação de um Colegiado de Supervisores Psicodélicos, composta por terapeutas experientes e representantes das comunidades que usam de forma ritual as plantas. Este colegiado seria responsável pelo licenciamento de indivíduos, a partir do seu reconhecimento como especialista no assunto ou a certificação por processos de formação. Com este processo de licenciamento e certificação propõem incluir toda a gama de possibilidades de uso atual de psicodélicos, do amigo que acompanha o outro em uma festa, passando pelo organizador de cerimônias tradicionais e o uso em terapias psicodélicas.

No contexto brasileiro, em que as leis de drogas sofreram um retrocesso em direção ao proibicionismo em 2019, no entanto, parece pouco provável que se consiga em um futuro próximo avançar de forma tão organizada. Mesmo neste cenário, se partirmos dos critérios usados pela rede de tratamento, seria importante regulamentar a ibogaína como substância de uso controlado, que seu uso aconteça de forma acompanhada, em ambiente que tenha equipamentos de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, ao mesmo tempo em que se incentivem pesquisas com ibogaína para ter dados mais sólidos sobre seus riscos e potenciais efeitos. Apenas uma pequena parcela da verba pública usada na internação dos pacientes em locais também sem comprovação científica de efetividade já seria suficiente para a realização de pesquisas que possam desenhar de forma mais concreta processos de tratamento com ibogaína seguros e integrados ao projeto terapêutico singular do paciente no CAPS-AD e outros serviços da RAPS. Ao mesmo tempo em que isto poderia potencializar as estratégias de cuidado já existentes, caminhar com a regulamentação deste tratamento sem demora também diminuiria a exposição dos usuários aos tratamentos pouco seguros existentes hoje em dia no Brasil.

13. Conclusão

A partir do material coletado nas entrevistas e na observação participante foi possível entender as diferentes formas em que a ibogaína vem sendo usada no Brasil no manejo do tratamento da dependência de drogas e álcool. Seja no contexto inspirado pelo biomédico como no contexto de influência do universo ayahuasqueiro do país, a ibogaína é compreendida como uma substância que age desfazendo os efeitos do uso intenso de drogas. Estes efeitos são entendidos também como a dependência mesmo, pois seria a forma como a dependência se instala no cérebro do indivíduo quando passa a fazer uso problemático.

Os participantes relataram que a ibogaína tem efeito sobre os dois principais aspectos que dificultavam o abandono do uso problemático, os pensamentos recorrentes sobre o uso e as sensações desagradáveis que o antecediam. Estes efeitos permitiram aos participantes que pudessem mais facilmente construir um modo de ser diferente do conjunto de hábitos associados ao uso problemático. Além disso, outros efeitos como a falta de vontade de usar, a redução na compulsão no consumo de drogas e outros alimentos, o maior prazer com as atividades cotidianas em conjunto levaram a uma sensação global de renovação que os permitiu viver e construir este novo momento muito mais facilmente.

Diferentemente do que se relata em relação aos psicodélicos clássicos e nas terapias psicodélicas em desenvolvimento atualmente, os efeitos visionários e o que é sentido durante o efeito agudo tiveram pouca importância na experiência de superação da dependência no ano posterior. Alguns dos problemas enfrentados pelos participantes mostram riscos que devem ser levados em conta no uso da ibogaína e também em futuras regulamentações do seu uso, principalmente em relação à triagem e preparo do paciente, administração e dosagem da ibogaína e suporte durante o efeito agudo.

14. Referências Bibliográficas:

1. Fraser S, Moore D, Keane H. Habits: Remaking Addiction [Internet]. London: Palgrave Macmillan UK; 2014 [citado 3 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1057/9781137316776>
2. Levine HG. The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *J Stud Alcohol*. janeiro de 1978;39(1):143–74.
3. Velho G. Nobres & anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia. 1a. ed. Rio de Janeiro, Brasil: Fundação Getulio Vargas Editora; 1998. 214 p.
4. Carneiro H. A Fabricação do Vício. In 2002 [citado 18 de outubro de 2019]. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf
5. Vargas E. Fármacos e outros objetos sociotécnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: *Drogas e cultura: novas perspectivas*. 1º ed Salvador: EDUFBA; 2008. p. 41–64.
6. Biehl J, Petryna A. Peopling Global Health. *Saúde E Soc*. junho de 2014;23(2):376–89.
7. Pignarre P. Qu'est-ce qu'un médicament? un objet étrange entre science, marché et société. Paris: Éd. La Découverte; 1997. 232 p. (Sciences et société).
8. Petuco DR da S. Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack. [Internet]. [João Pessoa]: Universidade Federal da Paraíba; 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4621>
9. Becker HS. Becoming a Marihuana User. *Am J Sociol*. 1953;59(3):235–42.
10. Becker HS. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press trade paperback edition. New York: Free Press, an imprint of Simon & Schuster, Inc; 2018. 256 p.
11. Fiore M. Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos [Internet] [Tese Doutorado]. [Campinas, SP, Brasil]: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/281261>
12. Gomart E. Methadone: Six Effects in Search of a Substance. *Soc Stud Sci*. fevereiro de 2002;32(1):93–135.
13. Malvasi P. Além do consenso moral: o problema das drogas na perspectiva de jovens de periferias paulistas. *Rev Bras Adolescência E Conflitualidade*. 2014;10:87–109.
14. Labate BC, Goulart SL, Fiore M, Macrae E, Carneiro H, organizadores. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008. 431 p.
15. Bokany V, Oberling AF. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça, proximidades e opiniões*. 2015.

