



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
BIOCIÊNCIAS**

***FOLLOW-UP* DE UMA SÉRIE DE CASOS DO USO TERAPÊUTICO DA AYAHUASCA  
PARA LUTO PATOLÓGICO: UMA ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA TEMÁTICA PELA  
PERSPECTIVA DA PSICOTERAPIA ASSISTIDA POR PSICODÉLICOS *EMBARK*®**

**VÍTOR GUEDES PEREIRA**

Foz do Iguaçu, Estado do Paraná

2023



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
BIOCIÊNCIAS**

***FOLLOW-UP* DE UMA SÉRIE DE CASOS DO USO TERAPÊUTICO DA AYAHUASCA  
PARA LUTO PATOLÓGICO: UMA ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA TEMÁTICA PELA  
PERSPECTIVA DA PSICOTERAPIA ASSISTIDA POR PSICODÉLICOS *EMBARK*®**

**VÍTOR GUEDES PEREIRA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências, do Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr Francisney Pinto do Nascimento

Coorientadora: Profa. Dra. Micheline Freire Donato

Foz do Iguaçu, Estado do Paraná

2023

VÍTOR GUEDES PEREIRA

***FOLLOW-UP* DE UMA SÉRIE DE CASOS DO USO TERAPÊUTICO DA AYAHUASCA  
PARA LUTO PATOLÓGICO: UMA ANÁLISE QUANTI-QUALITATIVA TEMÁTICA PELA  
PERSPECTIVA DA PSICOTERAPIA ASSISTIDA POR PSICODÉLICOS *EMBARK*®**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências, do Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Francisney Pinto do Nascimento

Orientador

UNILA

---

Dr. Anaxsuell Fernando Silva

Examinador

UNILA

---

Dr. Rafael Mariano Bitencourt

Examinador

UNISUL

Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, 15 de dezembro de 2023.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

P436

Pereira, Vítor Guedes.

Follow-up de uma série de casos do uso terapêutico da ayahuasca para luto patológico: uma análise quanti-qualitativa temática pela perspectiva da psicoterapia assistida por psicodélicos Embark / Vítor Guedes Pereira. - Foz do Iguaçu, 2023.

124f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, Programa de Pós-Graduação em Biociências. Foz do Iguaçu – PR, 2024.

Orientador: Prof. Dr. Francisney Pinto do Nascimento

Coorientadora: Profa. Dra. Micheline Freire Donato

1. Ayahuasca. 2. Luto patológico. 3. Análise temática de conteúdo. 4. Mecanismos psicoterapêuticos. 5. Embark®. I. Nascimento, Francisney Pinto do. II. Donato, Micheline Freire. III. Título.

CDU 615.214:393.7

## AGRADECIMENTOS

Se faz necessário um imenso agradecimento aos amigos Fabio Hirata, Raby Khalil, Aline Khalil e todas as pessoas do Instituto Gaia de Foz do Iguaçu, no qual cederam o local para a realização do tratamento experimental e a bebida usada no estudo. Bem como o acompanhamento da administração junto com os participantes, e toda experiência desses no contexto do uso da bebida ayahuasca para o grupo de pesquisa do laboratório de cannabis medicinal e ciência psicodélica da UNILA.

Outro agradecimento que se faz importante é para o professor Maurício Yonamine e para Gabriela de Oliveira Silveira do Departamento de Farmacologia da Universidade de São Paulo (USP) do Campus de Ribeirão Preto - SP. Que dosaram e mediram as concentrações das moléculas de DMT, harmina, harmalina e tetrahydroharmina no estudo original de Phillipsen (2022), sem essa dosagem com certeza o estudo teria uma queda na qualidade no ponto de vista farmacológico e em toda análise do efeito da bebida no contexto de pesquisa biomédico.

O presente trabalho conta com o apoio da bolsa DS (Programa Demanda Social), da UNILA (Universidade Federal da Integração Latino-Americana), ; e com o apoio financeiro do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

*Este trabajo cuenta con el apoyo de la beca DS (Programa de Demanda Social), de la UNILA (Universidad Federal de Integración Latinoamericana - Brasil); y con el apoyo financiero del CNPq (Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico - Brasil).*

*This study is financed in part by the UNILA (Federal University of Latin American Integration - Brazil), DS scholarship (Social Demand Program); and is financed in part by the CNPq (National Council for Scientific and Technological Development - Brazil).*

PEREIRA, Vítor Guedes. 2023. **Follow-up de uma série de casos do uso terapêutico da ayahuasca para luto patológico**: uma análise quanti-qualitativa temática pela perspectiva da psicoterapia assistida por psicodélicos *Embark®*. Orientadores: NASCIMENTO, Francisney Pinto do (orientador); DONATO, Micheline Freire (coorientador). 124 f.. Dissertação (Mestrado) - PPG-BC (Programa de Pós-Graduação em Biociências), UNILA (Universidade Federal da Integração Latino-Americana), Foz do Iguaçu.

## RESUMO

O presente estudo utilizou-se da metodologia quantitativa para obtenção e análise de dados numéricos (através de escalas, questionários validados e programas estatísticos) e também lançou mão da análise qualitativa, coletando informações em entrevistas semiestruturadas, com análise qualitativa temática do discurso na perspectiva da autora Laurence Bardin. Investigou-se o processo do luto patológico em quatro indivíduos após quatro anos de um tratamento experimental com o uso terapêutico da bebida ayahuasca de uma única sessão. Especificamente, no braço quantitativo, o objetivo foi identificar as possíveis mudanças (ou não) dos níveis de severidade de luto, resignificação da perda, depressão, qualidade de vida e prejuízos do sono. No braço qualitativo, o objetivo foi investigar a presença de constructos psicológicos subjacentes às melhoras (ou não) do quadro de luto e de saúde mental geral, como aspectos existenciais-espirituais, atenção plena, consciência corporal, afetividade-cognição, qualidade das relações interpessoais e manutenção do processo terapêutico. Os domínios são considerados centrais na mudança terapêutica em psicoterapias assistidas por psicodélicos, aqui, especificamente, para o novo modelo de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP) *Embark®*. Os resultados evidenciaram a manutenção dos resultados positivos dos dados quantitativos (investigados até um ano após a experiência pelos primeiros pesquisadores do ensaio clínico), e (nas informações qualitativas extraídas da entrevista semiestruturada) sugeriram que a ayahuasca influenciou positivamente, através de mecanismos e constructos terapêuticos chaves propostos pelo modelo PAP *Embark®*. Os constructos existencial-espiritual e qualidade das relações interpessoais (relacional) se mostraram mais presentes. Conteúdos psicológicos de cunho espiritual e existencial surgiram de forma profunda, também trazendo à tona figuras de apego importantes, que ajudaram na resignificação positiva das perdas dos participantes. A atenção plena impactou positivamente a forma de usufruir e vivenciar, com melhor qualidade, o momento presente, a melhora da auto compaixão e o acolhimento consigo. Ao mesmo tempo, o domínio afetivo-cognitivo revelou alterações na percepção do luto e em uma forma mais adaptativa perante o ciclo de vida e morte. Por fim, simultaneamente, notou-se a presença do fenômeno de manutenção do processo terapêutico (*keep momentum* - mantendo o ímpeto), mesmo os participantes não passando por sessões de integração formais propostas pelo modelo *Embark®*, as quais, os autores consideram essencial para o desenvolvimento do domínio. Em uma observação ampla, os participantes obtiveram aprendizados e perspectivas pró-saúde mental aplicáveis em sua vida cotidiana, a partir da experiência com a bebida. A melhora revelou-se clinicamente significativa nos quadros de luto e em outros aspectos de saúde mental, mesmo com o modelo (aplicado no ensaio clínico inicial) considerado de suporte básico. Apesar do número pequeno da amostra, os resultados são extremamente satisfatórios, tendo em vista o tempo de luto dos voluntários e tentativas de tratamentos anteriores. Hipotetiza-se que o modelo de PAP *Embark®*, se aplicado às intervenções, poderá trazer resultados ainda mais salutogênicos.

**Palavras-chaves:** ayahuasca; luto patológico; análise temática de conteúdo; mecanismos psicoterapêuticos; *Embark®*.

PEREIRA, Vítor Guedes. 2023. **Seguimiento de una serie de casos del uso terapéutico de la ayahuasca para el duelo patológico**: un análisis temático cuantitativo-cualitativo desde la perspectiva de la psicoterapia asistida con psicodélicos Embark®. Asesores: NASCIMENTO, Francisney Pinto do (asesor); DONATO, Micheline Freire (coasesor). 124 h. Disertación (Maestría) - PPG-BC (Programa de Postgrado em Biociencias), UNILA (Universidad Federal de la Integración Latinoamericana), Foz do Iguaçú.

## RESUMEN

El presente estudio utilizó metodología cuantitativa para la obtención y análisis de datos numéricos (a través de escalas, cuestionarios validados y programas estadísticos) y también se valió del análisis cualitativo, recolectando información en entrevistas semiestructuradas, con análisis cualitativo temático del discurso en la perspectiva de la autora Laurence Bardin. Se investigó el proceso del duelo patológico en cuatro individuos después de cuatro años de un tratamiento experimental con el uso terapéutico de la bebida ayahuasca en una única sesión. Específicamente, en el brazo cuantitativo, el objetivo fue identificar los posibles cambios (o no) en los niveles de severidad del duelo, resignificación de la pérdida, depresión, calidad de vida y perjuicios del sueño. En el brazo cualitativo, el objetivo fue investigar la presencia de constructos psicológicos subyacentes a las mejoras (o no) del cuadro de duelo y de salud mental general, como aspectos existenciales-espirituales, atención plena, conciencia corporal, afectividad-cognición, calidad de las relaciones interpersonales y mantenimiento del proceso terapéutico. Los dominios se consideran centrales en el cambio terapéutico en psicoterapias asistidas por psicodélicos, aquí, específicamente, para el nuevo modelo de Psicoterapia Asistida por Psicodélicos (PAP) EMBARK®. Los resultados evidenciaron el mantenimiento de los resultados positivos de los datos cuantitativos (investigados hasta un año después de la experiencia por los primeros investigadores del ensayo clínico), y (en la información cualitativa extraída de la entrevista semiestructurada) sugirieron que la ayahuasca influyó positivamente, a través de mecanismos y constructos terapéuticos clave propuestos por el modelo PAP EMBARK®. Los constructos existenciales-espirituales y la calidad de las relaciones interpersonales (relacional) se mostraron más presentes. Contenidos psicológicos de índole espiritual y existencial surgieron de forma profunda, también trayendo a la superficie figuras de apego importantes, que ayudaron en la resignificación positiva de las pérdidas de los participantes. La atención plena impactó positivamente la forma de disfrutar y vivenciar, con mejor calidad, el momento presente, la mejora de la autocompasión y la aceptación consigo mismo. Al mismo tiempo, el dominio afectivo-cognitivo reveló cambios en la percepción del duelo y en una forma más adaptativa ante el ciclo de vida y muerte. Por último, simultáneamente, se notó la presencia del fenómeno de mantenimiento del proceso terapéutico (keep momentum - manteniendo el ímpetu), incluso los participantes no pasando por sesiones de integración formales propuestas por el modelo EMBARK®, las cuales, los autores consideran esenciales para el desarrollo del dominio. En una observación amplia, los participantes obtuvieron aprendizajes y perspectivas pro salud mental aplicables en su vida cotidiana, a partir de la experiencia con la bebida. La mejora se reveló clínicamente significativa en los cuadros de duelo y en otros aspectos de salud mental, incluso con el modelo (aplicado en el ensayo clínico inicial) considerado de soporte básico. A pesar del número pequeño de la muestra, los resultados son extremadamente satisfactorios, teniendo en cuenta el tiempo de duelo de los voluntarios y los intentos de tratamientos anteriores. Se hipotetiza que el modelo de PAP EMBARK®, si se aplica a las intervenciones, podría traer resultados aún más saludogénicos.

**Palabras clave:** ayahuasca; duelo patológico; análisis de contenido temático; mecanismos psicoterapéuticos; Embark®.

PEREIRA, Vitor Guedes. 2023. **Follow-up of a series of cases of the therapeutic use of ayahuasca for pathological grief: a thematic quantitative-qualitative analysis from the perspective of psychotherapy assisted by Embark® psychedelics.** Advisors: NASCIMENTO, Francisney Pinto do (advisor); DONATO, Micheline Freire (co-advisor). 124 s.. Master's thesis (Master's degree) - PPG-BC (Graduate Program in Biosciences), UNILA (Federal University of Latin American Integration), Foz do Iguaçu.

## ABSTRACT

The present study employed quantitative methodology for the acquisition and analysis of numerical data (via scales, validated questionnaires, and statistical programs) and also utilized qualitative analysis, gathering information through semi-structured interviews with thematic qualitative discourse analysis from the perspective of the author Laurence Bardin. The study investigated the process of pathological grief in four individuals following four years of experimental treatment using the therapeutic beverage ayahuasca in a single session. Specifically, in the quantitative arm, the aim was to identify possible changes (or lack thereof) in levels of grief severity, redefinition of loss, depression, quality of life, and sleep impairments. In the qualitative arm, the objective was to explore the presence of psychological constructs underlying improvements (or lack thereof) in the grief and overall mental health framework, such as existential-spiritual aspects, mindfulness, bodily awareness, affect-cognition, quality of interpersonal relationships, and maintenance of the therapeutic process. These domains are considered central to therapeutic change in psychedelic-assisted psychotherapies, here specifically for the new model of Psychedelic-Assisted Psychotherapy (PAP) EMBARK®. The results demonstrated the maintenance of positive quantitative data outcomes (investigated up to one year after the experience by the initial researchers of the clinical trial) and (in the qualitative information extracted from the semi-structured interviews) suggested that ayahuasca positively influenced, through key therapeutic mechanisms and constructs proposed by the PAP EMBARK® model. Existential-spiritual constructs and quality of interpersonal relationships (relational) were more prominent. Psychological content of a spiritual and existential nature emerged profoundly, also bringing forth significant attachment figures that aided in the participants' positive redefinition of losses. Mindfulness positively impacted the way participants enjoyed and experienced, with better quality, the present moment, enhancing self-compassion and self-acceptance. Simultaneously, the affective-cognitive domain revealed changes in grief perception and a more adaptive approach to the cycle of life and death. Additionally, the phenomenon of maintaining the therapeutic process (keep momentum) was observed, even though participants did not undergo formal integration sessions proposed by the EMBARK® model, which the authors consider essential for domain development. In broad observation, participants gained insights and pro-mental health perspectives applicable in their daily lives from the beverage experience. The improvement proved clinically significant in grief symptoms and other aspects of mental health, even with the model (applied in the initial clinical trial) considered of basic support. Despite the small sample size, the results are extremely satisfactory considering the duration of grief among volunteers and previous treatment attempts. It is hypothesized that the PAP EMBARK® model, if applied to interventions, could yield even more salutogenic results.

**Keywords:** ayahuasca; pathological grief; thematic content analysis; psychotherapeutic mechanisms; Embark®.

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Compreensão atual da neurobiologia do uso terapêutico dos psicodélicos.....	34
<b>Figura 2.</b> Contexto fisiopatológico e nosológico, terapêuticas atuais e o potencial terapêutico da ayahuasca.....	38
<b>Figura 3.</b> Desenho experimental.....	60
<b>Figura 4.</b> Dados obtidos na avaliação da escala HRS.....	77
<b>Figura 5.</b> Pentagrama do questionário de Experiência Mística.....	78

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Desfecho primário - severidade do luto (PG 13).....	73
<b>Gráfico 2.</b> Escala MADRS de depressão.....	74
<b>Gráfico 3.</b> Índice de Qualidade de Sono de PittsBurgh.....	75
<b>Gráfico 4.</b> Questionário de ressignificação de perdas.....	76

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Artigos da revisão <i>Embark</i> ®.....	39
<b>Quadro 2.</b> Benefícios e Limitações dos modelos PAPs atuais.....	40
<b>Quadro 3.</b> Dados demográficos e características do luto nos participantes que fizeram parte da amostra do estudo (n=4).....	47
<b>Quadro 4.</b> Concentração da ayahuasca medida laboratorialmente por Yanomine e Oliveira (2019).....	48
<b>Quadro 5.</b> Dose de ayahuasca usada no ensaio original de Philippsen (2022).....	48
<b>Quadro 6.</b> Domínios da <i>Embark</i> ®.....	51
<b>Quadro 7.</b> Tarefas das sessões <i>Embark</i> ®.....	53
<b>Quadro 8.</b> Diretrizes para condução das sessões de integração <i>Embark</i> ® e apoio para identificação dos domínios.....	57
<b>Quadro 9.</b> Caracterização dos participantes.....	62
<b>Quadro 10.</b> Qualidade de vida (WHOQOL - Saúde Mental).....	75

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Resumo dos dados epidemiológicos do Transtorno do Luto Prolongado.....	24
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	Córtex Cingulado Anterior
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro
bpm	Batimentos por Minuto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGI	Índice Clínico Global
COVID-19	Doença infecciosa do novo coronavírus de 2019
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
Col.	Colaboradores
CRF/CRH	Corticotrofina
CRM	Conselho Regional de Medicina
dACC	Córtex Cingulado Anterior Dorsal
DEMEC	Departamento Médico e Científico
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DMT	Dimetiltryptamina
DSM-IV	Manual Estatístico e de Diagnóstico de Transtornos Mentais. 4ª edição
DSM-V	Manual Estatístico e de Diagnóstico de Transtornos Mentais. 5ª edição
DSM-V-TR	Manual Estatístico e de Diagnóstico de Transtornos Mentais. 5ª edição. Texto revisado
D	Dia
g	Gramma
GABA	Ácido gama-aminobutírico
HHA	Hipotálamo Hipófise Adrenal
<i>HRS</i>	<i>Hallucinogen Rating Scale</i>
iFMR	Imagem de Ressonância Magnética Funcional
iv	Intravenoso
IL-6	Interleucina 6
IFN- $\gamma$	Interferon gama
IDO	Enzima Indoleamina 2,3-dioxigenase
ISRS	Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina IRS: Sistema de Resposta
Inflamatória	
Kg	quilograma
LCP	Laboratório de Cannabis Medicinal e Ciência Psicodélica
LCR	Líquido Cefalorraquidiano

LTP	Potenciação de Longa Duração
LSD	Dietilamida do ácido Lisérgico
MADRS	Escala de Depressão de Montgomery-Asberg
MAO	Enzima Monoaminoxidase
mg	Miligrama
ml	Mililitro
mmHg	milímetros de mercúrio
Nac	Núcleo <i>Accumbens</i>
N	Número
NMDA	N-metil D-Aspartato
OMS	Organização Mundial da Saúde
OT	Ocitocina
OFC	Córtex Órbita Frontal
P75RNT	Receptor p75 das Neurotrofinas
<i>PGD</i>	<i>Prolonged Grief Disorder</i>
PR	Paraná
<i>RCT</i>	<i>Randomized Clinical Trial</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SISGEN	Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional associado
RQE	Registro de Qualificação de Especialidade
T	Tempo
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
THH	Tetrahydroharmina
THC	Tetrahydrocannabinol
TLP	Transtorno do Luto Prolongado
TLCP	Transtorno do Luto Complexo e Persistente
TNF- $\alpha$	Fator de Necrose Tumoral alfa
TNF- $\alpha$ R1	Receptor 1 do Fator de Necrose Tumoral alfa
TrkB	Receptor acoplado a Tirosina da Proteína Kinase B
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TRIG	Inventário de Luto Revisado Texas
UDV	Centro Espírita Beneficente União do Vegetal
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VO	Via Oral
VEGF	Fator de Crescimento Endotelial
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>
<i>WHO QOL</i>	<i>World Health Organization Quality of Life Instruments Abbreviation</i>

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>v</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>x</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>xi</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>xii</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
1.1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
1.1.1. Apego e desejo de significado.....	19
1.1.2. Modelos operativos internos do <i>self</i> (do eu) e a construção do significado.....	19
1.1.3. O processo de luto.....	20
1.1.4. Luto patológico.....	21
1.1.4.1. <i>Desenvolvimento psicológico do luto patológico</i> .....	21
1.1.4.2. <i>Diagnóstico do Transtorno do Luto Prolongado</i> .....	23
1.1.4.3. <i>Epidemiologia</i> .....	24
1.1.4.4. <i>Tratamentos atuais do Transtorno do Luto Prolongado</i> .....	25
1.1.5. Substâncias psicodélicas e enteógenas na Psiquiatria.....	26
1.1.6. Pesquisas com ayahuasca.....	27
1.1.6.1. <i>Ayahuasca e luto</i> .....	27
1.1.6.2. <i>Contexto, legislação brasileira e história da ayahuasca</i> .....	28
1.1.6.3. <i>Composição química e etnofarmacológica</i> .....	30
1.1.7. Neurobiologia dos efeitos psicodélicos.....	32
1.1.8. Benefícios daaAyahuasca.....	34
1.1.8.1. <i>Processos psicológicos relacionados às experiências com ayahuasca</i> .....	37
1.2. JUSTIFICATIVA.....	38
1.2.1. Revisão da literatura sobre PAPs e nova proposta de modelo de intervenção e investigação.....	39
1.2.2. Pontos fortes e limitações nas psicoterapias assistidas por psicodélicos e nas investigações dos mecanismos psicológicos na atualidade.....	40

1.2.3. Um novo modelo PAP para atender aos desafios e as investigações atuais.....	41
1.3. PERGUNTAS NORTEADORAS.....	43
1.4. HIPÓTESES.....	43
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>45</b>
2.1. OBJETIVOS GERAIS.....	45
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>46</b>
3.1. DESENHO DO ESTUDO ORIGINAL.....	46
3.2. ESQUEMA DE TRATAMENTO.....	48
3.3. METODOLOGIA QUALITATIVA.....	49
3.3.1. Metodologia qualitativa de Análise Temática do Discurso.....	49
3.3.2. Interpretação dos dados com base na proposta de modelo de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos <i>Embark</i> ®.....	50
3.3.2.1. <i>Cuidado com traumas informados</i> .....	54
3.3.2.2. <i>Competência no cuidado cultural</i> .....	55
3.3.2.3. <i>Cuidado ético rigoroso</i> .....	56
3.3.2.4. <i>Cuidado coletivo</i> .....	56
3.4. METODOLOGIA QUANTITATIVA.....	57
3.4.1. <i>Follow up</i> da avaliação dos participantes.....	57
3.4.2. Instrumentos avaliativos.....	57
3.4.2.1. <i>Questionário de avaliação de luto prolongado (PG13)</i> .....	57
3.4.2.2. <i>Escala de avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)</i> .....	58
3.4.2.3. <i>Questionário de qualidade de vida SF36</i> .....	59
3.5. ESTATÍSTICA.....	59
3.6. DESENHO EXPERIMENTAL.....	60
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>61</b>
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	61
4.2. RESULTADOS QUALITATIVOS.....	62
4.2.1. Existencial-espiritual.....	62
4.2.2. Atenção plena ( <i>mindfulness</i> ).....	65
4.2.3. Consciência corporal ( <i>Body Aware</i> ).....	66
4.2.4. Afetivo-cognitivo.....	68
4.2.5. Relacional.....	69

4.2.6. Mantendo o ímpeto ( <i>Keep momentum</i> ).....	71
4.3. RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	73
4.3.1. Desfecho primário - severidade do luto (PG13).....	73
4.3.2. Depressão.....	74
4.3.3. Qualidade de vida - SF 36.....	74
4.3.4. Sono – PSQI-BR.....	75
4.3.5. Ressignificação.....	76
4.3.6. Intensidade da experiência psicodélica.....	77
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>79</b>
5.1. DOSES.....	79
5.2. MECANISMOS PSICOLÓGICOS SUBJACENTES A MELHORA DA SEVERIDADE DO LUTO.....	80
5.3. INTENSIDADE DA EXPERIÊNCIA PSICODÉLICA.....	83
5.4. EFEITOS DIRETOS DA SESSÃO DE AYAHUASCA SOBRE A SEVERIDADE DO LUTO.....	84
5.5. DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	85
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>100</b>
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA QUALITATIVA SOBRE LUTO E AYAHUASCA.....	100
<b>ANEXOS.....</b>	<b>104</b>
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	104
ANEXO B – QUESTIONÁRIO PG 13 DE LUTO PROLONGADO.....	107
ANEXO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MONTGOMERY-ASBERG (MADRS).....	109
ANEXO D – VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36.....	112
ANEXO E – ESCALA DE PITTSBURGH DE QUALIDADE DE SONO.....	118
ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE RESSIGNIFICAÇÃO DE PERDAS (LABORATÓRIO DE CANNABIS MEDICINAL E CIÊNCIA PSICODÉLICA – UNILA.....	122

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **1.1.1. Apego e desejo de significado**

A motivação subjacente para busca de sentido de vida é o "desejo de significado" (FRANKLN, 2010). A construção de significado é um processo complexo que envolve a influência do contexto social, crenças religiosas e culturais (GRAUE e WALSH, 1998; HAYS e HENDRIX, 2008), experiências passadas e aspirações futuras (GRAUE e WALSH, 1998), e a organização de narrativas pessoais (CYRULNIK e DUVAL, 2006; GRANDESSO, 2000; NEIMEYER, 2001). Essas narrativas são moldadas pelos modelos operativos internos (BOWLBY, 1979) e estão enraizadas em um contexto social amplo (NEIMEYER, 2001). Dentro desse contexto amplo o apego desempenha um papel fundamental na organização do significado, afetando tanto o aspecto psicológico quanto o biológico, bem como as relações com o self e o mundo, que envolvem a interação com outras pessoas, a sociedade, valores, crenças e a espiritualidade (MARRIS, 1991; CASELLATO, 2004).

Esses modelos operativos internos desempenham um papel crucial na construção de significado ao longo da vida, começando na infância com o desenvolvimento das relações de apego. Esses modelos representacionais são essenciais para a forma como uma pessoa interpreta suas experiências e processa informações sensoriais. Como observado por Bowlby (1979) os modelos operativos internos funcionam como lentes através das quais o mundo é compreendido, eventos são observados, planos são elaborados e expectativas para o futuro são desenvolvidas.

#### **1.1.2. Modelos operativos internos do self (do eu) e a construção do significado**

Durante os primeiros seis meses de vida, a maioria dos bebês estabelece um comportamento de apego importante. Ao internalizar e repetir suas experiências com as figuras de apego, esses modelos operativos internos são formados e se tornam uma parte fundamental da personalidade do indivíduo. Eles tendem a operar de maneira automática e inconsciente, sendo resistentes à mudança. Aos doze meses, um estilo de apego é geralmente estabelecido entre o bebê e sua figura de apego, e isso tende a persistir ao longo das relações (BOWLBY, 1979).

Embora sejam relativamente estáveis, os modelos operativos internos podem ser

revisados ao longo da vida, dependendo de novas experiências com as figuras de apego ou da reconceitualização de experiências passadas (RHOLES e SIMPSON, 2004). Main (2006) faz uma distinção entre modelos operativos internos e representações, onde os primeiros são as representações individuais do mundo e das figuras de apego, enquanto as representações abrangem os significados construídos, imagens e modelos mentais.

Além disso, Parkes (2013) introduz o conceito de "mundo presumido", que está intimamente ligado a esses conceitos. O "mundo presumido" engloba as representações sobre o self, o outro e o mundo que são consideradas como verdadeiras e garantidas. Os modelos operativos internos do self também envolvem a percepção da criança sobre o quanto aceitável é aos olhos da figura de apego, incluindo a expressão de seus sentimentos em relação a ela.

Esses modelos operativos internos desempenham um papel significativo na formação da autoestima, na compreensão da separação em relação ao ambiente, na construção da identidade, na noção de continuidade no tempo e no desenvolvimento do autoconhecimento (MARRONE, 2014).

Existem diversas formas de apego conceituada por Bowlby (1979), no qual considera o apego seguro o mais adaptativo e saudável, onde o indivíduo no seu estágio inicial de vida constrói uma noção de segurança com sua figura de apego mesmo ela não estando presente fisicamente, esse apego seguro faz com que o indivíduo explore seu ambiente externo sabendo que essa figura estará disponível quando necessitar, porém em determinado momento de vida essa figura pode não estar mais presente fisicamente (em um momento de morte), então o indivíduo precisará reconstruir afetiva e cognitivamente uma nova perspectiva de segurança, chamamos esse processo de luto.

### **1.1.3. O processo de luto**

Segundo a Teoria do Apego de Bowlby (1979) e o Modelo do Processo Dual de Schut e Stroebe (2010), o luto é definido como uma reação ao rompimento de vínculos afetivos, onde as fases incluem torpor, saudade e busca da figura perdida, desorganização e desespero, e finalmente, reorganização. Estas fases não necessariamente seguem uma sequência linear.

As fases e tarefas do luto, propostas por Bowlby (1979) e Worden (2015), destacam as necessidades do enlutado em cada estágio de elaboração do luto, enquanto

o Modelo do Processo Dual enfatiza a oscilação entre enfrentamento voltado para a perda e enfrentamento voltado para a restauração. A oscilação é vista como essencial para o enfrentamento adaptativo do luto.

A oscilação entre o enfrentamento voltado para a perda e o enfrentamento voltado para a restauração é fundamental para a reorganização do sistema de apego e a integração da relação perdida em uma nova realidade. A oscilação pode variar de indivíduo para indivíduo e que ambos os processos operam ao longo do curso do luto, com maior ênfase no enfrentamento voltado para a perda no início (STROEBE e SCHUT, 2010).

A construção de significados pode se dar de forma positiva e negativa durante o luto, é importante para o indivíduo saber lidar com a ruminação, que pode ser parte do processo normal do luto, mas em excesso pode indicar dificuldades na elaboração do mesmo (WORDEN, 2015).

#### **1.1.4. Luto Patológico**

##### *1.1.4.1. Desenvolvimento Psicológico do Luto Patológico*

A maioria dos indivíduos estabelece no primeiro ano de vida um comportamento de apego importante, tendendo a operar automática e inconscientemente ao longo da vida. Os modelos operativos internos podem ser revisados ao longo da vida, dependendo de novas experiências com as figuras de apego ou da reconceitualização de experiências passadas (BOWLBY, 1979). Porém, nenhum sujeito está isento de passar por uma ruptura com sua figura de apego, como em casos de falecimento ou outras situações.

