



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

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM BIOCÊNCIAS**

**EFICÁCIA DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DO LUTO PATOLÓGICO: UMA SÉRIE
DE CASOS**

CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN

Foz do Iguaçu, Estado do Paraná
2022

**EFICÁCIA DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DO LUTO PATOLÓGICO: UMA SÉRIE
DE CASOS**

CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN

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: Prof^a. Dr^a. Fabiana Aidar Fermino

Foz do Iguaçu, Estado do Paraná
2022

CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN

**EFICÁCIA DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DO LUTO PATOLÓGICO: UMA SÉRIE
DE CASOS**

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
UNILA
Orientador

Dra. Micheline Freire Donato
UFSC
Examinadora

Dra. Fernanda Palhano Fontes
UFRN
Examinadora

Foz do Iguaçu, Estado do Paraná, 14 de dezembro de 2022.

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

P552e

Philippsen, Chaiany Colpo Spricigo.

Eficácia da ayahuasca no tratamento do luto patológico: uma série de casos / Chaiany Colpo Spricigo
Philippsen. - Foz do Iguaçu, 2023.

112 fls.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, CICV (Centro Interdisciplinar de Ciências da Vida),
Programa de Pós-Graduação em Biociências.

Orientador: Francisney Pinto do Nascimento.

Coorientador: Fabiana Aidar Fermino.

1. Psicotrópicos. 2. Alucinógenos. 3. Ayahuasca. 4. Terapia do luto. I. Nascimento, Francisney Pinto do. II.
Fermino, Fabiana Aidar. III. Título.

CDU 615.214

Dedico este trabalho aos meus filhos Thomas e Luiz Henrique. É por eles que eu luto para ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu professor orientador, não só pela constante orientação neste trabalho, mas, sobretudo pela sua amizade e paciência.

A minha co-orientadora, pelas pontuações e disponibilidade.

A Dra. Soraya Sehli, pela colaboração na avaliação dos pacientes;

Aos professores da banca pelas orientações.

À minha família pelo apoio.

E principalmente aos meus filhos, pela força que me fizeram ter para que eu conseguisse chegar até aqui.

“Os nossos pais amam-nos porque somos seus filhos, é um fato inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, mas nas ocasiões de fracasso, oferecem um consolo e uma segurança que não se encontram em qualquer outro lugar.”

Bertrand Russell

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.

RESUMO

O luto é vivenciado depois da morte de um ente querido, sendo uma experiência dolorosa fazendo parte da vivência que todos nós teremos em alguns momentos da vida, trazendo dificuldade em aceitar a perda trazendo para a pessoa uma dificuldade para seguir em frente com a vida. A *ayahuasca* é obtida cozinhando duas plantas, *Banisteriopsis caapi* (BC) e *Psychotria viridis* (PV) que contém inibidores reversíveis da monoaminoxidase (MAO), como harmina, harmalina e tetrahydroharmina (THH) além de conter a triptamina psicodélica N,N-dimetiltriptamina (DMT), responsável pelos efeitos psicoativos da bebida. O objetivo deste estudo foi investigar se a *ayahuasca* poderia promover um efeito terapêutico para 5 pacientes com sintomas de luto patológico. Os pacientes foram avaliados com escalas de luto, depressão, qualidade de vida, sono e ressignificação. A *ayahuasca* foi administrada em dose única, por via oral na forma líquida. A conduta terapêutica foi realizada em grupo, porém cada participante foi instruído a vivenciar sua experiência sem nenhum protocolo de conduta pré estabelecido, sendo requerido apenas que permanecessem no mesmo espaço físico. Durante o período de vivência foi utilizada uma sequência musical pré determinada pelos pesquisadores. Cada paciente foi seu próprio controle, onde em que foram comparados os sintomas antes do tratamento e 7, 30 e 365 dias após a administração. Os pacientes em geral tiveram uma melhora em relação ao luto avaliado na escala PG13. A ressignificação do luto ficou evidente nos pacientes 1, 3, 4 e 5, que obtiveram melhora na relação com sua perda. A melhora dos sintomas de luto durou até 365 dias após o tratamento. Ocorreu melhora de quatro dos cinco pacientes quando avaliados os sintomas depressivos. A pesquisa demonstrou que a bebida reduziu consideravelmente sintomas depressivos e sintomas relacionados ao luto, além de melhora em relação ao sono dos participantes. Além disso, esses efeitos foram observados até um ano após a administração única de *ayahuasca*. Novos estudos com mais pacientes e grupo controle são necessários para confirmar e ampliar esses dados.

Palavras-chave: DMT; harminas; psicodélicos; ayahuasca; luto prolongado.

PHILIPPSEN, Chaiany Colpo Spricigo. 2022. **Eficacia de la ayahuasca en el tratamiento del duelo patológico: una serie de casos.** Supervisores: NASCIMENTO, Francisney Pinto do (supervisor); FERMINO, Fabiana Aidar (coasesora). 109 f. *Disertación (Maestría) - PPG-BC (Programa de Posgrado en Biociencias), UNILA (Universidad Federal de Integración Latinoamericana), Foz do Iguaçu.*

RESUMEN

El duelo se vive luego de la muerte de un ser querido, siendo una experiencia dolorosa que forma parte de la vivencia que todos tendremos en algún momento de la vida, dificultando la aceptación de la pérdida, dificultando que la persona pueda seguir adelante con vida. La ayahuasca se obtiene cocinando dos plantas, Banisteriopsis caapi (BC) y Psychotria viridis (PV) que contienen inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (MAO) como harmina, harmalina y tetrahidroharmina (THH) además de contener la triptamina psicodélica N,N-dimetiltriptamina (DMT), responsable de los efectos psicoactivos de la bebida. El objetivo de este estudio fue investigar si la ayahuasca podría promover un efecto terapéutico en 5 pacientes con síntomas de duelo patológico. Los pacientes fueron evaluados con escalas de duelo, depresión, calidad de vida, sueño y resignificación. La ayahuasca se administraba en una sola dosis, por vía oral en forma líquida. La conducta terapéutica se realizó en grupo, pero se instruyó a cada participante a vivir su experiencia sin ningún protocolo de conducta preestablecido, requiriéndose únicamente que permanecieran en el mismo espacio físico. Durante el período de experiencia se utilizó una secuencia musical predeterminada por los investigadores. Cada paciente fue su propio control, donde se compararon los síntomas antes del tratamiento ya los 7, 30 y 365 días después de la administración. Los pacientes en general tuvieron una mejoría en relación al duelo evaluado en la escala PG13. La resignificación del duelo fue evidente en los pacientes 1, 3, 4 y 5, quienes mejoraron su relación con su pérdida. La mejoría en los síntomas del duelo duró hasta 365 días después del tratamiento. Hubo una mejoría en cuatro de los cinco pacientes cuando se evaluaron los síntomas depresivos. La investigación mostró que la bebida redujo considerablemente los síntomas depresivos y los síntomas relacionados con el duelo, además de mejorar el sueño de los participantes. Además, estos efectos se observaron hasta un año después de una sola administración de ayahuasca. Son necesarios nuevos estudios con más pacientes y un grupo control para confirmar y ampliar estos datos.

Palabras clave: DMT; harminas; psicodélicos; ayahuasca; duelo prolongado.

PHILIPPSEN, Chaiany Colpo Spricigo. 2022. ***Efficacy of ayahuasca in the treatment of pathological grief: a case series***. Supervisors: NASCIMENTO, Francisney Pinto do (supervisor); FERMINO, Fabiana Aidar (co-advisor). 109 f. Dissertation (Master's) - PPG-BC (Postgraduate Program in Biosciences), UNILA (Federal University of Latin American Integration), Foz do Iguaçu.

ABSTRACT

Mourning is experienced after the death of a loved one, being a painful experience that is part of the experience that all of us will have in some moments of life, making it difficult to accept the loss, making it difficult for the person to move on with life. Ayahuasca is obtained by cooking two plants, Banisteriopsis caapi(BC) and Psychotria viridis(PV) which contain reversible monoamine oxidase (MAO) inhibitors such as harmine, harmaline and tetrahydroharmine (THH) in addition to containing the psychedelic tryptamine N,N-dimethyltryptamine (DMT) , responsible for the psychoactive effects of the drink. The aim of this study was to investigate whether ayahuasca could promote a therapeutic effect for 5 patients with pathological grief symptoms. The patients were evaluated with grief, depression, quality of life, sleep and resignification scales. Ayahuasca was administered in a single dose, orally in liquid form. The therapeutic conduct was carried out in a group, but each participant was instructed to live their experience without any pre-established conduct protocol, being only required that they remain in the same physical space. During the experience period, a musical sequence predetermined by the researchers was used. Each patient was his own control, where symptoms were compared before treatment and 7, 30 and 365 days after administration. Patients in general had an improvement in relation to grief assessed on the PG13 scale. The resignification of mourning was evident in patients 1, 3, 4 and 5, who improved their relationship with their loss. The improvement in the symptoms of grief lasted until 365 days after treatment. There was an improvement in four of the five patients when depressive symptoms were evaluated. The research showed that the drink considerably reduced depressive symptoms and symptoms related to grief, in addition to improving the participants' sleep. Furthermore, these effects were observed up to one year after a single administration of ayahuasca. New studies with more patients and a control group are needed to confirm and expand these data.