16. Bastos FIPM, organizador. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Fiocruz; 2017.
17. Gomes-Medeiros D, Faria PH de, Campos GW de S, Tófoli LF. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado 5 de fevereiro de 2020];35(7). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000903001&tlng=pt
18. Santos MPG dos, organizador. Comunidades terapêuticas : temas para reflexão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2018. 247 p.
19. Labate BC, Goulart SL, organizadores. O uso ritual das plantas de poder. Campinas, SP, Brasil: FAPESP : Mercado de Letras; 2005. 518 p.
20. Labate BC, MacRae E. Ayahuasca, Ritual and Religion in Brazil [Internet]. 1º ed. Routledge; 2016 [citado 5 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315538501>
21. IPEA. Nota Técnica IPEA Perfil das Comunidades Terapêuticas. 2017.
22. Saúde M da. PORTARIA N° 3.088 [Internet]. 3088 dez 23, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
23. yasui S, Arbex daniela. A quem interessa o desmonte da política de saúde mental? Folha de São Paulo [Internet]. 16 de dezembro de 2020; Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/12/a-quem-interessa-o-desmonte-da-politica-de-saude-mental.shtml>
24. Brasil. Lei n. 13.840/2019. 13840/2019 jun 5, 2019.
25. Petuco DR da S. O Pomo da Discórdia? Drogas, Saúde, Poder [Internet]. 1º ed. Editora CRV; 2019 [citado 4 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <https://editoracrv.com.br/produtos/detalhes/33946-crv>
26. Gomes BR. Drogas, contexto e cuidado: a experiência do Centro de Convivência É de Lei. In: Corpos que sofrem. São Paulo: Editora Elefante; 2019.
27. Dilkes-Frayne E, Duff C. Tendencies and trajectories: The production of subjectivity in an event of drug consumption. Environ Plan Soc Space. outubro de 2017;35(5):951–67.
28. Duff C. Drug use as a ‘practice of the self’: is there any place for an ‘ethics of moderation’ in contemporary drug policy? Int J Drug Policy. dezembro de 2004;15(5–6):385–93.
29. Carhart-Harris RL, Goodwin GM. The Therapeutic Potential of Psychedelic Drugs: Past, Present, and Future. Neuropsychopharmacology. outubro de 2017;42(11):2105–13.
30. Pollan M. How to change your mind: what the new science of psychedelics teaches us about consciousness, dying, addiction, depression, and transcendence. New York: Penguin Press; 2018. 1 p.

31. Johnson MW, Hendricks PS, Barrett FS, Griffiths RR. Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. *Pharmacol Ther.* maio de 2019;197:83–102.
32. Oram M. *The trials of psychedelic therapy: LSD psychotherapy in the America.* Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2018. 269 p.
33. Osmond H. A Review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Ann N Y Acad Sci.* março de 1957;66(3):418–34.
34. Grinspoon L, Bakalar JB. *Psychedelic drugs reconsidered.* New York: Basic Books; 1979. 343 p.
35. Krebs TS, Johansen P-Ø. Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychopharmacol (Oxf).* julho de 2012;26(7):994–1002.
36. Strassman R. Dose-Response Study of N,N-Dimethyltryptamine in Humans: II. Subjective Effects and Preliminary Results of a New Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1º de fevereiro de 1994;51(2):98.
37. Vollenweider F. Positron Emission Tomography and Fluorodeoxyglucose Studies of Metabolic Hyperfrontality and Psychopathology in the Psilocybin Model of Psychosis. *Neuropsychopharmacology.* maio de 1997;16(5):357–72.
38. Langlitz N. *Neuropsychedelia: the revival of hallucinogen research since the decade of the brain.* Berkeley: University of California Press; 2013. 316 p.
39. Palhano-Fontes F, Barreto D, Onias H, Andrade KC, Novaes MM, Pessoa JA, et al. Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychol Med.* 2019;49(4):655–63.
40. Olson JA, Suissa-Rocheleau L, Lifshitz M, Raz A, Veissière SPL. Tripping on nothing: placebo psychedelics and contextual factors. *Psychopharmacology (Berl).* maio de 2020;237(5):1371–82.
41. Nichols DE. Psychedelics. Barker EL, organizador. *Pharmacol Rev.* abril de 2016;68(2):264–355.
42. Johnson MW, Griffiths RR. Potential Therapeutic Effects of Psilocybin. *Neurotherapeutics.* julho de 2017;14(3):734–40.
43. Yaden DB, Griffiths RR. The Subjective Effects of Psychedelics Are Necessary for Their Enduring Therapeutic Effects. *ACS Pharmacol Transl Sci.* 10 de dezembro de 2020;acsptsci.0c00194.
44. Olson DE. The Subjective Effects of Psychedelics May Not Be Necessary for Their Enduring Therapeutic Effects. *ACS Pharmacol Transl Sci.* 10 de dezembro de 2020;acsptsci.0c00192.
45. Feduccia AA, Jerome L, Yazar-Klosinski B, Emerson A, Mithoefer MC, Doblin R. Breakthrough for Trauma Treatment: Safety and Efficacy of MDMA-Assisted Psychotherapy Compared to Paroxetine and Sertraline. *Front Psychiatry.* 12 de setembro de 2019;10:650.