A motivação para a busca de sentido de vida é chamada por Frankln (2021) de "desejo de significado" e é um processo complexo que envolve a influência do contexto social, crenças religiosas e culturais, experiências passadas e aspirações futuras (FRANKLN, 2021). O apego desempenha um papel fundamental na organização do significado, afetando tanto o aspecto psicológico quanto biológico, como as relações com o self e o mundo (NEIMEYER, 2001; HAYS E HENDRIX, 2008).

Segundo Bowlby (1979) os modelos operativos internos desempenham um papel crucial na construção de significado ao longo da vida, começando na infância com o desenvolvimento das relações de apego. Na literatura psicológica, nomeiam de oscilação entre enfrentamento voltado para a perda e enfrentamento voltado para a restauração,

que é essencial para o enfrentamento adaptativo do luto (STROEBE e SCHUT, 2010). Há também os processos cognitivos bem desenvolvidos no luto integrativo ou, quando mal sucedido, acontece a manutenção e o prolongamento do luto agudo (WORDEN, 2015).

O luto pode se tornar patológico ao invés de um luto integrado (após o luto agudo inicial), o que alguns autores chamam de luto agudo estendido (PARKES, 2013). É importante entender que apesar dos mecanismos serem os mesmos, no luto patológico os movimentos de integração dos processos não seguem um movimento satisfatório, provocando uma extensão do luto agudo. Isso significa que as reações emocionais e comportamentais se tornam mais intensas, duradouras e debilitantes (JOA e NEWBERG, 2023).

Há várias explicações psicológicas para o desenvolvimento do luto patológico. Na teoria do vínculo, autores como John Bowlby (1979) e Colin Murray Parkes (2013) destacam a importância dos vínculos emocionais na vida das pessoas. Quando ocorre uma perda, especialmente de uma figura de apego significativa, o processo de luto é desencadeado. No luto patológico, a intensidade do vínculo pode contribuir para uma resposta mais complicada e duradoura (BOWLBY, 1979).

No modelo dual do processo de luto, Margaret Stroebe e Henk Schut (2010) propuseram que se destaca a alternância entre o confronto direto com a perda (a dor) e a busca de uma vida sem a pessoa perdida (a restauração). No luto patológico, pode haver dificuldade na transição entre esses processos, resultando em uma persistência desproporcional na dor.

O modelo cognitivo do luto, proposto por autores como J. William Worden (2015), sugere que o luto envolve tarefas cognitivas específicas, como aceitar a realidade da perda, processar a dor da perda, ajustar-se a uma vida sem a pessoa perdida e encontrar um lugar para a pessoa perdida na memória emocional. No luto patológico, as distorções cognitivas, como pensamentos persistentes de culpa ou desesperança, podem prolongar o processo.

A teoria do trauma considera que eventos traumáticos associados à perda podem desencadear o desenvolvimento do luto patológico. Além disso, complicações, como o luto complicado, podem surgir quando a pessoa encontra dificuldades em lidar com a perda ou apresenta um quadro de transtorno do estresse pós-traumático associado (APA, 2023). É importante ressaltar que o luto patológico é um tema complexo e multifacetado, e diferentes teorias podem se sobrepor.

### 1.1.4.2. Diagnóstico do Transtorno do Luto Prolongado

Apesar de estarmos nos referindo ao objeto de estudo como “Luto Patológico”, termo que era usado no ano de 2019, quando o estudo original com ayahuasca foi desenvolvido. O quadro, em 2022, foi acrescentado no Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria - O DSM V TR (APA, 2023) - e pela Classificação Internacional de Doenças (CID) - versão 11 em 2018, com últimas atualizações em 2023 (ICD, 2023) - como Transtorno do Luto Prolongado (TLP), correspondendo ao código 6B42.

Nestes manuais, são descritos que os sintomas podem se desenvolver nos primeiros meses seguintes ao falecimento, entretanto, o quadro completo pode se revelar depois de meses ou de anos. Mesmo que os desconfortos do pesar apareçam logo após a morte, vale lembrar que o diagnóstico necessita de um tempo mínimo de sofrimento de 6 meses, segundo a CID-11 (OMS, 2019) e de no mínimo 12 meses, segundo o DSM V TR (APA, 2022).

Esse intervalo de tempo discrimina o luto normal do luto prolongado. O quadro precisa envolver no mínimo 3 dos 8 sintomas a seguir:

- sentir como se uma parte de si tivesse morrido;
- um acentuado sentimento de descrença sobre a morte;
- evitar lembretes que a pessoa morreu;
- dor emocional intensa (raiva, amargura, tristeza) relacionada à morte;
- dificuldade de reintegração social depois da morte;
- dormência emocional;
- sentir que a vida não tem sentido, após a morte do ente;
- solidão intensa provocada pela morte.

O transtorno do luto prolongado requer sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento psicossocial (Critério D). A natureza e a gravidade do luto devem estar além das normas esperadas para o contexto cultural relevante, grupo religioso ou estágio do desenvolvimento (Critério E). Embora haja variações em como o luto pode se manifestar, os sintomas do Transtorno do Luto Prolongado ocorrem em ambos os gêneros e em grupos sociais e culturais diversos (APA, 2023).

Em adultos, prejuízos nas interações sociais, deficit laborais e atitudes deletérias à saúde, como aumento do uso de tabaco e álcool, também estão associados ao transtorno do luto prolongado. O transtorno por uso de substâncias, o transtorno depressivo maior e

o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) são as comorbidades mais comuns no TLP, sendo o último mais comum nos casos em que a causa do óbito está relacionado a situações traumáticas ou violentas (SZUHANY *et al.*, 2021).

Outras associações com o quadro podem ser o aumento de fatores de risco para graves condições médicas, como a doença cardíaca, hipertensão e câncer. A piora da qualidade de vida e o relato de ideação suicida também são frequentes nesse transtorno (APA, 2023).

#### 1.1.4.3. Epidemiologia

O Transtorno do Luto Prolongado (TLP) como é conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Código Internacional de Doenças 11ª edição (ICD, 2023) (WHO, 2019) e pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – Texto Revisado (DSM V TR [APA, 2022]) tem uma prevalência entre 7 a 10% na população geral de enlutados (SZUHANY *et al.*, 2021). Essa taxa aumenta em indivíduos enlutados por mortes não naturais, sendo de 48% a presença do transtorno (dentre estes, 68% do gênero feminino) (DJELANTIK *et al.*, 2020).

Mortes não naturais tem uma alta ocorrência mundialmente. Em 2016 aproximadamente 2,7 milhões de indivíduos morreram de forma não natural (RITICHIE e ROSER, 2018) e mais de 24 milhões de pessoas foram impactadas ou ficaram enlutadas com essas mortes. Considerando as estatísticas de Djelantik e colaboradores (2020), desses 24 milhões de enlutados, aproximadamente 11,6 milhões desenvolveram TLP.

**Tabela 1.** Resumo dos dados epidemiológicos do Transtorno do Luto Prolongado

Estudo	Tipos de perdas	Nº participantes	Prevalência de TLP	Prevalência do TLP por gênero
Djelantik <i>et al.</i> 2021	<b>Mortes não naturais</b>	4774 enlutados	<b>48,0%</b>	68% mulheres
Ritichie e Roser, 2018	Mortes não naturais em 2016	24,3 milhões enlutados no mundo	Sem dados	Sem dados
Tang e Xiang, 2021	<b>Mortes por COVID-19</b>	422 enlutados	<b>37,8%</b>	Não significativo
Szuhany <i>et al.</i> , 2021	População geral de enlutados	População geral de enlutados	7 a 10,0%	Sem dados

Fonte: autoral, 2023.

#### 1.1.4.4. Tratamentos atuais do Transtorno do Luto Prolongado

A respeito dos tratamentos farmacológicos, as evidências relatadas nos exames de ressonância magnética funcional (fMRI) sobre alterações do sistema de recompensa no TLP (O'CONNOR *et al.*, 2008) talvez nos elucidem sobre o porquê fármacos antidepressivos não têm sido tão efetivos no tratamento dos sintomas do TLP, como mostra o estudo de revisão de literatura de Bui, Nadal-Vicens e Simon (2012), onde os autores analisaram três ensaios clínicos com diferentes fármacos antidepressivos.

No primeiro, Jacobs, Nelson e Zisook (1987) trataram indivíduos com depressão por luto com desipramina, com doses crescentes ao longo do tratamento. Foi demonstrado que, apesar de 70% dos indivíduos apresentarem classificações de “muito melhor” na escala CGI (Impressão Clínica Global), de 8 indivíduos nos quais a intensidade do luto foi medida usando uma avaliação de sofrimento de separação, a intensidade do luto diminuiu em 7, mas apenas três desses sete experimentaram uma redução “de grande proporção” no quadro de luto especificamente.

Em outro estudo sobre depressão por luto, Pasternak e colaboradores (1991) questionaram o significado clínico da melhora no luto com a nortriptilina, uma vez que gerou uma taxa de melhora geral do luto de apenas 9,3%. Semelhante aos achados de Jacobs, Nelson e Zisook (1987), os cientistas descobriram que a intensidade do luto parecia diminuir menos do que a gravidade da depressão com o tratamento antidepressivo.

Por último, em mais um ensaio clínico de tratamento de depressão por luto usando antidepressivo, a bupropiona dessa vez, os resultados apoiaram o uso de bupropiona SR para o tratamento de depressão por luto, porém, as taxas de depressão caíram mais do que as de luto, como relatado também nos tratamentos anteriores. (ZISOOK *et al.*, 2001).

Logo, pode-se observar que não há um tratamento farmacológico com antidepressivos capaz de reverter o quadro do TLP.

Sobre tratamentos não farmacológicos, em uma metanálise de Maja Johannsen e colaboradores (2019) um total de 31 ensaios clínicos randomizados (RCTs) de tratamentos psicoterapêuticos foram avaliados. Foram encontrados efeitos agrupados estatisticamente significativos da intervenção psicológica nos sintomas de luto, tanto para pós-intervenção, quanto para o acompanhamento (*follow-up*). Os tamanhos de efeito médio foram considerados pequenos.

O efeito foi menor ainda na pós-intervenção ao ajustar para possível viés de publicação ( $g = 0,31$ , considerado baixo ainda). Em comparação interna, tamanhos de efeito maiores foram encontrados na pós-intervenção para estudos com intervenções feitas individualmente ao invés de psicoterapias em grupo ( $Beta = 0,49$ ,  $p < .001$ ).

Dos tratamentos elencados na metanálise, os que tiveram algum efeito significativo incluem intervenção e orientação familiar (KISSANE *et al.* 2016), terapia para o transtorno complicado individual (SHEAR *et al.*, 2014; SHEAR *et al.*, 2016; NAM 2016<sup>a</sup>), psicoeducação com apoio social (NAM 2016B; NAM 2017), terapia de exposição (BOELEN *et al.*, 2007; EISMA *et al.*, 2015; BRYANT *et al.*, 2017), terapia cognitivo comportamental individual (ROSNER, 2014; LITZ *et al.*, 2014; BOELEN *et al.*, 2007; WAGNER, KNAEVELSRUD e MAERCKER, 2006), terapia cognitiva narrativa (BARBOSA *et al.*, 2014) e terapia de ativação comportamental (EISMA *et al.*, 2015; PAPA *et al.*, 2013). Com a média de tamanho de efeito pequeno nos tratamentos encontrados, os pesquisadores começam a pensar em novas alternativas para o transtorno aqui discutido.

### **1.1.5. Substâncias psicodélicas e enteógenas na Psiquiatria**

O uso das substâncias enteógenas e psicodélicas como um auxílio “curativo” é documentado na antropologia há um tempo razoável em diversas culturas, povos e territórios. Na psiquiatria, a descoberta dos aspectos terapêuticos dos psicodélicos mudou a visão médica sobre essas substâncias, havendo, a partir da década de 1950, uma explosão de interesses nessas moléculas e compostos (HADAR *et al.*, 2023), dando início a uma curiosidade global nos alucinógenos.

Em meados de 1950, iniciou-se pesquisas com psicodélicos após relatos dos efeitos subjetivos da dietilamida do ácido lisérgico (LSD). Os estudos levaram ao reconhecimento da eficácia das substâncias como o LSD e a psilocibina em pacientes com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), alcoolismo, disfunção sexual, ansiedade e alívio da dor em pacientes terminais (GEORGE *et al.*, 2022).

A medicina psicodélica teve uma pausa nos anos 70, após o uso dessas substâncias ser associado ao uso recreativo e aos movimentos de contracultura e por fim, sendo criminalizados. As pesquisas retornaram apenas nos anos de 1990 e nos anos 2000, com o início dos estudos preliminares e ensaios clínicos na área (PETREMENT, 2023). O crescimento da compreensão dos processos por trás dos efeitos das drogas

psicodélicas através de técnicas de imagem, como a ressonância magnética funcional (fMRI), possibilitam a revisão de forma inteligível de resultados de estudos dos anos 50 e 60 (LINGUITI *et al.*, 2023).

### **1.1.6. Pesquisas com ayahuasca**

Em um período logo após (década de 2010), pesquisadores brasileiros iniciaram estudos com a ayahuasca para avaliar seus efeitos antidepressivos. Em um dos estudos foi encontrada a redução significativa dos sintomas de depressão 24h após uma única sessão com ayahuasca, melhora essa que permaneceu em média por 21 dias (SANCHES *et al.* 2016). Outro estudo randomizado, controlado por placebo, também mostrou efeito antidepressivo significativo da ayahuasca quando comparados ao placebo, nesse estudo foram medidos resultados em vários tempos, e em todos os instantes a melhora foi encontrada (PALHANO-FONTES, 2019).

#### **1.1.6.1. Ayahuasca e luto**

Em comparação com um estudo realizado por Gonzalez e colaboradores (2020), em um centro religioso ayahuasqueiro no Peru, com pessoas que indicavam sofrimento por luto, onde passaram por experiências com ayahuasca concomitante com outras atividades (meditações, reuniões em grupo, atividades religiosas e outras) (variando de 9 a 30 dias no local), os escores de tamanho de efeito foram amplos e significativos nas escalas de severidade de luto (TRIG).

Os escores de severidade do luto foram significativamente reduzidos comparando a linha de base com todos os pontos de avaliação de acompanhamento, T1(15 dias após), T2 (90 dias), T3 (180 dias) e T4 (360 dias), ( $p < 0,001$ ). A melhora teve tamanho de efeito significativo (e considerado “muito grande” na interpretação de tamanho de efeito de D de Cohen) em todos os tempos, na gravidade do luto, comparado com a linha de base (GONZALES *et al.*, 2020).

Esses tamanhos de efeito (ressaltando T4: 1,39), foram bem maiores do que a identificada na metanálise de intervenções psicoterapêuticas (JOHANNSEN *et al.* 2019) acima citada, no qual mostrou um resultado de 0,414 (considerado pequeno), na média

de todos os estudos. Vale ressaltar que no estudo de Gonzalez e colaboradores (2020) as intervenções do retiro não foram focadas no luto prolongado, o que pode levar a crer que uma psicoterapia direcionada para o luto prolongado associada a administrações de ayahuasca pode potencializar esses resultados.

#### 1.1.6.2. Contexto, legislação brasileira e história da ayahuasca

A Ayahuasca vem sendo utilizada há milênios por povos da floresta amazônica, e por muito tempo foi desconhecida do homem urbano. Essa substância vem sendo tradicionalmente utilizada por populações de países da América Latina em rituais religiosos e de cura (SUÁREZ-ÁLVAREZ, 2023), sendo utilizada no Brasil predominantemente no contexto religioso, principalmente em religiões como União do Vegetal (UDV), Santo Daime e Barquinha (ANTUNES e DE ALMEIDA, 2023).

Etno farmacologicamente, há aproximadamente trinta anos, pouco se conhecia acerca da ayahuasca, e dos rituais que a cercam, com propósitos de cura e de oráculo, pelos índios xamãs e mestiços do Brasil, do Peru, da Colômbia e do Equador (RUFFELL *et al.*, 2023). Atualmente, sabe-se que tradicionalmente o uso da ayahuasca pode “curar” alguns quadros mentais, permitindo às pessoas perceberem claramente seus problemas e então estarem receptivos à resposta (LOWELL e ADAMS, 2017).

Com um parecer emitido pelo extinto CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes), em 1986, a ayahuasca ganha sua legitimidade e seu uso é regulamentado dentro de contextos religiosos e culturais no Brasil, tendo em vista a compreensão, pelo governo brasileiro, que as práticas ayahuasqueiras são parte da “cultura amazônica”, como patrimônio cultural imaterial. Esse feito foi possível através do trabalho e da mobilização de representantes de povos originários da Amazônia que tem a ayahuasca vinculada às suas práticas culturais, contando com o apoio de vários antropólogos brasileiros (DEPIERI DE ALBUQUERQUE REGINATO, 2010).

Outro documento jurídico importante dentro desse contexto é a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Essa lei prevê exceções no âmbito de proibição para o uso religioso da Ayahuasca, desde que observados os requisitos estabelecidos pela legislação (DA SILVA *et al.*, 2006).

Por fim, uma importante referência legal que vigora até o momento no contexto do

uso religioso da Ayahuasca no Brasil é a Resolução nº 1, de 25 de janeiro de 2010, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Essa resolução estabelece critérios para a autorização e funcionamento de entidades que fazem uso ritual da Ayahuasca. A qual baseia-se no relatório final do Grupo Multidisciplinar de Trabalho sobre o uso da Ayahuasca e outros desdobramentos que envolvem o tema. Neste texto o principal objetivo foi elencar princípios deontológicos<sup>1</sup> da prática do uso religioso da bebida em território nacional, que foram os seguintes:

1. O chá Ayahuasca é o produto da decocção do cipó *Banisteriopsis caapi* e da folha *Psychotria viridis* e seu uso é restrito a rituais religiosos, em locais autorizados pelas respectivas direções das entidades usuárias, vedado o seu uso associado a substâncias psicoativas ilícitas;
2. Todo o processo de produção, armazenamento, distribuição e consumo da Ayahuasca integra o uso religioso da bebida, sendo vedada a comercialização e ou a percepção de qualquer vantagem, em espécie ou in natura, a título de pagamento, quer seja pela produção, quer seja pelo consumo, ressalvando-se as contribuições destinadas à manutenção e ao regular funcionamento de cada entidade, de acordo com sua tradição ou disposições estatutárias;
3. O uso responsável da Ayahuasca pressupõe que a extração das espécies vegetais sagradas integre o ritual religioso. Cada entidade constituída deverá buscar a auto-sustentabilidade em prazo razoável, desenvolvendo seu próprio cultivo, capaz de atender suas necessidades e evitar a depredação das espécies florestais nativas. A extração das espécies vegetais da floresta nativa deverá observar as normas ambientais;
4. As entidades devem evitar o oferecimento de pacotes turísticos associados à propaganda dos efeitos da Ayahuasca, ressalvando os intercâmbios legítimos dos membros das entidades religiosas com suas comunidades de referência;
5. Ressalvado o direito constitucional à informação, recomenda-se que as entidades evitem a propaganda da Ayahuasca, devendo em suas manifestações públicas orientar-se sempre pela discricção e moderação no uso e na difusão de suas propriedades;
6. A prática do curandeirismo é proibida pela legislação brasileira. As propriedades curativas e medicinais da Ayahuasca – que as entidades conhecem e atestam – requerem uso responsável e devem ser compreendidas do ponto de vista espiritual, evitando-se toda e qualquer propaganda que possa induzir a opinião pública e as autoridades a equívocos;
7. Recomenda-se aos grupos que fazem uso religioso da Ayahuasca que se constituam em organizações jurídicas, sob a condução de pessoas responsáveis com experiência no reconhecimento e cultivo das espécies vegetais sagradas, na preparação e uso da Ayahuasca e na condução dos ritos;
8. Compete a cada entidade religiosa exercer rigoroso controle sobre o sistema de ingresso de novos adeptos, devendo proceder entrevista dos interessados na ingestão da Ayahuasca, a fim de evitar que ela seja ministrada a pessoas com histórico de transtornos mentais, bem como a pessoas sob efeito de bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas;
9. Recomenda-se ainda manter ficha cadastral com dados do participante e informá-lo sobre os princípios do ritual, horários, normas, incluindo a necessidade de permanência no local até o término do ritual e dos efeitos da Ayahuasca.
10. Observados os princípios deontológicos aqui definidos, cabe a cada entidade e a seus membros indistintamente, no relacionamento institucional, religioso ou

---

<sup>1</sup> O termo deontologia foi criado no ano de 1834, pelo filósofo inglês Jeremy Bentham, para falar sobre o ramo da ética em que o objeto de estudo é o fundamento do dever e das normas. A deontologia é ainda conhecida como "Teoria do Dever".

social que venham a manter umas com as outras, em qualquer instância, zelar pela ética e pelo respeito mútuo. (DE TRABALHO, GM, 2006, pp. 13 e 14).

Por fim, recentemente tramitou no Brasil o Projeto de Lei (PL) 179/2020, que visou disciplinar o uso religioso da Ayahuasca e reconhecer as entidades que fazem seu uso ritualístico como entidades religiosas, e dar outras providências. O PL tramitou de 2020 até fevereiro de 2022, quando foi retirado de tramitação e arquivado pela própria autora, a deputada federal Jéssica Sales.

### 1.1.6.3. Composição química e etnofarmacológica

A ayahuasca é uma bebida tradicionalmente usada em contextos religiosos e culturais, obtida da decocção ou cozedura de duas plantas. A primeira é a *Banisteriopsis caapi*, popularmente conhecida como jagube ou mariri, que contém inibidores reversíveis da monoamina oxidase A (iMAO-A), como a harmina, harmalina e tetrahydroharmina (THH). A outra planta, a *Psychotria viridis*, denominada chacrona, contém a triptamina psicodélica *N,N* dimetiltriptamina (DMT), responsável pelos efeitos psicoativos da bebida (RIBA *et al.*, 2003). A ação da ayahuasca é consequência da interação entre os componentes das plantas citadas, uma vez que a atividade psicoativa só ocorre por causa da função inibidora da MAO periférica pelos alcalóides das  $\beta$ -carbolinas (harmina, harmalina e THH), impedindo a desaminação periférica do DMT, tornando-o ativo e permitindo sua ação no SNC de forma intacta, fazendo sua atividade agonistas nos receptores 5HT-2<sub>A</sub> principalmente, e contribuindo para o aumento dos níveis de serotonina (RUFFELL *et al.*, 2020).

A experiência da ayahuasca começa aproximadamente 40 minutos após a ingestão, com pico entre 60 e 120 minutos, com efeitos subjetivos desaparecendo em aproximadamente 4 horas. Mabit (2007) relata que os usuários de ayahuasca não perdem a consciência, mas experimentam alterações nela, enquanto Strassman (1992) relatou que na administração intravenosa (iv) de DMT, os usuários experimentam uma perda transitória de sua consciência normal que dura apenas alguns minutos, com efeitos diminuindo quase completamente em meia hora. Alguns dos efeitos psicológicos durante a ingestão oral de ayahuasca relatados por Mabit (2007) incluem um poderoso senso de autoconfiança, uma nova perspectiva e reinterpretação de conflitos intrapsíquicos; os usuários podem revelar verdades íntimas, e a ayahuasca pode ser poderosa para facilitar

a psicoterapia. Kjellgren et al. (2009) descreveu um “círculo transcendental”, em minutos após a ingestão, com efeitos subjetivos desaparecendo em aproximadamente 4 horas.

Com relação aos efeitos visuais, os objetos parecem vibrar ou aumentar de brilho, as cores se intensificam, padrões geométricos em movimento e imagens intrincadas ocorrem com os olhos fechados ou abertos, em um ciclo de experiências consistente entre diferentes usuários. Aproximadamente 30 minutos após a ingestão, os indivíduos notaram mudanças de percepção e tremores, e se sentiram vulneráveis e facilmente influenciáveis. Pouco depois, os participantes desenvolveram sentimentos de confusão, paranóia e medo; as defesas psicológicas foram diminuídas e os participantes experimentaram memórias traumáticas e ganharam novos *insights* sobre assuntos pessoais (BRESNICK e LEVIN, 2006). Esse desconfortável estado psicológico atinge o pico com vômitos intensos, e logo após a maioria dos participantes notou uma mudança abrupta para um estado expansivo. Os participantes descrevem uma experiência transcendental em um mundo espiritual, encontrando espíritos de plantas e animais e até mesmo contato com um poder superior, sentimentos de unidade com o universo, paz e êxtase profundos e novos entendimentos sobre a morte e o que vem depois. A sensação de tempo é alterada e os usuários experimentam sentimentos de atemporalidade, o tempo acelerando ou desacelerando, ou viajando no tempo (SHANON, 2001; RIBA *et al.* 2001). Os usuários permanecem cientes de seus arredores e são capazes de se comunicar verbalmente (GABLE, 2007).

Beyer (2009) refere-se a um padrão semelhante e descreve três fases, a primeira com imagens visuais e às vezes náuseas ou vômitos; a segunda fase é o contato com um mundo espiritual no qual os usuários relatam lições úteis de mestres espirituais, e a terceira fase envolve visuais desbotados e sensação de esgotamento físico.

Vários estudos usaram a Escala de Avaliação de Alucinógenos (HRS), que mede os efeitos subjetivos da ingestão de psicodélicos em seis escalas, incluindo Somestesia (efeitos somáticos), Afeto (emoção e sentimento), Volição (desejo intencional de interagir), Cognição (processo de pensamento e conteúdo), Percepção (experiências sensoriais) e Intensidade (a força da experiência). Esta escala de avaliação foi desenvolvida pelo Dr. Rick Strassman (1992) e é vagamente baseada nos componentes do exame do estado mental, também desenvolvido por ele (1992). Riba *et al.* (2003) descobriram que pelo menos 75% de 18 voluntários saudáveis com experiência em uso de psicodélicos responderam positivamente a 14 itens selecionados no HRS com uma dose de 0,85 mg de DMT por quilograma de peso corporal, e descreveram os efeitos do aumento da

ativação emocional positiva, euforia e bem estar. Eles também relataram alterações perceptivas e aumento da labilidade emocional, e encontraram uma correlação entre os efeitos subjetivos do DMT, a concentração plasmática, e ambos atingiram o pico entre 1,5 e 2 horas. Foram encontrados aumentos significativos dependentes da dose em todas as pontuações nas subescalas do HRS (DOS SANTOS *et al.*, 2011; RIBA, 2002). Quando comparado ao DMT intravenoso (iv), a ayahuasca produziu um efeito relativamente mais leve, conforme medido pelo HRS (GROB, 1996).

### **1.1.7. Neurobiologia dos efeitos psicodélicos**

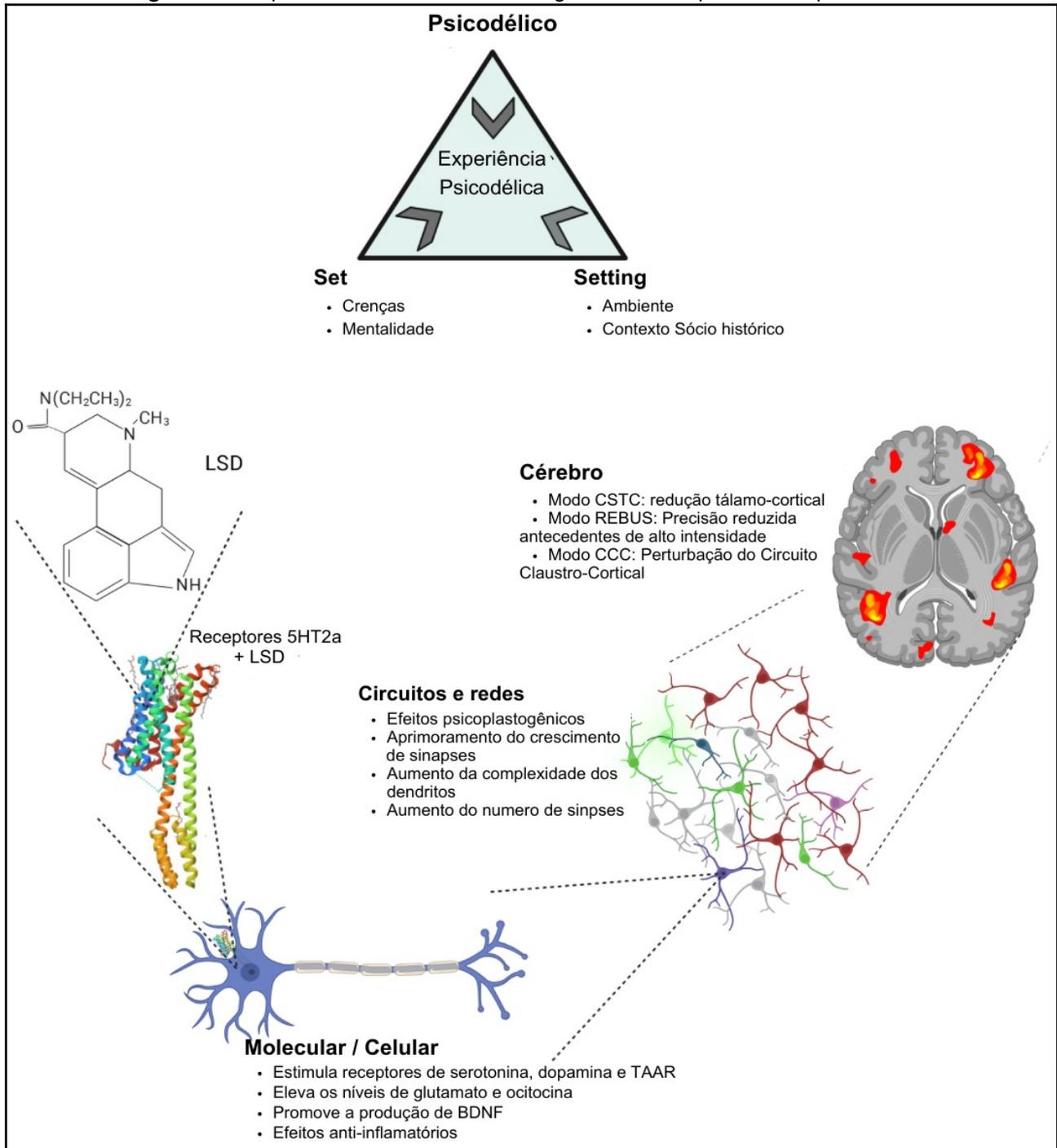
Com relação aos efeitos visuais, os objetos parecem vibrar ou aumentar de brilho, as cores se intensificam, padrões geométricos em movimento e imagens intrincadas ocorrem com os olhos fechados ou abertos (GABLE, 2007), imagens caleidoscópicas ou visões de pessoas, belas paisagens, cobras ou animais da selva são comuns (BRESNICK e LEVIN, 2006; METZNER, 1998; STRASSMAN, 1994). A criatividade visual pode ser intensificada por algum tempo, mesmo após o desaparecimento dos efeitos agudos (RHODIUM ARCHIVE, 2009). Os fenômenos visuais tendem a persistir mesmo após o desaparecimento dos efeitos agudos, e isso pode estar relacionado às alterações neuroquímicas no córtex visual e no claustrum, um núcleo serotoninérgico no cérebro que conecta quase todas as partes do córtex cerebral. É teorizado que áreas corticais com funções relacionadas tendem a ter projeções claustral sobrepostas. A camada 6 (mais interna) do córtex visual e o claustrum possuem circuitos paralelos, ambos gerando inibição final das camadas 1 a 4 do córtex visual por meio de interneurônios inibitórios. Acredita-se que o LSD e outros alucinógenos também excitam esses interneurônios inibitórios. Camadas 1 a 4, importantes na interpretação de linhas mais curtas, possuem uma propriedade chamada *end-stopping*, na qual respondem as linhas até um determinado comprimento; além desses comprimentos, eles são inibidos. O desacoplamento das fontes de borda em formação do córtex visual e claustral, juntamente com propriedades anormais de parada final e sinalização errônea, podem explicar alguns dos efeitos bem conhecidos, como trilhas, halos, bordas onduladas e interpretação errônea de contornos (RHODIUM ARCHIVE, 2009).