Keywords: *DMT; harmine; psychedelics; ayahuasca; prolonged mourning.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Concentração da ayahuasca anterior a dosagem.....	39
Tabela 2. Concentração da ayahuasca utilizada.....	39
Tabela 3. Caracterização dos pacientes.....	45
Tabela 4. Dados obtidos na aplicação da escala SF36.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cronograma de intervenção	37
Figura 2. Dados obtidos na aplicação da escala de luto PG13.....	45
Figura 3. Dados obtidos na aplicação do questionário de Resignificação.....	46
Figura 4. Dados obtidos na aplicação da escala MADRS.....	47
Figura 5. Dados obtidos na aplicação da escala PSQI-BR.....	50
Figura 6. Dados obtidos na aplicação da escala HRS.....	50
Figura 7. Dados obtidos na aplicação da escala MEQ30	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 LUTO.....	13
1.2 FISIOPATOLOGIA DO LUTO.....	17
1.3 O TRATAMENTO DO LUTO.....	18
1.4 PSICOTERAPIA.....	22
1.5 SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS NA PSIQUIATRIA.....	24
1.6 AYAHUASCA.....	28
1.6.1 Uso histórico.....	28
1.6.2 A planta e a sua farmacologia.....	29
1.6.3 Potencial Terapêutico na Psiquiatria.....	32
1.7 PERGUNTA NORTEADORA E HIPÓTESE.....	35
2. OBJETIVOS.....	36
2.1 GERAL.....	36
2.2 ESPECÍFICOS.....	36
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	37
3.1 DESENHO EXPERIMENTAL.....	37
3.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	38
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	38
3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	38
3.5 ESQUEMA DE TRATAMENTO.....	39
3.6 AVALIAÇÃO DOS PACIENTES.....	40
3.6.1 Questionário de Avaliação de Luto Prolongado (PG13).....	40
3.6.2 Questionário de Ressignificação.....	40
3.6.3 Escala de avaliação de Depressão de <i>Montgomery-Asberg</i> (MADRS).....	40
3.6.4 Questionário de qualidade de Vida SF36.....	41
3.6.5 Índice de Qualidade de Sono de <i>Pittsburgh</i> (PSQI-BR).....	42
3.6.6 <i>Hallucinogenic Rating Scale</i> (HRS).....	42
3.6.7 Questionário de experiência mística (MEQ-30).....	43
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4 RESULTADOS.....	44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES.....	44
4.2 LUTO - PG13.....	45
4.3 RESSIGNIFICAÇÃO.....	46

4.4 DEPRESSÃO - ESCALA MADRS.....	47
4.5 QUALIDADE DE VIDA – SF36.....	47
4.6 SONO - PSQI-BR.....	49
4.7 EFEITOS ALUCINÓGENOS – HRS.....	49
4.8 EXPERIÊNCIA MÍSTICA - MEQ30.....	51
5 DISCUSSÃO.....	52
5.1 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE O LUTO.....	52
5.2 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE A DEPRESSÃO.....	54
5.3 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE O SONO.....	56
5.4 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
7 REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE RESSIGNIFICAÇÃO.....	78
ANEXOS.....	89
ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE LUTO PROLONGADO.....	89
ANEXO B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE MONTGOMERY-ÅSBERG (MADRS).....	91
ANEXO C – VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF- 36.....	94
ANEXO D – ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO	97
ANEXO E – <i>HALLUCINOGEN RATING SCALE</i> (HRS).....	101
ANEXO F – QUESTIONÁRIO DA EXPERIÊNCIA MÍSTICA REVISADA.....	105
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 LUTO

O luto vivenciado depois da morte de um ente querido é uma experiência extremamente dolorosa que faz parte do processo psicológico do ser humano, desencadeado após a perda de algo significativo ou de um ente amado (BOWLBY, 2015). É uma vivência que todos nós teremos em algum momento de nossas vidas e que inicialmente faz com que as pessoas sintam-se atordoadas e tenham dificuldade em aceitar a perda trazendo para a pessoa uma dificuldade para seguir em frente com a vida, dificuldade advinda de uma mentalidade que mantém a morte como um assunto proibido (KOVÁCS, 2005; PRIGERSON *et al.*, 2009). A duração do luto, para ser considerado luto prolongado, diverge entre os autores. Alguns consideram que quando sintomas condizentes ao luto persistem por mais de seis meses e estão associados a uma dificuldade funcional da pessoa e tem uma interferência na rotina de vida, o luto passa a ser chamado de luto prolongado (PRIGERSON *et al.*, 2009). Por outro lado, tradicionalmente, a tristeza do luto entende que os sintomas de luto normal estendem-se por 1 ou 2 anos, sendo que a maioria dos enlutados conseguem voltar ao funcionamento adequado em um ou dois meses (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, para o diagnóstico da depressão considera-se a presença de humor deprimido e/ou anedonia acompanhado de outros sintomas como insônia ou hipersonia, fadiga, baixa autoestima, dificuldade de concentração, pensamento de morte ou ideação suicida. É importante salientar que os sintomas descritos, para que sejam caracterizados de fato como depressão, devem estar associados a prejuízo social e sofrimento (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A Associação americana de Psiquiatria enfatiza a dificuldade existente em estabelecer critérios quanto à duração para que pudessem ser tomados como referência (STROEBE *et al.*, 2000), mas o luto normal passaria a ser complicado quando a resposta à perda perdurasse por ao menos doze meses em adultos (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A importante discussão a respeito da compreensão do luto no DSM-5, o qual diferencia o luto “normal” e o que de fato seria o luto “complicado”, mostra um consenso de que por mais que entendamos que o luto complicado está acontecendo, precisamos ainda assim, entendê-lo como uma resposta normal após a perda, para que não ocorra um problema de medicalização excessiva (ZACHAR, 2015).

No DSM-5 algumas mudanças ocorreram para melhor compreensão do luto, começando com a retirada das reações de luto no critério de exclusão para que seja diagnosticada a depressão e a sua inclusão em uma sessão denominada como “Transtorno do luto complexo persistente”. O luto passou então a ser visto como uma condição que necessita de mais estudos e pesquisas para que haja a melhor compreensão sobre o que considerar como “normal” ou “patológico” (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O luto complicado é um importante fator de risco para a saúde mental, por este motivo, seu diagnóstico e tratamento são essenciais (MABILDE, 1987). O luto normal é um processo emocional saudável, importante para a manutenção da saúde mental, pois acontece após uma perda, seja ela real ou abstrata (PARKES, 1998). O luto considerado normal, pode ser caracterizado como uma crise a qual o indivíduo depende das suas próprias técnicas de enfrentamento para encontrar a solução. Técnicas essas resultantes de experiências anteriores, tolerância à frustração entre outras configurações incluindo os contextos socioculturais. Em muitos casos, sintomas depressivos decorrem de um quadro de luto patológico, visto que, a perda ou privação de um ente querido, principalmente por morte, é considerada um dos eventos mais estressantes da vida de um ser humano, afetando seu bem-estar biopsicossocial (DA SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012; OLIVEIRA; LOPES, 2008). Diferentes tipos de perdas estão associados ao luto, seja da pessoa amada, status ou de saúde. Na maioria das vezes, ocorre como uma reação normal que inicia como um estado de choque e podem ser expressas por torpor ou atordoamento, sensações que dão lugar ao desespero, tristeza, falta de apetite e perturbações no sono como insônia ou dificuldade de adormecer (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Processos de luto mal elaborados podem desencadear o aparecimento de quadros depressivos, melancólicos e de psicopatia (OLIVEIRA; LOPES, 2008). Mabilde (1987) relata que as perdas sofridas, sejam elas antigas ou recentes, podem fundir-se com a doença atual. O autor refere que o fato de que pessoas chegam aos consultórios em momentos de crises dificulta o diagnóstico e o caminho para a melhora dependerá da maneira como o paciente lida com a situação da perda e do tipo de relação com o objeto perdido.

Freud descreveu relevantes considerações acerca do luto, que o definia como um conjunto de reações diante de uma perda significativa que culminava em características como profundo desânimo, perda de interesse pelo mundo externo, inibição da atividade geral e incapacidade de amar ou substituir o objeto perdido. Neste olhar, o enlutado

necessita de romper o vínculo com o objeto amado, para que então, seja capaz de investimentos emocionais (FREUD, 1966).

Caracteriza-se como uma experiência com aspectos sociais importantes, onde é necessário uma transição de papéis como por exemplo, de um indivíduo casado a viúvo (PARKES, 2002) Um dos maiores impactos dessa perspectiva se deu juntamente com a repercussão do trabalho de Kübler-Ross, (1969), que em sua obra “sobre a morte e o morrer”, descreveu os cinco estágios necessários para a elaboração do luto: a negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Essa teoria é utilizada até hoje para uma variedade de perdas (KÜBLER-ROSS, 1969). O traço mais característico do luto são os episódios agudos de sofrimento, ansiedade e dor psíquica que iniciam momentos após a perda e retornam sempre que um estímulo faz com que o indivíduo relembra o fato (PARKES, 1998). A duração do luto estende-se por um período variável, geralmente entre um e dois anos, embora não exista um tempo previsto para que a elaboração da perda aconteça (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). O luto patológico é experimentado por pessoas que não vivenciam o curso normal de elaboração do luto considerado fisiológico e de acordo com o Cadastro Internacional de Doenças (CID-11), caracterizado pela persistente e angustiante procura pelo falecido, associada a dificuldade de aceitar a morte (DA SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

Ariès (1990), mostra em seus estudos sobre a morte que, por algum tempo, a morte foi considerada como natural ao ser humano. A vivência do processo da morte ocorria no âmbito familiar, os rituais se davam numa cerimônia pública, onde todos que participavam eram autorizados a expressar os sentimentos que estavam em evidência devido à perda. Confirmando os estudos de Aries, Araújo & Vieira (2001) mostraram que, na Idade Média, as mortes eram vividas com mais tranquilidade pois eram consideradas um fato natural, os pacientes paliativos faziam seus próprios rituais de despedidas. Com o passar dos anos, embora a morte fosse vista como cotidiana, começou a ser percebida como um fracasso do morto (e da equipe médica) em relação à vida, salientando a impotência diante dela (WORDEN, 1991).