46. MAPS. Psychedelic Science 2017 - Plant Medicine Track [Internet]. 2017 [citado 6 de fevereiro de 2020]. Disponível em: <https://2017.psychedelicscience.org/conference/plant-medicine>
47. dos Santos RG, Bouso JC, Hallak JEC. Ayahuasca, dimethyltryptamine, and psychosis: a systematic review of human studies. *Ther Adv Psychopharmacol*. abril de 2017;7(4):141–57.
48. Wasko MJ, Witt-Enderby PA, Surratt CK. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Ibogaine. *ACS Chem Neurosci*. 17 de outubro de 2018;9(10):2475–83.
49. Taussig MT, Wilson PL. Ayahuasca and shamanism. Brooklyn, NY: Autonomedia; 2002.
50. Taussig MT. Shamanism, colonialism, and the wild man: a study in terror and healing. Nachdr. Chicago: Univ. of Chicago Press; 2004. 517 p.
51. Alper KR, Lotsof HS, Kaplan CD. The ibogaine medical subculture. *J Ethnopharmacol*. janeiro de 2008;115(1):9–24.
52. Naranjo C. Psychotherapeutic Possibilities of New Fantasy-Enhancing Drugs. *Clin Toxicol*. janeiro de 1969;2(2):209–24.
53. Stolaroff MJ. The secret chief revealed. Sarasota, FL: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies; 2004.
54. Gomes BR, Adorno R de CF. Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. *Etnografica*. 1º de outubro de 2011;(vol. 15 (3)):569–86.
55. Jr HF, Spaggiari E. Da cracolândia aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz. Ponto Urbe [Internet]. 1º de agosto de 2010 [citado 8 de novembro de 2020];(6). Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/1870>
56. Raupp L, Adorno R de CF. Uso de crack na cidade de São Paulo / Brasil. *Toxicodependencias*. 2010;16:29–37.
57. Rui T. Nas tramas do crack: etnografia da abjeção. São Paulo - SP: Terceiro Nome; 2014. 397 p. (Antropologia hoje).
58. Alper KR, Beal D, Kaplan CD. Chapter 14 A contemporary history of ibogaine in the United States and Europe. In: *The Alkaloids: Chemistry and Biology* [Internet]. Elsevier; 2001 [citado 3 de fevereiro de 2020]. p. 249–81. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099959801560186>
59. Brown T, Alper KR. Treatment of opioid use disorder with ibogaine: detoxification and drug use outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2 de janeiro de 2018;44(1):24–36.
60. Brown T, Noller GE, Denenberg JO. Ibogaine and Subjective Experience: Transformative States and Psychopharmacotherapy in the Treatment of Opioid Use Disorder. *J Psychoactive Drugs*. 15 de março de 2019;51(2):155–65.
61. Corkery JM. Ibogaine as a treatment for substance misuse: Potential benefits and practical dangers. In: *Progress in Brain Research* [Internet]. Elsevier; 2018 [citado 3 de fevereiro de 2020]. p. 217–57. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0079612318300979>

62. Davis AK, Renn E, Windham-Herman A-M, Polanco M, Barsuglia JP. A Mixed-Method Analysis of Persisting Effects Associated with Positive Outcomes Following Ibogaine Detoxification. *J Psychoactive Drugs*. 8 de agosto de 2018;50(4):287–97.
63. dos Santos RG, Bouso JC, Hallak JEC. The antiaddictive effects of ibogaine: A systematic literature review of human studies. *J Psychedelic Stud*. abril de 2017;1(1):20–8.
64. Glue P, Cape G, Tunnicliff D, Lockhart M, Lam F, Hung N, et al. Ascending Single-Dose, Double-Blind, Placebo-Controlled Safety Study of Noribogaine in Opioid-Dependent Patients: Clinical Pharmacology in Drug Development. *Clin Pharmacol Drug Dev*. novembro de 2016;5(6):460–8.
65. Heink A, Katsikas S, Lange-Altman T. Examination of the Phenomenology of the Ibogaine Treatment Experience: Role of Altered States of Consciousness and Psychedelic Experiences. *J Psychoactive Drugs*. 27 de maio de 2017;49(3):201–8.
66. Ivers JH, Larkan F, Barry J. A Longitudinal Qualitative Analysis of the Lived Experience of the Recovery Process in Opioid-Dependent Patients Post-Detoxification. *J Psychoactive Drugs*. 27 de maio de 2018;50(3):231–9.
67. Malcolm BJ, Polanco M, Barsuglia JP. Changes in Withdrawal and Craving Scores in Participants Undergoing Opioid Detoxification Utilizing Ibogaine. *J Psychoactive Drugs*. 27 de maio de 2018;50(3):256–65.
68. Mash D. Breaking the cycle of opioid use disorder with Ibogaine. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2 de janeiro de 2018;44(1):1–3.
69. Mash DC, Duque L, Page B, Allen-Ferdinand K. Ibogaine Detoxification Transitions Opioid and Cocaine Abusers Between Dependence and Abstinence: Clinical Observations and Treatment Outcomes. *Front Pharmacol*. 5 de junho de 2018;9:529.
70. Noller GE, Frampton CM, Yazar-Klosinski B. Ibogaine treatment outcomes for opioid dependence from a twelve-month follow-up observational study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2 de janeiro de 2018;44(1):37–46.
71. Rodger J. Understanding the Healing Potential of Ibogaine through a Comparative and Interpretive Phenomenology of the Visionary Experience. *Anthropol Conscious*. março de 2018;29(1):77–119.
72. Schenberg EE, de Castro Comis MA, Chaves BR, da Silveira DX. Treating drug dependence with the aid of ibogaine: A retrospective study. *J Psychopharmacol (Oxf)*. novembro de 2014;28(11):993–1000.
73. Arendt H. *A vida do espírito*. 2018.
74. Rose D. Experience, madness theory, and politics. *Philos Psychiatry Psychol*. 2016;23(3–4):207–10.
75. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ*. abril de 2002;(19):20–8.
76. Martins J. *Temas Fundamentais de Fenomenologia*. São Paulo: Editora Moraes; 1984.