A sinestesia é comum, principalmente os efeitos sinestésicos auditivos a visuais, e geralmente estão associados à música. O ritmo e a sensação da música são

frequentemente refletidos nos movimentos das visões e na frequência com que as imagens mudam (SHANON, 2002). Shanon (2002) também notou uma improvisação aprimorada e melhorias na capacidade de tocar seus instrumentos pelos músicos durante os rituais do Santo Daime, bem como em si mesmo ao piano.

O impacto dos psicodélicos no cérebro pode ser examinado de múltiplas perspectivas, incluindo molecular/celular, circuito/rede e níveis cerebrais gerais, todos inerentemente interconectados (BANUSHI e POLITO, 2023) (Figura 1). Em nível molecular/celular, os psicodélicos estimulam o receptor de serotonina 2A (5-HT<sub>2a</sub>), juntamente com outros sub receptores de serotonina, o receptor de tropomiosina quinase B (TrkB) e os receptores de dopamina (HALBERSTADT e GEYER, 2011). A nível celular, os psicodélicos também induzem um aumento na expressão de vários genes que codificam a síntese de uma gama de proteínas que facilitam a neuroplasticidade e a aprendizagem, como a produção do fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) mesmo após uma única dose, também estimulando a neurogênese (ALEKSANDROVA e PHILLIPS, 2021). As moléculas exibem propriedades anti-inflamatórias (FLANAGAN e NICHOLS, 2018) e também foi demonstrado que os psicodélicos clássicos elevam os níveis de glutamato e ocitocina (HOLZE *et al.* 2021).

**Figura 1.** Compreensão atual da neurobiologia do uso terapêutico dos psicodélicos



Fonte: Adaptado de BANUSHI e POLITO, 2023.

### 1.1.8. Benefícios da Ayahuasca

Outros achados indicam que o uso de ayahuasca, no contexto religioso, resulta em benefícios para o bem-estar social e psicológico (MCKENNA, 2004, PIRES *et al.*, 2010), colaborando com a atenuação de fatores relacionados à desesperança (SANTOS, 2007),

sugerindo assim, uma ação terapêutica (FERNÁNDEZ e FABREGAS, 2014).

Efeitos antidepressivos significativos da ayahuasca foram encontrados em comparação com o placebo em todos os momentos. Os escores na *MADRS* (Escala de Depressão de Montgomery-Asberg) foram significativamente mais baixos no grupo ayahuasca contra o grupo placebo em D1 (um dia após administração de ayahuasca) e D2 (dois dias após ayahuasca) ( $p= 0,04$ ) e em D7 (sete dias após a intervenção) ( $p<0,0001$ ). Os tamanhos de efeito entre os grupos aumentaram de D1 para D7, sendo no D1:  $d$  de Cohen= 0,84; D2:  $d$  de Cohen= 0,84 e D7:  $d$  de Cohen = 1,49). As taxas de resposta foram altas para ambos os grupos em D1 e D2, e significativamente maiores no grupo de ayahuasca em D7 (64% v. 27%;  $p = 0,04$ ). A taxa de remissão mostrou uma tendência de significância no D7, 36% do grupo intervenção *versus* 7% do grupo placebo ( $p= 0,054$ ) (PALHANO-FONTES *et al.*, 2019).

Resultados mostraram que dois grupos de usuários de ayahuasca tiveram pontuações significativamente menor do que seus respectivos controles em uma subescala de Uso de Álcool e Estado Psiquiátrico do Índice de Severidade da Adicção, *ASI* (*Addiction Severity Index*), mesmo o grupo de “ayahuasqueiros” urbanos ter demonstrado uma média maior dessas escalas antes do início do uso regular ritualístico da ayahuasca (análise retrospectiva) (FABREGAS *et al.* 2010). Foram encontrados efeitos ansiolíticos e antidepressivos, de ação rápida, em voluntários com sintomas depressivos que ingeriram uma dose de ayahuasca (OSÓRIO *et al.*, 2015). A harmina (uma das  $\beta$ -carbolinas presentes na ayahuasca) auxilia na proliferação neural, o tratamento com harmina aumentou a proliferação sem danos ao DNA ou morte celular. Estes resultados sugerem que a harmina exerce efeitos proliferativos em células progenitoras neurais humanas, que podem se diferenciar em neurônios, estas descobertas ajudam no olhar sobre os efeitos antidepressivos da ayahuasca (DAKIC *et al.*, 2016), logo o resultado se mostra promissor, tendo em vista a importância do papel neurotrófico na depressão, no antigo diagnóstico de depressão por luto, que hoje identificamos como transtorno do luto prolongado.

Ainda sobre os fenômenos neurotróficos, neurogênicos e neuroplásticos, demonstrou-se em um modelo *in vitro* de neurogênese, que as quatro  $\beta$ -carbolinas contidas na ayahuasca estimularam a proliferação e migração de células progenitoras de neurônios, elas ainda aumentaram o número e o tamanho das neuroesferas primárias e promoveram a migração e diferenciação celular, indicando que os alcalóides têm a capacidade de regular a expansão e o destino das populações de células

estaminais (MORALES-GARCIA *et al.*, 2017).

Em revisão de literatura, achados de estudos pré-clínicos, correlacionam efeitos da ayahuasca na modulação da atividade cerebral, neurotransmissão e neurogênese com a ativação do receptor intracelular sigma-1, se esses efeitos forem os mesmos em humanos, esses mecanismos podem influenciar na recuperação de memórias traumáticas, fator muito importante no que tange a melhora do quadro do TLP (INSERRA *et al.*, 2018).

Morales-Garcia *et al.*, (2020) identificaram em modelo animal (ratos), que a administração de DMT ativa a principal região de potencial neurogênico em adultos, a zona subgranular do giro dentado do hipocampo. Sendo observados neurônios recém desenvolvidos na zona granular. Além disso, os ratos tratados com DMT apresentaram um melhor desempenho em testes de memória em comparação com os animais controle não tratados, sugerindo um impacto funcional da produção de neurônios no hipocampo induzida por DMT.

Curiosamente, o efeito neurogênico do DMT parece envolver a sinalização via ativação do receptor sigma-1 (S1R), uma vez que o antagonista S1R bloqueou o efeito neurogênico. De forma geral, os resultados demonstraram que o tratamento com DMT ativa a região de maior potencial neurogênico, a subgranular, regulando a proliferação de células progenitoras neurais, a migração de neuroblastos e promovendo a geração de novos neurônios no hipocampo, otimizando todo processo neurogênico adulto. Esses efeitos neurobiológicos refletiram na expansão de repertório comportamental, no aprimoramento da aprendizagem espacial e nas tarefas de memória (MORALES-GARCIA *et al.*, 2020).

Foi relacionado a administração de ayahuasca com efeitos antidepressivos rápidos e duradouros, independente da gravidade do episódio depressivo do momento, em investigações em animais e humanos. Em alguns estudos desta revisão, observou o aumento da perfusão sanguínea no núcleo accumbens, na ínsula e na área subgênia, regiões do cérebro envolvidas na regulação do humor e estados emocionais (SANCHES *et al.*, 2016).

A ayahuasca possui potencial terapêutico (DOS SANTOS *et al.*, 2016), em dependência química, visto que estão associadas as diminuições no consumo excessivo de álcool, cocaína e opiáceos (GROB *et al.*, 1996; FERNÁNDEZ e FABREGAS, 2014), fator esse também importante para o nosso estudo, levando em consideração as evidências da interferência e da diferença de ativação da via de recompensa em pessoas

com TLP.

Além da ayahuasca mostrar um potencial terapêutico interessante em todas os âmbitos fisiopatológicos citados do TLP, ela ainda mostrou resultados positivos em sofrimentos por transtornos alimentares (LAFRANCE *et al.*, 2017), cuidados paliativos (RICCIARDI, 2009) e pânico (SANTOS, 2006).

#### 1.1.8.1. Processos Psicológicos Relacionados às Experiências com Ayahuasca

Em estudo de Kurton e colaboradores (2019) com pessoas saudáveis, se concluiu que a ayahuasca potencializa o pensamento criativo divergente. Sugerindo que a ayahuasca aumenta a flexibilidade psicológica, mecanismo chave para a melhora psicoterapêutica de várias psicopatologias, os resultados também apoiaram a ideia do uso da ayahuasca em ensaios clínicos.

Existe uma correlação moderado de mudanças em processos psicológicos (como Evitação Experiencial e Descentralização) com a melhora da severidade do luto em pessoas que indicavam sofrimento por perda de um ente querido (GONZALES *et al.*, 2020).

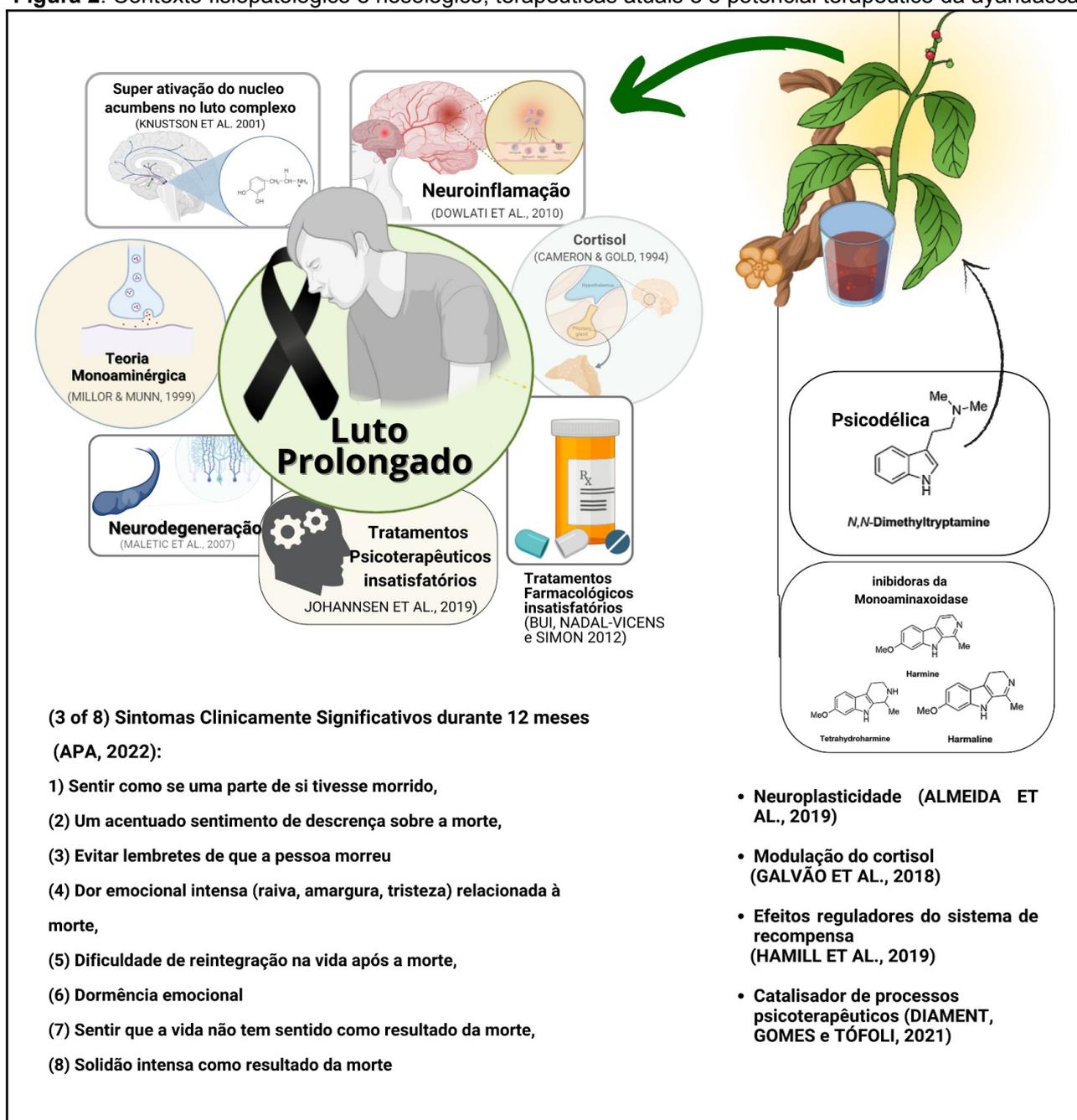
O processo psicológico da Evitação Experiencial foi investigado através do questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II), esse processo refere-se à evitação da experiência de eventos internos, como tentativas de suprimir ou controlar emoções, movimento esse que pode ser contraproducente no âmbito psicoterapêutico (HAYES, 1987).

O fenômeno de Descentralização, definido como a capacidade de observar os próprios pensamentos e sentimentos de forma imparcial (processo esse que pode ser benéfico no luto e em outras condições psicológicas), foi avaliado através da Escala EQ-Decentering (FRESCO *et al.*, 2007). A diminuição significativa na Evitação Experiencial (AAQ-II) entre os dados basais (T0) e os resultados após as experiências com ayahuasca (T1) foi correlacionada com a diminuição significativa na gravidade do luto (TRIG) entre T0 e T1 (correlação moderada de  $r = 0,55$ ;  $p < 0,01$ ). Além disso, também houve correlação inversamente proporcional significativa ( $r = -0,47$ ,  $p < 0,01$ ) entre a melhora significativa na habilidade de Descentralização (EQ-Decentering) e a diminuição na sintomatologia do luto (TRIG) (GONZALEZ *et al.*, 2020).

## 1.2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a lacuna nos tratamentos atuais para o TLP e a potencialidade farmacoterapêutica e segurança da ayahuasca, a bebida começa a ser vista com uma alternativa interessante no tratamento do transtorno, como sugere a imagem abaixo.

**Figura 2.** Contexto fisiopatológico e nosológico, terapêuticas atuais e o potencial terapêutico da ayahuasca



Fonte: Do autor, 2023.

### 1.2.1. Revisão da literatura sobre PAPs e nova proposta de modelo de intervenção e investigação

Entretanto, ao longo dos últimos anos vêm sendo desenvolvidos diversos modelos de suporte para as intervenções com os psicodélicos ou as conhecidas Psicoterapias Assistidas por Psicodélicos (PAP), em pesquisa.

Ao longo desses anos, conseguiu-se ter um panorama interessante dessas intervenções e assim elencar as melhores práticas. Nesse contexto, Brenner e Belser (2022), propõem um novo modelo de PAP, a qual nomeiam de *Embark*® revisando as melhores práticas (como descrito anterior) após uma revisão de estudos qualitativos (abaixo no quadro são apresentados os artigos selecionados para a revisão).

**Quadro 1.** Artigos da revisão *Embark*®

	SUBSTÂNCIA	INDICAÇÃO	PBE OU ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DERIVADAS PBE
<b>Modelos de Suporte Básico</b>			
Mitnoefer et al. (2017; abordagem usada de Bouso et al., 2008; Mithoefer et al. 2011,2018; Dchen <i>et al.</i> , 2013: Ot'alora et al.. 2018; Jardim et al.. 2021; Mitchell et al., 2021)	MDMA	TEPT	Não
Morero et al. (2006)	Psilocibina	TOC	Não
Gasser et al. (2014)	LSD	Ansiedade associada a doenças terminais	Não
Carhart-Harns et al. (2016) and Carhart-Harns et al. (2018c)	Psilocibina	Depressão Resistente a tratamento	Não
Gnttiths et al. (2016)	Psilocibina	Ansiedade pelo câncer e depressão	Não
Palharo-Fontes et al. (2019)	Ayahuasca	Depressão Resistente a tratamento	Não
Davis et al. (2021)	Psilocibina	TDM	Não
Zeifman et al. (2021)	Ayahuasca	TDM	Não
<b>Modelos com PBE inclusos</b>			
Grob et al. (2011)	Psilocibina	Ansiedade pelo câncer e depressão	Abordagem Existencial
Johnson et al. (2014)	Psilocibina	Adição de Tabaco	TCC
Ross et al. (2016)	Psilocibina	Ansiedade pelo câncer e depressão	Abordagem Existencial, psicodinâmica, terapia narrativa
Bogenschutz e Forchimes (2017)	Psilocibina	Adição de Álcool	META baseada em EM e

			TCC
Guss et al. (2020)	Psilocibina	TDM	ACT
Anderson et al. (2020)	Psilocibina	Desmoralização relatada pela AIDS	Terapia de Grupo de Suporte Expressivo Breve
Morson et al. (2020)	MDMA	TEPT	Terapia Cognitivo-Comportamental Conjunta
Carhart-Harris et al. (2021)	Psilocibina	TDM	Aceitação, Conexão e Incorporação baseado ACT
COMPASS (2021) e Tai <i>et al.</i> , (2021)	Psilocibina	Depressão resistente ao Tratamento	Teoria do Controle Perceptual (PCT)

Fonte: Adaptado de BRENNAN e BELSER, 2022.

### 1.2.2. Pontos fortes e limitações nas psicoterapias assistidas por psicodélicos e nas investigações dos mecanismos psicológicos na atualidade

Com essa revisão minuciosa, eles elencam pontos fortes e limitações dos dois grupos de PAPs identificados.

**Quadro 2.** Benefícios e Limitações dos modelos PAPs atuais

	BENÉFICOS	LIMITAÇÕES
<b>Modelos de suporte básico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● maior liberdade dos participantes na construção de significado;</li> <li>● proteção da autonomia dos participantes;</li> <li>● menos mão de obra credenciada necessária;</li> <li>● potencial economia de custos devido a menos horas de sessões não médicas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● oportunidade perdida de maior eficácia;</li> <li>● intervenções menos operacionalizadas;</li> <li>● a equipe pode estar mal treinada para desafiar eventos de limites clínicos e éticos;</li> <li>● a equipe não fundamentada na teoria explícita da mudança pode apresentar a sua própria; e</li> <li>● pode confiar em suposições não testadas de uma “inteligência de cura interior”.</li> </ul>
<b>Modelos com PBE's inclusos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● potencial para maior eficácia;</li> <li>● base probatória pré-existente mais estrutura mais desenvolvida para a formação de terapeutas;</li> <li>● melhor operacionalização das intervenções;</li> <li>● pode exigir mais pessoal credenciado que possa responder melhor aos desafios clínicos e éticos;</li> <li>● toma emprestada legitimidade de terapias mais estabelecidas.</li> <li>● fornece um sentido de competência à PAP;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● conceitualização restrita de benefício mais pressão para adequar os resultados à teoria predeterminada de mudança;</li> <li>● possível invalidação das experiências de tratamento dos participantes;</li> <li>● possível dano de terapeutas despreparados para toda a gama de eventos clínicos;</li> <li>● os terapeutas podem precisar aprender uma nova orientação teórica;</li> <li>● a adoção de uma nova orientação pode atrapalhar os terapeutas na sua presença; autêntica;</li> <li>● pode desconsiderar a experiência prévia dos</li> </ul>

	BENÉFICOS	LIMITAÇÕES
<b>Modelos de suporte básico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● maior liberdade dos participantes na construção de significado;</li> <li>● proteção da autonomia dos participantes;</li> <li>● menos mão de obra credenciada necessária;</li> <li>● potencial economia de custos devido a menos horas de sessões não médicas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● oportunidade perdida de maior eficácia;</li> <li>● intervenções menos operacionalizadas;</li> <li>● a equipe pode estar mal treinada para desafiar eventos de limites clínicos e éticos;</li> <li>● a equipe não fundamentada na teoria explícita da mudança pode apresentar a sua própria; e</li> <li>● pode confiar em suposições não testadas de uma “inteligência de cura interior”.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● terapeutas ingênuos.</li> </ul>	<p>terapeutas e limita o potencial para avaliar as contribuições de vários mecanismos de mudança para a eficácia;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● não está claro se a eficácia estabelecida das PBEs é transportada para o tratamento PAP.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de BRENNAN e BELSER, 2022.

### 1.2.3. Um novo modelo PAP para atender aos desafios e as investigações atuais

Com toda a conceituação, e se apropriando dos melhores pontos de cada modelo, Brenner e Belser (2022) propõem a nova abordagem, que foi concebida como uma resposta aos desafios identificados no contexto da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP) e no treinamento de terapeutas nessa modalidade. Seu objetivo é transcender as limitações das abordagens de apoio básico já existentes, bem como dos modelos inclusivos de Psicoterapia Baseada em Evidências (PBE) previamente debatidos.

O conceito de Mudança Terapêutica na *Embark*® é desenvolvido de forma a evitar as restrições observadas nos modelos de apoio básico, que muitas vezes se mostram indiferentes às necessidades individuais dos pacientes, bem como nos modelos inclusivos de PBE, que podem ser excessivamente restritivos.

O modelo PAP se apoia em seis domínios clínicos que representam abordagens conceituais para o tratamento. Esses domínios proporcionam flexibilidade e adaptabilidade às diversas maneiras pelas quais os pacientes podem se beneficiar da PAP (BRENNAN e BELSER, 2022), abarcando as esferas Existencial-Espiritual (RIPER *et al.*, 2014), Mindfulness (SEGAL *et al.*, 2012), Consciência do Corpo (GRABBE e MILLER-KARAS, 2017), Afetivo-Cognitivo (HAYES *et al.*, 2012), Relacional (MORRISON e SMITH, 2018) e Manutenção do Momento (LEPOW *et al.*, 2021; BRENNAN e BELSER, 2022).

Cada domínio descreve uma abordagem conceitual que estrutura os eventos terapêuticos durante as sessões, fornecendo uma orientação eficaz para os terapeutas. Isso, por sua vez, permite que os terapeutas estejam preparados para apoiar os pacientes, tendo em mente a diversidade de trajetórias possíveis no tratamento de cada indivíduo. Terapeutas *Embark*® são capacitados em todos os seis domínios, visando lidar com a intrínseca imprevisibilidade do processo terapêutico.

O modelo PAP também adota a integração de Terapias Baseadas em Evidências Extrínsecas, não necessariamente ligadas a psicodélicos, a fim de selecionar elementos proveitosos e incorporá-los sinergicamente em seus domínios, de acordo com as necessidades dos pacientes. Por exemplo, o tratamento do abuso de álcool no contexto *Embark*® pode incorporar componentes da Prevenção de Recaídas baseada em Mindfulness em seu domínio de Mindfulness, Terapias Cognitivo-Comportamentais no domínio Afetivo-Cognitivo e Entrevista Motivacional no domínio de Manutenção do Momento. Essa abordagem proporciona um alto grau de adaptabilidade e sintonia com os mecanismos de mudança terapêutica propostos em cada domínio.

Ao contrário das abordagens de apoio básico, que oferecem pouca orientação sobre intervenções, e das abordagens inclusivas de PBEs, que podem ser prescritivas, a *Embark*® oferece diretrizes específicas para terapeutas em cada fase do tratamento, permitindo que escolham entre uma ampla gama de intervenções com as quais se sintam à vontade e experientes, desde que observem as orientações gerais estabelecidas. Isso reduz a necessidade dos terapeutas adquirirem novas habilidades clínicas e facilita a padronização do tratamento.

Por fim, essa abordagem pluralista em relação aos mecanismos de mudança terapêutica, representados em seus seis domínios, traz um bom referencial para investigarmos se em nossa amostras os mecanismos psicológicos de melhora também foram esses. Isso possibilita investigações imparciais e exploratórias sobre os eventos do tratamento que sustentam os benefícios terapêuticos. A estrutura oferecida por ela permite a formulação de hipóteses específicas e embasadas empiricamente, enquanto facilita a exploração do amplo espectro de eventos terapêuticos que podem contribuir para os resultados terapêuticos na PAP e no uso de psicodélicos de forma terapêutica de forma geral.

### 1.3. PERGUNTAS NORTEADORAS

- uma única sessão com ayahuasca produzirá efeitos terapêuticos na severidade do luto e nos desfechos secundários, como depressão, qualidade de vida, qualidade do sono e na resignificação da perda?
- se ocorrerem melhorias, elas estarão correlacionadas com a intensidade da experiência psicodélica?
- se houver melhora terapêutica, os mecanismos psicológicos subjacentes dos domínios da Psicoterapia Assistida por Psicodélicos *Embark*® terão fator importante nesse processo?
- se houver melhora, ela se manterá após quatro anos do tratamento?

### 1.4. HIPÓTESES

As hipóteses nula (H0) e alternativa (H1) para cada um dos itens listados, serão feitas através dos dados de controle da linha de base do único grupo de participantes do estudo:

- Severidade do Luto (pela escala PG13):
  - Hipótese Nula (H0): Não há diferença significativa na severidade do luto entre o período de controle (antes da intervenção) e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
  - Hipótese Alternativa (H1): Há uma diferença significativa na severidade do luto entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
- Redução da Depressão (pela escala MADRS):
  - H0: Não há diferença significativa na redução da depressão entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
  - H1: Há uma diferença significativa na redução da depressão entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
- Qualidade de Vida (pela WHOQOL):
  - H0: Não há diferença significativa na qualidade de vida entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
  - H1: Há uma diferença significativa na qualidade de vida entre o período de

controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.

- Índice da Qualidade do Sono (pela escala de Pittsburgh):
  - H0: Não há diferença significativa no índice da qualidade do sono entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
  - H1: Há uma diferença significativa no índice da qualidade do sono entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
- Ressignificação da Perda (através do Questionário de Resignificação de Perdas – LCP/UNILA):
  - H0: Não há diferença significativa na resignificação da perda entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
  - H1: Há uma diferença significativa na resignificação da perda entre o período de controle e os períodos de acompanhamento após a intervenção com ayahuasca.
- Avaliação dos Mecanismos Psicológicos Subjacentes à Mudança Terapêutica da Sessão com Ayahuasca (através de entrevista semiestruturada contendo perguntas do diagnóstico de luto prolongado e domínios de mudança terapêutica elencados no modelo de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos *Embark*®):
  - H0: As mudanças terapêuticas não foram explicadas pelos mecanismos psicológicos subjacentes propostos pela *Embark*® após a intervenção com ayahuasca.
  - H1: As mudanças terapêuticas foram explicadas pelos mecanismos psicológicos subjacentes propostos pela *Embark*® após a intervenção com ayahuasca.
- Níveis de Intensidade da Experiência Psicodélica (através dos instrumentos HRS e MEQ-30):
  - H0: Os níveis de intensidade da experiência psicodélica não se correlacionam com a melhora terapêutica após a intervenção com ayahuasca.
  - H1: Os níveis de intensidade da experiência psicodélica se correlacionam com a melhora terapêutica após a intervenção com ayahuasca.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVOS GERAIS

- o objetivo do estudo é investigar os efeitos terapêuticos de uma única sessão de ayahuasca dentro de um modelo de suporte básico no luto patológico.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- investigar os efeitos terapêuticos de uma única sessão de ayahuasca entre os períodos de 7 dias após até 4 anos depois da intervenção, nos seguintes itens:
  - severidade do Luto como desfecho primário (pela escala PG13);
  - redução da Depressão (pela escala MADRS);
  - qualidade de vida (pela WHOQOL);
  - Índice da Qualidade Do Sono (pela escala de Pittsburgh);
  - ressignificação da perda (através do Questionário de Ressignificação de Perdas – LCP/UNILA);
  - avaliação dos mecanismos psicológicos subjacentes à mudança terapêutica da sessão com ayahuasca (através de entrevista semiestruturada contendo perguntas do diagnóstico de luto prolongado e domínios de mudança terapêutica elencados no modelo de psicoterapia assistida por psicodélicos *Embark*®); e
  - níveis de intensidade da experiência psicodélica através dos instrumentos HRS e MEQ-30.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

As avaliações aconteceram nos dias 7, 30, 365 e 1460 após a intervenção.

A análise qualitativa temática investigará se os domínios e cuidados éticos citados do modelo acima podem ser importantes nos processos dos entrevistados, elencando se houve práticas no estudo que foram seguidas dentro desses domínios e quais estratégias segundo o modelo poderiam ser tomadas para otimizar o processo vivido dentro do experimento.

Também foi realizado um *follow-up* para investigar a severidade do luto e outros dados secundários como depressão e qualidade de vida, através de questionários validados usados na pesquisa clínica original.

#### 3.1. DESENHO DO ESTUDO ORIGINAL

O estudo de Philippsen (2022) investigou a eficácia da Ayahuasca no tratamento do luto patológico, utilizando métodos quantitativos e qualitativos. A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade das Cataratas (UDC) pelo CAAE número 06439119.8.0000.8527, envolveu seis voluntários diagnosticados com luto patológico, que responderam questionários avaliativos antes e depois da intervenção com a Ayahuasca, sendo a bebida administrada em sessão única no Instituto GAIA em Foz do Iguaçu, Paraná - Brasil. Sob a supervisão médica e psicológica, a intervenção foi realizada em uma sessão em grupo.