É com as descobertas da ciência, que a morte passa a ter um significado diferente, não relacionado a religião, deixa de ser uma punição pois tem suas causas reveladas, causando assim, um abalo nas crenças (WORDEN, 1991). Foi no século XX que os avanços tecnológicos propiciaram a capacidade humana para adiar a morte, tornando então o sofrimento um sentimento vergonhoso. Worden (1991) enfatiza que a partir de então, a sociedade passa a reprimir os sentimentos em relação à morte, tornando o

processo de elaboração do luto mais solitário o que contribui com o aumento do desconforto das repercussões da perda, pois, perante a sociedade, demonstrar sentimentos não tem mais espaço (RABELO, 2006). Percebe-se que existem diversas formas de lidar com a morte, cada cultura têm suas representações e significados para este processo. Hoje a morte é vista como um tabu e independentemente de suas causas ou formas, ocorrem frequentes negações sobre esse tema pouco falado em sociedade mas do qual não podemos fugir, pois mais cedo ou mais tarde vamos nos deparar com isso em nossas vidas (COMBINATO; QUEIROZ, 2006). Esse tabu em lidar com o assunto, faz com que a sociedade não esteja preparada para lidar com a finitude humana, o que torna mais difícil e delicada a aceitação do encerramento do ciclo da vida (ZISOOK; SHEAR, 2009).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria em sua publicação no DSM-5 o luto deixa de ser esperado quando as respostas esperadas diante da perda continuassem a interferir na rotina diária da pessoa após doze meses (ou seis em caso de crianças), após então, considera-se um luto complicado (PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Mesmo na quinta edição do DSM, fica ressaltado a dificuldade em estabelecer o tempo estabelecido para o diagnóstico, visto as diferentes vivências culturais do luto (STROEBE *et al.*, 2000).

As alterações relacionadas ao processo de luto podem interferir nos padrões de sono e da alimentação, ou ainda manifestações somáticas, sendo comum a falta de ar, o aperto no peito, falta de energia, insônia, passividade, alucinações e ansiedade (OLIVEIRA; LOPES, 2008). As alterações do sono podem estar relacionadas à somatização ou ao fato de que durante o sono, lembranças que causam sofrimento possam invadir a mente e levar a uma temida revivência do trauma (PARKES, 1998).

Segundo Jacobs (2004), existe interesse em diferenciar o luto complicado do transtorno depressivo. O que acontece é que apesar de muito debatida, a validação do diagnóstico é complicada devido a impossibilidade de definir claramente os seus componentes (OGRODNICZUK *et al.*, 2003; PRIGERSON *et al.*, 2009).

Kaplan *et al* (1997), refere que o que difere o luto da depressão seria o tempo utilizado para sair do estado de luto, possibilitando assim a ocorrência de uma depressão recorrente do luto. Anteriormente o luto estava associado à depressão devido a semelhança dos sintomas, mas atualmente considera-se que o sentimento no luto é de vazio e perda enquanto na depressão é de humor deprimido e incapacidade de visões

positivas do futuro (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997; PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Acredita-se que aproximadamente 10% das pessoas que enfrentam a perda de um ente querido, apresente sintomas condizentes com o luto complicado, a maior porcentagem encontra-se em pessoas idosas(NEWSON *et al.*, 2011).

1.2 FISIOPATOLOGIA DO LUTO

Tanto o luto como a depressão compartilham de níveis diminuídos de atividade cerebral serotoninérgica (WENN *et al.*, 2015). Pacientes com luto complicado podem ter uma predisposição genética para apresentar doenças mais debilitantes do que os que vivenciam apenas o luto normal (BUI; NADAL-VICENS; SIMON, 2012). Uma pesquisa recente que examinou uma variação genética no gene MAO-A sugere que uma variante do gene MAO-A pode estar associada à ocorrência de luto complicado em mulheres (KERSTING *et al.*, 2008). Esses achados neurobiológicos e genéticos fornecem informações de que o luto complicado esteja associado à alterações nos sistemas de neurotransmissão serotoninérgica e que a farmacologia pode fornecer um caminho de tratamento (BUI; NADAL-VICENS; SIMON, 2012). As altas concentrações de citocinas pró-inflamatórias são capazes de trazer efeitos prejudiciais para o humor devido a uma atividade inflamatória no hipocampo que é capaz de inibir a neurogênese, um dos mecanismos importantes no tratamento dos transtornos depressivos(EKDAHL *et al.*, 2003; SAARELAINEN *et al.*, 2002).

A diminuição de serotonina aumenta a agressividade; a endorfina liberada produz uma sensação de prazer, ou seja, a ação provocada pelo neurotransmissor, ou pela falta dele, aumenta ou reduz a potência de determinada conduta ligada a essas alterações(MANN, 2002). A serotonina é o neurotransmissor envolvido principalmente na excitação de órgãos, sendo responsável pela ação contra a depressão (DEPAULO; HORVITZ, 2000).

Os neurônios especializados por receber a serotonina são encontrados em grande partes dos órgãos(ANDRADE *et al.*, 2003). Estudos demonstram relação entre anormalidades nos receptores de serotonina e quadros depressivos (HAWTHORNE; GOLDNEY; TAYLOR, 2008). O suicídio em pacientes psiquiátricos estão também ligados a baixa atividade dos neurônios serotoninérgicos (MANN, 2002).

1.3 O TRATAMENTO DO LUTO

As terapêuticas disponíveis para tratamento do luto incluem farmacoterapia, aconselhamento, grupos de apoio e psicoterapia (GONZÁLEZ *et al.*, 2019a). Como uma área pouco estudada, existe hoje um grande interesse em desenvolvimento de novas intervenções que sejam eficazes para o tratamento do luto (PERI *et al.*, 2016; WENN *et al.*, 2015). Diversas pesquisas clínicas sugerem que os agentes farmacológicos podem ser úteis no tratamento do luto patológico, porém, pesquisas sobre abordagens farmacológicas para essa condição ainda são escassas (BUI; NADAL-VICENS; SIMON, 2012).

A farmacoterapia para pacientes em luto é a mesma utilizada para pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo, pois a intenção destes medicamentos é a remissão dos episódios depressivos. Os medicamentos antidepressivos vêm sendo desenvolvidos de acordo com a necessidade, mas apesar das pesquisas e do progresso para o desenvolvimento de novas substâncias, ainda demoram alguns dias para que o paciente perceba uma melhora nos sintomas devido a sua ação terapêutica (MORENO, A.; MORENO, 2000).

Embora a prescrição de medicamentos antidepressivos seja comum no tratamento do luto prolongado, deve-se ter cuidados ao prescrevê-los, pois existem evidências ambíguas relacionadas aos resultados deste tipo de tratamento. Em uma pesquisa que utilizou-se de placebo e citalopram para o tratamento do luto prolongado, não foi demonstrado eficácia da substância quando utilizada de forma isolada e sim quando utilizada conjuntamente com Terapia cognitivo comportamental (DOERING; EISMA, 2016).

Algumas evidências sugerem que os antidepressivos são eficazes para reduzir os sintomas depressivos na depressão relacionada ao luto, embora não tenha o mesmo efeito para especificamente diminuir a intensidade do luto e podem ser utilizados no tratamento autônomo ou em conjunto com psicoterapias específicas (BUI; NADAL-VICENS; SIMON, 2012). As opiniões variam sobre a eficácia dos antidepressivos no alívio dos sintomas depressivos. Enquanto alguns duvidam do seu funcionamento, outros os consideram essenciais (GEDDES *et al.*, 2003). Os antidepressivos estão relacionados com uma gama alta de efeitos colaterais o que torna importante uma discussão sobre os prós e contras dessa classe de medicamentos, visto que muitas pessoas tendem a interromper

o tratamento com antidepressivos devido aos efeitos colaterais (GARTLEHNER *et al.*, 2008).

Existem várias classes de medicamentos antidepressivos e é difícil prever o quão eficaz será cada um deles para cada indivíduo e em alguns casos é necessário experimentar vários medicamentos diferentes (GEDDES *et al.*, 2003). Estudos mostram que o benefício geralmente depende da gravidade da depressão demonstrando que os antidepressivos melhoraram os sintomas em cerca de 20 em cada 100 pessoas (CIPRIANI *et al.*, 2018).

Ressalta-se que um diagnóstico psiquiátrico não determina a natureza da terapia medicamentosa. É necessário uma análise de quais drogas estão disponíveis para cada situação e cada paciente em particular (BITTENCOURT; CAPONI; MALUF, 2013). A farmacologia tem limitações quando entramos no campo dos distúrbios psicológicos, visto que elas não alteram estruturas familiares ou condições socioeconômicas (HORWITZ; WAKEFIELD, 2012). Os medicamentos auxiliam sim na modificação da reação do paciente com seu meio, mas seu comportamento continua sendo determinado pelos estímulos externos, reforçando o uso dos medicamentos como mais um recurso terapêutico para lidar com os sintomas sem perder o foco no paciente (BITTENCOURT; CAPONI; MALUF, 2013; JARVIK, 1070). Utilizar o argumento de que a prescrição de antidepressivos esteja relacionada a questões práticas e a capacidade de atender mais pacientes, é importante levar em conta o contexto de vida do paciente em uma abordagem não reducionista (JARVIK, 1070).

Apesar de novos medicamentos terem sido descobertos, os psiquiatras ainda enfrentam algumas dificuldades com os efeitos colaterais desses fármacos, além do preconceito e desânimo, tristeza e falta de energia para atividades simples (GUYTON; HALL, 2011). A maioria dos fármacos antidepressivos potencializa, direta ou indiretamente, as ações da norepinefrina e/ou da serotonina (5-HT) no cérebro (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016).