77. Kemp R. The Temporal Dimension of Addiction. *J Phenomenol Psychol.* 2009;40(1):1–18.
78. Kemp R. The worlding of addiction. *Humanist Psychol.* outubro de 2011;39(4):338–47.
79. Lewis M. Brain Change in Addiction as Learning, Not Disease. Longo DL, organizador. *N Engl J Med.* 18 de outubro de 2018;379(16):1551–60.
80. Sloterdijk P. *You must change your life: on anthropotechnics.* 2014.
81. SENAPRED-MC. NOTA TÉCNICA N° 64/2020. 64/2020 2020.
82. ABEAD. Nota de Esclarecimento da ABEAD sobre o uso da Ibogaína no tratamento da dependência química, por Alessandra Diehl e Fernanda de Paula Ramos. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/1646077235614795/posts/2554557368100106/>
83. FEBRACT. A FEBRACT se posiciona contra o uso de ibogaína – UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas [Internet]. 2020 [citado 15 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.uniad.org.br/noticias/politicas-publicas/a-febract-se-posiciona-contra-o-uso-de-ibogaina/>
84. FEBRACT. Febract Informa sobre tratamentos com ibogaína. 2020.
85. Ekonomie Obame L. *Qu'est-ce que le bwiti? regard croisé sur une religion naturelle africaine.* Paris: L'Harmattan; 2014. 198 p. (Pensée africaine).
86. Popik P, Layer RT, Skolnick P. 100 years of ibogaine: neurochemical and pharmacological actions of a putative anti-addictive drug. *Pharmacol Rev.* junho de 1995;47(2):235–53.
87. Yip L, Deng J-F. On the relationship between ibogaine and noribogaine. *Clin Toxicol.* 2 de janeiro de 2018;56(1):77–77.
88. Appiah A, Gates HL, organizadores. *Encyclopedia of Africa.* Oxford ; New York: Oxford University Press; 2010. 2 p.
89. Ravalec V. *Iboga: the visionary root of African shamanism.* Rochester, Vt: Park Street Press; 2007. 233 p.
90. Fernandez JW, Fernandez RL. Chapter 13 “Returning to the path”: The use of iboga[ine] in an equatorial African ritual context and the binding of time, space, and social relationships. In: *The Alkaloids: Chemistry and Biology* [Internet]. Elsevier; 2001 [citado 3 de fevereiro de 2020]. p. 235–47. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099959801560174>
91. Dybowksi J, Landrin Ed. *Comptes Rendus Acad. Sci. (Paris).* Sur l'Iboga, sur ses propriétés excitantes, sa composition, et sur l'alcaloïde nouveau qu'il renferme, l'ibogaïne. 1901;133:748–50.
92. Schneider JA, Sigg EB. NEUROPHARMACOLOGICAL STUDIES ON IBOGAINE, AN INDOLE ALKALOID WITH CENTRAL-STIMULANT PROPERTIES. *Ann N Y Acad Sci.* março de 1957;66(3):765–76.
93. Fadiman J. *The psychedelic explorer's guide: safe, therapeutic, and sacred journeys.* Rochester, Vt: Park Street Press; 2011. 336 p.

94. Raymond-Hamet. Le problème du vrai et des faux Iboga. *Rev Bot Appliquée Agric Colon*. 1940;20(224):251–62.
95. Raymond-Hamet M. Sur deux propriétés physiologiques nouvelles de l'ibogaïne communes à cet alcaloïde et à la cocaïne. *Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie*. 1940;133:426–9.
96. Grof S, Tarnas R. *The way of the psychonaut: encyclopedia for inner journeys Volume one*. 2019.
97. Hajo N, Dupont C, Wepierre J. [Effects of tabernanthine on various cardiovascular parameters in the rat and dog (author's transl)]. *J Pharmacol*. dezembro de 1981;12(4):441–53.
98. O'Hearn E, Long DB, Molliver ME. Ibogaïne induces glial activation in parasagittal zones of the cerebellum: *NeuroReport*. março de 1993;4(3):299–302.
99. Cappendijk SLT, Dzoljic MR. Inhibitory effects of ibogaïne on cocaine self-administration in rats. *Eur J Pharmacol*. setembro de 1993;241(2–3):261–5.
100. Dzoljic ED, Kaplan CD, Dzoljic MR. Effect of ibogaïne on naloxone-precipitated withdrawal syndrome in chronic morphine-dependent rats. *Arch Int Pharmacodyn Ther*. agosto de 1988;294:64–70.
101. Glick SD, Maisonneuve IS. Mechanisms of antiaddictive actions of ibogaïne. *Ann N Y Acad Sci*. 30 de maio de 1998;844:214–26.
102. Mash DC, Staley JK, Baumann MH, Rothman RB, Lee Hearn W. Identification of a primary metabolite of ibogaïne that targets serotonin transporters and elevates serotonin. *Life Sci*. junho de 1995;57(3):PL45–50.
103. Alper KR, Stajić M, Gill JR. Fatalities Temporally Associated with the Ingestion of Ibogaïne: FATALITIES TEMPORALLY ASSOCIATED WITH THE INGESTION OF IBOGAÏNE. *J Forensic Sci*. março de 2012;57(2):398–412.
104. Breuer L, Kasper BS, Schwarze B, Gschossmann JM, Kornhuber J, Müller HH. "Herbal seizures" – atypical symptoms after ibogaïne intoxication: a case report. *J Med Case Reports*. dezembro de 2015;9(1):243.
105. Jenks C. Extraction Studies of *Tabernanthe Iboga* and *Voacanga Africana*. *Nat Prod Lett*. janeiro de 2002;16(1):71–6.
106. Ross S. Serotonergic Hallucinogens and Emerging Targets for Addiction Pharmacotherapies. *Psychiatr Clin North Am*. junho de 2012;35(2):357–74.
107. Luciano D. Observations on Treatment With Ibogaïne. *Am J Addict*. janeiro de 1998;7(1):89–89.
108. Mash DC, Kovera CA, Pablo J, Tyndale RF, Ervin FD, Williams IC, et al. Ibogaïne: Complex Pharmacokinetics, Concerns for Safety, and Preliminary Efficacy Measures. *Ann N Y Acad Sci*. setembro de 2000;914(1):394–401.
109. Mash DC, Kovera CA, Pablo J, Tyndale R, Ervin FR, Kamlet JD, et al. Chapter 8 Ibogaïne in the treatment of heroin withdrawal. In: *The Alkaloids: Chemistry and Biology* [Internet]. Elsevier; 2001 [citado 9 de abril de 2020]. p. 155–71. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0099959801560125>