A eficácia do tratamento no luto foi avaliada comparando dados pré e pós-intervenção como desfecho primário, além de dados secundários como avaliação do sono, depressão, qualidade de vida e nível da experiência psicodélica. O estudo observou mudanças em vários parâmetros, destacando a relevância da intervenção com a bebida Ayahuasca no contexto do tratamento do luto patológico no período de 7, 30 e 365 dias.

**Quadro 3.** Dados demográficos e características do luto nos participantes que fizeram parte da amostra do estudo (n=4)

VARIÁVEIS	UNIDADE	MÉDIA (DP)	FAIXA
Gênero <sup>1</sup>	Masculino	2 (50%)	-
	Feminino	1 (25%)	-
	Não Binário	1 (25%)	-
Idade	Anos	24,25 (±1,71)	22 - 26
Escolaridade <sup>1</sup>	Superior incompleto	4 (100%)	-
	Superior Completo	0 (0%)	-
Tempo de Luto	Anos	7,5 (±4,05)	4 – 11
Tratamentos anteriores	Psicofarmacológicos	4 (100%)	-
	Psicoterapêuticos	2 (50%)	-
	Outros	0 (0%)	-
Doses de Ayahuasca ingeridas na sessão por participante	1 dose	2 (50%)	-
	2 doses	2 (50%)	-
Severidade do Luto <sup>2</sup>	Pontuação	32,5 (±4,93)	26 - 38

**Legenda:**

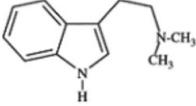
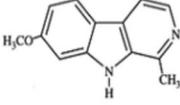
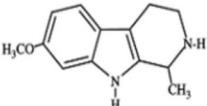
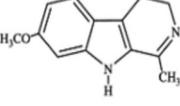
<sup>1</sup> Gênero, Escolaridade e Doses de Ayahuasca na Sessão são medidos por frequência, não por média. Também não contém desvio padrão

<sup>2</sup> Severidade do luto medida em pontuação na linha de base, podendo variar de 13 a 65, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de severidade.

**Fonte:** Adaptado de: Philippsen, 2022.

Também foi dosada a amostra da bebida usada no estudo, obtendo a miligramagem das moléculas dimetiltryptamina, harmina, harmalina e tetrahydroharmina por cada mililitro da bebida.

**Quadro 4.** Concentração da ayahuasca medida laboratorialmente por Yanomine e Oliveira (2019)

MOLÉCULA	ESTRUTURA MOLECULAR <sup>1</sup>	CONCENTRAÇÃO (MG/ML)
DIMETILTRIPTAMINA (DMT)		0,7
HARMINA		3,25
TETRAHIDROHARMINA		1,20
HARMALINA		0,20

**Legenda:** <sup>1</sup> A estrutura molecular do DMT (N,N-Dimetiltriptamina) foi descoberta pelo químico britânico Richard Manske em 1931. Manske isolou o composto pela primeira vez da casca de uma planta chamada *Mimosa hostilis*, também conhecida como jurema-preta. Shulgin e colaboradores contribuíram significativamente para a compreensão das estruturas químicas de várias substâncias psicoativas, incluindo a harmina, a harmalina e a tetrahydroharmina em meados do século XX (SMITH *et al.* 1998).

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

**Quadro 5.** Dose de ayahuasca usada no ensaio original de Philippsen (2022)

MOLÉCULA	DOSE FINAL (MG/KG)
DMT	0,36
Harmina	1,67
Tetrahydroharmina	0,62
Harmalina	0,10

**Nota explicativa:** A concentração final dos componentes da ayahuasca foram DMT apresentando 0,36mg/mL, Harmina 1,67mg/kg, THH 0,62 mg/kg e Harmalina 0,1 mg/kg, resultados estes obtidos após análise de espectroscopia de massa. A ayahuasca recebida foi ajustada para conter as mesmas características de DMT utilizada no estudo de Palhano-fontes, 2019.

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

### 3.2. ESQUEMA DE TRATAMENTO

O tratamento usado no ensaio original (PHILIPPSSEN, 2022) consistiu em uma

vivência em grupo com duração de quatro horas, onde os pacientes ingeriram primeiramente uma dose contendo 0,36 mg/ml de DMT. Após 40 minutos, os pacientes poderiam optar por fazer uso de uma segunda dose da substância, sendo que os pacientes 1, 2 e 5 optaram por ingerir a segunda dose da ayahuasca.

### **3.3. METODOLOGIA QUALITATIVA**

A pesquisa científica no campo da psicoterapia assistida por psicodélicos tem testemunhado uma crescente evolução ao longo dos anos, impulsionando a busca por metodologias eficazes e confiáveis que possam capturar a complexidade das experiências humanas sob a influência de substâncias psicodélicas, como a ayahuasca.

#### **3.3.1. Metodologia qualitativa de Análise Temática do Discurso**

A metodologia qualitativa é uma ferramenta crucial no estudo de fenômenos complexos e subjetivos, permitindo uma compreensão mais profunda das experiências humanas. A análise temática do discurso é uma abordagem qualitativa que envolve a identificação, análise e interpretação de temas subjacentes em textos, entrevistas ou conversas (BARDIN, 2011). Neste contexto, a análise temática do discurso será aplicada para examinar as narrativas daqueles que participaram do estudo de uma sessão com ayahuasca após a perda prolongada de um ente querido.

Neste trabalho as diretrizes metodológicas foram conduzidas segundo a proposta de Laurence Bardin (2011), que passaram pelas seguintes etapas:

- coleta de dados: inicialmente, os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas envolvendo perguntas dos aspectos do luto patológico e sobre os domínios da PAP *Embark*®, através da transcrição de entrevistas gravadas por videoconferência. Esses dados são essenciais para capturar as experiências dos participantes;
- formulação de hipóteses e objetivos: os pesquisadores formularam hipóteses e estabeleceram objetivos específicos para orientar a análise. Como avaliar o surgimento dos temas dos seis domínios da PAP *Embark*® e fatores descritos nas teorias mais bem estabelecidas do desenvolvimento do luto patológico;
- organização dos dados: antes de iniciar a análise, os dados foram organizados e preparados para facilitar a codificação;

- transcrição e codificação: os dados coletados foram transcritos e codificados. Isso envolve a identificação de unidades de significado, ou seja, partes do discurso que contenham informações relevantes sobre as experiências;
- identificação de temas: após a codificação, os pesquisadores identificam temas emergentes nos discursos dos participantes, sendo esses conceitos recorrentes que capturam as principais ideias e experiências compartilhadas;
- análise e interpretação: os temas identificados foram analisados e interpretados em relação ao contexto do estudo. Os pesquisadores buscaram compreender os significados subjacentes e as conexões entre os temas;
- triangulação: verificaram-se os resultados através da organização e interpretação de dois analistas de conteúdo, para aumentar a confiabilidade da análise.

### ***3.3.2. Interpretação dos dados com base na proposta de modelo de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos Embark®***

Esse novo modelo de Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, proposto por Brennan e Belser (2022), é um modelo transdiagnóstico e trans drogas em Psicoterapia Assistida por Psicodélicos (PAP), é um modelo que intervém terapêuticamente em diversos diagnósticos psiquiátricos, podendo atender a diferentes indicações de drogas psicodélicas nos moldes de PAP.

Traz elementos de terapias não psicodélicas baseadas em evidências, pautando as habilidades prévias e orientações clínicas aos terapeutas, e delimita as intervenções dos terapeutas para uma padronização em pesquisa (e em futuros tratamentos), determinando fatores importantes.

Existem seis domínios clínicos da *Embark®*, que representam fatores e mudanças psicológicas importantes que os terapeutas devem se atentar, e apoiar seus pacientes, para o sucesso e o benefício terapêutico. Além disso, o modelo traz seus quatro pilares de cuidado, onde salienta a ampla responsabilidade ética dos terapeutas para com os participantes.

Eles também ressaltam como esses elementos se unem para estruturar as intervenções terapêuticas durante todas as fases das PAPs (preparação, sessão psicodélica e integração).

Quadro 6. Domínios da *Embark*®

Domínios	Descrição dos domínios	Objetivo Terapêutico
<b>E) Existential-Spiritual</b> Existencial-espiritual	Os psicodélicos são bem conhecidos por catalisar profundas experiências místicas, espirituais e religiosas. Pesquisas sobre terapia de base psicodélica mostram que os participantes frequentemente relatam encontros profundos de natureza existencial ou espiritual, e que essas experiências trazem benefícios terapêuticos, com alguns participantes até afirmando que estas estão entre as experiências mais significativas da vida deles. Os participantes podem vivenciar diversos fenômenos, como uma sensação de transcender o tempo e o espaço, uma sensação de compreensão profunda da natureza da realidade, encontrar ancestrais, entidades ou guias, sentimentos de unidade com o universo e uma consciência de interconexão entre humanos e toda a vida. Encontros mais desafiadores também são comuns, como o terror intenso de perder o sentido de si ou confrontos com a morte. Ambas as experiências belas e desafiadoras podem ser de imenso aprendizado e de mudanças terapêuticas importantes.	Promover um quadro no qual os participantes possam se preparar para a possibilidade de experiências profundas e, às vezes desafiadoras, render-se a elas caso surjam, e compreendê-las e integrá-las posteriormente. Ajudar os participantes a traduzir suas experiências espirituais ocasionadas por substâncias psicodélicas em recursos terapêuticos profundos e mudanças significativas.
<b>M) Mindfulness</b> (Atenção plena)	Na <i>Embark</i> ® mindfulness refere-se à prática de focar a consciência na experiência interior, trazendo a atenção para o que está acontecendo momento a momento no presente. Centra-se no cultivo de um estado de “consciência do observador” que testemunha pensamentos, sensações e experiências. Indivíduos que participam de terapia de base psicodélica geralmente encontram benefícios na prática da atenção plena, como maior flexibilidade psicológica, menos medo e mais aceitação de emoções e pensamentos desafiadores, e conexão com um eu “mais profundo” ou “mais verdadeiro” que é menos identificado com emoções e crenças de alguém.	Emprega técnicas de atenção plena a partir de PBEs para apoiar não apenas na navegação pela experiência psicodélica, mas também no gerenciamento de gatilhos e na tolerância ao sofrimento e no alcance de seus objetivos pós-tratamento. Também para ajudar a promover uma abordagem compassiva e sem julgamento em relação a si mesmos e às suas experiências, desenvolvendo um novo relacionamento com seus próprios pensamentos e sentimentos desafiadores e cultivar uma resiliência essencial para o crescimento.
<b>B) Body Aware</b> (Consciência Corporal)	Os sintomas de traumas e crenças centrais são frequentemente mantidos no corpo. Na PAP, o corpo pode atuar como uma porta de entrada para um processo terapêutico profundo. Participantes submetidos a PAPs descreveram experimentar uma série de fenômenos incorporados, como percepção aprimorada ou alterada de seus corpos, mudança de consciência interoceptiva, descarga catártica de trauma por meio de tremores, movimentos ou vocalizações, e até mesmo mudanças em seus sentidos de si mesmo como seres corporificados. O modelo aborda o corpo como um local terapêutico e de sabedoria. Baseia-se em terapias centradas no corpo no reconhecimento de que a mente e o corpo não estão separados, e pode ser mais útil falar da mente-corpo como um todo único, parte particularmente no contexto de estados incomuns de consciência.	Esse domínio é usado para orientar os participantes a confiar na inteligência do corpo e na capacidade natural terapêutica. Os facilitadores recebem formação para trabalhar com material somático emergente dentro de um quadro de possível trauma também.

<p><b>A) Affective-Cognitive</b> (Afetivo-cognitivo)</p>	<p>Os participantes que recebem medicamentos psicodélicos em um contexto de apoio estão frequentemente abertos a experiências emocionais profundas, para além daquilo a que conseguem acessar na sua vida cotidiana ou através da psicoterapia regular. Muitos descrevem sentimentos transcendentais de alegria, felicidade e amor, e também momentos de dificuldade emocional como desespero, medo, tristeza e pesar, muitas vezes no contexto de uma catarse terapêutica profunda. Outras vezes, os participantes enfrentam crenças desafiadoras sobre si mesmos com uma profundidade que normalmente evitariam. Com apoio de integração adequado, estas aberturas podem levar a mudanças psicológicas duradouras.</p>	<p>Apoiar os participantes na identificação, acolhimento e vivência de estados afetivos (emocionais) de forma mais plena. Enfrentando emoções profundas e feridas psicológicas importantes para o benefício terapêutico. Confrontando, aceitando e substituindo pensamentos e sentimentos aparentemente intoleráveis. Compreendendo como os estados de sentimentos negativos muitas vezes impulsionam os comportamentos na vida cotidiana.</p>
<p><b>R) Relational</b> (Relacional)</p>	<p>A abordagem centra-se na ideia de que as pessoas não são indivíduos solitários e atomizados, mas sim profundamente ligadas e inseridas nas relações humanas. Frequentemente, em experiências psicodélicas, as pessoas têm a experiência de ver sua mãe ou pai, irmãos, filhos adultos, ex-parceiros românticos e outras conexões significativas na vida.</p> <p>A medicina psicodélica possui uma capacidade única de dissolver fronteiras entre o eu e o outro e de trazer para o primeiro plano as formas como o relacionamento de um participante foi moldado. A sua história relacional, incluindo rupturas de apego e traumas relacionais, muitas vezes desde a infância, pode emergir na sua experiência interna ou pode ser trazida à vida na sua relação com os facilitadores. Quando respondidas com habilidade, essas dinâmicas emergentes no relacionamento terapêutico podem oferecer experiências emocionais corretivas e oportunidades para repadronização relacional.</p>	<p>Atender a questões interpessoais à medida que surgem, orientando os participantes a conscientizarem-se de como o seu passado moldou a sua forma atual de se relacionar. Os participantes podem então explorar diferentes formas de relacionamento, estabelecendo limites saudáveis, experimentando maior segurança e expressarem-se de forma mais autêntica. Com a relação terapêutica, podem internalizar e integrar estas novas experiências relacionais saudáveis e transportá-las para as suas vidas como novas crenças sobre si próprios e novas formas de se relacionar com os outros.</p>
<p><b>K) Keep momentum</b> (Mantendo o ímpeto)</p>	<p>A facilitação psicodélica apresenta uma janela neuroplástica crítica para fazer mudanças de vida significativas (através de seus próprios valores). Depois de uma sessão de medicina, os participantes muitas vezes emergem com uma nova perspectiva de vida e uma forte disposição e motivação para fazer mudanças na forma como vivem. Com uma integração adequada e apoio terapêutico, este momento de maior motivação oferece uma oportunidade para fazer e sustentar as mudanças desejadas, trazendo os insights e os efeitos terapêuticos da jornada psicodélica para a vida cotidiana.</p> <p>Manter o processo refere-se a essa integração, traduzindo estados alterados em aspectos comportamentais alterados a longo prazo. Ao planejar o futuro, a abordagem reconhece que os contratempos são inevitáveis, mas os contratempos não precisam estimular a retomada dos padrões deletérios anteriores.</p>	<p>Os facilitadores dão suporte para os participantes na tomada de decisões concretas de mudanças significativas de vida.</p>

Fonte: Adaptado de Brennan e Belsler, 2022.

Cada domínio identificado na sigla *Embark*® refere-se a um conjunto de perspectivas de tratamentos relacionados que podem trazer benefícios terapêuticos se abordados de uma forma que respondam às necessidades específicas dos pacientes.

Os terapeutas devem:

- identificar, especificar e incluir um ou mais mecanismos psicoterapêuticos propostos pela *Embark*®, diante dos materiais psicológicos emergidos dos pacientes;
- pensar em diretrizes específicas para as intervenções baseados nos mecanismos terapêuticos propostos pelo modelo; e
- determinarem (junto com o paciente) objetivos de tratamento específicos para as necessidades emergidas dentro dos domínios do modelo PAP proposto.

Os terapeutas têm a tarefa de determinar quando um ou mais desses domínios se tornam salientes no tratamento de um participante e fornecer-lhes o apoio necessário para obter benefícios neste domínio.

A *Embark*® também se baseia na crença fundamental de que um tratamento eficaz é um tratamento ético. Por tanto, os terapeutas conduzirão as intervenções, para uma indicação específica, pautados pelos quatro pilares do cuidado do modelo.

**Quadro 7.** Tarefas da sessões *Embark*®

<b>TAREFAS DAS SESSÕES</b>			
	<b>Preparação</b>	<b>Sessão com psicodélico</b>	<b>Integração (*conforme relevante*)</b>
<b>Existencial-spiritual</b> (Existencial-Espiritual)	1P. Fornecer um enquadramento para a sessão de medicina que facilite o conteúdo existencial e espiritual.  2P. Avaliar temas existenciais ou espirituais e transformá-los em intenções	1S. Crie um recipiente físico e relacional facilitador de conteúdo existencial ou espiritual  2S. Sessão aberta com ritual colaborativo	1I. Cultive qualquer interesse no autodesenvolvimento espiritual que surja para o participante 2. Conecte quaisquer insights existenciais ou espirituais que surjam ao TDM do participante
<b>Mindfulness</b> (atenção plena)	3P. Fornecer psicoeducação básica sobre o uso da atenção plena na sessão de medicina.  4P. Ensine e pratique habilidades básicas de atenção plena	3S. Incentive a atenção plena com uma breve prática pré-dosagem  4S. Forneça a presença de um terapeuta que exemplifique a atenção plena	3I. Apoiar a capacidade sustentada de reconhecer e interromper processos de pensamento ruminativos 4I. Desenvolver qualquer capacidade recém-descoberta de autocompaixão

<p><b>Body Aware</b> (Consciência Corporal)</p>	<p>5P. Ensinar e praticar exercícios básicos de consciência somática para uso em sessões de medicina.</p> <p>6P. Discutir e avaliar o consentimento para intervenções de toque</p>	<p>5S. Guie o participante de volta ao seu corpo quando necessário</p> <p>6S. Forneça toque de apoio (com consentimento e dentro do escopo de competência)</p> <p>7S. Obtenha auto-acalmamento, se necessário</p>	<p>5I. Apoiar uma maior consciência somática e/ou incorporação como base para melhores práticas de autocuidado.</p> <p>6I. Atender a qualquer processamento de trauma   que ocorreu durante a sessão de medicina</p>
<p><b>Affect-Cognitive</b> (Afetivo e Cognitivo)</p>	<p>7P. Avalie o conteúdo relevante e incentive a intenção de explorá-lo na sessão de medicina</p> <p>8P. Ajude o participante a compreender a importância de abordar sentimentos e crenças desafiadores durante a sessão de medicina</p> <p>9P. Ensine e pratique uma técnica auto-calmante</p>	<p>8S. Incentive o participante a abordar pensamentos e sentimentos desafiadores</p> <p>9S. Estimule o auto-acalmamento cognitivo, se necessário (sobreposição com o domínio "B")</p>	<p>7I. Aproveite quaisquer momentos de "movimento em direção" a emoções desafiadoras para estabelecer uma nova orientação de abordagem na vida do participante</p>
<p><b>Relational</b> (Relacional)</p>	<p>10P. Construir relacionamento de confiança e aceitação</p> <p>11P. Check-in relacional</p> <p>12P. Discuta o conforto do participante ao receber cuidados</p> <p>13P. Estabeleça limites relacionais</p>	<p>10S. Fornecer cuidado abundante e presença de ALMOFADA</p> <p>11S. Se convidado pelo participante, fornecer contato relacional que esteja atento a dinâmicas não ordinárias de consciência</p>	<p>8I. Explore e tire conclusões de quaisquer momentos relacionais que surgiram na sessão de medicina</p> <p>9I. Aplique sentimentos de conexão ou empatia para reduzir o isolamento</p>
<p><b>Keep momentum</b> (Mantendo o processo)</p>	<p>14P. Explique que serão necessárias mudanças comportamentais pós-tratamento para sustentar os benefícios</p> <p>15P. Ouça a motivação existente para fazer mudanças e evoluir para intenções</p>	<p>12S. Ouça e registre declarações de motivação ou intenção de fazer mudanças em sua vida</p>	<p>10I. Apoiar o esclarecimento e a promulgação de valores</p> <p>11I. Ajudar a concretizar qualquer desejo recém-descoberto de fazer mudanças na vida após medicina</p>

Fonte: Adaptado de Brennan e Belser, 2022.

### 3.3.2.1. Cuidado com traumas informados

A abordagem reconhece a alta prevalência de trauma no mundo e a alta frequência

de traumas entre participantes PAPs. Qualquer aplicação do modelo EMBARK a uma psicopatologia específica reconhecerá a importância crucial de atender traumas em todos os momentos e âmbitos do tratamento. Além disso, é importante identificar as formas singulares, sensíveis e específicas que os traumas muitas vezes se manifestam em participantes de experiências psicodélicas. Os facilitadores treinados por esse modelo PAP receberão, portanto, instruções baseadas em contextos psicodélicos específicos para avaliar e responder aos traumas.

### 3.3.2.2. *Competência no cuidado cultural*

O campo da saúde mental chegou a um consenso que é importantíssimo se atentar a questões raciais, étnicas, de gênero, de orientação sexual, de idade, de classe, e que é crucial esse conhecimento para fornecer um tratamento ético e eficaz. No entanto, nota-se lacunas na formação dos profissionais para estarem sensíveis e atentos a estes fatores (CLAUSS-EHLERS ET AL., 2019).

Herzberg e Butler (2019) ressaltam a disparidade salarial entre trabalhadores negros e brancos e na falta de acesso à cuidados de saúde, especialmente na atual terapia psicodélica. Evidenciam também a alarmante e significativa sub-representatividade de pessoas negras e hispânicas em programas de treinamento, em pesquisa e em lideranças, citando exemplos de 6 estudos com MDMA nos Estados Unidos da América (EUA) (JEROME ET AL., 2020), onde 89,7% dos participantes eram brancos, de forma desproporcional à população Estadunidense geral, na qual 40% não são brancos (VESPA ET AL., 2018). Mesmo as ferramentas de triagem e categorias de diagnóstico na pesquisa psicodélica são criticadas por não reconhecerem as nuances do trauma e doenças mentais em diferentes grupos raciais (MICHAELS ET AL., 2018) e existe falta de compreensão dos profissionais brancos sobre a história da supremacia branca e o impacto do racismo nas comunidades minoritárias (HARVEY, 2016). Essas questões destacam a urgência de abordar o racismo sistêmico para garantir equidade e justiça na prestação de cuidados de saúde nas PAPs. Para Brennan e Belser (2022), a *Embark*® em todos os elementos da abordagem, tem dado importância prioritária a esses fatores.

### 3.3.2.3. *Cuidado ético rigoroso*

O apoio psicológico apresenta desafios éticos únicos, incluindo o potencial para uma maior sugestionabilidade dos participantes, a probabilidade de transferência e contratransferência fortes e complexas, e a necessidade de uma sensibilidade particular em relação ao consentimento, especificamente em torno dos limites e do toque. Essas condições apresentam uma cautela maior no que tange terapeutas transgredirem limites e há uma preocupação maior sobre os terapeutas usarem sua possível posição de poder de forma ética.

O modelo responde a este elevado potencial de perigos relacionais fortalecendo questões éticas e formação nesse âmbito em todos os aspectos da sua abordagem. Os terapeutas *Embark*® são apoiados na sua própria autorreflexão e crescimento profissional em supervisões contínuas e em reuniões de grupos de pares, para lidarem de forma segura com desafios éticos e ressaltar responsabilidades dentro de uma comunidade de práticas psicodélicas.

### 3.3.2.4. *Cuidado coletivo*

Os sintomas e condições que levam os participantes a ajuda psicológica estão enraizados não apenas nas suas experiências pessoais, mas também em traumas culturais e históricos, discriminação, desigualdades sociais e estressores ambientais. Os terapeutas atendem ao contexto mais amplo dos desafios dos participantes em todos os aspectos do tratamento. O treinamento apoia os terapeutas na atenção a esses fatores ao compreender e tratar os desafios apresentados pelos participantes e oferece recomendações sobre como eles podem ampliar seu papel e se tornarem defensores mais globais dos participantes que se comprometeram a servir.

Brenner e Blesser (2022) operacionalizam a identificação dos conteúdos através de perguntas simples, que também serão usadas para identificação dos discursos dos participantes do estudo aqui descrito, com a teoria do modelo.

**Quadro 8.** Diretrizes para condução das sessões de integração *Embark®* e apoio para identificação dos domínios

O participante...	Objetivos de integração a considerar
...experimentou algum fenômeno espiritual ou místico?	1 (E), 2 (E)
...teve alguma visão geral sobre significado ou propósito?	1 (E), 2 (E)
...descreveu algum aspecto de sua experiência como sagrado ou sagrado?	1 (E)
...sentiu que aprendeu algo com Deus, com seu eu superior ou com outras entidades espirituais?	1 (E), 2 (E)
...sentiu que chegou ao seu eu "mais verdadeiro" ou "superior"?	1 (E), 2 (E), 10 (K)
...adotou uma posição que possa indicar oração ou meditação?	1 (E), 3 (M) e 4 (M)
...saiu com um forte senso de propósito pessoal, mesmo que seja difícil de expressar em palavras?	2 (E), 10 (K), 11 (K)
...sentiu uma sensação sem palavras de sabedoria ou conhecimento?	2 (E)
...experimentou uma espécie de quietude, calma ou quietude mental?	3 (M), 4 (M)
...experimentou uma sensação de "liberdade" ou "liberação" mental?	3 (M)
...obteve mais informações sobre seus processos mentais internos?	3 (M), 4 (M), 6 (B), 7 (A)
...ganhou mais controle sobre seus pensamentos e sentimentos?	3 (M), 4 (M)
...saiu com uma nova visão de si mesmos ou se conheceu melhor?	3 (M), 7 (A), 10 (K)
...sentiu perdão ou compaixão por si mesmo ou por outra pessoa?	4 (M), 7 (A) e 9 (R)
...deu-se amor ou cuidado, talvez através do auto toque?	4 (M), 7 (A)
...teve uma abertura emocional?	4 (M), 6 (B) e 7 (A)

Fonte: Adaptado de Brennan e Belser, 2022.

### 3.4. METODOLOGIA QUANTITATIVA

#### 3.4.1. *Follow up da avaliação dos participantes*

Os cinco pacientes selecionados pelos critérios de inclusão e exclusão foram avaliados com as seguintes escalas:

#### 3.4.2. *Instrumentos Avaliativos*

##### 3.4.2.1. *Questionário de Avaliação de Luto Prolongado (PG13)*

A avaliação mais concreta do luto é importante para que não se patologize uma reação normal sem deixar de reconhecer o sofrimento para então realizar a abordagem necessária. O PG13 foi validado no Brasil com este intuito (DELALIBERA et al., 2017). É um instrumento recente, de fácil aplicação, capaz de fornecer uma boa comparação sobre as complicações do luto (DELALIBERA; COELHO; BARBOSA, 2011). Esta escala tem

sido utilizada em vários estudos (HUDSON et al., 2011; THOMAS et al., 2013; WIESE et al., 2010). De acordo com Delalibera e colaboradores, 2017 o PG-13, que foi elaborado por Prigerson et al. (2009), com o intuito desenvolver uma medida padrão de avaliação do luto é um instrumento adequado para avaliação da população brasileira e é composto por 13 itens descritivos que avaliam os sintomas de forma conjunta e que devem persistir por um período mínimo de seis meses, além de estar associados a um significativo distúrbio funcional (DELALIBERA; COELHO; BARBOSA, 2011). Esta escala apresenta escores de 11 a 55, onde quanto maior o resultado demonstra um processo de luto mais intenso.

#### 3.4.2.2. Escala de avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg (MADRS)

A escala MADRS avalia a intensidade dos sintomas depressivos de acordo com a pontuação desenvolvida (quanto maior o número de pontos, maior a gravidade). Na sua 41 versão final apresenta referências aos 10 itens mais significativos para indicar os sintomas do transtorno depressivo, cada um deles com quatro descrições das manifestações de sintomas, distinguindo ainda sintomas relatados e os observados. (WANG; GORENSTEIN, 2013). Esta escala vem sendo utilizada para determinar a ação terapêutica de um medicamento na melhora da depressão. Foi desenvolvida para avaliar mudanças clínicas durante o curso do tratamento com medicamentos antidepressivos e é frequentemente utilizada em ensaios clínicos (WANG; GORENSTEIN, 2013). Os itens avaliados incluem aspectos biológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais; e a avaliação do humor e dos sintomas vegetativos/somáticos representam, cada um, 30% do total do escore da escala. Ela apresenta alta validade e confiabilidade quando aplicada por um entrevistador clínico e também por enfermeiros treinados na observação de pacientes internados em unidades psiquiátricas. A escala foi mais sensível que a de Hamilton para detectar a resposta ao tratamento e teve também boa correlação com o escore de Hamilton, o que a torna válida também para avaliação da gravidade da depressão (MILLER; ROLLNICK, 2001). Uma escala de fácil aplicação, onde o somatório dos pontos varia entre 0-60 pontos, onde 0-10 – ausência de depressão, 11-19 – depressão leve, 20-34 depressão moderada e acima de 35 pontos depressão grave. (PALHANO-FONTES, 2019).

### 3.4.2.3. Questionário de qualidade de Vida SF36

O SF-36 foi desenvolvido para avaliação de qualidade de vida, sendo de fácil administração, possibilitando avaliar a capacidade funcional, vitalidade, estados gerais de saúde, entre outros (CICONELLI et al., 1999), além de não ser tão extenso como os desenvolvidos anteriormente (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994). Esta foi a escala escolhida para avaliar a qualidade de vida, pois avalia amplamente a saúde e já foi utilizada em diversos estudos. Como é um questionário genérico, permite comparações entre diferentes idades (HAYES et al., 1995). O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, além de uma questão comparativa entre as condições atuais de saúde em relação há um ano (CICONELLI et al., 1999). Um ponto positivo desta escala é a avaliação de aspectos positivos da saúde, 42 como o bem estar, e não apenas negativos como a maioria das escalas (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994). A pontuação do SF 36 varia de 0 a 100, onde 0=pior e 100=melhor para cada domínio.