Os antidepressivos tricíclicos (ADT) bloqueiam a recaptção principalmente da noradrenalina e serotonina no neurônio pré-sináptico (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016) e também bloqueiam principalmente os receptores muscarínicos, os histaminérgicos H₁, os adrenérgicos α -2 e β e serotoninérgicos com intuito de aumentar o nível de neurotransmissores como a noradrenalina e serotonina na fenda sináptica (BALDESSARINI, 2006). A melhora dos sintomas é lenta, sendo necessário mais de 2 semanas para a percepção de melhora e sua ação nos receptores leva a diversos efeitos

colaterais, sendo os mais comuns a hipotensão ortostática, visão turva, boca seca, tremores, taquicardia e hipotensão ortostática, além de efeitos cognitivos (SCALCO, 2002; WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016). Superdosagens podem causar delírio, complicações em doentes com glaucoma, retenção urinária em doentes com prostatismo e a overdose desta classe de medicamentos podem causar suicídio (MONTGOMERY, 1997; SCALCO, 2002).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são um grupo de fármacos antidepressivos que inibem especificamente a captação da serotonina fazendo parte da terceira geração (BALDESSARINI, 2006; WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016). Eles tem intuito de diminuir a afinidade pelos recetores adrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos e aumentar a afinidade para as bombas de recaptação da serotonina ou 5-hidroxitriptamina (5-HT) (BALDESSARINI, 2006). Os ISRS apresentam boa tolerância em doses terapêuticas, seus efeitos colaterais são relacionados com sua ação química e se manifestam como insônia, náuseas, vômitos, diarreia, cefaleias, ansiedade, agitação, tremores e disfunção sexual. A superdosagem pode causar síndrome da serotonina (KIRBY; AMES, 2001).

A diminuição de serotonina aumenta a agressividade; a endorfina liberada produz uma sensação de prazer, ou seja, a ação provocada pelo neurotransmissor, ou pela falta dele, aumenta ou reduz a potência de determinada conduta ligada a essas alterações (MANN, 2002). A serotonina é neurotransmissor envolvido principalmente na excitação de órgãos, sendo responsável pela ação contra a depressão (DEPAULO; HORVITZ, 2000). Estudos demonstram relação entre anormalidades nos receptores de serotonina e quadros depressivos (HAWTHORNE; GOLDNEY; TAYLOR, 2008). O suicídio em pacientes psiquiátricos está também ligados a baixa atividade dos neurônios serotoninérgicos (MANN, 2002), a pessoa então passa a desenvolver sintomas como desânimo, tristeza e falta de energia para atividades simples (GUYTON; HALL, 2011). Por este motivo, no tratamento da depressão são utilizados medicamentos que tem como objetivo inibir a recaptação dos neurotransmissores e manter um nível elevado dos mesmos na fenda sináptica (DEPAULO; HORVITZ, 2000; GUYTON; HALL, 2011).

Os inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina podem ser eficazes em pacientes nos quais os ISRS não tiveram os efeitos desejados (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016). O mecanismo de ação age inibindo a bomba de recaptação da noradrenalina e da serotonina (MUNEOKA *et al.*, 2009). Embora este grupo de medicamentos não aja sobre o sistema colinérgico, apresenta efeitos colaterais

característicos de ação anticolinérgica como constipação e boca seca, além de outros sintomas como náuseas, sonolência, tonturas, astenia, anorexia, visão turva e distúrbios sexuais (BALDESSARINI, 2006). Cabe ressaltar que podem causar síndrome de interrupção se o tratamento for suspenso de modo súbito (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016).

O mecanismo de ação dos inibidores da recaptção da noradrenalina e serotonina, pode estar associado ao aumento da liberação da noradrenalina, não inibe a enzima MAO e tem pouca afinidade para o sistema serotoninérgico, além de não interagir com os receptores histamínicos e colinérgicos o que causa maior tolerância (FINBERG, 2014). Os efeitos colaterais mais comuns desta classe são: taquicardia, vasodilatação, elevação da pressão arterial, insônia, tremores, cefaleias e tontura (BALDESSARINI, 2006).

Os inibidores da monoaminaoxidase (IMAO) tem uso limitado devido às complicadas restrições de dieta exigidas durante a utilização desses fármacos (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016). A ação antidepressiva dos IMAO pode estar associada com as alterações nas características dos neuroreceptores (BALDESSARINI, 2006). Os efeitos colaterais mais comuns dessa classe são hipotensão, diarreia, edema nos pés e tornozelos (HAWTHORNE; GOLDNEY; TAYLOR, 2008).

Os antidepressivos atípicos aumentam a atividade noradrenérgica e serotoninérgica central, apresenta uma afinidade pelos receptores histamínicos, causando um efeito sedativo. Apresenta fraca afinidade para receptores muscarínicos e dopaminérgicos (MORENO *et al.*, 2006). É um medicamento bem tolerado e apresenta como efeitos colaterais sedação excessiva, aumento do peso, boca seca, constipação intestinal e a dispneia (NEVES, 2015).

Os antidepressivos geralmente são administrados diariamente e o tratamento pode ser considerado relativamente longo (quatro a nove meses após a remissão dos sintomas) para evitar recaídas. A duração do tratamento também depende de como os sintomas se desenvolvem ao longo do tempo o que faz com que algumas pessoas façam uso dos antidepressivos por muitos anos (GEDDES *et al.*, 2003).

A pausa repentina destes medicamentos pode causar problemas de sono, náuseas ou inquietação, visto que muitas pessoas param de tomar a medicação assim que começam a se sentir melhor, aumentando o risco de retorno dos sintomas de forma intensa (GARTLEHNER *et al.*, 2008).

Atualmente antidepressivos considerados mais seguros que vem sendo utilizados no tratamento tanto do transtorno depressivo quanto do luto, mas ainda assim, inúmeros

efeitos colaterais estão presentes na rotina do paciente que utiliza essas medicações, além de em alguns casos apresentar refratariedade, necessitando de farmacoterapia alternativa ou complementar(CIPRIANI *et al.*, 2018).

1.4 PSICOTERAPIA

Pesquisadores revisaram intervenções relatadas por membros da família afetados pelo suicídio. Grupos de apoio estavam entre as intervenções de maior classificação, porque permite compartilhar memórias de seus entes queridos com outras pessoas, fazendo com que seja possível uma resignificação dos seus sentimentos e relacionamentos internos e sociais(TAVERNA; SOUZA, 2014).

O objetivo do grupo terapêutico é proporcionar o crescimento pessoal e o aperfeiçoamento da comunicação nas relações interpessoais (ROGERS, 2002). No grupo, a aproximação entre os participantes ocorre de forma genuína pois durante a experiência do grupo, as pessoas compartilham os sentimentos mais íntimos, aumentando a proximidade entre as pessoas e o crescimento pessoal (ROGERS, 2002). Estes grupos funcionam melhor quando os participantes sentem-se identificados por alguma característica semelhante entre si, unindo-se por perceberem que conseguem ajudar um ao outro (CLÁUDIA; VALLADARES, 2004). Segundo Oliveira *et al* (2022), os grupos terapêuticos são uma ferramenta importante de ressocialização e inserção social. No grupo terapêutico é dada ênfase às trocas de experiência e é através do convívio entre os participantes que surgem os debates e diversas maneiras de lidar com os problemas que aparecem (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006). Durante os grupos terapêuticos, o profissional facilitador deve estimular o paciente, para que o mesmo consiga perceber a sua responsabilidade e auto-capacidade de resolução dos problemas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Estudiosos afirmam que o objetivo do luto é permitir que indivíduos enlutados possam integrar as memórias do falecido em suas vidas, trabalho facilitado pela psicoterapia, uma vez que seria impossível se desvincular de quem se ama (WALTER, 2010). Para Worden (1991), o processo de luto se encerra quando o enlutado for capaz de abandonar a necessidade de reativar a representação do ente falecido com excessiva intensidade. A psicoterapia tem como princípio que o ser humano tem seu próprio potencial para o crescimento e desenvolvimento da relação terapêutica embasada na

confiança de que o paciente conseguirá encontrar sua direção no seu tempo (ROGERS, 2002).

Diversos estudos recentes demonstram que tratamentos psicológicos, especialmente a Terapia Cognitivo comportamental (TCC) são eficazes no tratamento de luto prolongado (DOERING; EISMA, 2016). A TCC visa identificar recursos disponíveis e avaliar quais são as principais preocupações do paciente e priorizá-las para então abordá-las incluindo a rede de apoio nas tomadas de decisões (REMOR, 1999). Definir e priorizar as preocupações visa diminuir as alterações emocionais devido a fragilidade do paciente, evitando o andamento do tratamento (REMOR, 1999).

Na psicoterapia o terapeuta deve demonstrar sua empatia e respeitar o tempo do paciente para que o mesmo não desenvolva resistência ao tratamento. É importante para a relação terapêutica que não sejam negadas informações solicitadas pelo paciente para evitar maiores distorções cognitivas e sempre que possível, o enlutado deve ter sua autoeficácia estimulada para que ele perceba suas capacidade para lidar com esse momento difícil (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A TCC acredita que não são os eventos que determinam as reações (emoções, sentimentos) dos indivíduos e sim a maneira como ele a interpreta que gera essas reações muitas vezes desagradáveis e causadoras de sofrimento (GARNER, 1997). Utiliza-se então, algumas técnicas para identificar os pensamentos disfuncionais que fazem com que o paciente tenha interpretações errôneas dos fatos (BECK, 1997).