110. R. Alper, Howard S. Lotsof, Geerte K. Treatment of Acute Opioid Withdrawal with Ibogaine. *Am J Addict.* janeiro de 1999;8(3):234–42.
111. Sheppard SG. A preliminary investigation of ibogaine: Case reports and recommendations for further study. *J Subst Abuse Treat.* julho de 1994;11(4):379–85.
112. Davis AK, Barsuglia JP, Windham-Herman A-M, Lynch M, Polanco M. Subjective effectiveness of ibogaine treatment for problematic opioid consumption: Short- and long-term outcomes and current psychological functioning. *J Psychedelic Stud.* novembro de 2017;1(2):65–73.
113. Camlin TJ, Eulert D, Thomas Horvath A, Bucky SF, Barsuglia JP, Polanco M. A phenomenological investigation into the lived experience of ibogaine and its potential to treat opioid use disorders. *J Psychedelic Stud.* junho de 2018;2(1):24–35.
114. Schenberg EE, de Castro Comis MA, Alexandre JFM, Chaves BDR, Tófoli LF, da Silveira DX. Treating drug dependence with the aid of ibogaine: A qualitative study. *J Psychedelic Stud.* abril de 2017;1(1):10–9.
115. Schenberg EE, de Castro Comis MA, Alexandre JFM, Tófoli LF, Chaves BDR, da Silveira DX. A phenomenological analysis of the subjective experience elicited by ibogaine in the context of a drug dependence treatment. *J Psychedelic Stud.* novembro de 2017;1(2):74–83.
116. Albuquerque RCR de, Nappo SA. Reasons to crack consumption relapse. Users' perspective. *J Bras Psiquiatr.* julho de 2018;67(3):194–200.
117. Koenig X, Hilber K. The Anti-Addiction Drug Ibogaine and the Heart: A Delicate Relation. *Molecules.* 29 de janeiro de 2015;20(2):2208–28.
118. Glue P, Cape G, Tunnicliff D, Lockhart M, Lam F, Gray A, et al. Switching Opioid-Dependent Patients From Methadone to Morphine: Safety, Tolerability, and Methadone Pharmacokinetics: Morphine in Methadone-Dependent Patients. *J Clin Pharmacol.* agosto de 2016;56(8):960–5.
119. Brunt TM, Litjens RPW. In reply – on the toxicity of ibogaine. *Clin Toxicol.* 8 de agosto de 2016;54(7):606–606.
120. Litjens RPW, Brunt TM. How toxic is ibogaine? *Clin Toxicol.* 20 de abril de 2016;54(4):297–302.
121. Knuijver T, Belgers M, Markus W, Verkes R-J, van Oosteren T, Schellekens A. Hallucinogen Persisting Perception Disorder After Ibogaine Treatment for Opioid Dependence: *J Clin Psychopharmacol.* dezembro de 2018;38(6):646–8.
122. GITA. Clinical Guidelines for Ibogaine-Assisted Detoxification - The Global Ibogaine Therapy Alliance [Internet]. 2016 [citado 9 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.ibogainealliance.org/guidelines/>
123. ANVISA. RDC 28 [Internet]. 2008 [citado 9 de abril de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0028_09_05_2008.html
124. CONED. Enunciados CONED Ibogaína. Enunciado 1 2016 2016.
125. ANVISA. Tratamentos com ibogaína não estão regulamentados - Notícias - Anvisa [Internet]. 2017 [citado 3 de fevereiro de 2020]. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/tratamentos-com-ibogaina-nao-estao-regulamentados/219201

126. Kamlet JD. The Commercialization of Ibogaine to Treat Substance Use Disorders and Other Psychiatric Conditions in the United States: A Doctor's View. 2020;3.
127. DemeRx. DemeRx | Product Candidates [Internet]. 2020 [citado 9 de abril de 2020]. Disponível em: <https://demerx.com/product-candidates/>
128. Escotado A(. História geral de las drogas ; completada por el apéndice Fenomenología de las drogas. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Espasa Calpe; 2017.
129. Campbell N. Discovering Addiction: The Science and Politics of Substance Abuse Research [Internet]. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press; 2007 [citado 24 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://hdl.handle.net/2027/fulcrum.5d86p144c>
130. United Nations. World Drug Report 2020. Vol. 1. United Nations Publication; 2020. 62 p.
131. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. dezembro de 2018;5(12):987–1012.
132. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. novembro de 2013;382(9904):1575–86.
133. Macrae EJB das N, Alves WC, organizadores. Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: EDUFBA; 2016. 563 p. (Drogas, clínica e cultura).
134. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Vol. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
135. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Vol. 1. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
136. Vrecko S. Birth of a brain disease: science, the state and addiction neuropolitics. *Hist Hum Sci*. outubro de 2010;23(4):52–67.
137. Volkow ND, Li T-K. Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nat Rev Neurosci*. dezembro de 2004;5(12):963–70.
138. Volkow N. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2007.
139. Kalant H. What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*. maio de 2010;105(5):780–9.
140. Nutt DJ, Lingford-Hughes A, Erritzoe D, Stokes PRA. The dopamine theory of addiction: 40 years of highs and lows. *Nat Rev Neurosci*. maio de 2015;16(5):305–12.

141. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Legislação Sanitária para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas [Internet]. RDC 29 jun 30, 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>.
142. Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: CFP; 2018.
143. Campos EA de. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. Etnografica. 2 de maio de 2009;(vol. 13 (1)):103–24.
144. AA. Alcoólicos Anônimos celebra 84 anos de existência no Mundo [Internet]. 2019 [citado 26 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://jornalvozativa.com/noticias/alcoolicos-anonimos-celebra-84-anos-de-existencia-no-mundo/>
145. Comas-Díaz L, Hall GN, Neville HA. Racial trauma: Theory, research, and healing: Introduction to the special issue. *Am Psychol*. janeiro de 2019;74(1):1–5.
146. Kimmell J, Mendenhall E, Jacobs EA. Deconstructing PTSD: Trauma and emotion among Mexican immigrant women. *Transcult Psychiatry*. 11 de fevereiro de 2020;136346152090312.
147. Maia Â, McIntyre T, Pereira MG, Ribeiro E. War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety Stress Coping*. maio de 2011;24(3):309–25.
148. Mate G. In the realm of hungry ghosts: close encounters with addiction [Internet]. Berkeley, Calif.: North Atlantic Books; 2014 [citado 27 de outubro de 2020]. Disponível em: <http://rbdigital.oneclickdigital.com>
149. Breeksema JJ, Niemeijer AR, Krediet E, Vermetten E, Schoevers RA. Psychedelic Treatments for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Patient Experiences in Qualitative Studies. *CNS Drugs*. setembro de 2020;34(9):925–46.
150. Inserra A. Hypothesis: The Psychedelic Ayahuasca Heals Traumatic Memories via a Sigma 1 Receptor-Mediated Epigenetic-Mnemonic Process. *Front Pharmacol*. 5 de abril de 2018;9:330.
151. Krediet E, Bostoen T, Breeksema J, van Schagen A, Passie T, Vermetten E. Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD. *Int J Neuropsychopharmacol*. 24 de junho de 2020;23(6):385–400.
152. Morgan L. MDMA-assisted psychotherapy for people diagnosed with treatment-resistant PTSD: what it is and what it isn't. *Ann Gen Psychiatry*. dezembro de 2020;19(1):33.
153. Fassin D, Rechtman R. The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood. Princeton ; Oxford: Princeton University Press; 2009. 305 p.
154. Alexander B. The globalisation of addiction: a study in poverty of the spirit. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2010. 470 p.
155. Alexander BK, Centre canadien de politiques alternatives. The roots of addiction in free market society. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives; 2001.

156. Courtwright DT. The age of addiction: how bad habits became big business [Internet]. 2019 [citado 27 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.degruyter.com/doc/cover/9780674239241.jpg>
157. Reith G. Addictive Consumption: Capitalism, Modernity and Excess [Internet]. 1^o ed. Abingdon, Oxon ; New York, NY : Routledge, 2018.: Routledge; 2018 [citado 27 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429875656>
158. Duff C. Reassembling (social) contexts: New directions for a sociology of drugs. *Int J Drug Policy*. novembro de 2011;22(6):404–6.
159. Lewis MD. The biology of desire: why addiction is not a disease. 2016.
160. Taylor D, Foucault M, organizadores. Michel Foucault: key concepts. Durham: Acumen; 2011. 200 p. (Key Concepts).
161. Sloterdijk P. Ira e tempo ensaio político-psicológico. 2012.
162. Martins MJ de OF. Da mnemotécnica à antropotécnica: uma exposição filosófico-antropológica do trabalho do homem sobre si mesmo, de Nietzsche a Sloterdijk. *Griot Rev Filo*. 15 de dezembro de 2014;10(2):65–83.
163. Castro-Gomez S. Sobre el concepto de antropotécnica en Peter Sloterdijk. *Rev Estud Soc*. 2012;63–73.
164. Sloterdijk P, Rocha Barco T. Normas para el parque humano una respuesta a la “Carta sobre el humanismo” de Heidegger. Madrid: Siruela; 2008.
165. Moré C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *Atas - Investig Qual Nas Ciênc Sociais*. 2015;3.
166. Fernandes FMB, Moreira MR. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva*. junho de 2013;23(2):511–29.
167. Queiroz DT, Vall J, Souza ÂMA e, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):276–83.
168. Critelli DM. Analítica do sentido: Uma aproximação e interpretação fenomenológica. São Paulo: EDUC; 1996.
169. Yin RK. Estudo de Caso - 5.Ed.: Planejamento e Métodos [Internet]. Bookman Editora; 2015. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=EtOyBQAAQBAJ>
170. Bourgois PI, Schonberg J. Righteous dopefiend. Berkeley: University of California Press; 2009. 359 p. (California series in public anthropology).
171. Hser Y-I, Longshore D, Anglin MD. The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. *Eval Rev*. dezembro de 2007;31(6):515–47.
172. Thyer BA, Pignotti M. Science and pseudoscience in social work practice. New York: Springer Publishing Company; 2015. 299 p.