## 3.5. ESTATÍSTICA

Para a realização de análises de significância e tamanho de efeito em dados não paramétricos, foi empregado o teste de Wilcoxon para amostras pareadas, reconhecido como uma alternativa não paramétrica ao teste t de *Student*.

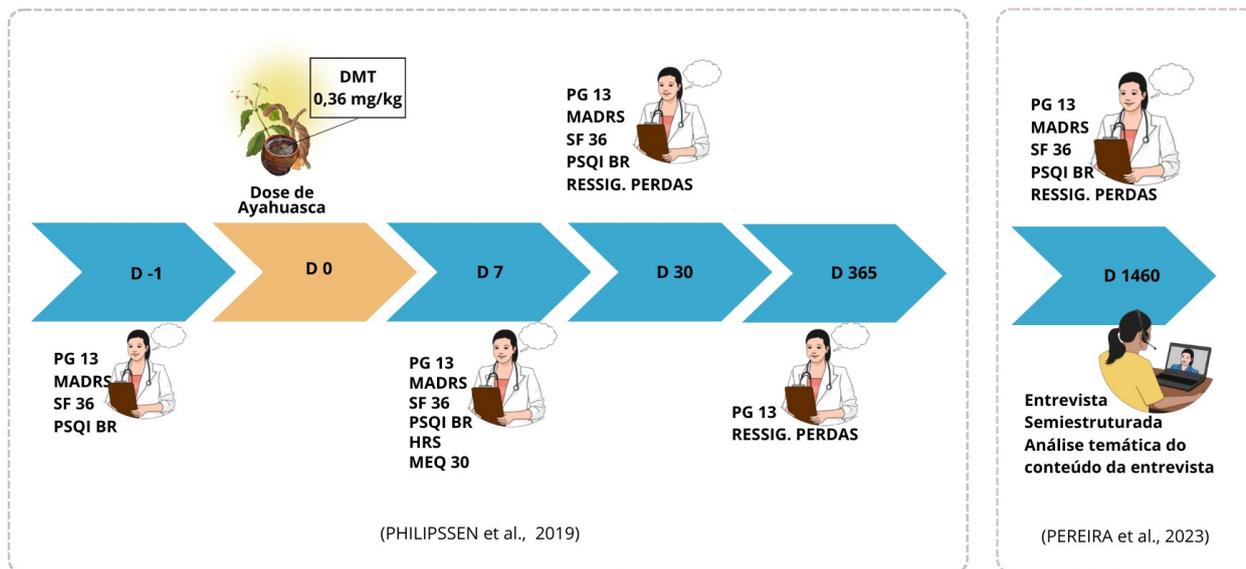
Foram calculadas as diferenças entre os valores de cada paciente nos tempos após a intervenção e no tempo inicial (T0).

Posteriormente, o teste de Wilcoxon foi aplicado individualmente para cada paciente e globalmente para todos os pacientes. Para cada paciente, a estatística de teste (T) foi determinada como o mínimo entre o somatório dos postos positivos (S+) e o somatório dos postos negativos (S-). A significância estatística foi verificada consultando tabelas de valores críticos do teste de Wilcoxon, considerando um nível de significância de 0,05.

O tamanho do efeito (r de Rosenthal) foi calculado utilizando a fórmula:  $r = T/\sqrt{N}$ , onde T representa a estatística de teste e N é o total de observações.

### 3.6. DESENHO EXPERIMENTAL

Figura 3. Desenho Experimental



Fonte: Adaptado de Philippsen (2022).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os dados a seguir foram coletados no ensaio original por Philippsen (2022).

Cinco pacientes foram avaliados neste estudo, estes, sendo recrutados através de divulgação da pesquisa através de mídias sociais, levando em consideração os critérios de exclusão deste trabalho sendo eles dois do gênero e sexo masculino (M), dois do gênero e sexo feminino (F) e um do gênero não binário (NB) e sexo masculino, com idades entre 22 e 48 anos (Quadro 7).

Paciente 1: apresentava sintomas de luto há 19 anos. Tinha experiências prévias com outras substâncias psicodélicas. Os sintomas do luto ficavam mais evidentes quando lembranças em relação ao ente querido vinham à tona. A paciente tinha dificuldade em falar sobre o assunto, não gostava de acessar as memórias afetivas e não repassava muitas informações sobre seu luto. A paciente referiu obter inúmeros benefícios com o uso da Ayahuasca, fazendo com que o uso da mesma fosse recorrente em ambiente religioso após a primeira experiência.

Paciente 2: do sexo masculino, apresentava sintomas de luto há 4 anos após a morte da mãe. Os sintomas relacionados ao luto eram de tristeza e sensação de vazio interior. Paciente 3: com luto relacionado ao óbito da mãe, há 4 anos, com a qual vivenciava uma relação muito íntima. Apresentava sintomas graves de depressão após a perda, com prévio tratamento psiquiátrico, pois o luto impactou totalmente em suas relações e vida pessoal e profissional.

Paciente 4: Apresentava sintomas de luto há aproximadamente 11 anos, após o óbito de uma amiga de infância por uma fatalidade. O luto impactava na sua vida diariamente e há muito tempo apresentava humor deprimido e crises de ansiedade, fatos estes que o levaram a realizar acompanhamento psiquiátrico. O paciente tinha um contato prévio com a ayahuasca, mas sua primeira vivência não havia sido satisfatória.

Paciente 5: Apresentava sintomas de luto há aproximadamente 11 anos após a morte do avô. A partir de então, iniciou com sintomas de ansiedade relacionados à finitude, transtorno de ansiedade generalizada, humor deprimido e períodos de bulimia. A paciente não tinha contato com ayahuasca ou outra substância psicodélica. Segundo a paciente, a mesma fechou-se para a espiritualidade após a perda.

**Quadro 9.** Caracterização dos participantes

Pacientes	Gênero	Raça/Cor <sup>1</sup>	Idade	Tempo de Luto	Peso Corporal <sup>2</sup>	Doses utilizadas
P1	F	Branca	48	19 anos	57	2
P2	M	Branca	25	4 anos	81	2
P3	NB	Preta	26	4 anos	100	1
P4	M	Parda	24	11 anos	74	1
P5	F	Branca	22	11 anos	69	2

**Legenda:**

<sup>1</sup> Utilizada a autodeclaração racial. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a autodeclaração racial é identificada pela própria pessoa, é ela quem declara sua própria raça/cor (JESUS e HOFFMAN, 2020).

<sup>2</sup> Dose de ayahuasca foi administrada contendo 0,36 mg/kg de Dimetilriptamina (DMT).

**Nota explicativa:** Os dados foram coletados a partir de entrevista e preenchimento de questionário (PHILIPPSSEN, 2022).

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

## 4.2. RESULTADOS QUALITATIVOS

A análise qualitativa teve como objetivo identificar possíveis aspectos presentes no discurso dos pacientes que se correlacionam com os domínios terapêuticos, preocupações éticas e de cuidado do modelo *Embark*® de intervenção em Psicoterapia Assistida por Psicodélicos, bem como propor possíveis intervenções e práticas que seriam importantes para otimizar o processo terapêutico e o bem estar dos pacientes no estudo aqui avaliado.

As análises se voltam para a observação dos pontos positivos que o entrevistado identificou e que tenha tido influência nos processos terapêuticos do luto patológico, organizado pelos domínios de mudança psicológica que a *Embark*® propõe, descrito acima.

Foram considerados os relatos de maior impacto na saúde mental e que foram terapeuticamente importantes para o processo de luto patológico dos participantes. Os resultados e as análises seguem por temas identificados dentro dos 6 domínios de mudança terapêutica da PAP *Embark*® proposta por Brennan e Belser (2022).

### 4.2.1. Existencial-espiritual

Pesquisas sobre terapia de base psicodélica mostram que os participantes

frequentemente relatam encontros profundos de natureza existencial ou espiritual e que essas experiências trazem benefícios terapêuticos, com alguns participantes até afirmando que estão entre as experiências mais significativas da vida deles (SCHIMMERS *et al.*, 2022).

Os participantes podem vivenciar diversos fenômenos, como uma sensação de transcender o tempo e o espaço e de uma compreensão profunda da natureza da realidade. Relatam também encontrar ancestrais, entidades ou guias, esses últimos fenômenos predominaram na experiência de P3:

[...] nesse dia eu tive uma experiência com um orixá muito forte. Ele veio em Terra e ele não ia embora. [...] Eu falei: 'não, então tem que melhorar, e aí voltei a fazer psicoterapia, voltei tomar os remédios, porque eu tinha parado de tomar justamente pra tomar a medicina [...] eu sinto que esse set foi gradualmente baixando e desaparecendo sem eu perceber, porque eu comecei tomar umas outras autonomias [...] eu já senti uma melhora na questão do luto assim, muito forte. Eu falava disso com a terapeuta da época, falava assim: 'Eu não acredito na diferença'. Falava disso assim, de ter ido incrédula para pesquisa, porque é como se esse fantasma da minha mãe carnal ter morrido não me trouxesse mais sofrimento, me trazia reflexão, me fazia pensar nas questões práticas (P3).

As conhecidas dissoluções do ego, que são enquadradas na *EMBARK* (BRENNAN e BELSER, 2022) dentro do domínio existencial-espiritual, trazem sentimentos de unidade com o universo e uma consciência de interconexão entre humanos e toda a vida (LETHEBY e GERRANS, 2017), foram vivenciadas por P2, como evidencia seu relato:

Além de ter sentido uma unidade muito forte com o universo todo[...] eu lembro de sentir eu encostando no chão. Parecia que o chão era uma continuação de mim, que tudo era uma continuação de mim, que a gente é tudo uma coisa só. [...] o chão como sendo uma representação do planeta, de uma coisa muito maior. [...] Eu tenho uma impressão, depois dessa experiência, que eu tenho uma visão um pouco mais empática, uma compreensão de compartilhamento um pouco maior. Aí eu acho que isso me ajudou muito no luto, no sentido de entender o lado das outras pessoas. Com quem eu tinha ficado um pouco magoado ou qualquer coisa assim. (P2)

Apesar de encontros mais desafiadores serem comuns, como o terror intenso de perder o sentido de si ou confrontos com a morte, não foram relatadas pelos quatro participantes do estudo. Ambas as experiências belas e desafiadoras podem ser de imenso aprendizado e de mudanças terapêuticas importantes (REIFF *et al.*, 2020).

Outros momentos existenciais-espirituais surgiram na experiência dos participantes P2, P3 e P4. Nessas vivências, o domínio existencial-espiritual acaba se sobrepondo aos

domínios relacionais e afetivo-cognitivo (que serão descritos melhor posteriormente). P2 que mantinha um sofrimento por uma mágoa em relação a algumas pessoas durante o processo de adoecimento e morte da mãe, a qual lhe trazia desconfortos em seu processo de luto, relata que adquiriu uma perspectiva de empatia maior para com essas pessoas e um sentimento de amparo, e ressalta ainda o impacto desses aspectos em sua melhora no quadro:

Eu tenho uma impressão, depois dessa experiência, eu tenho uma visão um pouco mais empática, uma compreensão de compartilhamento um pouco maior. Aí eu acho que isso me ajudou muito no luto, no sentido de entender o lado das outras pessoas. Com quem eu tinha ficado um pouco magoado ou qualquer coisa assim. [...] Indiretamente, contribuiu, para esse processo de luto, o estado mais confortável, acredito que sim, eu lembro muito de uma miração que foi bem significativa, que era como se eu tivesse num ambiente bem escuro, parecia ser uma torre que eu olhava para cima, ela não tinha fim era um ambiente como se fosse todo de mármore preto, então ele era escuro por conta da construção, mas o ambiente era claro e, conforme eu andava, lembro que em vez de me sentir sozinho, ou eu me sentir muito pequeno, eu me senti potente, eu lembro que eu olhava, eu via muito as portas em todos os lugares, mas eu não tinha vontade de entrar em nenhuma, e pra mim, aquilo veio muito como um entendimento de tipo assim, eu tenho todas essas possibilidades, eu tenho vários caminhos que eu posso seguir. Eu tenho várias pessoas com quem contar, eu tenho pra mim que foi isso, que significou aquelas portas, todas abertas. Eram possibilidades que eu tinha, eram caminhos que eu poderia trilhar e que naquele momento eu não queria tomar nenhum, mas que eu estava bem ali, que eu estava bem com a minha escolha. Onde eu estava, mesmo estando num local tão intimidador, eu não me sentia intimidado e mesmo sabendo que eu era pequeno para mim, parecia que eu era importante para aquilo. Eu não era só uma pessoa muito minúscula naquela torre gigante, eu era uma pessoa minúscula naquela torre que era importante para a torre, para o funcionamento dela como um todo, mesmo estando sozinho, mesmo tudo assim. Então eu acho que me fortaleceu nesse sentido, de eu sentir que eu não estou desamparado. (P2)

P3 descreve uma “liberação” afetiva da mãe (falecida) e uma “desconexão da dor” do luto durante sua experiência em estado não ordinário de consciência, salientando a sustentação desse novo paradigma em sua vida:

[...] Sim, esse momento, principalmente esse momento do ápice, não é? Talvez tudo o que a medicina abre no corpo abre na espiritualidade de alguém que trabalha com isso, que possa ter sido muito importante, não é? Tipo toda a experiência. Mas foi esse ápice, foi esse momento específico, as coisas que foram ditas tipo, eu nunca, nunca, nunca, entre todas as coisas que eu já tinha pensado, eu não pensei que eu precisava da aprovação dela [mãe falecida] para amar. Eu sei lá, eu pensava nas questões de gênero, que eu te falei que era um lacre assim, eu não conseguia romper, não é? Não conseguia me assumir, em outros

termos para ela. Mas nunca tinha pensado nisso, nunca tinha virado essa chavinha que ela tinha um controle sobre esse universo meu, sobre poder amar alguém sem permissão dela. Então, foi algo muito novo e isso para mim na época me dar conta disso na viagem [...] ela me permitiu ainda amar e ser amado, essa permissão dela, eu também quero que ela tenha uma evolução espiritual lá onde ela tiver. Isso tudo aconteceu só depois dessa experiência, até então, eu não conseguia ter esse desapego, tipo, eu de uma certa forma queria que ela tivesse comigo ainda, não queria que ela fosse embora, nem morta, nem depois de muito tempo morta [...] então, já era uns 3 anos, pelo menos, não é? [...] E esse foi um divisor de águas para mim, eu senti uma liberação da dor, uma desconexão da dor... (P3)

É notório na descrição de P2 e P3 (e P4, que será descrito melhor no domínio relacional) um avanço importante em processos psicológicos fundamentais da saída do luto agudo para o luto integrativo, descritos no modelo cognitivo de luto de Worden (2015). A partir da experiência enteógena com Ayahuasca - em especial no momento de encontro de P3 com a mãe, e de um encontro de P4 com a avó e com a amiga relacionada ao quadro de luto (que será descrito no domínio relacional) - os dois adquiriram um novo entendimento e mudanças de crenças que mantinham um estado de sofrimento, como a diminuição do apego à figura perdida ou aceitação da realidade da morte, ajustando a vida sem a pessoa e encontrando um lugar para ela na memória emocional.

Cabe lembrar que, como a PAP *EMBARK* é um modelo trans drogas e transdiagnóstico, o modelo permite a incorporação de teorias e ações de cada diagnóstico, junto com os 6 domínios e 4 pedras angulares éticas que são de importância geral nas PAPs em várias psicopatologias.

#### **4.2.2. Atenção plena (*mindfulness*)**

Na *Embark*®, *mindfulness* refere-se à prática de focar a consciência na experiência interior trazendo a atenção para o que está acontecendo momento a momento, no presente. Centra-se no cultivo de um estado de “consciência do observador” que testemunha pensamentos, sensações e experiências. Indivíduos que participam de terapia de base psicodélica geralmente encontram benefícios na prática da atenção plena, como maior flexibilidade psicológica, menos medo e mais aceitação de emoções e pensamentos desafiadores, e conexão com um eu “mais profundo” ou “mais verdadeiro” que é menos identificado com emoções e crenças de alguém. Três participantes relataram ter desenvolvido ou ter tido algum ganho em algum fator do construto atenção

plena, P5, P4 e P2 relataram a flexibilidade psicológica em relação às crenças sobre a morte, passaram a ter um olhar mais autocompassivo sobre o item, tão importante no quadro. Para os três, o que também sobressaltou em seus discursos foi uma atenção maior no momento presente, até para uma maior sensibilidade aos aspectos do cotidiano que podem impactar em sua saúde mental, como o trecho a seguir:

[Entrevistador: “*Você acha que a experiência com a Ayahuasca te ajudou a ter uma habilidade maior de atenção plena?* “]. Eu acho que sim. Eu acho que nesse sentido de viver o presente nesse sentido todo. [...] eu acho que eu comecei a encarar a morte num sentido de que ela vai acontecer, como um processo natural, e, não sei, eu acho que assim, ajuda a gente enxergar uma beleza na finitude das coisas, sabe? Foi tudo muito em perspectiva, mas eu não sei dizer se isso seria mais em relação ao uso da Ayahuasca ou se é todo o processo do luto mesmo. Como se deu, entender que as coisas são passageiras mesmo.(P2)

Tenho mais essa percepção de estar aqui, mas agora eu acho que a ansiedade ela é um pouco mais controlada. Lógico, a gente tem a questão aí que tem coisas ansiogênicas, não é? Que é impossível da gente controlar, mas a questão do mindfulness, de estar aqui e agora, ela é algo que eu pratico, então, se eu estou ali no meu consultório, se eu estou atendendo algum paciente e que às vezes me ataca um pouco mais essa questão da ansiedade, eu lembro disso e eu pego e falo assim: ‘Cara, não, para, pensa, vamos ver onde é que você está? Começa a sentir o dedo do pé, começa a sentir’, não é? Eu acho que isso me ajudou bastante assim. [Entrevistador: “*E você acha que tem uma contribuição da ayahuasca nesse desenvolvimento dessa habilidade?*”] Com certeza.(P4)

Eu acho que sim, teve influência, isso é uma coisa que eu mudei muito, não sei dizer só pela ayahuasca, mas eu mudei muito. Tentei fazer o mindfulness tradicional, de fazer uma coisa por vez, comer sem TV, isso não funcionou para mim, não consegui. Então não foi do método tradicional que eu consegui aproveitar o agora, então eu acho que isso tem uma parcela sim da ayahuasca. Junto com as outras, terapia e tal, mas foi uma sensação que eu tive num momento lá, foi esse tipo de sensação que eu tive.(P5)

#### **4.2.3. Consciência corporal (Body Aware)**

Os sintomas de traumas e crenças centrais são frequentemente mantidos no corpo. Na PAP, o corpo pode atuar como uma porta de entrada para um processo terapêutico profundo. Participantes submetidos a PAPs descreveram experimentar uma série de fenômenos corporais, como percepção aprimorada ou alterada de seus corpos, mudança de consciência interoceptiva, descarga catártica de trauma por meio de tremores, movimentos ou vocalizações, e até mesmo mudanças em seus sentidos de si mesmo com as suas ampliações de consciência corporal de maneira ampla (WATTS et. al, 2017).

O modelo aborda o corpo como um local terapêutico e de sabedoria. Baseia-se em

terapias centradas no corpo, através do reconhecimento de que mente e corpo não estão separados, e pode ser mais útil falar de mente-corpo como um todo único, particularmente no contexto de estados incomuns de consciência (BRENNAN e BELSER, 2022.).

A experiência de P3, por mais que ele relate algumas questões corporais, entende-se que o fenômeno vivenciado fique mais dentro de uma interpretação subjetiva existencial-espiritual, fato esse que o próprio participante verbaliza.

Espiritualmente foi um processo gigantesco porque a medicina permite uma conexão dos tempos. [...] eu tive uma viagem visual muito profunda, uma viagem química, eu sentia que o meu corpo estava alterado e durou, às vezes a força voltava, esse tipo de sensação, porque eu aprendi a cuidar do corpo espiritual. [...] eu tive uma viagem espiritual tremenda, vi coisas, signos, códigos químicos, foram muito poderosos para mim. (P3)

Os participantes P2, P3, P4 e P5 não relataram momentos de descarga catártica, como vômitos, diarreia, choro ou outros com esse intuito, apesar de P3 passar por momentos de risos intensos e até de tremores, que muitos autores (BELSER et. al., 2017; BOGENSCHUTZ e FORCEHIMES, 2017) também consideram como uma descarga catártica. P3 faz a interpretação do momento como algo totalmente espiritual e relacionado com um fenômeno importante e forte dentro de sua cultura, tradição e religião.

Porque eu também não permiti, mas eu fechei completamente isso, porque a primeira vez foi essa sensação dos demônios e a sensação era assim: eu me via de fora, eu via eles pisoteando meu corpo, enfiando lanças, coisas do meu corpo e eles tentavam abrir o meu olho, eles queriam meu olho, eles tentavam abrir até que eu falei assim: 'não existe demônio, só existe Exu, Exu é de boa. Eu dou risada com Exu, eu não tenho medo de Exu! E a gente começou a rir. Naquele padrão ali na minha cabeça, só que eu comecei a rir na vida real e eu começava a levar as mãos para trás, que é um gesto muito comum na incorporação na nossa tradição, como se fosse um processo da incorporação, não é? E a minha mão ia para trás sem controle, eu sentia meu corpo tremer, mas tremer muito, como eu sempre vi de fora, como eu nunca senti. (P3)

Sobre processos de descarga catártica, P3 justifica o fato de não ter vivenciado "purgações" por já estar em movimentos de purificação espiritual constantes em sua religião.

Nota-se que os participantes identificam alterações corporais com sinais preditivos de algum fenômeno, ou um entendimento espiritual-religioso (no caso de P3), ou até de uma perspectiva existencial-espiritual (como na dissolução do ego de P2, citada em outro

tópico), mas não é nítido se há uma compreensão e uma correlação corporal-psíquica que os autores. A EMBARK sugere nesse âmbito que as sessões de preparação e até de integração voltadas para o treinamento da sensibilidade, entendimento e integração terapêutica desse aspecto corpóreo-psíquico podem contribuir para uma melhor exploração do domínio, como no caso de P4:

Eu sempre fico mais atento ao meu tórax, porque é o momento onde eu sinto que vai bater, não é? Como diz, como... a força, a força vem pelo meu tórax. Então, tem pessoas que sentem às vezes na perna e tal, mas eu fico sempre muito atento aqui. Então, quando vai, quando a força vai chegar, eu sei pelo tórax, que parece que modifica alguma coisa ali, acontece alguma coisa ali, eu falo assim: 'C#r#lh#! Chegou! Agora é o momento', de tipo assim, de trabalhar, sabe? É o momento de pensar, é um momento de começar a fazer perguntas e um momento de tal, de... vou usar a palavra viajar, sabe? [...] Se eu estou mais angustiado, é o tórax que que ativa, não é? Então, se eu estou mais ansioso é o tórax que ativa, mas nesse sentido da ayahuasca, foi uma ativação um pouco mais...diferente, foi uma... foi um pouco mais suave, sabe?

Esses aspectos corporais também podem ser integrados na forma que os participantes vivenciaram (P3 citado acima) e como relata P2 na sua dissolução do ego, descrita no domínio existencial-espiritual.

Na entrevista de P5 não identificou-se nuances desse domínio, apesar de falar de uma maior tranquilidade e um estado de qualidade maior de presença no aqui e agora (citada em *mindfulness*) em momentos não agudos, que inclusive só foram relatados em momentos de estado de consciência ordinária, não relatando ter passado por uma experiência de estado agudo alterado de consciência (experiência psicodélica).

#### **4.2.4. Afetivo-cognitivo**

Os participantes que recebem medicamentos psicodélicos em um contexto de apoio estão frequentemente abertos às experiências emocionais profundas, para além daquilo (JOHNSON ET AL., 2019) que conseguem acessar na sua vida cotidiana, ou através da psicoterapia regular. Muitos descrevem sentimentos transcendentais de alegria, felicidade e amor, e também momentos de dificuldade emocional como desespero, medo, tristeza e pesar, muitas vezes no contexto de uma catarse terapêutica profunda, como descreve P2:

[...] parecia que um dos ensinamentos que a planta queria me dar era de realmente aproveitar mais o momento. Como se enxergasse uma luz no fim do túnel, sabe? Tipo de não desesperar tanto. É aquela questão da epifania. Eu acho que ela conseguiu me fazer ter algumas epifanias, me colocou em situações que me despertaram. (P2)

Outras vezes, os participantes enfrentam crenças desafiadoras sobre si mesmos com uma profundidade que normalmente evitariam. Com o apoio de integração adequada, estas aberturas podem levar a mudanças psicológicas duradouras (BREEKSEMA et. al., 2020).

Todas as alterações emocionais e cognitivas podem ser potencializadas com as músicas em *setting*. Segundo Kaelen *et al.* (2018) as músicas em *setting* podem ter influências satisfatórias incluindo um sentido de orientação, sentimentos de segurança e calma, a evocação de emoções e imagens mentais terapeuticamente úteis e pessoalmente significativas, e também percepções de abertura e intensificação positiva da experiência.

Todos os participantes comentam a importância do *setting* e da música, mas para P4, há um momento “eureka” (LEMERCIER e TERHUNE, 2018) ou da citada epifania.

[Entrevistador: ‘Como o *setting* ou contexto influenciou na sua experiência e nos seus processos?’] [...] foi muito benéfico para mim a questão do som. O som me ajudou muito a ressignificar muitas coisas, não só a questão do luto, mas questões pessoais, sabe? [...] Eu acho que ele fez todo o sentido em relação à terapêutica. [...] tinha uma música que ela dizia assim: ‘Vai curar’. E aí ficava: ‘Vai curar, vai curar, vai curar...’ Já curou, já curou, já curou’ [...] Eu não sei descrever o quanto aquilo foi importante para mim! Não só do luto, mas de várias outras coisas que estavam acontecendo na minha vida [...] Curou, curou ali, naquele momento, curou! [...] E a iluminação também foi algo que me chamou muita atenção [...] e que me ajudaram muito nesse trabalho, sabe? [...] me deixou bem mais tranquilo para vivenciar aquilo [20 minutos de relaxamento pré sessão Ayahuasca] [...] (P4)

#### **4.2.5. Relacional**

A abordagem da EMBARK centra-se na ideia de que as pessoas não são indivíduos solitários e isolados, mas sim profundamente ligados e inseridos nas relações humanas. Frequentemente em experiências psicodélicas, as pessoas têm a experiência de ver sua mãe ou pai, irmãos, filhos adultos, ex-parceiros românticos e outras conexões significativas na vida (DÖLEN e BRIGGS, 2021).

Dölen e Briggs (2021) trazem em sua revisão, sobre aspectos relacionais dos

psicodélicos, que a medicina psicodélica possui uma capacidade única de dissolver fronteiras entre o eu e o outro e de trazer para o primeiro plano as formas de como o relacionamento de um participante foi moldado. A sua história relacional, incluindo rupturas de apego e traumas relacionais, muitas vezes desde a infância, pode emergir na sua experiência interna ou ser trazida à vida em forma de transferência na sua relação com os facilitadores, que foram relatadas por dois participantes, com sentimentos transferenciais maternos durante a experiência com a Ayahuasca:

“Eu senti uma coisa muito boa com [*nome da profissional do estudo*], uma coisa maternal, ela foi uma figura muito positiva para mim.” (P3).

“Eu falo que [*nome da profissional*] ela é uma mãe pra mim.”(P4)

Quando respondidas com habilidade essas dinâmicas emergentes no relacionamento terapêutico podem oferecer experiências emocionais assertivas às anteriores e oportunidades para uma repadronização relacional.

Esses aspectos que estão presentes no domínio Relacional da *EMBARC*, não apareceram no relato de P5, por não ter vivenciado uma experiência enteógena ou psicodélica. Para P2, surge de uma forma menos intensa e se aproximando mais a outros domínios (como descrito no tópico existencial-espiritual). Mas para P3 (descrito no domínio existencial-espiritual, com sobreposição ao domínio relacional aqui mencionado) e P4, o domínio emergiu com muita profundidade e significância em seus processos terapêuticos relacionados ao sofrimento do luto. Como podemos observar no relato de P4, quando o entrevistador questiona se viveu uma experiência de cunho relacional e se teve impacto no seu processo de luto patológico:

Principalmente com a minha avó, nesse momento em que as pessoas apareceram, não é? Me abraçando. Eu senti uma conexão muito forte com minha avó. Essa conexão eu sempre tive, essa conexão muito forte com minha vó. Sempre tenho até depois dela ter morrido agora [*avó era viva na época da experiência*]. Mas o abraço que a minha vó me deu, ele foi muito caloroso, muito importante. Chorar ali naquele momento, eu chorei porque foi um abraço...cara! sei lá, foi um abraço muito, muito caloroso, foi um abraço muito aconchegante, foi um abraço muito, muito bom. [*Entrevistador: “E você acha que esse abraço, essa experiência impactou na questão do luto também?”*] Sim, até porque, assim, a minha avó ela era muito relacionada também a essa criança, não é? A essa criança que morreu, porque ela era vizinha e, então, a gente tinha uma relação muito próxima, não é? Então, as minhas férias eu passava na casa da minha avó, a minha avó cuidava de mim, cuidava dela e isso para mim foi muito importante. [*Entrevistador: “Qual o entendimento que você teve com esse abraço dela?”*] Percebi que está tudo bem, de que ela está em um lugar bom, de que ela não está sofrendo, de que ela está bem, não sofre, ela está plena, sabe? (P4)

P5, mesmo relatando um certa frustração de não ter vivido uma experiência psicodélica, ainda relatou uma melhora de cunho relacional e interpessoal:

Eu acho que com a família, essa valorização dessas coisas, que às vezes a gente se incomoda tanto com coisa pequena. Acho que também com as pessoas, tipo amigos, no sentido de aproveitar e se ver. Eu acho que foi um geral mesmo. Eu não sei se foi exatamente direto, mas indiretamente, nessa nova visão minha, me fez ter uma relação melhor. (P5)

#### **4.2.6. Mantendo o ímpeto (*Keep momentum*)**

A facilitação psicodélica apresenta uma janela neuroplástica crítica para fazer mudanças de vida significativas (através de seus próprios valores). Depois de uma sessão de medicina, os participantes muitas vezes emergem com uma nova perspectiva de vida e uma forte disposição e motivação para fazer mudanças na forma como vivem. Com uma integração adequada e apoio terapêutico, este momento de maior motivação oferece uma oportunidade para fazer e sustentar as mudanças desejadas, trazendo os *insights* e os efeitos terapêuticos da jornada psicodélica para a vida cotidiana (JOHNSON et. al., 2019).