As técnicas mais utilizadas são a psicoeducação, que consiste no psicoterapeuta explicar ao paciente sobre seu funcionamento disfuncional com intuito de facilitar a compreensão da perda (GARNER, 1997). O Registro de pensamentos disfuncionais, que acontece quando verifica-se quais pensamentos vem a mente do paciente diante de determinadas situações, além da técnica de role-play, descoberta guiada, entre outras (BECK, 1997).

Em suma, a TCC é composta por variados instrumentos utilizados durante a psicoterapia do paciente enlutado. Mas é importante que o terapeuta proporcione um primeiro contato acolhedor, só assim o psicoterapeuta será capaz de facilitar a expressão dos sentimentos associados à perda, pois serão as concepções mais realistas que irão e menos destrutivas ao seu funcionamento que irão fortalecer a autonomia do paciente. (FRADE; BARRAGÁN, 2005).

É indispensável durante a psicoterapia do paciente enlutado, considerar aspectos de vulnerabilidade, avaliar sentimentos como a raiva, ansiedade e culpa, além de verificar

se existe negação ou alguma resistência a mudança, pois estes são fatores de risco do processo do luto, que geralmente estão relacionados ao diagnóstico de luto complicado (PARKES, 1998).

1.5 SUBSTÂNCIAS PSICODÉLICAS NA PSIQUIATRIA

O entendimento das raízes indígenas nas origens históricas da psicoterapia psicodélica serve como um ponto de referência importante, visto que existe um esforço em reconhecer a importância de sua inclusão (MICHAELS *et al.*, 2018).

O uso de plantas capazes de expandir a consciência nas culturas pré-colombianas. De acordo com Clendinnen (2014), a relação dos astecas com o sobrenatural é observada através de poderosas substâncias que alteram a consciência. Esse culto ao uso de plantas psicodélicas era tão importante que maias e astecas não abandonaram o uso de plantas psicodélicas, mesmo sendo recomendados novas formas de controle pelos seus sacerdotes (GRINSPOON; BAKALAR, 1997). Os incas por sua vez cultuavam a erva da coca. Seus pertencentes tinham devoção ao arbusto desta planta, visto que a utilização em doses elevadas durante as cerimônias religiosas aumentava o poder de percepção. A planta da coca era vista como tão importante que algumas plantações eram destinadas exclusivamente às forças sobrenaturais (BARRE, 1975).

Rapés e charutos foram utilizados pelos colonizadores como “grande medicina”, chegando a Europa e logo era encontrada em todo o mundo (NORTON, 2008). A importância de plantas consideradas sagradas nas culturas antigas explicam a veneração destes grupos nativos que tentam a todo custo conservar suas tradições (SCHULTES; HOFMANN, 2000). Muitas das conhecidas como “religiões da floresta”, que foram disseminadas até os centros urbanos utilizam-se de plantas psicoativas, o que não torna o uso dessas plantas um fenômeno recente, já que este ato tem sido utilizado pelos seres humanos há milênios, com o intuito de expandir a consciência. O que ocorre é que há um tempo relativamente curto, tornou-se objeto de estudo no ocidente (MCKENNA; CALLAWAY; GROB, 1998).

Na Europa, até o final do século XIX, era mínimo o interesse por substâncias psicoativas até a descoberta da mescalina, o princípio ativo do Peyote, que fez com que aumentasse os conhecimentos através de novas pesquisas realizadas por etnobotânicos e químicos (STRASSMAN, 2019). Ainda assim, havia uma ausência de compreensão sobre os efeitos destas substâncias. Compreensão que foi modificada com uma nova

descoberta, o LSD, que foi sintetizado no ano de 1938 pelo químico suíço Albert Hofmann (MASTERS; HOUSTON, 2000).

Hoffmann, que após interrupção de cinco anos da pesquisa com o fungo do centeio chamado LSD-25 (Dietilamida de Ácido Lisérgico), pois o mesmo havia apresentado efeitos mínimos para o uso estudado na época, resolveu examinar novamente a substância e descobriu seus efeitos psicodélicos e que uma dose de LSD era mil vezes mais potente que a mescalina (STRASSMAN, 2019).

Foi após a descoberta do LSD que obteve-se o conhecimento do funcionamento da serotonina e com o aprofundamento das pesquisas, algumas apontavam para um melhor sucesso da psicoterapia quando era utilizado concomitantemente o uso de psicoativos. Essas pesquisas, que inicialmente tinham o intuito de ajudar pessoas com doenças ligadas a saúde mental, saiu do controle por volta dos anos sessenta quando os meios científicos foram acusados de perderem o controle sob o uso da substância (LEARY, 1999; MASTERS; HOUSTON, 2000).

As substâncias alucinógenas, auxiliando o processo de psicoterapia é documentada na antropologia, visto que os efeitos da experiência psicodélica são usados para facilitar a experiência psicoterapêutica facilitando o acesso do paciente a partes reprimidas de suas memórias (SESSA, 2012). Novas pesquisas estão sendo realizadas com o uso de substâncias psicodélicas no tratamento de doenças como dependência, depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (SESSA, 2012).

A descoberta dos aspectos curativos dos psicodélicos mudou a visão dos psiquiatras, havendo, a partir da década de 1950, uma explosão de interesse em drogas psicodélicas (SESSA; SANDISSON, 2007), iniciando então um interesse global nos alucinógenos. Como as drogas psicodélicas incluem uma variedade de substâncias que têm fortes efeitos na experiência consciente, a psicanálise era um dos pilares do tratamento psicológico. Também era visto como importante no tratamento da esquizofrenia pois era um meio para modelar a psicose (DYCK, 2005). Foi também em meados de 1955, que redescobriu-se o uso religioso contemporâneo de cogumelos no México (CARNEIRO, 2005). Seu princípio ativo, a psilocibina, começou a ser produzida e utilizada para tratamentos de transtornos psíquicos (DOBLIN, 2000).

As pesquisas com estas substâncias retornaram apenas nos anos de 1990 e nos anos 2000 foi possível perceber o início dos ensaios clínicos na área. Isso tem feito com que depois de mais de 20 anos de desinformação e proibição que fizeram com que essas

mesmas drogas fossem abandonadas, voltassem para os laboratórios e clínicas de pesquisa (MORENO, Francisco A *et al.*, 2006).

Para Grinspoon *and* Bakalar (1997), o uso ritualístico das substâncias psicodélicas não combina com o curto tempo de interesse científico pelo seu funcionamento. O recente interesse na psicoterapia assistida por psicodélicos adotou uma abordagem cuidadosa e gradual para reintroduzir essa área de estudos, enfatizando as questões éticas, metodológicas e de segurança clínica. Os resultados iniciais da pesquisa psicodélica da segunda onda demonstraram a eficácia da psilocibina no tratamento da depressão, dependência e TOC, LSD no tratamento da depressão, ansiedade e uso de substâncias, *ayahuasca* para o tratamento da depressão e do vício, e MDMA na redução dos sintomas de trauma. O crescimento da compreensão dos processos por trás dos efeitos das drogas psicodélicas é comprovado por técnicas de imagem, possibilitando a revisão de estudos dos anos 50 e 60 (CARHART-HARRIS, *et al.*, 2012).

A pesquisa contemporânea voltou o olhar novamente para o potencial de tratamento facilitado por alucinógenos frequentemente relacionando o uso das substâncias psicodélicas com psicoterapia, em geral para transtornos neuropsiquiátricos com refratariedade ao tratamento farmacológico convencional (TUPPER *et al.*, 2015).

A grande maioria dos tratamentos farmacológicos existentes para transtornos psiquiátricos têm eficácia limitada e demoram algumas semanas para apresentar os efeitos esperados, além de apresentarem reações adversas. Vários estudos com alucinógenos sugerem que estes têm efeitos ansiolíticos e antidepressivos (DOS SANTOS, Rafael G. *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2016). Os alucinógenos se enquadram em diversas classes, de acordo com o mecanismo de ação farmacológico e estrutura química (NICHOLS *et al.*, 2002; RAY, 2010). Os estudos realizados com a descoberta do LSD, e por sua vez da serotonina, eram focados na base serotoninérgica dos psicodélicos (TWAROG; PAGE, 1953), visto que os alucinógenos serotoninérgicos estimulam os receptores de serotonina 2A (5HT_{2A}), principalmente os localizados nas células piramidais neocorticais, liberando glutamato pelos aferentes talâmicos no córtex, reforçando o papel essencial das interações tálamo corticais (DE GREGORIO *et al.*, 2018; HALBERSTADT; GEYER, 2011). Muitas dessas substâncias são encontradas nos produtos químicos encontrados em plantas ou fungos usados tradicionalmente por milênios em rituais de cura espiritual, na fermentação da *ayahuasca* (*Banisteriopsis caapi* e *Psychotriavidis*) da Amazônia (GASSER *et al.*, 2014).

A psilocibina e os psicodélicos no geral, apresentam algumas características semelhantes com os antidepressivos convencionais (modulação serotoninérgica), não deixando de apresentar também algumas diferenças importantes (CARHART-HARRIS, Robin L. *et al.*, 2017).

Os psicodélicos clássicos podem ser definidos principalmente pela sua farmacologia já que todos demonstram ações agonistas no subtipo de receptor de serotonina 2 5-HT_{2A}R (VALLE *et al.*, 2016; VOLLENWEIDER *et al.*, 1998). Os efeitos destes compostos incluem a capacidade de vivenciar experiências existenciais extremamente profundas com alta capacidade ressignificação dos acontecimentos que causam sofrimento (CARHART-HARRIS, R. L. *et al.*, 2018). Esses efeitos são atribuídos a uma ação inicial no nível molecular (5-HT_{2A}R) e caso esse receptor esteja bloqueado, nenhum de seus efeitos psicodélicos irá ocorrer (CARHART-HARRIS, Robin L. *et al.*, 2017). É evidente que os receptores 5-HT_{2A}R possibilitam uma maior plasticidade, que foi demonstrado por marcadores moleculares, anatômicos, funcionais e comportamentais (BOULOUGOURIS; GLENNON; ROBBINS, 2008; LY *et al.*, 2018; VAIDYA *et al.*, 1997). É devido a esta plasticidade que os efeitos experimentais de psicodélicos são sentidos em grande proporção (CARHART-HARRIS, R. L. *et al.*, 2018).