173. Abilio C, Kozusny-Andrean DI, Chalub L dos R. EFICÁCIA DO COLÍRIO SANANGA FRENTE ÀS BACTÉRIAS STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS E PROPIONIBACTERIUM ACNES. Braz J Infect Dis. dezembro de 2018;22:42–3.
174. Zinberg NE. Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use. New Haven, Conn.; London: Yale University Press; 1986.
175. Hartogsohn I. Constructing drug effects: A history of set and setting. Drug Sci Policy Law. janeiro de 2017;3:205032451668332.
176. Mash D. The Future of Addiction Treatment [Internet]. [citado 15 de outubro de 2020]. (The Goop Podcast). Disponível em: <https://goop.com/the-goop-podcast/future-of-addiction-treatment/>
177. IBTA. nota oficial IBTA sobre óbito de paciente. Nota de Esclarecimento. 2016.
178. Klein E. Can Magic Mushrooms Heal Us? The New York Times [Internet]. 18 march 2021. 2021; Disponível em: <https://www.nytimes.com/2021/03/18/opinion/oregon-psychedelic-therapy.html?referringSource=articleShare>
179. Haden M, Emerson B, Tupper KW. A Public-Health-Based Vision for the Management and Regulation of Psychedelics. J Psychoactive Drugs. 7 de agosto de 2016;48(4):243–52.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PACIENTES

1ª parte: dados coletados antes do tratamento com ibogaína

Perfil do participante: informações sobre nome, idade, estado civil, trabalho, nível de renda, filhos, profissão.

Breve histórico de vida: o participante será estimulado a contar brevemente sua história de vida com os acontecimentos que considerar mais significativo, relacionados ou não a seu problema com drogas.

Desenvolvimento do problema com uso de drogas: De que forma foi sendo desenvolvido na sua vida o problema com o uso de álcool e/ou drogas? Quando percebeu que isso havia se tornado um problema? Como descreveria seu problema: dependência, dependência química, uso abusivo? Quais consequências este problema acarretou e vem acarretando na vida e nas relações?

Trajétoria de tratamentos: Quais tratamentos já foram tentados? Aconteceram internações involuntárias? Qual a sua avaliação em relação a cada lugar em que se tratou? Que efeito estes tratamentos tiveram?

Tratamento com a ibogaína: Como ficou sabendo do tratamento com a ibogaína? Quais as expectativas em relação a ele? De que forma você se preparou e se informou sobre o tratamento?

2ª parte: Entrevistas de seguimento

Qualidade de vida, uso de drogas e relacionamentos: Como está sua vida? Como está sua rotina? Quais as principais atividades que preenchem seu cotidiano? Você tem usado drogas? Quais? Este uso está em um padrão diferente de antes do tratamento?

Efeitos da ibogaína a curto, médio e longo prazo: Quais foram os efeitos? Você teve lembranças? Foram significativas? Teve visões? Foram significativas? Foram atingidas as expectativas sua e de sua família? De que forma estes efeitos e a experiência com a ibogaína alteraram sua vida cotidiana? E como afetaram seu uso de drogas? Como você descreveria para alguém o tratamento que passou?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tratamento de dependência de Drogas com Ibogaína: compreendendo os sentidos de tratamento existente no Brasil.

Bruno Ramos Gomes e Luís Fernando de Farah Tófoli

Número do CAAE: 89378918.6.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como vem acontecendo o tratamento com ibogaína no Brasil, a partir da perspectiva dos pacientes e dos profissionais.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: ser entrevistado pelo pesquisador, que irá gravar a entrevista e manter contato com você também por mensagens ou e-mails, respondendo apenas ao que se sentir confortável e podendo se retirar da pesquisa em qualquer momento em que achar necessário. O pesquisador estará presente em momentos cotidianos da clínica e parte dos dados de pesquisa virá deste convívio e de conversas informais. Como a administração da ibogaína não será feita pela pesquisa, e como os contatos serão feitos usando o telefone, internet e outras formas de comunicação existentes, o participante não terá custos ao participar da pesquisa. Estimamos um tempo de 2 horas para a primeira entrevista e um tempo de 30 minutos para as outras entrevistas por que acontecerão a cada 3 meses. Nestas entrevistas serão abordados seu histórico de vida, seu processo de tratamento e o tratamento de ibogaína, assim como os efeitos deste.

Desconfortos e riscos:

Este estudo é observacional, onde os pacientes participarão apenas de forma voluntária e não serão identificados nos resultados da pesquisa. Por conta destas características o estudo apresenta riscos baixos aos participantes, que incluem um eventual desconforto ao rememorar situações que podem ter uma valoração negativa.

Benefícios:

Esta pesquisa não irá trazer nenhum benefício direto a você, podendo, no entanto, ajudá-lo a entender melhor o processo pelo qual está passando.

Acompanhamento e assistência:

O pesquisador, que tem experiência no cuidado de pessoas que passam pelo tratamento com ibogaina, coloca-se disponível para o contato para ajudar a entender momentos em que esteja experienciando algo importante.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. As gravações obtidas através desta pesquisa serão guardadas por 5 anos e depois descartadas.

Ressarcimento e indenização:

A participação não acarretará em qualquer custo ao paciente ou ao profissional entrevistado. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Bruno Ramos Gomes, email brunorgomes@gmail.com, telefone 11 987551458, estudante de doutorado da Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, localizada na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887 – Campinas, SP, Brasil.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

_____ Data: ___/___/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ___/___/____.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXOS

ANEXO 1 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tratamento de dependência de Drogas com Ibogaína: compreendendo os sentidos de tratamento existente no Brasil.