Manter o processo refere-se a essa integração, traduzindo estados alterados de consciência agudos e subagudos em mudanças comportamentais a longo prazo.

No último domínio, a *EMBARC* traz como perspectiva a manutenção do impacto da experiência e a possibilidade real de mudança de paradigmas do indivíduo, relacionada ao objeto de apego e a sua vida após a intervenção terapêutica, que por muitas vezes, pode aparecer entrelaçada com outros domínios, tais como o existencial, relacional e afetivo-cognitivo (BRENNAN e BELSER, 2022).

Nesse contexto, o entrevistador perguntou aos entrevistados: “Você sentiu alguma mudança em sua perspectiva sobre a morte?” Os participantes relataram ter havido uma melhora na forma de enxergar a vida ou que houve mudanças de paradigmas em aspectos pessoais ou associados a aceitação da morte e do luto. Todos os participantes da entrevista relataram alguma mudança em suas crenças ou formas de ver o mundo ou encarar a vida, seja de uma forma mais intensa ou em menor proporção, inclusive P5, que não relatou ter tido uma experiência psicodélica ou enteógena.

A participante P5 demonstrou o quanto a experiência com a Ayahuasca promoveu

uma nova forma de olhar adiante, ressignificando e reorganizando pensamentos e perspectivas de vida, trazendo nessa esfera o enxergar com naturalidade o sujeito da ação - o luto, transformando a perda em um processo natural.

[...] Eu acho que assim, ela potencializou um pouco mais a questão de estar mais ativo [...] levar a vida mais leve, aproveitar as coisas, ver as coisas com outros olhos, ali foi como se tivesse, por exemplo, como se tivesse colocado um óculos e eu vi as coisas diferentes. E aí, isso depois permaneceu, claro, acho que não, óbvio, tão forte, mas permaneceu com essa lente de olhar diferente. Do sentido da vida, dos vínculos, do não se importar com o que vai acontecer depois. [...] 'Nossa, como a vida é linda, sabe? Esse tipo de sensação que eu tive lá, depois eu acho que eu fiquei um pouco assim mesmo, sabe? 'Poxa, vamos aproveitar o que tem!' Então, isso eu associei uma parcela sim a Ayahuasca[...] e daí, de repente eu comecei a ir, mas eu comecei a ir na psicóloga depois da Ayahuasca, antes eu não tinha psicóloga, só tratamento psiquiátrico, eu estava na terceira medicação (P5).

Para alguns participantes percebe-se que há uma fusão de domínios, o que é comum para a EMBARK, e na fenomenologia da experiência de outras PAPs, uma sobreposição de domínios e mecanismos de mudança psicológica (BRENNAN e BELSER, 2022), tendo em vista que as vivências, crenças e valores de cada indivíduo são essenciais no processo de transmutação e manutenção das nossas perspectivas, como é observado na narrativa de P3, que traz em sua fala uma ressignificação depois de anos com outros tipos de suporte, e que com a experiência com ayahuasca conseguiu promover uma mudança de sentimentos e perspectivas sobre a vida, sobre ele mesmo, conduzindo-o para uma ressignificação de valores e ao mesmo tempo, de sujeito da ação do Eu.

Eu estava há anos na psiquiatria, já estava há anos numa jornada espiritual e eu nunca tinha conseguido em nenhum desses lugares, nem na terapia, nem aqui na minha vida espiritual ter virado uma chave tão rápido como foi com essa experiência, com esse ponto agudo da experiência. Assim, eu reorganizei muita coisa depois daquilo, assim, eu me dei conta de muita coisa. Espiritualmente eu assumi novas práticas na minha saúde também. (P3)

Nesse domínio, as narrativas reflexivas de aceitação e mudança de paradigmas associadas ao autocuidado, a busca pelo autoconhecimento foram bem delineadas pelos participantes P3 e P5, e associadas claramente à experiência com o uso da Ayahuasca.

### 4.3. RESULTADOS QUANTITATIVOS

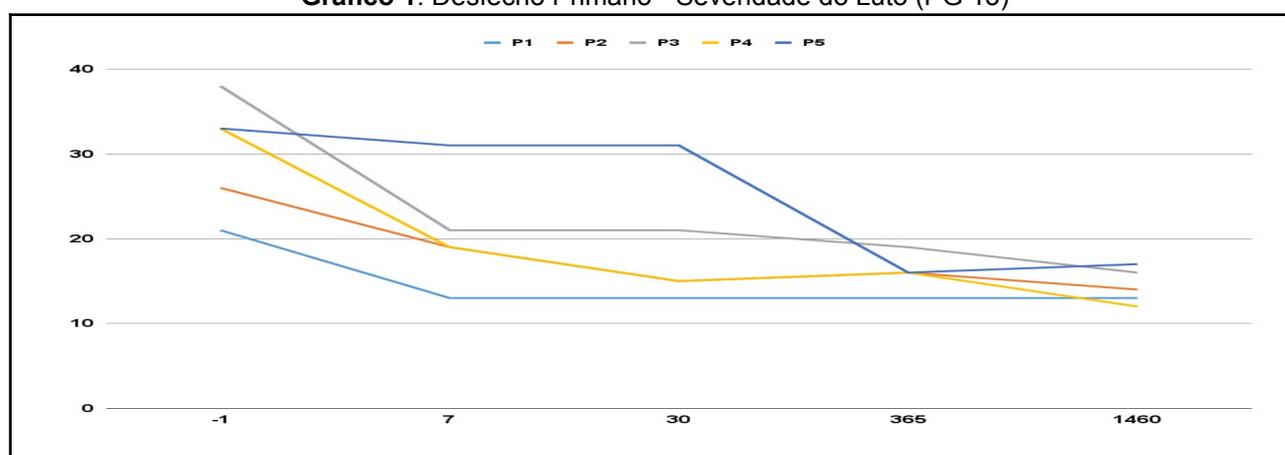
Como pode-se visualizar nos gráficos abaixo, os resultados relatados de forma descritiva, também se confirmaram nos dados quantitativos de redução da severidade do luto e na redução da depressão, sendo que 4 dos 5 participantes, já tiveram melhoras importantes na avaliação de sete dias após a experiência com ayahuasca.

#### 4.3.1. Desfecho primário - severidade do luto (PG13)

Os resultados provenientes da avaliação do processo de luto por meio da escala PG 13 nos períodos D-1 (um dia antes do tratamento), D7 (sete dias pós-tratamento), D30 (trinta dias pós-tratamento), D365 (um ano pós-tratamento) e D1460 (4 anos após o tratamento) são apresentados no gráfico 1. O gráfico exhibe os dados obtidos durante a aplicação da escala PG13 para a avaliação do luto.

Todos os pacientes, exceto o paciente 5, demonstraram uma melhora significativa nos escores do questionário de luto, com uma resignificação mais proeminente do processo no D30. Após um ano do tratamento, todos os pacientes exibiram uma variação percentual superior a 30% em relação ao luto, sendo que apenas o paciente 1 não alcançou uma variação superior a 50%, porém manteve o escore mínimo para a escala. Os dados se mantiveram com poucas alterações na avaliação D1460 (4 anos após o tratamento), mostrando efeitos duradouros de longo prazo da bebida.

**Gráfico 1.** Desfecho Primário - Severidade do Luto (PG 13)



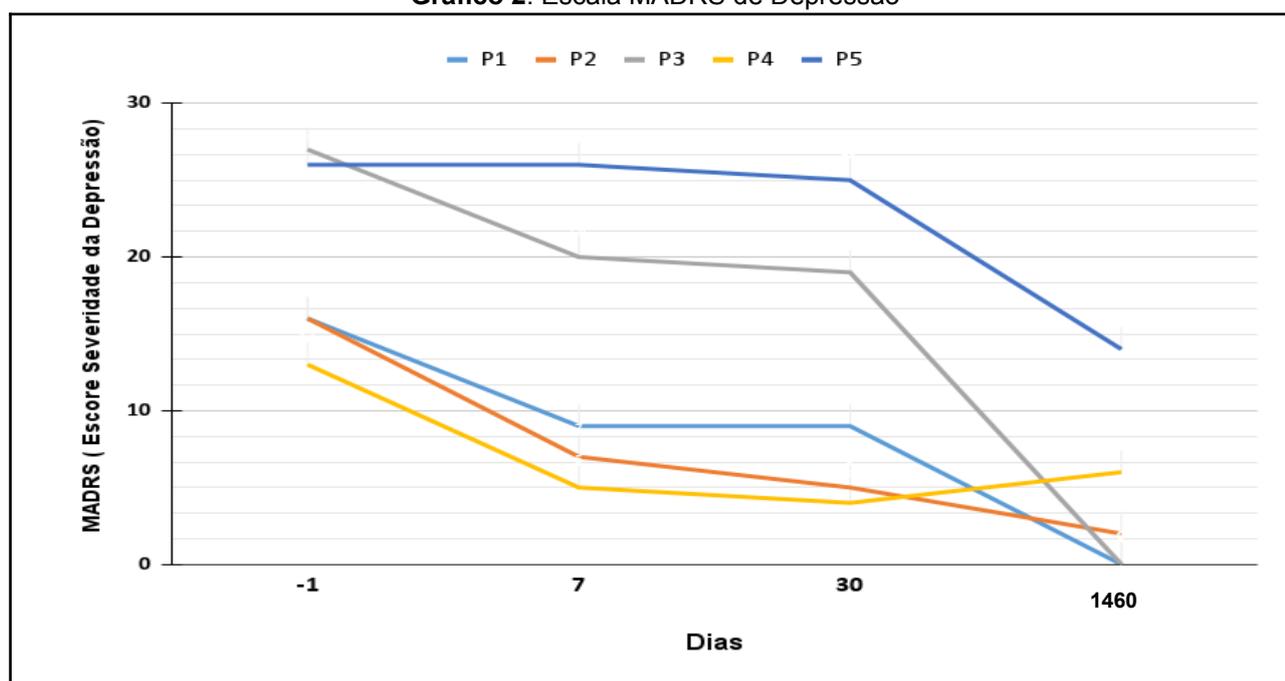
**Nota explicativa:** Evolução dos pacientes quando avaliados no desfecho primário do estudo através da escala PG13.

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

### 4.3.2. Depressão

Os dados do gráfico abaixo indicam redução importante da depressão dos pacientes, indicando a remissão do quadro (escore menor que 10) de 3 participantes já na avaliação D7 (sete dias após a sessão de ayahuasca), e se mantendo ou reduzindo ainda mais ao longo do tempo.

**Gráfico 2.** Escala MADRS de Depressão



**Nota explicativa:** Dados obtidos com a aplicação da escala MADRS. A tabela apresenta a evolução dos pacientes a partir de dados obtidos com a aplicação da escala anteriormente ao uso da ayahuasca e posteriormente com 7 e 30 dias após o uso. A depressão foi avaliada por meio da escala MADRS, onde uma pontuação entre 7 e 19 pontos representa uma condição de depressão leve, entre 20 e 34 um paciente moderadamente deprimido e acima de 35 pontos demonstra um paciente gravemente deprimido.

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

### 4.3.3. Qualidade de vida - SF 36

O questionário SF 36 foi aplicado anteriormente ao tratamento, no D7 (sete dias após o tratamento), D30 (trinta dias após o tratamento) e 4 anos após o tratamento (D1460), e são apresentados os dados do domínio de saúde mental no quadro abaixo. Revelando melhorias importantes após a intervenção, que também foram sustentados ou melhorados ao longo do tempo.

**Quadro 10.** Qualidade de Vida (WHOQOL - Saúde Mental)

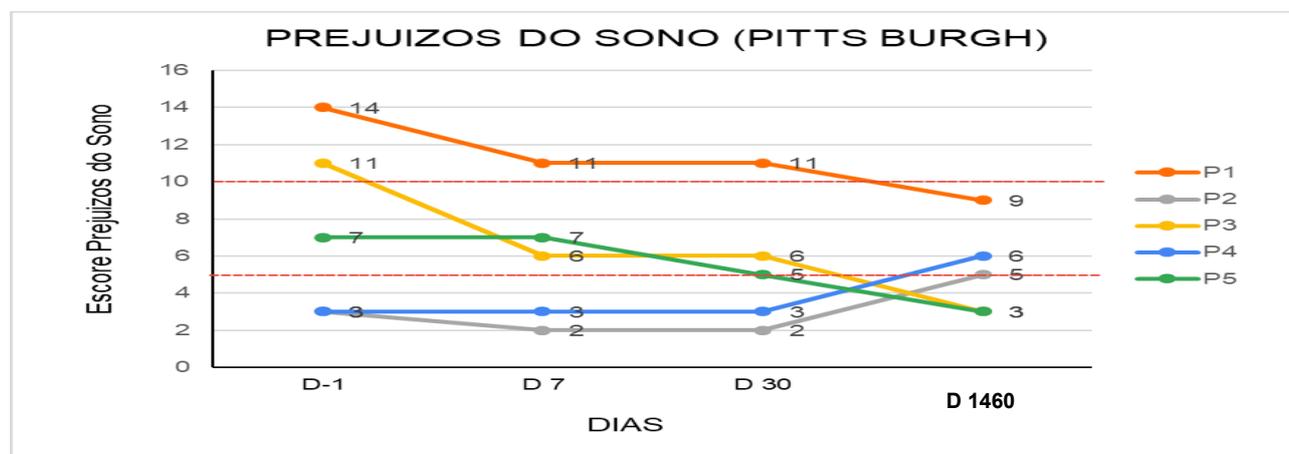
Saúde mental	BL	D7	D30	D1460	D30 - BL (%)	D1460 - BL (%)
P1	72	92	84	<b>88</b>	16,67%	<b>22,22 %</b>
P2	56	88	68	<b>96</b>	21,43%	<b>71,43 %</b>
P3	68	68	84	<b>100</b>	23,53%	<b>47,06 %</b>
P4	84	80	72	<b>92</b>	-14,29%	<b>9,52 %</b>
P5	28	36	68	<b>68</b>	142,86%	<b>142,86 %</b>

**Nota explicativa:** A tabela apresenta a evolução de pacientes no questionário qualidade de vida, no domínio de saúde mental, avaliado pelo questionário SF 36. Scores obtidos entre o dia anterior a administração da ayahuasca e nos dias 7, 30 e 1460 (4 anos) após a experiência com ayahuasca. O valor das questões são transformadas em notas onde os valores após cálculo variam de 0 a 100, onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. Nas duas últimas colunas, tem-se a porcentagem de variação em relação a linha de base (BL) e ao dia 30 e ao dia 1460 (4 anos após).

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

#### 4.3.4. Sono – PSQI-BR

No gráfico 3, são demonstrados os resultados obtidos na avaliação da escala PSQI obtidos nos períodos D-1 (um dia anterior ao tratamento), D7 (sete dias após o tratamento), D30 (trinta dias após o tratamento) e D1460 (4 anos após o tratamento). Os efeitos da ayahuasca caminham junto com a melhora da qualidade do sono. O paciente 3 apresentou variação percentual superior a 40% de melhora, enquanto os pacientes 1 e 5 alcançaram a variação maior que 20%. Os pacientes 2 e 4 não obtiveram melhora nos escores visto que os mesmos não apresentavam problemas de sono.

**Gráfico 3.** Índice de Qualidade de Sono de PittsBurgh

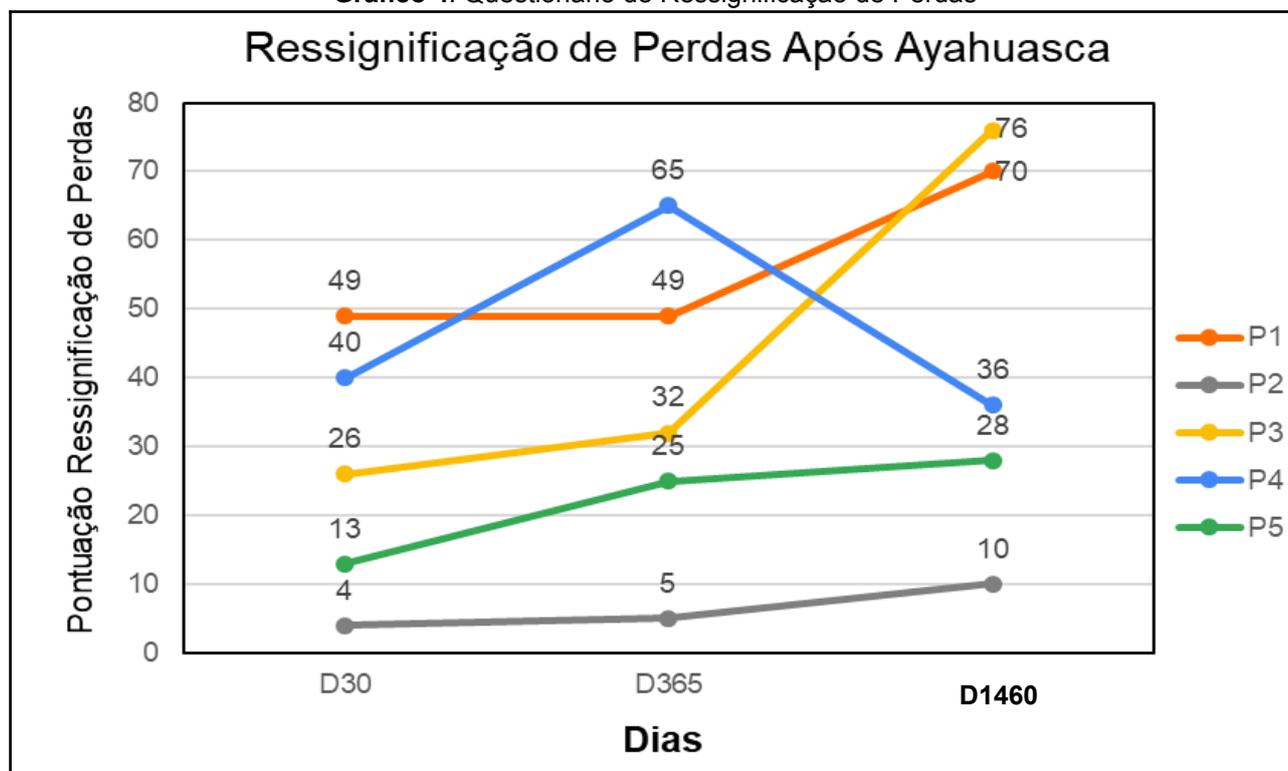
**Nota explicativa:** Evolução dos pacientes no quesito qualidade do sono. Os sintomas foram avaliados através da escala PSQI-BR que avalia a qualidade do sono através da seguinte pontuação: 0 a 4 qualidade de sono boa, 5 a 10 qualidade de sono ruim (traço vermelho em 5 indicando o início de sono ruim) e pontuação acima de 10 (traço vermelho em 10 sinalizando) indica a presença de distúrbios do sono.

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

#### 4.3.5. Resignificação

Os resultados do questionário de resignificação, que demonstram melhorias na relação dos pacientes com seu processo de perda, são apresentados no Gráfico 5. As respostas foram registradas nas seguintes ocasiões: 30 dias após o tratamento (D30), um ano após o tratamento (D365) e quatro anos após a intervenção (D1460).

**Gráfico 4.** Questionário de Resignificação de Perdas



**Nota explicativa:** Evolução da resignificação dos pacientes em relação ao luto. O questionário foi aplicado por Philippsen (2022) nos dias 30 e 365 subsequentes da utilização da ayahuasca e aplicado nesse trabalho no dia 1460 após experiência com ayahuasca. Os escores de resignificação variam entre 0 e 80, onde 0 significa não ter resignificado a perda e 80 resignificação total do ocorrido.

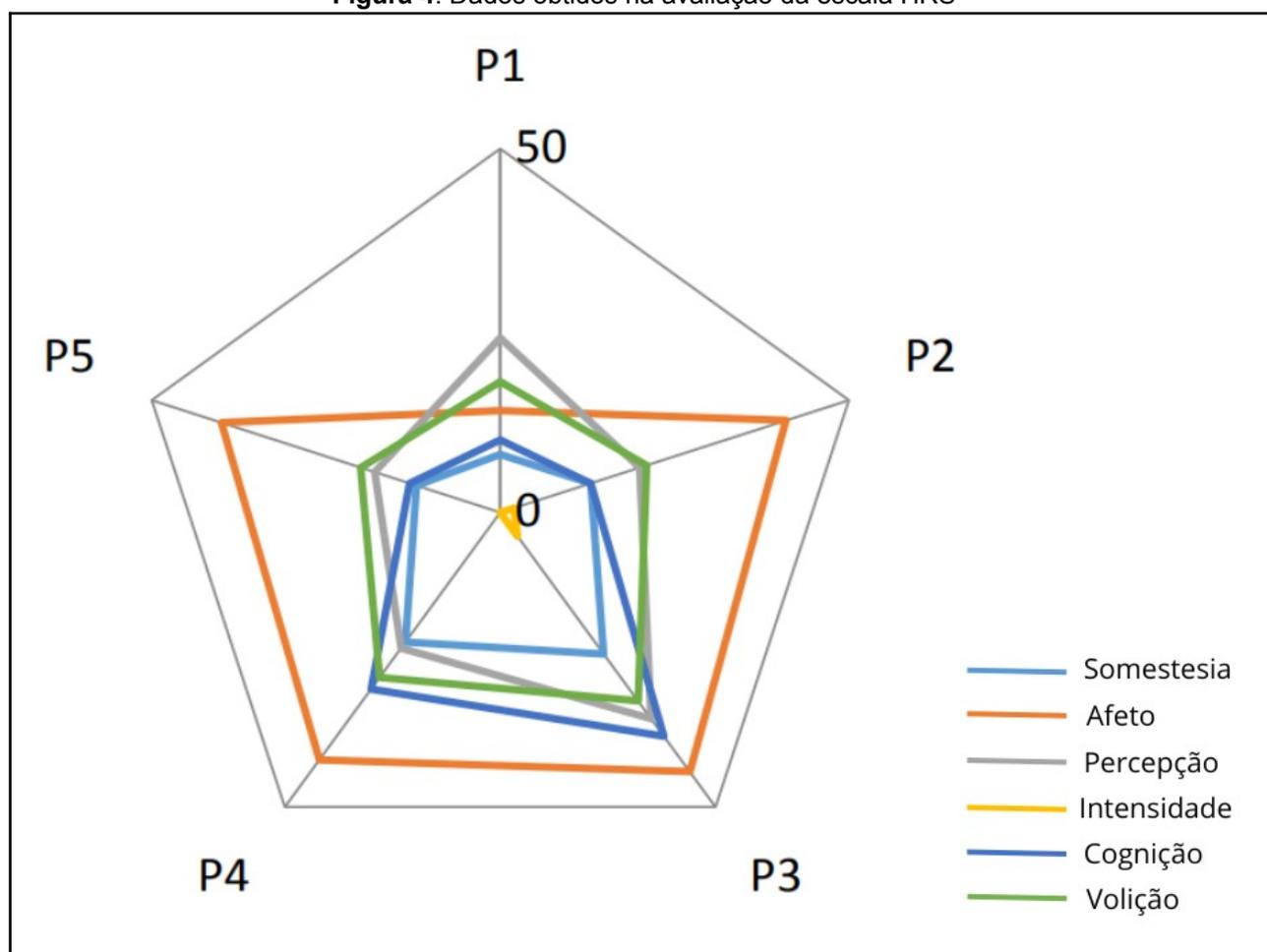
**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

Percebe-se avaliando os resultados obtidos, que no dia 7 após intervenção (D7), os pacientes 1, 3, 4 e 5 obtiveram uma melhora na relação com sua perda, enquanto o paciente 2 não obteve melhora neste quesito. No período D365 e D1460 foram aplicadas as escalas de luto e Resignificação e todos os pacientes mantiveram a melhora obtida ou ainda conseguiram diminuir mais os escores, significando uma ação terapêutica da bebida em tempo prolongado.

#### 4.3.6. Intensidade da experiência psicodélica

4 dos 5 participantes apresentaram intensidade da experiência psicodélica importante, como mostram os gráficos da escala HRS e do questionário MEQ 30 a seguir.

**Figura 4.** Dados obtidos na avaliação da escala HRS

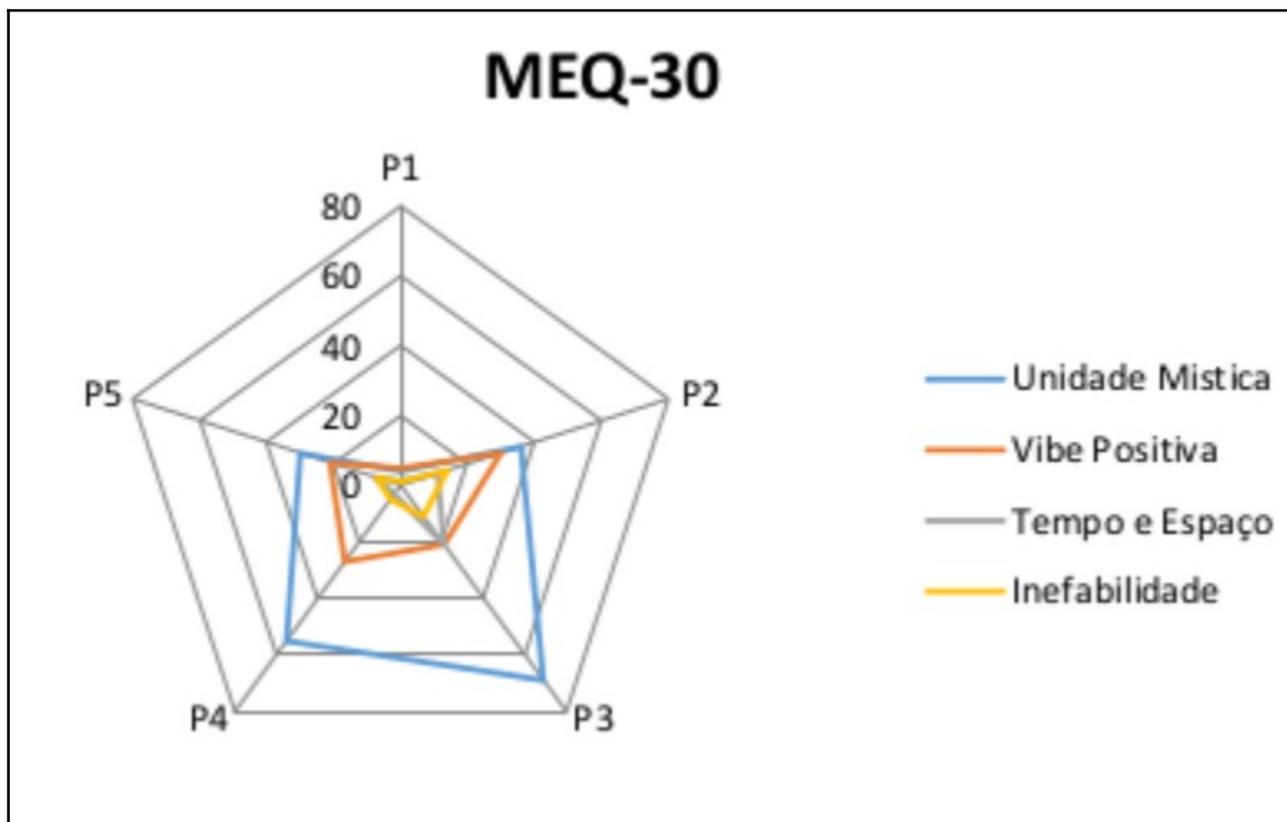


**Nota explicativa:** Avaliação dos pacientes referente à questão alucinógena do processo terapêutico. A escala foi aplicada apenas no D7 e o score varia de 0 a 400, sendo que quanto maior o score, mais intensa foi a experiência de acordo com o paciente. Essa escala tem seu score entre 0 e 400, onde quanto maior a pontuação mais significativa a experiência.

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

Na figura 5, demonstramos os resultados obtidos através da aplicação da escala MEQ 30. A escala que avalia a experiência mística vivenciada pela pessoa foi aplicada apenas no D7, e tem o intuito de relacionar a intensidade dos efeitos da bebida com a maior porcentagem de melhora do restante dos questionários. Como observamos no gráfico, o paciente 1 obteve ainda mais baixos níveis de intensidade, que se correlaciona com sua pouca melhora na escala de severidade do luto mostrada anteriormente no texto.

**Figura 5.** Pentagrama do questionário de Experiência Mística



**Nota explicativa:** Avaliação referente à experiência mística após o uso da ayahuasca. Esta escala foi aplicada apenas no D7 e quanto maior o score, mais intensa foi a experiência.

**Fonte:** Adaptado de Philippsen (2022).

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. DOSES

Na proposta da ayahuasca para o tratamento do luto prolongado a determinação da dose ideal de N, N-dimetiltriptamina (N, N-DMT) e de suas beta carbolinas (harmina, tetrahydroharmina e harmalina) é crucial para compreender as doses eficazes para a população, para medir as mudanças de efeitos psicoativos das diferentes doses e garantir segurança aos participantes.

Em estudos em modelo animal, a discussão sobre doses revela uma variedade de efeitos da ayahuasca e do N,N-dimetiltriptamina (DMT). Werle e colaboradores (2024), observaram que a ayahuasca facilitou a extinção de memórias aversivas recentes e remotas em um dose de 0,3 mg/kg em ratos machos e fêmeas. Em estudo de Pic-Taylor *et al.* (2015), a ayahuasca comprometeu a atividade locomotora e teve maior comportamento ansioso em ratas wistar na dose de 15 a 30 mg/kg de DMT e teve dose letal 50 (DL50) em uma dose de ayahuasca superior a 15 mg/kg de DMT nos mesmos animais.

Doses de DMT das ayahuascas utilizadas em contexto ritualístico no Brasil - variaram de 0,24 a 0,73 mg/ml, com administrações entre 1 ml a 1,5 ml por kilo corporal (ml/kg), ou seja 0,24 a aproximadamente 1 mg/kg de DMT (PIRES, OLIVEIRA e YONAMINE, 2010). Em revisão de Riba *et al.* (2001), foi sugerido que doses de 0,5; 0.75 e 1.0 mg/kg de DMT em ayahuasca administrada por via oral são seguras.