A psilocibina e o DMT são capazes de produzir importantes mudanças sensoriais e no humor dos seres humanos, atuando principalmente como agonista do receptor 5-HT (ARAÚJO *et al.*, 2015). A psilocibina possui efeitos semelhantes ao do LSD e é tida como segura devido a sua baixa toxicidade, mas não podemos deixar de levar em consideração que as reações dependem principalmente das características individuais (DYDAK; ŚLIWIŃSKA-MOSSOŃ; MILNEROWICZ, 2015).

Após diversos estudos em humanos, tornou-se evidente que a farmacologia dos psicodélicos não era a única responsável por determinar seus efeitos subjetivos. As expectativas e as experiências pessoais do indivíduo que as tomam, bem como o ambiente externo, foram reconhecidas como de vital importância para influenciar as experiências vivenciadas pelos usuários (FADIMAN JAMES, 2011; JOHNSON; RICHARDS; GRIFFITHS, 2008; LEARY; LITWIN; METZNER, 1963), o que ajuda a explicar as reações amplamente variadas a essas substâncias observadas em diferentes estudos.

A suposição de que elementos não farmacológicos influenciam diretamente na resposta aos alucinógenos iniciou-se no século XX (HARTOGSOHN, 2016). Em pesquisas realizadas nesta época, os pacientes que fizeram uso das substâncias

sozinhos desenvolviam reações mais negativas do que aqueles que o fizeram em grupos. Ao mesmo tempo, começou a ser explorado o uso de LSD utilizando estímulos externos, como o uso de músicas, fotos e demais artifícios para melhorar a configuração física do local escolhido para a administração da droga (HARTOGSOHN, 2017).

Carhart-Harris *et al.* (2017) testou o processo de mudança de comportamento através da experiência psicodélica, concluindo que a experiência mística são influenciados por fatores como: sentir-se preparado para render-se à experiência, ter uma intenção clara para vivenciar a experiência, existência de um ambiente terapêutico, estar na companhia de indivíduos de confiança. Estes estudos apontaram a importância do contexto para a experiência psicodélica (CARHART-HARRIS, R. L. *et al.*, 2018).

Apesar da grande maioria das pessoas correlacionar os alucinógenos com substâncias perigosas, geralmente eles representam substâncias com boa segurança e baixa toxicidade quando administradas em ambiente controlado (DOS SANTOS, *et al.*, 2016).

1.6 AYAHUASCA

1.6.1 Uso histórico

No ocidente, em meados do século XX, não era comum o uso de substâncias psicotrópicas com exceção do álcool (JUNIOR, 1998). Mesmo havendo uma grande tradição do uso da *ayahuasca* em diversas tribos em países como Peru, Colômbia, Venezuela, Bolívia e Equador, foi no Brasil onde estruturou-se religiões não-indígenas que onde mesclou-se tradições antigas e influências de religiões como cristianismo, espiritismo e religiões afro brasileiras (LABATE; ARAÚJO, 2002).

As substâncias alucinógenas são amplamente utilizados pelos índios em rituais. A *ayahuasca* é utilizada por cerca de 72 tribos da Amazônia. Nestas tribos, as manifestações religiosas ocorrem na forma de mitos ligados à realidade do meio que os cercam (LABATE; ARAÚJO, 2002). Na cultura indígena, é nos estados alterados da consciência que conseguimos confrontar o outro lado da realidade, percebendo algo além de apenas os corpos e suas utilidades, o consumo da *ayahuasca* age como um facilitador da igualdade entre os seres (LABATE; ARAÚJO, 2002; MACRAE, 1992).

O uso da *ayahuasca* é legalizado no Brasil, pois houve a compreensão, por parte do governo brasileiro, de que as práticas ayahuasqueiras fazem parte da “cultura amazônica” e então após um parecer emitido pelo extinto Confen, em 1986, a

ayahuasca ganhou sua legitimidade passando pela contribuição de alguns antropólogos (LABATE, 2000).

Essa substância é utilizada principalmente no Brasil, no contexto religioso, principalmente em religiões como União do Vegetal (UDV), Sando Daime e Barquinha (LABATE, 2000). Há aproximadamente trinta anos atrás, 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 (METZNER, 1999). Atualmente, sabe-se que tradicionalmente o uso da *ayahuasca* pode curar alguns quadros mentais, permitindo perceber claramente o problema e então estar receptivo à resposta (DOS SANTOS; BOUSO; HALLAK, 2017).

O uso da *ayahuasca* e os rituais fazem dela uma substância psicoativa especial, que pode ser comparado com o uso do peiote pela Igreja Nativa Americana, nos E.U.A, mas diferente do Brasil, nos Estados Unidos o uso da planta é apenas legalizado indivíduos de origem étnica indígena (LABATE, 2000).

O Santo Daime foi criado no Acre por um seringueiro e o nome tem como significado "Dai-me força, dai-me luz" (LABATE; ARAÚJO, 2002). Os rituais do Daime são chamados de "trabalhos" que são aplicados sobre o corpo e o pensamento (LABATE; ARAÚJO, 2002; MACRAE, 1992). A Barquinha também surgiu no Acre e se restringe à região até hoje. Essa religião possui uma mescla de influência que abrange desde o catolicismo, xamanismo até as religiões afro-brasileiras. A bebida é o elemento chave da religião, pois com ela os participantes conseguem ter uma percepção diferenciada da realidade (LABATE; ARAÚJO, 2002). A UDV, espalhou-se com mais eficácia pelo Brasil, o chá é utilizado em sessões noturnas quinzenais regulares, além ser utilizado em datas comemorativas cristãs. Nesta religião criou-se regras e valores para auxiliar no crescimento espiritual (JUNIOR, 1998).

1.6.2 A planta e a sua farmacologia

A *ayahuasca* é obtida Do cozimento de duas plantas. A primeira é a *Banisteriopsiscaapi*, popularmente conhecida como jagube ou mariri que contém inibidores reversíveis da monoamina oxidase (MAO), como a harmina, harmalina e tetrahydroharmina (THH). As harminas compartilham uma estrutura comum de beta carbolinas tricíclica. Trabalhando como inibidores da MAO. MAO é uma enzima mitocondrial e no neurônio, age como "válvula de segurança", desaminando

oxidativamente e inativando qualquer excesso de neurotransmissor. Os inibidores da MAO inativam a enzima, permitindo que as moléculas do neurotransmissor não sejam degradadas e conseqüentemente vazem para o espaço sináptico (WHALEN; FINKEL; PANAVELIL, 2016). Essas harminas inibem a quebra de monoaminas por reduzir o metabolismo de neurotransmissores, auxiliando na manutenção dos níveis normais desses compostos (VAIDYA *et al.*, 1997).

A outra planta, a *Psychotriaviridis*, denominada chacrona, contém a triptamina psicodélica N,Ndimetilriptamina (DMT), reponsável pelos efeitos psicoativos da bebida (RIBA, 2003). A ação da *ayahuasca* é consequência da interação entre os componentes das plantas citadas. A atividade psicoativa só ocorre por causa da função da inibidora da MAO periférica pelos alcalóides da β -carbolina, que são alcaloides naturais encontrados na natureza em diversas plantas além de serem produzidos endogenamente em tecidos humanos. As β -carbolinas presentes na *ayahuasca* atuam como agonistas serotoninérgicos, pois a inibição da MAO aumenta os níveis de serotonina no cérebro possibilitando uma afinidade de β -carbolinas em relação aos receptores 5-HT_{2A} e 5-HT_{2C} (GRELLA; JOSHI, 2003).

As enzimas da MAO estão na membrana externa das mitocôndrias, onde ocorre a degradação de noradrenalina, serotonina, dopamina, entre outros (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). A MAO é responsável por degradar neurotransmissores endógenos e aminas exógenas. A harmina, o principal inibidor da MAO que encontramos na bebida é rapidamente metabolizado em alguns indivíduos que ainda assim relatam os efeitos psicoativos, sugerindo que a inibição da MAO seria periférica (RIBA, 2003). Essa metabolização impede a deaminação do DMT, tornando-o ativo e permitindo sua ação no sistema nervoso central de forma intacta, contribuindo para o aumento dos níveis de serotonina (MCKENNA, 2004; PALHANO-FONTES, 2017).

O DMT é uma substância presente em diversas plantas além da chacrona utilizada na mistura da *ayahuasca*, como na epená (*Viola calophylla*), jurema-preta (*Mimosa hostilis*). Em humanos, é uma substância endógena, presente no sangue, urina e no líquido cérebro-espinhal (STRASSMAN, Rick, 2019), que pela metabolização da MAO hepática e intestinal, quando ingerido via oral de forma isolada não é capaz de proporcionar os efeitos psicodélicos esperados (MCKENNA; TOWERSA; ABBOTTB, 1984). Por este motivo existe a necessidade de administração junto com alguma substância inibidora da MAO (SHANON, 2003), pois é a inibição da MAO que permite a chegada do DMT ao cérebro quando ingerido (MCKENNA; TOWERSA; ABBOTTB, 1984), aumentando então

os níveis de serotonina, noradrenalina e dopamina no cérebro(LUNA, 2005; MCKENNA; TOWERSA; ABBOTTB, 1984).