Pesquisador: BRUNO RAMOS GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89378918.6.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.727.882

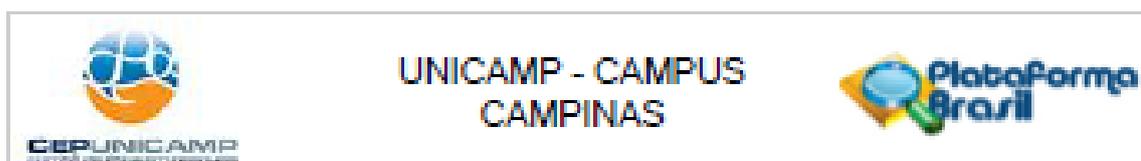
Apresentação do Projeto:

Este projeto busca investigar qualitativamente um tratamento existente atualmente para dependência que utiliza a Ibogaína como principal ferramenta do processo. A Ibogaína é uma substância advinda de uma planta africana, Tabernanthe iboga, de uso tradicional em sua região de origem e que leva a intensas alterações nas sensações físicas e psíquicas, considerada um psicodélico não clássico. A partir da observação participante no espaço de tratamento e entrevistas em profundidade com os pacientes e os trabalhadores, serão descritas o método terapêutico e a experiência vivida dos pacientes, buscando responder às seguintes questões: Como acontece o tratamento? Qual o sentido do uso da Ibogaína no tratamento neste contexto específico? Como é vivida a experiência com a Ibogaína pelos pacientes e de que forma esta experiência é entendida no processo de tratamento de cada um? Os materiais coletados (transcrição das entrevistas em profundidade e o caderno de campo da observação participante) serão analisados a partir da Análise do Sentido e dos referenciais teórico da fenomenologia hermenêutica heideggeriana e da etnologia de Peter Sloterdijk.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo principal do estudo é descrever e compreender de forma minuciosa os processos de tratamento e de que forma são vividos e compreendidos pelos pacientes. **Objetivo Secundário:** Descrever os processos de tratamento com Ibogaína para dependência química.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8838 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.727.682

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Este estudo é observacional, onde os pacientes participam apenas de forma voluntária e não serão identificados nos resultados da pesquisa. Por conta destas características o estudo apresenta riscos baixos aos participantes, que incluem um eventual desconforto ao rememorar situações que podem ter uma valoração negativa. Não há evidências de que este tipo de intervenção aumente o risco de recaída na dependência química.

Benefícios: Com o estudo é observacional e não interventivo, não prevê benefícios diretos para o participante. De forma indireta é possível que as entrevistas em profundidade ajudem os participantes a compreender melhor o que viveram e estão vivendo e a influência do tratamento com a lioquina para isto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada pelo aluno Bruno Ramos Gomes, com orientação do Prof. Dr. Luis Fernando de Farah Tófoli na FCM da Unicamp. No projeto reformulado, houve alteração dos itens solicitados pelo CEP, sendo estes: 1) Incluir período de análise pelo CEP no cronograma; 2) Incluir questionário ou roteiro para entrevista dos pacientes e trabalhadores da clínica onde será realizada a pesquisa; 3) Informar no item procedimentos do TCLE o que será abordado na entrevista e uma estimativa do tempo para a coleta de dados; 4) Conforme consta no resumo do projeto detalhado: "(...)partir da observação participante no espaço de tratamento e entrevistas em profundidade com os pacientes e os trabalhadores(...)", o projeto de pesquisa contempla a participação dos trabalhadores. Portanto, o pesquisador deverá apresentar o TCLE para este grupo, assim como, definir os critérios de inclusão, exclusão, informar o que será abordado na entrevista com este participantes no projeto detalhado e adequar as informações junto ao documento "Informações Básicas do Projeto" em relação aos critérios de inclusão, exclusão, número de participantes e grupos que serão divididos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados no projeto reformulado

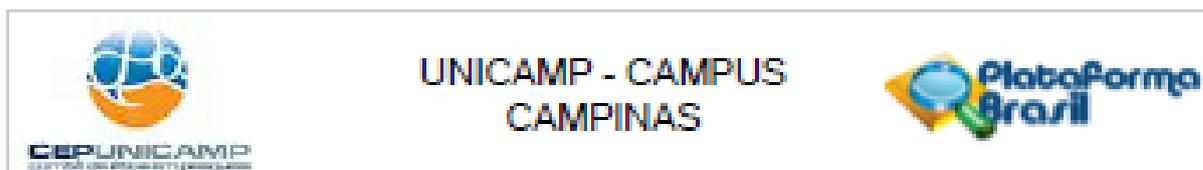
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto reformulado está adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: São Geraldo CEP: 13.083-867
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8836 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.737.892

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".
- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8235 Fax: (19)3521-7167 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 3.737.002

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1106260.pdf	11/06/2018 10:05:00		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_resposta_ao_CEP.pdf	11/06/2018 10:04:35	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_Bruno_Ramos_Gomes_atualizadoCEP.pdf	07/06/2018 12:32:27	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_funcionario_Bruno_Ramos_Gomes.pdf	07/06/2018 12:32:14	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto_pesquisa_ibogainaBruno_RG_CEPjunho.pdf	05/06/2018 16:26:23	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Parecer Anterior	PE_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2589525.pdf	05/06/2018 16:21:04	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Outros	roteiro_entrevista_trabalhadores.pdf	05/06/2018 16:20:52	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Outros	roteiro_entrevistas_pacientes.pdf	05/06/2018 16:18:54	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Outros	termo_participacao_Bruno_Rasmussen.pdf	03/05/2018 18:23:53	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_malo.pdf	20/04/2018 12:41:46	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito
Outros	carteira_unicamp.pdf	10/04/2018 13:16:48	BRUNO RAMOS GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 21 de Junho de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: São Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefonic: (19)3521-8008 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br