Porém, outras doses são encontradas na literatura, como a do estudo observacional de Gonzalez *et al.* (2020), ocorrido no centro Ayahuasqueiro Shipoo no Peru. Onde identificou-se uma média de 2,00 mg/kg de DMT em duas amostras de ayahuasca, e não foram relatados eventos adversos graves, apenas efeitos adversos leves e moderados, como náuseas e dores de cabeça transitórias, que foram bem toleradas pelos participantes. Essa dosagem representa uma quantidade consideravelmente mais alta em comparação com as utilizadas no Brasil.

Essa discrepância entre as dosagens observadas pode ser atribuída a variações nos métodos de preparação da ayahuasca, bem como às tradições e práticas culturais específicas de cada grupo religioso e/ou comunidades praticantes.

Neste estudo, a dose administrada foi de 0,36 mg de N, N-DMT para cada kg corporal dos participantes (mg/kg). Esta dosagem foi pensada com base em estudos

clínicos anteriores, especificamente o de Palhano-Fontes (2019) para tratar o transtorno depressivo maior resistente ao tratamento.

Por tanto, a quantidade e dosagem da ayahuasca utilizada neste estudo se mostra segura, e é considerada baixa a mediana comparada com outras amostras ritualísticas e de ensaios clínicos.

Embora a dose de 0,36 mg/kg de N, N-DMT adotada neste estudo possa ser considerada moderada ou baixa em comparação com outras investigações, é importante ressaltar que os efeitos da ayahuasca podem variar significativamente dependendo de vários fatores, incluindo a sensibilidade individual do participante, o contexto do consumo e a preparação para o uso.

Todavia, ainda mais pesquisas são necessárias para determinar as dosagens ideais de ayahuasca em diferentes contextos e populações, pensando em buscar a dose ideal para efeitos terapêuticos no luto prolongado.

## **5.2. MECANISMOS PSICOLÓGICOS SUBJACENTES A MELHORA DA SEVERIDADE DO LUTO**

O estudo em questão proporcionou um resultado bastante significativo sobre o efeito terapêutico da Ayahuasca no luto patológico, destacando mudanças sustentadas e significativas dos participantes após um período de quatro anos. Apesar do estudo seguir um modelo PAP de suporte básico, inclusive sem sessões de integração, que em alguns modelos básicos é realizada, em formato de apoio não diretivo. E tampouco seguiu as diretrizes do modelo PAP *Embark*®, já que a proposta foi postulada em 2022, que exige uma série de práticas em todas as etapas (preparação, intervenção com a substância e integração), intercalando as melhores práticas dos modelos de suporte básico e os modelos de PBEs inclusos, que também propõe atender as lacunas dos dois modelos.

Curiosamente, os resultados indicaram a presença de todos os seis domínios psicológicos *Embark*® na vivência de pelo menos um participante, além de vários domínios serem confirmados no relato de todos ou de sua maioria, evidenciando, em nossa amostra, a aplicabilidade do novo modelo de PAP *Embark*®.

Os temas que mais se destacaram no discurso dos participantes foram as influências positivas dos domínios existencial-espiritual e relacional. Este resultado

corroborar a literatura científica que ressalta o potencial empátogênico<sup>2</sup> e de expansão do autoconhecimento existencial e espiritual da Ayahuasca. As pesquisas anteriores sugerem que a Ayahuasca pode facilitar experiências espirituais profundas, promovendo uma conexão com dimensões transcendentais<sup>3</sup> e levando a uma reavaliação de significados existenciais e de suas dinâmicas relacionais (HAMILL et. al., 2019).

A melhora da habilidade de atenção plena, conforme observado no estudo, mostrou impacto positivo na qualidade de vida dos participantes, melhorando sua auto compaixão e seu acolhimento próprio. Esses resultados também confirmam o papel da atenção plena como um mecanismo psicoterapêutico essencial (HAYES et. al., 2021). As pesquisas em PAPS evidenciam a capacidade dos psicodélicos, incluindo a Ayahuasca, de facilitar estados de consciência expandidos e na melhora do desenvolvimento da atenção plena (WATTS e LUOMA, 2020).

As alterações na percepção do luto e uma adaptação mais saudável ao ciclo de vida e morte evidenciadas no domínio afetivo-cognitivo vão de encontro com a literatura psicoterapêutica de mecanismos adaptativos do luto em contexto não psicodélico (BOWLBY, 1979 *apud* HOLMES, 2014; STROEBE e SCHUT, 2010; PARKES, 2013; WORDEN, 2015) e sugerem que os psicodélicos podem alterar a cognição e a percepção, permitindo uma reinterpretação positiva de eventos traumáticos (GRIECO et. al., 2022), em conjunto com o *set e setting* bem preparados, como no caso do impacto das músicas relatado por P4 e postulado na literatura como fator de extrema importância (KAELEN ET AL., 2018).

Kaelen e col. (2018) descobriram a influência das músicas quando conduziram entrevistas com participantes que receberam psilocibina para depressão resistente ao tratamento, e que na experiência subjetiva, a música tinha impactos tanto satisfatórios (ou seja, descritos como aceitos, apreciados e desejados) quanto indesejáveis (como efeitos de rejeição ao som, alguns não apreciaram e acharam as canções inconvenientes).

Quando satisfatórias, as canções influenciavam em um sentido de orientação, em sentimentos de segurança e calma, na evocação de emoções e imagens mentais terapeuticamente úteis e pessoalmente significativas, e também nas percepções de abertura e intensificação positiva da experiência, como já descritos nos resultados no

---

2 Significa algo que "gera um estado de empatia", o termo empátogênico foi criado por Ralph Metzner e David E. Nichols entre 1983 e 1984 (HOLLAND, 2001).

3 Transcendente é um adjetivo que demonstra algo que não é comum, que está além dos limites convencionais ou que é considerado superior. O transcendente é o que está além do conhecimento concreto e que não se baseia somente em dados e conclusões metódicas. (SIGNIFICADOS, 2023).

domínio afetivo-cognitivo.

Os participantes conseguiram “manter o ímpeto” terapêutico mesmo sem sessões formais de integração. Isso levanta questões importantes sobre a necessidade real dessas sessões ou se os efeitos benéficos podem ser sustentados de maneiras diversas. A literatura destaca a importância da integração, mas a eficácia dos métodos tradicionais pode variar (BATHJE, MAJESKI e KUDOWOR, 2022). Inclusive, Brennan e Belser (2022) em sua revisão trazem PAPs com suporte básico em todas suas etapas e que tiveram resultados eficazes e importantes, mas acrescentam pontos que poderiam ser considerados para mimetização dos riscos e otimização dos processos terapêuticos, ainda salientando que modelos de suporte básico podem ser mais aplicáveis e mais acessíveis, tendo em vista um contexto de saúde pública, diminuindo custos com maiores treinamentos do corpo laboral e diminuição de horas necessárias com profissionais mais especializados em todas as etapas.

Ainda em um contexto de saúde pública, o modelo aplicado ao estudo original - em grupo - poderia minimizar também esses fatores, viabilizando para os contextos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pública brasileira, por exemplo.

Não exposto nos resultados, por não estar inserida diretamente nos mecanismos psicoterapêuticos, P3 ressalta de forma importante questões éticas e culturais na perspectiva da apropriação cultural do uso da Ayahuasca. A discussão sobre a ética na pesquisa com psicodélicos é crescente, inclusive, proposta nos quatro cuidados angulares éticos da abordagem *Embark*® (BRENNAN e BELSER, 2022), visando garantir que práticas respeitadas e culturalmente sensíveis sejam adotadas. A literatura destaca a importância da colaboração ética com comunidades indígenas e a consideração cuidadosa das implicações culturais ao realizar estudos com enteógenos. Todavia, para um contexto brasileiro e com substâncias sacramentais de religiões de povos originários, a atenção e a discussão deve ser muito mais expandidas e aprofundadas, levando em consideração que no modelo proposto por Brennan e Belser (2022) apenas um estudo com Ayahuasca foi considerado em sua revisão crítica, e tomada como referência para o modelo.

A ausência de sessões estruturadas de integração no estudo levanta a questão da necessidade de integrar perspectivas psicológicas em todas as etapas da PAP. A literatura enfatiza a integração como uma parte crucial do processo terapêutico com psicodélicos, ajudando os indivíduos a aplicar *insights* adquiridos durante as experiências psicodélicas em suas vidas cotidianas (BATHJE, MAJESKI e KUDOWOR, 2022). Dos

participantes do estudo, 3 deles relataram que seria interessante mais etapas e outras formas de preparação e 1 ressaltou que seria interessante integrações estruturadas com práticas psicoterapêuticas já estabelecidas. P5, que não viveu uma experiência aguda psicodélica, sugere a importância de outras sessões com a substância, que é indicada pela maioria dos protocolos de PAPs, na maioria deles 3 sessões com o fármaco, tendo em vista que a primeira sessão com a substância, em doses menores, seria uma sessão de “quebra gelo” e de entendimento de ação da mesma pelos participantes e melhor aproveitamento nas demais sessões (SCHENBERG, 2018; BREEKSEMA ET AL., 2020; BRENNAN e BELSER, 2022). Porém, mesmo P5 não relatando uma experiência em estado alterado de consciência, obteve resultados importantes, isso também é confirmado por alguns estudos de microdoses ou com substâncias ligantes do receptor 5HT2a não psicodélicas, onde mesmo sem os efeitos psicodélicos, existem resultados terapêuticos, a explicação neurobiológica é associada ao fenômeno de neuroplasticidade e a ação serotoninérgica não aguda (POLITO e LIKNAITZKY, 2022).

### **5.3. INTENSIDADE DA EXPERIÊNCIA PSICODÉLICA**

Além dos mecanismos psicológicos subjacentes à mudança terapêutica no luto, catalisado pela ayahuasca, um aspecto importante que foi encontrado em nosso estudo e que também confirma a literatura, é a correlação da melhora do quadro com a intensidade da experiência psicodélica. O único participante que não apresentou melhora importante do luto na primeira avaliação, foi o que descreveu baixa intensidade da experiência psicodélica, tanto no questionário HRS, quanto no instrumento MEQ 30, bem como no relato da entrevista semi-estruturada.

Confirmando a importância da experiência, o fator unidade mística (por exemplo) da escala MEQ 30 apresentou correlação grande ( $r: 0,7286$ ) com a melhora terapêutica do luto ( $\Delta$  PG13: T1-T0).

A relação entre escores elevados na Hallucinogen Rating Scale (HRS) e no Mystical Experience Questionnaire (MEQ-30) e os benefícios terapêuticos nos tratamentos experimentais com psicodélicos tem sido objeto de interesse na literatura científica. Um estudo de Griffiths et al. (2016) indicou que escores mais altos no MEQ-30 estavam significativamente correlacionadas, de forma moderada, com a diminuição da escala GRID-HAMD de depressão ( $r = -0,41$ ) e na diminuição da escala HAM-A de

ansiedade ( $r = -0.59$ ), além de uma maior qualidade de vida espiritual, após duas sessões de tratamento com psilocibina em doses de 22 mg/70kg, efeitos foram analisados à médio prazo (até 6 meses após a intervenção).

No estudo de Roseman et al. (2018), os resultados revelaram que escores mais elevados na HRS correlacionaram-se com a redução dos sintomas depressivos após o tratamento com psilocibina.

Esses resultados sugerem que a experiência psicodélica e/ou sentimento de experiência mística são importantes na melhora clínica, indicando que a intensidade desses fatores desempenham resultados terapêuticos positivos através de insights e catarses psicológicas.

#### **5.4. EFEITOS DIRETOS DA SESSÃO DE AYAHUASCA SOBRE A SEVERIDADE DO LUTO**

Os dados positivos na diminuição da severidade do luto no nosso estudo, também confirmam um dos principais dados que temos na literatura sobre redução da severidade de luto e ayahuasca (GONZALES *et al.*, 2020). Diferente de nossa proposta, esse estudo foi feito de forma observacional, investigando o uso de ayahuasca em um centro religioso/espiritual, que oferecia retiros de 9, 12 ou 30 dias, onde os participantes bebem ayahuasca entre 4 e 9 vezes em contexto cerimonial sob a orientação de Curandeiros Shipibo (curandeiros tradicionais), o qual também oferecia aulas opcionais de ioga, banhos florais e a vapor e círculos de integração para abordar as experiências com ayahuasca. Nas avaliações do estudo, os escores de severidade do luto foram significativamente reduzidos quando comparado à linha de base, em todos os tempos após o término do retiro, T1(15 dias após), T2 (90 dias), T3 (180 dias) e T4 (360 dias), ( $p < 0,001$ ).

Além da significância estatística, a melhora na gravidade do luto teve tamanho de efeito importante (e considerado “muito grande” na interpretação de D de Cohen) em todos os momentos em relação aos dados antes do retiro (GONZALES *et al.*, 2020).

Esses tamanhos de efeito (ressaltando T4: 1,39), foram bem maiores do que os identificados na metanálise de intervenções psicoterapêuticas para sofrimentos relacionados ao luto (JOHANNSEN *et al.*, 2019), que mostrou um resultado de 0,414 (considerado pequeno), na média de todos os estudos. Vale ressaltar que no estudo de

Gonzalez e colaboradores (2020) as intervenções do retiro não foram focadas no luto prolongado, o que pode levar a crer que uma psicoterapia direcionada para o luto prolongado associada à administração de ayahuasca poderia potencializar esses resultados, assim como os resultados do nosso estudo, onde não houveram intervenções psicoterapêuticas formais, antes ou depois, voltadas para o transtorno.

### **5.5. DESFECHOS SECUNDÁRIOS**

De encontro com nossos dados, um estudo importante conduzido por Jiménez-Garrido *et al.* (2020) demonstrou que pessoas que frequentaram rituais de Ayahuasca obtiveram melhora na qualidade de vida. Outros estudos, agora confirmando nossos resultados sobre efeito da ayahuasca na depressão, como o de Palhano-Fontes *et al.* (2019), trazem dados destacando reduções significativas nos escores de depressão logo na primeira semana após o uso dos participantes. Porém, não se encontra na literatura ensaios clínicos com efeitos positivos mantidos por um período de quatro anos, indicando um diferencial nos nossos dados e um potencial duradouro dessa intervenção terapêutica.

Além dos benefícios para a saúde mental, a Ayahuasca também tem sido associada a melhorias na qualidade do sono, como revelaram os nossos dados no Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. Pesquisas com voluntários saudáveis, como a de Barbanj *et al.* (2008), observaram uma correlação entre o uso de Ayahuasca e uma maior eficiência do sono, bem como uma redução na ocorrência de distúrbios do sono, modulação do sono REM e nas ondas de frequência baixa, e melhorando insônia e pesadelos recorrentes.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise temática do conteúdo forneceu dados importantes do potencial terapêutico da Ayahuasca no tratamento do luto patológico, sendo este um dos poucos estudos qualitativos com narrativas do processo terapêutico do quadro. Os resultados corroboram com a literatura existente sobre os efeitos positivos dos psicodélicos em diversos domínios psicológicos e variedades de psicopatologias. Observa-se também a importância da compreensão cultural associada ao uso terapêutico de substâncias psicodélicas, em especial a ayahuasca.

Apesar da necessidade de atentar-se às limitações do estudo, incluindo o pequeno número da amostra na entrevista e a falta de um grupo controle (placebo), que destacam a necessidade de pesquisas contínuas, amplas e controladas para validar, compreender e estender os resultados, esses dados evidenciam efeitos com potencial muito importante no transtorno, e se tornam ainda mais relevantes dada as lacunas já relatadas nos tratamentos atuais.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEKSANDROVA, Lily R.; PHILLIPS, Anthony G.. *Neuroplasticity as a convergent mechanism of ketamine and classical psychedelics*. **Trends in pharmacological sciences**, v. 42, n. 11, pp. 929-942, 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSMTF et al.. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. Washington, DC, USA: American psychiatric association, 2013.

ANTUNES, Igor; DE ALMEIDA, Paulo Santos. A institucionalização do uso da ayahuasca no Brasil: práticas, estigmas e políticas públicas. **Ciencias Sociales y Religión**, v. 25, p.e023019-e023019, 2023.

BANUSHI, Blerida; POLITO, Vince. A comprehensive review of the current status of the cellular neurobiology of psychedelics. **Biology**, v. 12, n. 11, p. 1380, 2023.

BARBANOJ, Manel J. et al.. *Daytime Ayahuasca administration modulates REM and slow-wave sleep in healthy volunteers*. **Psychopharmacology**, v. 196, pp. 315-326, 2008.

BARBOSA, Virginia; SÁ, Mónica; CARLOS ROCHA, José. *Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood*. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 03, pp. 354-362, 2014.

BARDIN, Laurence. **Content analysis**. São Paulo/São Paulo: Edições 70, 279 p., 2011.

BATHJE, Geoff J.; MAJESKI, Eric; KUDOWOR, Mesphina. *Psychedelic integration: an analysis of the concept and its practice*. **Frontiers in Psychology**, v. 13, p. 824077, 2022.

BELSER, Alexander B. et al.. *Patient experiences of psilocybin-assisted psychotherapy: an interpretative phenomenological analysis*. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 57, n. 04, pp. 354-388, 2017.

BEYER, Jochen; DRUMMER, Olaf H.; MAURER, Hans H. *Analysis of toxic alkaloids in body samples*. **Forensic Science International**, v. 185, n. 01-03, pp. 01-09, 2009.

BOELEN, Paul A. et al.. *Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling*. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n. 02, p. 277, 2007.

BOGENSCHUTZ, Michael P.; FORCEHIMES, Alyssa A.. *Development of a psychotherapeutic model for psilocybin-assisted treatment of alcoholism*. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 57, n. 04, pp. 389-414, 2017.

BONELLI, Raphael. *et al.*. *Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research*. **Depression Research and Treatment**, v. 2012, 2012.

BOWLBY, John. *The bowlby-ainsworth attachment theory*. **Behavioral and Brain Sciences**, v. 02, n. 04, pp. 637-638, 1979.

BRASIL. Lei Federal nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **DOU (Diário Oficial da União)**: seção 1, Brasília, DF, n. 163, pp. 02-07, 24 ago. 2006. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 02 jan. 203.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Gabinete da Deputada Jessica Sales. **Projeto de Lei Federal nº. 179/2020**. Disciplina o uso religioso do chá Ayahuasca e reconhece as entidades que fazem seu uso ritualístico como entidades religiosas, e dá outras providências. Deputada Jessica Sales. Brasília, DF, 05 fev. 2020. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node0x9woy65ms6s7m0zpvlgpj0s7066409.node0?codteor=1855413&filename=PL+179/2020](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0x9woy65ms6s7m0zpvlgpj0s7066409.node0?codteor=1855413&filename=PL+179/2020)>. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº. 01, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a observância, pelos órgãos da Administração Pública, das decisões do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD sobre normas e procedimentos compatíveis com o uso religioso da ayahuasca e dos princípios deontológicos que o informam. **DOU (Diário Oficial da União)**: seção 01, Brasília, DF, n. 17, pp. 57-60, 26 jan. 2010. Disponível em: <[https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2010/11\\_\\_\\_resolucao\\_n\\_01\\_2010\\_\\_\\_conad.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2010/11___resolucao_n_01_2010___conad.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério Público de Goiás. **Grupo Multidisciplinar de Trabalho – GMT – ayahuasca**. Relatório Final, 2006. Disponível em: <[http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/07/30/11\\_00\\_09\\_559\\_relatorio\\_final\\_grupo\\_multidisciplinar\\_de\\_trabalho\\_gmt\\_ayahuasca.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2013/07/30/11_00_09_559_relatorio_final_grupo_multidisciplinar_de_trabalho_gmt_ayahuasca.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2023.

BRASIL. Ministério Público do Rio Grande do Sul. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº. 70010129690**. Constitucional. Ação direta. Sacrifício ritual de animais. Constitucionalidade. Ação Julgada Improcedente. Relator: Des. Araken de Assis. Porto Alegre, RS, 26 jan. 2005. Disponível em: <[https://www.mprs.mp.br/adins/arquivo/anexo/651251/?filename=0108242004\\_007.DOC](https://www.mprs.mp.br/adins/arquivo/anexo/651251/?filename=0108242004_007.DOC)>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BREEKSEMA, Joost J. *et al.*. *Psychedelic treatments for psychiatric disorders: A systematic review and thematic synthesis of patient experiences in qualitative studies*. **CNS drugs**, v. 34, pp. 925-946, 2020.

BRENNAN, William; BELSER, Alexander B.. *Models of psychedelic-assisted psychotherapy: A contemporary assessment and an introduction to EMBARK, a transdiagnostic, trans-drug model*. **Frontiers in Psychology**, p. 1879, 2022.

BRESNICK, Todd; LEVIN, Ross. *Phenomenal qualities of ayahuasca ingestion and its relation to fringe consciousness and personality*. **Journal of Consciousness Studies**, v. 13, n. 09, pp. 05-24, 2006.

BRYANT, Richard A. *et al.*. *Treating prolonged grief disorder: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial*. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 78, n. 09, p. 21308, 2017.

BUI, Eric; NADAL-VICENS, Mireya; M. SIMON, Naomi. *Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature*. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 14, n. 02, pp. 149-157, 2012.

CARHART-HARRIS, Robin *et al.*. *Trial of psilocybin versus escitalopram for depression*. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 15, pp. 1402-1411, 2021.

CASELLATO, G.. 2004. **Luto por abandono**: enfrentamento e correlação com a maternidade. Orientadores: FRANCO, Maria Helena Pereira (orientador). 409 f. Tese (Doutorado) - PPG-PC (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica), PUC-SP

(Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), São Paulo/SP. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18931/2/Cibele%20Martins%20de%20OLiveira%20Marras.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2023.

CLAUSS-EHLERS, Caroline S. *et al.*. *APA Multicultural Guidelines executive summary: ecological approach to context, identity, and intersectionality*. **American Psychologist**, v. 74, n. 02, p. 232, 2019.

COHEN, Jacob. *Statistical power analysis*. **Current directions in psychological science**, v. 01, n. 03, pp. 98-101, 1992.

CYRULNIK, Boris; DUVAL, Philippe. **Psychanalyse et résilience**. [s.l.]: Odile Jacob, 2006.

DAKIC, Vanja *et al.*. *Harmine stimulates proliferation of human neural progenitors*. **PeerJ**, v. 04, p. e2727, 2016.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (Texto Revisado)**. Washington, DC, USA: APA, 2023.

DEPIERI DE ALBUQUERQUE REGINATO, Andréa. Regulamentação de uso de substância psicoativa para uso religioso: o caso da ayahuasca. **Revista Tomo**, n. 17, pp. 57-78, 2010.

DJELANTIK, AAA Manik J. *et al.*. *The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis*. **Journal of Affective Disorders**, v. 265, pp. 146-156, 2020.

DÖLEN G.. **The pharmacology and neuroscience of psychedelics**. New York, NY: Horizons, 2021. *Perspectives on Psychedelics*.

DÖLEN G., BRIGGS S.. **Beyond the therapeutic alliance: how MDMA and classic psychedelics modify social learning**. Berlin, Alemanha: MIND Foundation, 2021.

DOS SANTOS, Rafael G. *et al.*. *Antidepressive and anxiolytic effects of ayahuasca: a systematic literature review of animal and human studies*. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 38, pp. 65-72, 2016.

DOS SANTOS, Rafael G. *et al.*. *Autonomic, neuroendocrine, and immunological effects of ayahuasca: a comparative study with d-amphetamine*. **Journal of Clinical**

**Psychopharmacology**, v. 31, n. 06, pp. 717-726, 2011.

DOWLATI, Yekta *et al.*. *A meta-analysis of cytokines in major depression*. **Biological Psychiatry**, v. 67, n. 05, pp. 446-457, 2010.

EISMA, Maarten C. *et al.*. *Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: a randomized controlled trial*. **Behavior Therapy**, v. 46, n. 06, pp. 729-748, 2015.

FLANAGAN, Thomas W.; NICHOLS, Charles D.. *Psychedelics as anti-inflammatory agents*. **International Review of Psychiatry**, v. 30, n. 04, pp. 363-375, 2018.

FRANKL, Viktor Emil. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da logoterapia**. São Paulo/SP: Paulus Editora, 2021.

FRANKL, Viktor Emil. **El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia**. Barcelona, Espanha: Herder Editorial, 2010.

GABLE, Robert S.. *Risk assessment of ritual use of oral dimethyltryptamine (DMT) and harmala alkaloids*. **Addiction**, v. 102, n. 01, pp. 24-34, 2007.

GARDNER, Eliot L.. *Addiction and brain reward and antireward pathways*. **Chronic Pain and Addiction**, v. 30, pp. 22-60, 2011.

GEORGE, Daniel R. *et al.*. *Ancient roots of today's emerging renaissance in psychedelic medicine*. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 46, n. 04, pp. 890-903, 2022.

GONZÁLEZ, Débora *et al.*. *Potential use of ayahuasca in grief therapy*. **OMEGA-Journal of Death and Dying**, v. 79, n. 03, pp. 260-285, 2020.

GONZALEZ, Debora *et al.*. *The Shipibo ceremonial use of ayahuasca to promote well-being: an observational study*. **Frontiers in Pharmacology**, p. 1059, 2021.

GRANDESSO, Marilene A.. **Sobre a reconstrução do significado**. São Paulo, São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

GRAUE, M. Elizabeth; WALSH, Daniel J.. **Studying children in context: theories, methods, and ethics**. Thousand Oaks, Califórnia, EUA: Sage, 1998.

GRIFFITHS, Roland R. *et al.*. *Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: a randomized double-blind*

trial. **Journal of Psychopharmacology**, v. 30, n. 12, pp. 1181-1197, 2016.

GROB, Charles S. et al.. *Human psychopharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil*. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 184, n. 02, pp. 86-94, 1996.

HADAR, Aviad et al.. *The psychedelic renaissance in clinical research: a bibliometric analysis of three decades of human studies with psychedelics*. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 55, n. 01, pp. 01-10, 2023.

HALBERSTADT, Adam L.; GEYER, Mark A. *Multiple receptors contribute to the behavioral effects of indoleamine hallucinogens*. **Neuropharmacology**, v. 61, n. 03, pp. 364-381, 2011.

HAMILL, Jonathan et al.. *Ayahuasca: psychological and physiologic effects, pharmacology and potential uses in addiction and mental illness*. **Current Neuropharmacology**, v. 17, n. 02, pp. 108-128, 2019.

HARVEY, I.. *Why the psychedelic community is so white*. [s.l.]:[s.n.], 2016. Disponível em: <<https://www.psymposia.com/author/ifetayo-harvey/>>. Acesso em: 03 maio 2023.

HAYES, Steven C.; STROSAHL, Kirk D.; WILSON, Kelly G.. **Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change**. New York, USA: Guilford press, 2012.

HAYS, J. C., HENDRIX, C. C.. *The role of religion in bereavement*. In: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.). **Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention**. Washington, D.C., EUA: American Psychological Association, pp. 327-348, 2008.

HENSLEY, Paula L.. *Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief*. **Journal of Affective Disorders**, v. 92, n. 01, pp. 117-124, 2006.

HOLMES, Jeremy. *John Bowlby and attachment theory*. New York, USA: Routledge, 2014.

HOLZE, Friederike et al.. *Role of the 5-HT<sub>2A</sub> receptor in acute effects of LSD on empathy and circulating oxytocin*. **Frontiers in Pharmacology**, v. 12, p. 711255, 2021.

ICD, WHO. *For mortality and morbidity statistics*. **Prolonged Grief Disorder**. New York,

USA: *International Classification of Diseases/World Health Assembly*, 2023. Disponível em <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1183832314>>. Acesso em: 20 nov. 2023.

JACOBS, Selby C.; NELSON, Craig; ZISOOK, Sidney. *Treating depressions of bereavement with antidepressants: a pilot study. **Psychiatric Clinics of North America***, v. 10, n. 03, pp. 501-510, 1987.

JACOBS, Selby C.; NELSON, Craig; ZISOOK, Sidney.. *Treating depressions of bereavement with antidepressants: a pilot study. **Psychiatric Clinics of North America***, v. 10, n. 03, pp. 501-510, 1987.

JEROME, Lisa *et al.*. *Long-term follow-up outcomes of MDMA-assisted psychotherapy for treatment of PTSD: a longitudinal pooled analysis of six phase 2 trials. **Psychopharmacology***, v. 237, pp. 2485-2497, 2020.

JIMÉNEZ-GARRIDO, Daniel F. *et al.*. *Effects of ayahuasca on mental health and quality of life in naïve users: a longitudinal and cross-sectional study combination. **Scientific reports***, v. 10, n. 01, p. 4075, 2020.

JOA, Brandon; NEWBERG, Andrew B.. *Neuropsychological comparison of guilt and grief: A review of guilt aspects in prolonged grief disorder. **OMEGA-Journal of Death and Dying***, v. 87, n. 02, pp. 591-613, 2023.

JOHANNSEN, M. *et al.*. *Psychological interventions for grief in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Affective Disorders***, v. 253, pp. 69-86, 2019.

JOHNSON, Matthew W. *et al.*. *Classic psychedelics: An integrative review of epidemiology, therapeutics, mystical experience, and brain network function. **Pharmacology & Therapeutics***, v. 197, pp. 83-102, 2019.

JORDAN, Alexander H.; LITZ, Brett T.. *Prolonged grief disorder: diagnostic, assessment, and treatment considerations. **Professional psychology: research and practice***, v. 45, n. 03, p. 180, 2014.

KAELLEN, Mendel *et al.*. *The hidden therapist: evidence for a central role of music in psychedelic therapy. **Psychopharmacology***, v. 235, pp. 505-519, 2018.

KELMENDI, Benjamin *et al.*. *Psychedelics. **Current Biology***, v. 32, n. 02, pp. R63-R67,

2022.

KISSANE, David W. *et al.*. *Randomized controlled trial of family therapy in advanced cancer continued into bereavement*. **Journal of Clinical Oncology**, v. 34, n. 16, p. 1921, 2016.

KNUTSON, Brian *et al.*. *Anticipation of increasing monetary reward selectively recruits nucleus accumbens*. **The Journal of Neuroscience**, v. 21, n. 16, p. RC159, 2001.