Diferente da grande maioria dos alucinógenos que atuam sobre o receptor 5-HT, levando a uma necessidade de doses maiores para se conseguir os mesmos efeitos com o passar do tempo, o DMT não apresenta desenvolvimento de tolerância em uso isolado (JUNIOR, 1998). Este dado auxilia quando se pensa na segurança do uso da substância, já justificado pelo amplo e difundido uso da *ayahuasca* ao longo dos séculos e nos dias atuais, e centenas de estudos já realizados (LABATE; ROSE; GUIMARÃES, 2009; UTHAUG *et al.*, 2018).

A *ayahuasca* tem sido utilizada nos últimos anos por grupos não-religiosos em trabalhos científicos, a fim de testar os diversos potenciais terapêuticos da planta e até hoje não foi relatado nenhum óbito ou sequela induzida pelo uso do chá, não havendo na literatura nenhuma menção a uma dose letal das principais substâncias do chá (DE OSÓRIO *et al.*, 2015; PIRES; OLIVEIRA; YONAMINE, 2010; RIBA *et al.*, 2003).

Na Espanha diversos estudos foram realizados investigando a eficácia e a segurança da *ayahuasca*. Os pesquisadores apontaram uma boa tolerância e efeitos colaterais aceitáveis (RIBA *et al.*, 2001; YRITIA *et al.*, 2002). Estudos também demonstraram que a *ayahuasca* apresenta no sistema nervoso central efeitos significativos quando comparado com placebo e sugerem que a *ayahuasca* pode aumentar o acesso dos indivíduos ao processo subconsciente e o estado de vigília (HOFFMANN; HESSELINK; BARBOSA, 2001; RIBA *et al.*, 2002). O mais relevante achado e relação a segurança do uso da *ayahuasca* em humanos é de que não são sérias as reações adversas e a toxicidade, além da ausência de tolerância(RIBA; BARBANOJ, 2005).

Referente aos riscos de morte, estudos animais indicam que a dose letal dessas substâncias em humanos seriam 20 vezes maior que a dose usada nos rituais(GABLE, 2007). Podem ocorrer efeitos adversos no uso da *ayahuasca*, principalmente quando utilizado concomitantemente substâncias serotoninérgicas (CALLAWAY *et al.*, 1999).

Em relação ao risco cardíaco, os efeitos hemodinâmicos da *ayahuasca* parecem ser menos deletérios que outras substâncias psicoativas e deve ser levado em conta as características individuais e o estado de saúde de cada indivíduo (GABLE, 2007). Como a *ayahuasca* induz o bloqueio da MAO pode produzir efeitos adversos como a síndrome serotoninérgica (RIBA; BARBANOJ, 2005).

Farmacologicamente falando, a *ayahuasca* aparenta não desenvolver dependência fisiológica ou mudanças corporais que induzem tolerância (SHANON, 2003). Pesquisas realizadas não demonstraram a existência de distúrbios psiquiátricos relacionados a dependência ou qualquer indício de tolerância aos efeitos subjetivos do alucinógeno (STRASSMAN, Rick J; QUALLS; BERG, 1996).

1.6.3 Potencial Terapêutico na Psiquiatria

A *ayahuasca* demonstra ter potencial terapêutico em psiquiatria, visto que, foram relatados efeitos antidepressivos de início rápido após a administração de uma dose única de *ayahuasca* em pacientes diagnosticados com depressão recorrente (NUNES *et al.*, 2016). Estudos preliminares sugerem que a *ayahuasca* possui um amplo potencial terapêutico (DOS SANTOS *et al.*, 2016). Da mesma forma, evidências sugerem que a *ayahuasca* pode ser benéfica no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (NIELSON; MEGLER, 2014). Diversos estudos demonstram segurança com o uso da *ayahuasca*. Pesquisas realizadas com voluntários que utilizam a bebida em rituais religiosos por longos períodos – mais de 30 anos, não evidenciaram alterações significativas na pressão arterial e frequência cardíaca, além de não haver relato de desenvolvimento de problemas psicossociais (FÁBREGAS *et al.*, 2010; RIBA *et al.*, 2003, 2001). De modo similar, não ocorreram problemas psicológicos, neuropsicológicos ou qualquer outro dano psiquiátrico causado pela ingestão da bebida (DE OSÓRIO *et al.*, 2015; GROB *et al.*, 1996; PIRES; OLIVEIRA; YONAMINE, 2010). As complicações relatadas com o uso da *ayahuasca* ocorreram em pacientes com histórico pessoal ou familiar de doença psicótica ou mania, indivíduos estes, que devem evitar a ingestão de qualquer tipo de substância psicodélica (DOS SANTOS; BOUSO; HALLAK, 2017).

Os efeitos subjetivos da *ayahuasca* incluem visão de imagens com os olhos fechados e sensação de vigilância, estimulação e euforia. Além de náuseas, vômitos e diarreia (CAZENAVE, 2000). A ação alucinógena, ou como referida pelos usuários da bebida, as mirações são frequentes, e caracterizam-se principalmente por visões de animais e seres da floresta, divindades ou demônios, sensação de voar, substituição do corpo, entre outras, dependendo da individualidade de cada indivíduo (CAZENAVE, 2000). A *ayahuasca* pode promover alterações em todos os sentidos, além de alteração na cognição, volição e afetividade, estes então chamados de estados alterados de consciência (JUNIOR, 1998).

Os estados alterados da consciência, literalmente, relacionado com o sentido psicológico, relacionado com o conhecimento ou não da realidade (JUNIOR, 1998). A psicologia fala sobre os dois fenômenos na atividade psíquica: os que conhecemos diretamente e os que são revelados por meios indiretos, fazendo com que a consciência seja apenas parte da nossa psique (FREUD, 1966). Existem três classificações para os estados alterados de consciência: o embotamento (caracterizado pela diminuição ou perda da vivência); o estreitamento (diminuição do campo da consciência, presente, por exemplo, em estados de êxtase religioso); e a obnubilação (alteração do juízo de realidade e ideias anormais, como no *delirium tremens*) (MELO, 1981). De acordo com a classificação dos estados alterados de consciência, o estado induzido pela *ayahuasca* pode ser nomeado como um estreitamento da consciência, devido a sua ligação com o contexto religioso (JUNIOR, 1998).

Relatos sobre o uso da *ayahuasca* geralmente estão relacionados a referências consciência mais elevada, melhor contato consigo mesmo, melhor capacidade de entender os outros, maior aceitação de si mesmo e eventos da vida, capacidade de auto-observação e outros processos similares relacionados ao crescimento pessoal (BRESNICK; LEVIN, 2006).

Os achados indicam que o uso de *ayahuasca*, no contexto religioso, resulta em benefícios para o bem-estar social e psicológico (MCKENNA, 2004; PIRES; OLIVEIRA; YONAMINE, 2010), colaborando com a atenuação de fatores relacionados à desesperança (SANTOS, Rafael Guimarães dos; MORAES; HOLANDA, 2006), sugerindo assim, uma ação terapêutica (FERNÁNDEZ; FÁBREGAS, 2014). Em dependência química, visto que estão associados a diminuições no consumo excessivo de álcool, cocaína e opiáceos (FERNÁNDEZ; FÁBREGAS, 2014; GROB *et al.*, 1996), transtornos alimentares (LAFRANCE *et al.*, 2017), cuidados paliativos (RICCIARDI, 2009) e pânico (SANTOS, Rafael Guimarães dos; MORAES; HOLANDA, 2006).

A depressão resistente ao tratamento (DE OSÓRIO *et al.*, 2015; SANCHES *et al.*, 2016) e comportamento suicida e agressivo (GROB *et al.*, 1996). Outro benefício da *ayahuasca*, é que ela causa um potencial de proteção à saúde mental (BOUSO *et al.*, 2012; GROB *et al.*, 1996; HALPERN *et al.*, 2008), funções neuropsicológicas aprimoradas (BOUSO *et al.*, 2013, 2015) e maior criatividade (KUYPERS *et al.*, 2016). Além disso, a espessura cortical em pessoas que utilizam *ayahuasca* continuamente tem sido correlacionada com capacidades cognitivas e traços de personalidade (BOUSO *et al.*, 2015). Os riscos potenciais ou efeitos colaterais negativos do uso da *ayahuasca* quando

usado em um ambiente seguro e de suporte parecem ser insignificantes visto que diversos estudos demonstram segurança com o uso da *ayahuasca*, pesquisas realizadas com voluntários que utilizam a bebida em rituais religiosos por longos períodos – mais de 30 anos, não evidenciaram alterações significativas na pressão arterial e frequência cardíaca (FÁBREGAS *et al.*, 2010; RIBA *et al.*, 2003, 2001). De modo similar, não ocorreram problemas psicológicos, neuropsicológicos ou qualquer outro dano psiquiátrico causado pela ingestão da bebida (DE OSÓRIO *et al.*, 2015; GROB *et al.*, 1996; PIRES; OLIVEIRA; YONAMINE, 2010). De fato, em nenhum dos estudos que compararam usuários de rituais a longo prazo de *ayahuasca* com controles que abstêm-se de *ayahuasca* têm pontuações piores no status psicopatológico ou no funcionamento neuropsicológico de usuários de *ayahuasca* (BAUER, 2018). Em uma revisão sistemática publicada por Santos *et al* (2017), foi encontrado três séries de casos e dois relatos com descrição a respeito de episódios psicóticos associados à ingestão de *ayahuasca*. Estudos sobre o assunto demonstram que a porcentagem de psicose quando relacionada ao uso da *ayahuasca* está dentro da porcentagem esperada da população em geral (PINTO, 2010).