LABATE, Beatriz Caiuby. 2000. **A reinvenção do uso da ayahuasca nos centros urbanos**. Orientadores: ALMEIDA, Mauro William Barbosa de (orientador). 385 f. Dissertação (Mestrado) - PPG-AS (Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social), UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), Campinas. Disponível em: <<https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2000.189597>>. Acesso em: 04 jun. 2021.

LAFRANCE, Adele, *et al.*. *Classic psychedelic use and mechanisms of mental health: exploring the mediating roles of spirituality and emotion processing on symptoms of anxiety, depressed mood, and disordered eating in a community sample*. **Journal of Humanistic Psychology**, p. 00221678211048049, 2021.

LETHEBY, Chris; GERRANS, Philip. *Self unbound: ego dissolution in psychedelic experience*. **Neuroscience of Consciousness**, n. 01, p. nix016, 2017.

LINGUITI, Sophia *et al.*. *Functional imaging studies of acute administration of classic psychedelics, ketamine, and MDMA: methodological limitations and convergent results*. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, p. 105421, 2023.

LITZ, Brett T. *et al.*. *A randomized controlled trial of an internet-based therapist-assisted indicated preventive intervention for prolonged grief disorder*. **Behaviour research and therapy**, v. 61, pp. 23-34, 2014.

LOWELL, Jonathan Thomas; ADAMS, Paul C.. *The routes of a plant: ayahuasca and the global networks of Santo Daime*. **Social & Cultural Geography**, v. 18, n. 02, pp. 137-157, 2017.

MAIN, Mary.. *Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research*. In: Colin Murray Parkes, Joan Stevenson-Hinde, Peter Marris. **Attachment across the life cycle**. New York, USA: Routledge, pp. 135-167, 2006.

MARRIS, Robin Laphorn. **Reconstructing Keynesian economics with imperfect competition: a desk-top simulation**. Northampton, Massachusetts, USA: Edward Elgar Publishing, 1991.

MARRONE, Mario. **Attachment and interaction: from bowlby to current clinical theory and practice** second edition. London, United Kingdom: Jessica Kingsley Publishers, 2014.

METZNER, Ralph. *Hallucinogenic drugs and plants in psychotherapy and shamanism*. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 30, n. 04, pp. 333-341, 1998.

MICHAELS, Timothy I. et al.. *Inclusion of people of color in psychedelic-assisted psychotherapy: a review of the literature*. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 01, pp. 01-14, 2018.

MORALES-GARCIA, Jose A. et al.. *N, N-dimethyltryptamine compound found in the hallucinogenic tea ayahuasca, regulates adult neurogenesis in vitro and in vivo*. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 01, p. 331, 2020.

MORENO, Arlinda B. et al.. *Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no estudo pró-saúde*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, pp. 2585-2597, 2006.

NAM, I. S.. *Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: a preliminary randomized controlled single-blind study*. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 01, pp. 189-195, 2016.

NAM, Ilsung. *Complicated grief treatment for older adults: the critical role of a supportive person*. **Psychiatry Research**, v. 244, pp. 97-102, 2016.

NAM, Ilsung. *Restoration-focused coping reduces complicated grief among older adults: a randomized controlled study*. **The European Journal of Psychiatry**, v. 31, n. 03, pp. 93-98, 2017.

NEIMEYER, Robert A. *Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction*. **Israel Journal of Psychiatry**, v. 38, n. 3/4, p. 171, 2001.

NIELSON, Elizabeth M., et al.. *The psychedelic debriefing in alcohol dependence treatment: Illustrating key change phenomena through qualitative content analysis of clinical sessions*. **Frontiers in Pharmacology**, v. 09, p. 132. 2018.

NOUR, Matthew M. et al.. *Ego-dissolution and psychedelics: validation of the ego-*

dissolution inventory (EDI). *Frontiers in Human Neuroscience*, p. 269, 2016.

O'CONNOR, Mary-Frances *et al.*. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage*, v. 42, n. 02, pp. 969-972, 2008.

OSÓRIO, Flávia de L. *et al.*. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 37, pp. 13-20, 2015.

PALHANO-FONTES, Fernanda *et al.*. Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial. *Psychological Medicine*, v. 49, n. 04, pp. 655-663, 2019.

PAPA, Anthony *et al.*. A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy*, v. 44, n. 04, pp. 639-650, 2013.

PARKES, Colin Murray. *Love and loss: the roots of grief and its complications*. New York, USA: Routledge, 2013.

PASTERNAK, Rona E. *et al.*. Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 52, n. 07, pp. 307-310, 1991.

PERKINS, Daniel *et al.*. Psychotherapeutic and neurobiological processes associated with ayahuasca's mental health and wellbeing outcomes: a proposed model and implications for therapeutic use. *Frontiers in Neuroscience*, v. 16, n. 879221, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.3389/fnins.2022.879221>>. Acesso em: 16 maio 2023.

PETREMENT, Mateo Sanchez. *Historicizing psychedelics: counterculture, renaissance, and the neoliberal matrix*. *Frontiers in Sociology*, v. 8, 2023.

PETRI, Giovanni *et al.*. Homological scaffolds of brain functional networks. *Journal of The Royal Society Interface*, v. 11, n. 101, p. 20140873, 2014.

Eficácia da Ayahuasca no Tratamento do Luto Patológico: uma Série de Casos. 2022. Dissertação de Mestrado.

PHILIPPSEN, Chaiany Colpo Spricigo. 2022. **Eficácia da ayahuasca no tratamento do luto patológico**: uma série de casos. Orientadores: NASCIMENTO, Francisney Pinto do

(orientador); FERMINO, Fabiana Aidar (coorientadora). 109 f.. Dissertação (Mestrado) - PPG-BC (Programa de Pós-Graduação em Biociências), UNILA (Universidade Federal da Integração Latino-Americana), Foz do Iguaçu. Disponível em: <<https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/7178>>. Acesso em: 16 maio 2023.

PIC-TAYLOR, Aline *et al.*. *Behavioural and neurotoxic effects of ayahuasca infusion (Banisteriopsis caapi and Psychotria viridis) in female Wistar rat.* **Behavioural Processes**, v. 118, pp. 102-110, 2015.

PIRES, Ana Paula Salum; OLIVEIRA, Carolina Dizioli Rodrigues de; YONAMINE, Maurício. Ayahuasca: uma revisão dos aspectos farmacológicos e toxicológicos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 01, 2010.

POKORNY, Thomas *et al.*. *Effect of psilocybin on empathy and moral decision-making.* **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 20, n. 09, pp. 747-757, 2017.

POLITO, Vince; LIKNAITZKY, Paul. *The emerging science of microdosing: a systematic review of research on low dose psychedelics (1955–2021) and recommendations for the field.* **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 139, p. 104706, 2022.

REIFF, Collin M. *et al.*. *Psychedelics and psychedelic-assisted psychotherapy.* **American Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 05, pp. 391-410, 2020.

RHOLES, Steven W.; SIMPSON, Jeffrey A. *Ambivalent attachment and depressive symptoms: the role of romantic and parent-child relationships.* **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v. 18, n. 01, pp. 67-78, 2004.

RIBA, Jordi *et al.*. *Human pharmacology of ayahuasca: subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics.* **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, v. 306, n. 01, pp. 73-83, 2003.

ROSEMAN, Leor; NUTT, David J.; CARHART-HARRIS, Robin L.. *Quality of acute psychedelic experience predicts therapeutic efficacy of psilocybin for treatment-resistant depression.* **Frontiers in Pharmacology**, v. 08, p. 309463, 2018.

ROSNER, Rita *et al.*. *Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: a randomized controlled clinical trial.* **Journal of Affective Disorders**, v. 167, pp. 56-63, 2014.

RUCKER, James JH; ILIFF, Jonathan; NUTT, David J.. *Psychiatry & the psychedelic*

drugs. *Past, present & future. Neuropharmacology*, v. 142, pp. 200-218, 2018.

RUFFELL, Simon *et al.*. *Ayahuasca: a review of historical, pharmacological, and therapeutic aspects. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, v. 02, n. 04, p. e146, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/pcn5.146>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

RUFFELL, Simon *et al.*. *The pharmacological interaction of compounds in ayahuasca: a systematic review. Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, pp. 646-656, 2020.

RUMSEY, Deborah J.. *How to interpret a correlation coefficient r. Statistics for dummies*, p. 26, 2016.

SANCHES, Rafael Faria *et al.*. *Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a SPECT study. Journal of Clinical Psychopharmacology*, v. 36, n. 01, pp. 77-81, 2016.

SCHIMMERS, Nina *et al.*. *Psychedelics for the treatment of depression, anxiety, and existential distress in patients with a terminal illness: a systematic review. Psychopharmacology*, v. 239, n. 01, pp. 15-33, 2022.

SHEAR, M. Katherine *et al.*. *Optimizing treatment of complicated grief: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry*, v. 73, n. 07, pp. 685-694, 2016.

SHEAR, M. Katherine *et al.*. *Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry*, v. 71, n. 11, pp. 1287-1295, 2014.

SIGNIFICADOS, Site. **Significado de Deontologia**: o que é deontologia. [s.l.]: Enciclopédia Significados, 2023. Disponível em <<https://www.significados.com.br/deontologia/>>. Acesso em: 11 nov. 2023.

SIGNIFICADOS, Site. **Significado de Transcender**: o que é transcender. [s.l.]: Enciclopédia Significados, 2023. Disponível em <<https://www.significados.com.br/transcendente/>>. 2023. Acesso em: 11 nov. 2023.

SMITH, Randy L. *et al.*. *Agonist properties of N, N-dimethyltryptamine at serotonin 5-HT<sub>2A</sub> and 5-HT<sub>2C</sub> receptors. Pharmacology Biochemistry and Behavior*, v. 61, n. 03, pp. 323-330, 1998.

STROEBE, Margaret; SCHUT, Henk. *The dual process model of coping with bereavement: a decade on. OMEGA - Journal of Death and Dying*, v. 61, n. 04, pp. 273-

289, 2010.

SUÁREZ-ÁLVAREZ, Carlos. *The Age of The Onanya-Regarding the spread of ayahuasca use throughout the Ucayali basin*. **Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America**, v. 19, n. 02, p. 07, 2023.

SZUHANY, Kristin L. et al.. *Prolonged grief disorder: Course, diagnosis, assessment, and treatment*. **Focus**, v. 19, n. 02, pp. 161-172, 2021.

WAGNER, Birgit; KNAEVELSRUD, Christine; MAERCKER, Andreas. *Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial*. **Death Studies**, v. 30, n. 05, pp. 429-453, 2006.

WATTS, Rosalind, et al.. *Patients' accounts of increased "connectedness" and "acceptance" after psilocybin for treatment-resistant depression*. **Journal of Humanistic Psychology**, vol. 57, n 05, pp. 520-564, 2017.

WATTS, Rosalind; LUOMA, Jason B.. *The use of the psychological flexibility model to support psychedelic assisted therapy*. **Journal of Contextual Behavioral Science**, v. 15, pp. 92-102, 2020.

WOLFF, Tom John. *Historical approaches on DMT*. In: WOLFF, Tom John. **The touristic use of ayahuasca in Peru: expectations, experiences, meanings and subjective effects**. New York, USA: Springer VS Wiesbaden, pp. 29-38, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/978-3-658-29373-4>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

WORDEN, J. William. *Theoretical perspectives on loss and grief*. In: STILLION, Judith M.; ATTIG, Thomas. **Death, dying, and bereavement: contemporary perspectives, institutions, and practices**. New York, USA: Springer Publishing Company, pp. 91-103, 2015.

ZISOOK, Sidney et al.. *Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial*. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 62, n. 04, pp. 227-230, 2001.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA QUALITATIVA SOBRE LUTO E AYAHUASCA

#### Roteiro (Autoral, 2023)

1) A ayahuasca te ajudou de alguma forma na resignificação da sua perda ou do seu luto? Se sim, como foi essa resignificação?

#### DOMÍNIO AFFECTIVE-COGNITIVE (EMBARK)

2) (Se a resposta anterior for sim) Através de quais modificações nos seus sentimentos, forma de pensar, no comportamento e/ou crenças, essa vivência lhe ajudou no seu processo de luto? *(Pergunta alternativa: Quais foram as emoções e sentimentos mais marcantes que você experimentou durante a experiência com ayahuasca em relação ao luto? Isso permitiu que você confrontasse crenças desafiadoras sobre si mesmo e sua perda?)*

3) Houve algum “insight” na experiência (materiais psicológicos emergidos na fase aguda dos efeitos) que provocou essa mudança?

#### DOMÍNIO EXISTENCIAL-SPIRITUAL (EMBARK)

4) Durante a experiência com ayahuasca para lidar com o luto, você vivenciou alguma experiência mística, espiritual ou religiosa? Se sim, pode descrevê-la e como ela afetou seu processo de luto?

5) Você tinha um sentimento de vazio por dentro, como se a vida não tivesse mais sentido? E como ficou após a experiência?

6) Você tinha pensamentos relacionados a tirar a própria vida? E como ficou após a experiência?

#### DOMÍNIO MINDFULNESS (EMBARK)

7) Como a prática da atenção plena (mindfulness) foi incorporada à sua experiência com ayahuasca? Houve momentos em que você se sentiu mais conectado com o momento presente e com as sensações que o ambiente te proporcionava?

### **DOMÍNIO BODY AWARE (EMBARK)**

8) Após sua perda seu corpo adoeceu. Você teve sintomas como dor de cabeça, dor de estômago, falta de apetite ou outros? Você notou alguma mudança ou percepção diferente do seu corpo durante a experiência com ayahuasca? Houve algum momento de catarse emocional relacionado ao luto por meio de uma ampliação da consciência corporal?

### **DOMÍNIO RELATIONAL (EMBARK)**

9) Durante a experiência com ayahuasca, você teve alguma experiência de conexão com pessoas significativas em sua vida, como familiares, parceiros ou figuras importantes do passado? Isso trouxe alguma compreensão ou aspecto terapêutico em relação às suas relações?

1 / 3

### **DOMÍNIO KEEP MOMENTUM (EMBARK)**

10) Após a sessão com ayahuasca, você emergiu com uma nova perspectiva de vida e motivação para fazer mudanças em sua vida. Como você está traduzindo os insights e aprendizados da experiência psicodélica para sua vida cotidiana e lidando com os desafios para manter esse impulso de transformação?

### **INTEGRAÇÃO EMBARK**

11) Você buscou ajuda ou apoio para integrar as informações psicológicas emergidas na experiência com a ayahuasca? Como foi essa integração e quais pessoas lhe ajudaram nesse processo?

### **PERGUNTAS ABAIXO FORAM ELABORADAS SEGUINDO REFERÊNCIA DO QUEST. DE RESSIGNIFICAÇÃO DE PERDA (LCP)**

*(adaptada para obtenção de respostas descritivas)*

12) Após o uso da bebida, até o momento, você buscou algum tipo de ajuda para lidar com os sentimentos relativos à sua perda? Se sim, quais foram?

13) Pensar em sua perda era intensamente doloroso? E como ficou após a experiência?

Você pensava com frequência sobre sua perda (na maioria dos dias)? E como ficou após a experiência?

14) A perda refletia de forma negativa no prazer em realizar suas atividades ou relutância em buscar interesses desde a perda ou em planejar o futuro? E como ficou após a experiência?

### **EVITAÇÃO EXPERIENCIAL E ACEITAÇÃO (ACT)**

15) Você chorava com frequência ou reprimia sua dor, relutando em chorar ou em falar sobre a perda? E como ficou após a experiência?

16) Você tentava se afastar de tudo que trazia lembranças relativas a sua perda? E como ficou após a experiência?

17) Você tinha atitudes de negação em relação à sua perda – agia como se nada tivesse acontecido ou dificuldade em aceitar sua perda? E como ficou após a experiência?

### **RAIVA e CULPA (Critérios TLP - DSM5-TR)**

18) Você tinha raiva ou se sentia injustiçado pela sua perda? E como ficou após a experiência?

19) Você atribuía culpa a si mesmo ou a outras pessoas pela sua perda? E como ficou após a experiência?

### **MEDO ABANDONO OU GENERALIZAÇÃO DO MEDO DA PERDA**

*(Ansiedade de separação - ACT)*

20) Você tinha medo de que outra perda considerável acontecesse a qualquer momento? E como ficou após a experiência?

### **PREJUÍZO NO SONO (Critérios TLP - DSM5-TR)**

21) Você teve prejuízo no sono, como insônia ou cansaço ao despertar? E como ficou após a experiência?

### **TENTATIVAS DISFUNCIONAIS PARA LIDAR COM O PROCESSO OU COMPULSÕES (ACT)**

22) Você aumentou o uso de álcool ou outras drogas (ou outros comportamentos compulsivos ou disfuncionais) buscando amenizar o sofrimento causado pela perda? E como ficou após a experiência?

### **PERSPECTIVA FUTURA SOBRE O PROCESSO (ACT)**

23) Você sentia que jamais superaria essa perda? E como ficou após a experiência?

### **SAÚDE MENTAL AMPLA E BUSCA DE INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

24) Cite outras formas que a experiência com ayahuasca interferiu em sua saúde mental, tanto positivamente ou negativamente, ou se nada mudou e não sentiu diferença alguma ou se foi uma experiência irrelevante, ou outra forma que queira categorizar.

Fique à vontade para descrever qualquer outra informação que achar necessário de todo esse processo e de sua saúde mental.

### **FATOR PROTETOR**

25) Houve outros lutos e perdas (ou desafios de vida maiores) nos últimos 3 anos? Como você lidou dessa vez?

### **PERGUNTAS “GUARDA CHUVA” AMPLO DO ESTUDO**

26) Você sentiu alguma mudança em sua perspectiva sobre a morte e o luto após a experiência com a ayahuasca? Se sim, de que forma?

27) Você conseguiu superar sua perda?

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 <p>UDC CENTRO UNIVERSITÁRIO CEP/UDC</p>	<p>CENTRO UNIVERSITÁRIO DINÂMICA DAS CATARATAS - UDC</p>	 <p>Plataforma Brasil</p>
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b> EFICÁCIA DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DO LUTO PATOLÓGICO		
<b>Pesquisador:</b> CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN		
<b>Área Temática:</b>		
<b>Versão:</b> 6		
<b>CAAE:</b> 06439119.8.0000.8527		
<b>Instituição Proponente:</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA		
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio		
<b>DADOS DO PARECER</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 3.488.874		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
Reapresentação.		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
Reapresentação.		
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
Reapresentação.		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>		
Reapresentação.		
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b>		
Reapresentação.		
<b>Recomendações:</b>		
Reapresentação.		
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b>		
Pendências foram sanadas.		
<b>Considerações Finais a critério do CEP:</b>		
<b>Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:</b>		
<p><b>Endereço:</b> Avenida Paraná 5661 Vila A.  <b>Bairro:</b> JARDIM DAS LARANJEIRAS      <b>CEP:</b> 85.868-030  <b>UF:</b> PR      <b>Município:</b> FOZ DO IGUACU  <b>Telefone:</b> (45)3028-3232      <b>E-mail:</b> cepudc@udc.edu.br</p>		
Página 01 de 03		



**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
DINÂMICA DAS CATARATAS -  
UDC**



Continuação do Parecer: 3.488.874

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1275712.pdf	01/06/2019 13:04:33		Aceito
Outros	CartaCEPUDCAya.pdf	01/06/2019 13:04:13	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Outros	riscoxbeneficio.pdf	01/06/2019 13:02:59	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOalteracoes2.docx	01/06/2019 13:00:46	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOalteracoes.docx	08/04/2019 10:41:21	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Outros	CartaRespostaComiteUDC.pdf	25/03/2019 14:23:45	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisanaoiniciada.pdf	25/03/2019 14:23:13	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Outros	Modelo_de_Declaracao_Inicio_da_Pesquisa.pdf	28/02/2019 17:46:00	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ModelodeDeclaracaoIniciodaPesquisa.pdf	28/01/2019 16:37:18	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoCienciaCampodeEstudook.pdf	28/01/2019 13:56:06	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Outros	Termo_Ciencia_Campo_de_Estudo.docx	09/01/2019 15:21:26	GEORGIA MORAES FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	08/01/2019 12:40:56	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/01/2019 12:29:23	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/01/2019 12:28:13	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.docx	08/01/2019 12:27:10	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	07/01/2019 17:56:03	CHAIANY COLPO SPRICIGO	Aceito

**Endereço:** Avenida Paraná 5661 Vila A.

**Bairro:** JARDIM DAS LARANJEIRAS

**CEP:** 85.868-030

**UF:** PR

**Município:** FOZ DO IGUAÇU

**Telefone:** (45)3028-3232

**E-mail:** cepudc@udc.edu.br



**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
DINÂMICA DAS CATARATAS -  
UDC**



Continuação do Parecer: 3.488.874

Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	07/01/2019 17:56:03	PHILIPPSEN	Aceito
----------------	--------------------------	------------------------	------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FOZ DO IGUACU, 06 de Agosto de 2019

---

**Assinado por:  
CARLOS HENRIQUE SCHNEIDER  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Avenida Paraná 5661 Vila A.

**Bairro:** JARDIM DAS LARANJEIRAS

**CEP:** 85.868-030

**UF:** PR

**Município:** FOZ DO IGUACU

**Telefone:** (45)3028-3232

**E-mail:** cepudc@udc.edu.br

**ANEXO B – QUESTIONÁRIO PG 13 DE LUTO PROLONGADO**

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

6. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

7. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

8. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- Não
- Sim

9. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda que a pessoa faleceu?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

10. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou emocionalmente confundido/a pela sua perda?

- 1= Quase nunca
- 2= Pelo menos uma vez
- 3= Pelo menos uma vez por semana
- 4= Pelo menos uma vez por dia
- 5= Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Em relação a cada item, indique como se sente habitualmente. Envolve com um círculo, o número adequado à sua situação.

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente agora dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE III: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

\_\_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_ Sim

**ANEXO C – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE MONTGOMERY-ASBERG (MADRS)**MADRS - Escala de Depressão de Montgomery and Asberg**1. Tristeza aparente:**

- 0 Não há tristeza
- 1
- 2 Apareta desanimado, mas pode se descontrair sem dificuldade
- 3
- 4 Parece triste e infeliz a maior parte do tempo
- 5
- 6 Parece infeliz o tempo todo. Extremamente desanimado

**2. Tristeza expressa:**

- 0 Não há tristeza
- 1
- 2 Apareta desanimado, mas pode se descontrair sem dificuldade
- 3
- 4 Parece triste e infeliz a maior parte do tempo
- 5
- 6 Parece infeliz o tempo todo. Extremamente desanimado

**3. Tensão interna:**

- 0 Calmo. Tensão interna apenas passageira
- 1
- 2 Sentimentos ocasionais de irritabilidade e de mal-estar mal definido
- 3
- 4 Sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só pode superar com dificuldade
- 5
- 6 Medo ou angústia permanente. Pânico invasor.

**4. Redução do sono:**

- 0 Dorme como usualmente
- 1
- 2 Leve dificuldade para dormir, ou sono levemente reduzido, leve ou agitado
- 3
- 4 Sono reduzido ou interrompido pelo menos duas horas
- 5
- 6 Menos de duas ou três horas de sono

**5. Redução do apetite:**

- 0 Apetite normal ou aumentado
- 1
- 2 Apetite levemente reduzido
- 3
- 4 Falta de apetite. Alimentos sem gosto
- 5
- 6 Só come se for persuadido

**6. Dificuldades de concentração:**

- 0 Não há dificuldade de concentração
- 1
- 2 Dificuldades ocasionais para reunir seus pensamentos
- 3
- 4 Dificuldades para se concentrar e manter sua atenção, o que reduz a capacidade para a leitura ou para sustentar uma conversa
- 5
- 6 Incapaz de ler ou de conversar sem grande dificuldade

**7. Lassidão:**

- 0 Quase nenhuma dificuldade para iniciar algo; sem lentidão
- 1

- 2 Dificuldades para iniciar atividades
- 3
- 4 Dificuldades para iniciar atividades rotineiras, que são efetuadas com esforço
- 5
- 6 Grande lassidão. Incapaz de fazer nada sem ajuda

#### 8. Incapacidade para ressentir:

- 0 Interesse normal pelo mundo externo e pelas pessoas
- 1
- 2 Capacidade reduzida para obter prazer com seus interesses habituais
- 3
- 4 Perda de interesse pelo mundo externo. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos
- 5
- 6 Sentimento de estar paralisado emocionalmente, incapacidade para ressentir raiva, tristeza ou prazer, e impossibilidade completa ou mesmo dolorosa de sentir algo pelos parentes e amigos próximos

#### 9. Pensamentos pessimistas:

- 0 Não há idéias pessimistas
- 1
- 2 Idéias intermitentes de fracasso, de auto-acusação ou de auto-depreciação
- 3
- 4 Auto-acusações persistentes ou idéias de culpabilidade ou de pecado precisas mas ainda racionais. Pessimismo crescente à respeito do futuro.
- 5
- 6 Idéias delirantes de ruína, remorsos ou pecado imperdoável. Auto-acusações absurdas e com convicção.

#### 10. Idéias de suicídio:

- 0 Goza da vida ou a vive como ela vem.
- 1
- 2 Cansado da vida, idéias de suicídio apenas passageiras.
- 3
- 4 Gostaria de estar morto. As idéias de suicídio são frequentes e o suicídio é considerado uma solução possível, mas sem projeto ou intenção precisa.
- 5
- 6 Projetos explícitos de suicídio se tiver oportunidade. Preparativos de suicídio.

## ANEXO D – VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA – SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

### CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 2, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>	

### Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais

- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

**ANEXO E – ESCALA DE PITTSBURGH DE QUALIDADE DE SONO**

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir?

Horário habitual de dormir: .....

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer a cada noite:

Número de minutos .....

3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou? Horário habitual de despertar: .....

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama)

Horas de sono por noite: .....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...

a. não conseguia dormir em 30 minutos

( ) nunca no mês passado

( ) uma ou duas vezes por semana

( ) menos de uma vez por semana

( ) três ou mais vezes por semana

b. despertou no meio da noite ou de madrugada

( ) nunca no mês passado

( ) uma ou duas vezes por semana

( ) menos de uma vez por semana

( ) três ou mais vezes por semana

c. teve que levantar à noite para ir ao banheiro

( ) nunca no mês passado

( ) uma ou duas vezes por semana

( ) menos de uma vez por semana

( ) três ou mais vezes por semana

d) não conseguia respirar de forma satisfatória

( ) nunca no mês passado

( ) uma ou duas vezes por semana

( ) menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

e) Tossia ou roncava alto

- nunca no mês passado  
 uma ou duas vezes por semana  
 menos de uma vez por semana  
 três ou mais vezes por semana

f) Sentia muito frio

- nunca no mês passado  
 uma ou duas vezes por semana  
 menos de uma vez por semana  
 três ou mais vezes por semana

g) Sentia muito calor

- nunca no mês passado  
 uma ou duas vezes por semana  
 menos de uma vez por semana  
 três ou mais vezes por semana

h) Tinha sonhos ruins

- nunca no mês passado  
 uma ou duas vezes por semana  
 menos de uma vez por semana  
 três ou mais vezes por semana

i) Tinha dor

- nunca no mês passado  
 uma ou duas vezes por semana  
 menos de uma vez por semana  
 três ou mais vezes por semana

j) outra razão (por favor, descreva)

k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

- nunca no mês passado  
 uma ou duas vezes por semana  
 menos de uma vez por semana  
 três ou mais vezes por semana

6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono? ( muito bom)

- bom  
 ruim  
 muito ruim

7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

- nunca no mês passado

- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?

- mora só
- divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama
- divide a mesma cama

11) Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

a) Ronco alto

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

e) Outras inquietações durante o sono (por favor,descreva):

	nenhuma chance de cochilar	pequena chance de cochilar	moderada chance de cochilar	alta chance de cochilar
- Sentado e Lendo	0	1	2	3
- Vendo TV	0	1	2	3
- Sentado em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião)	0	1	2	3
- Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	0	1	2	3
- Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem	0	1	2	3
- Sentado e conversando com alguém	0	1	2	3
- Sentado calmamente, após o almoço sem álcool	0	1	2	3
- Se você estiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso	0	1	2	3
<b>TOTAL</b>				

## ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE RESSIGNIFICAÇÃO DE PERDAS (LABORATÓRIO DE CANNABIS MEDICINAL E CIÊNCIA PSICODÉLICA – UNILA)

### 1. Pensar em sua/seu perda/trauma/problema era doloroso?

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

### 2. Você tinha atitudes de negação em relação à sua perda/ trauma/ problema – agia como se ela não houvesse acontecido?

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

### 5. Você sentia que não superaria essa perda/ trauma/ problema?

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

### 6. Após sua perda/ trauma/ problema, você sentia/ sente sintomas como dor de cabeça, dor de estômago, alterações de apetite insônia/ sonolência e outros?

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

### 7. Você pensava frequentemente de forma negativa sobre sua perda/ trauma/ problema?

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

### 8. A sua perda/ trauma/ problema refletia de forma negativa nas suas relações pessoais/sociais?

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

### 9. A perda/ trauma/ problema trazia impacto sobre suas atividades cotidianas?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 10. Você vivenciava sensação de medo em relação à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 11. Você vivenciava sensação de raiva em relação à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 12. Você vivenciava sensação de tristeza em relação à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 13. Você vivenciava sensação de preocupação em relação à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 14. Você vivenciava sensação de angústia em relação à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 15. Você vivenciava sensação de culpa em relação à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

### 16. Você tinha/ tem problemas de sono ou pesadelos devido à sua perda/ trauma/ problema?

Antes do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

Depois do uso da Substâncias Psicodélicas

Nunca  
 Raramente  
 As vezes  
 Frequentemente  
 Sempre

**17. Você faz ou fazia uso de substâncias químicas (medicamentos/ drogas lícitas ou ilícitas) para auxiliar ou induzir o sono?**

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

**18. Você tinha/tem algum transtorno de alimentação ligado ou não à sua perda/ trauma/ problema?**

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

**19. Você fazia/faz uso de bebida alcoólica?**

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre

**20. Você fazia/faz uso de cigarro de tabaco?**

- Antes do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre
- Depois do uso da Substâncias Psicodélicas
- Nunca
  - Raramente
  - As vezes
  - Frequentemente
  - Sempre