Relacionando a substância ao luto, estudos preliminares realizados por González *et al.* (2020), demonstram o potencial terapêutico da *ayahuasca* no processo de luto em mais de 90% dos pacientes participantes do estudo. No estudo citado, mostrou que a gravidade do luto diminuiu significativamente após a ingestão de *ayahuasca*, mesmo após 1 ano. A ingestão de *ayahuasca* durante um processo de luto pode evocar experiências cujo conteúdo pode facilitar a regulação natural intrínseca do processo de luto, promovendo o crescimento pós-traumático. Esses achados preliminares podem informar pesquisas futuras para desenvolver protocolos de intervenção refinados que possam ser colocados na prática clínica (GONZÁLEZ *et al.*, 2019a).

Até o momento poucos estudos utilizaram a *ayahuasca* no tratamento de pacientes com luto. Os benefícios no tratamento da depressão já estão sendo demonstrados por várias pesquisas, e até o momento apenas três pesquisas estudaram especificamente os sintomas depressivos associados ao luto patológico com o desenho proposto neste estudo. Considerando que dos pacientes com depressão que têm seus sintomas associados ao luto patológico, o uso da *ayahuasca* pode oferecer benefício para esses pacientes visto a necessidade de novas substâncias para o tratamento destas doenças. Pois os antidepressivos atuais têm demonstrado baixa eficácia no tratamento de pacientes com luto patológico e que a *ayahuasca* apresenta grande potencial para

contribuir para a melhora destes sintomas. Além de segurança, o estudo dos efeitos da *ayahuasca* sobre o luto patológico mostra-se bastante apropriado e promissor e diversos experimentos já realizados com esta substância comprovam a segurança da mesma e seus potenciais benefícios.

1.7 PERGUNTA NORTEADORA E HIPÓTESE

A bebida *ayahuasca* administrada em grupo teria maior eficácia na resignificação em pacientes com transtorno de luto prolongado (TLP)? Nossa hipótese é que os efeitos da bebida administrada em grupo pode influenciar positivamente na capacidade de resignificar memórias capazes de serem percebidas pelo paciente e possível de serem monitoradas através das avaliações clínicas e metodologias específicas.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- investigar o efeito na ressignificação do TLP após o uso da bebida *ayahuasca*.

2.2 ESPECÍFICOS

- investigar se a *ayahuasca* possui ação terapêutica em sintomas depressivos em pacientes com luto patológico;
- verificar a ação da *ayahuasca* no sono de pacientes diagnosticados com luto patológico;
- avaliar os efeitos da *ayahuasca* na qualidade de vida através de escalas específicas;
- verificar as experiências desenvolvidas através de escalas de experiência mística e psicodélica; e
- avaliar a capacidade de ressignificação do evento desencadeador através do uso da *ayahuasca*.

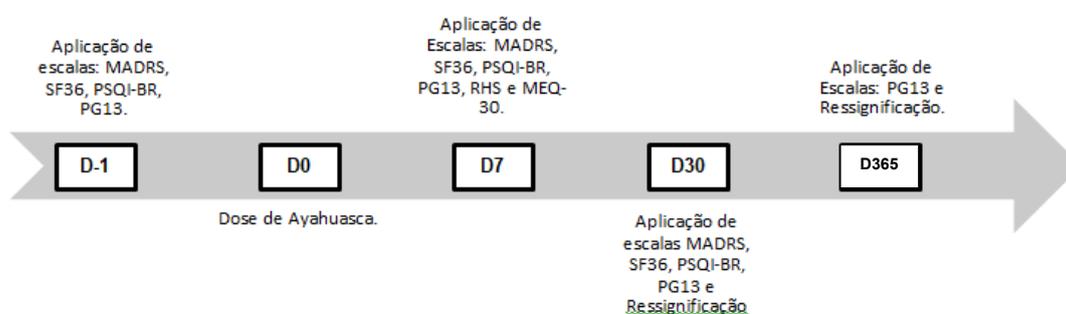
3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO EXPERIMENTAL

O presente estudo apresenta uma pesquisa constituída de uma série de casos com metodologia qualitativa e quantitativa descritiva e prospectiva a fim de avaliar a eficácia do uso da *ayahuasca* no tratamento de pacientes com luto patológico. O estudo foi realizado sob a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com humanos do Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), pelo CAAE número 06439119.8.0000.8527.

Os voluntários enquadrados no perfil da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A *ayahuasca* foi administrada na forma líquida, por via oral. Os pacientes estavam em grupo e após a ingestão, os pacientes foram convidados a repousar em uma sala com luminosidade e música ambiente. Durante toda a vivência o suporte clínico foi dado pela Dra. Fabiana Aidar Fermino CRM/PR 38276, responsável técnica pela assistência. Anterior ao início dos estudos, foram realizados encontros com os participantes a fim de esclarecer dúvidas quanto a bebida além de orientar quanto à necessidade de não ingestão de medicações como os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina, tricíclicos, inibidores da monamia oxidase, além do lítio e psicoestimulantes. Alimentos com a presença de tiramina também deveriam ser evitados, para só então fazer o uso das doses de *ayahuasca*. Cada participante da pesquisa foi avaliado nos seguintes momentos: 24 horas antes do início do procedimento, uma semana após e novamente em 30 dias. A avaliação consistiu na aplicação das escalas e questionário de ressignificação, como apresentado na figura 1.

Figura 1. Cronograma de intervenção



Nota explicativa: Os pacientes foram avaliados anteriormente a dose da bebida pelas escalas MADRS, SF36, PSQI-BR 3 PG13. Após 7 dias reavaliados com as mesmas escalas além das escalas HRS e MEQ-30. Com 30 dias foram reavaliados com as mesmas escalas do D-1 além de um questionário de ressignificação. As escalas PG13 e Ressignificação foram utilizadas também após um ano do uso.

Fonte: dos autores, 2018.

Cada paciente foi seu próprio controle, onde comparamos as informações obtidas anteriormente ao procedimento com aquelas obtidas durante e após a ingestão da *ayahuasca* e serviram de base para a avaliação estatística da eficácia do tratamento sob os aspectos propostos.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

O estudo foi realizado no instituto GAIA, localizado na Avenida das Cataratas BR 469, Km 20.5, Foz do Iguaçu, Paraná. Os pacientes foram recepcionados em uma sala com colchonetes, vendas para os olhos, música ambiente e luminosidade reduzida. O paciente era livre para escolher a maneira com que vivenciaria a experiência (sentado, deitado, etc). A equipe de apoio estava presente e em contato com os pacientes em intervalos de tempo. Foi oferecido água, suco e lanches leves para melhor bem-estar dos participantes.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os pacientes incluídos na pesquisa foram seis voluntários, maiores de 18 anos, diagnosticados com luto patológico através de entrevista clínica pela psiquiatra Soraya Sehli – CRM/PR 25.327 utilizando como base os critérios sugeridos pelo DSM-IV. Critérios este como a perda ter ocorrido há mais de 12 meses, apresentar sintomas de ansiedade e tristeza relacionados ao ocorrido que demonstram influência na qualidade de vida do enlutado, entre outros. Foram excluídos pacientes portadores de patologia cardíaca, com diagnóstico de doenças mentais com sintomas psicóticos e/ou mania.

3.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A *ayahuasca* foi recebida por doação do Instituto Gaia de Foz do Iguaçu e foram enviadas amostras para avaliação das concentrações de alcalóides e estabilidade da substância, além da dosagem dos níveis de DMT, Harmina e THH ao Laboratório de Análises Toxicológicas da USP, do departamento de Ciências Farmacêuticas. Foi utilizado a tecnologia de análise por espectrometria de massas de acordo com a metodologia descrita em Palhano-Fontes *et al.* 2018.

Cada voluntário recebeu uma dose da *ayahuasca*, contendo 1 ml/Kg da substância, dose ajustada para conter 0,36 mg/Kg de DMT de acordo com estudos de Palhano-Fontes *et al* (2018). Cada paciente foi seu próprio controle, foram comparadas as informações obtidas anteriormente ao procedimento com aquelas obtidas durante e após a ingestão da *ayahuasca* e serviram de base para a avaliação estatística da eficácia do tratamento sob os aspectos propostos. Enfatizamos que durante o tempo em que os pacientes estiveram fazendo uso da substância, estavam presentes profissionais da saúde como farmacêutico, médica e psicóloga (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Concentração da *ayahuasca* anterior à dosagem

	Concentration [mg/mL]
DMT	0,7
Harmina	3,25
Tetrahidroharmina	1,20
Harmalina	0,20

Fonte: dos autores, 2018.

Tabela 2. Concentração da *ayahuasca* utilizada

	Final Concentration [mg/mL]
DMT	0,36
Harmina	1,97
Tetrahidroharmina	1,15
Harmalina	0,20

Nota explicativa: A concentração final dos componentes da *ayahuasca* foram DMT apresentando 0,36mg/mL, Harmina 1,97mg/mL, THH 1,15mg/mL e Harmalina 0,2mg/mL, resultados estes obtidos após análise de espectroscopia de massa. A *ayahuasca* recebida foi ajustada para conter as mesmas características da bebida utilizada no estudo de Palhano-fontes, 2018.

Fonte: dos autores, 2018.

3.5 ESQUEMA DE TRATAMENTO

O tratamento consistiu em uma vivência em grupo com duração de quatro horas, onde o paciente ingeriu primeiramente uma dose de 1ml/kg da substância sendo que continha 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*.

3.6 AVALIAÇÃO DOS PACIENTES

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

3.6.1 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.

3.6.2 Questionário de Ressignificação

Este questionário foi desenvolvido pelo nosso grupo de pesquisadores com intuito de avaliar a ressignificação dos pacientes após o uso da *ayahuasca*. O questionário é constituído de 20 perguntas que avaliam a qualidade da ressignificação, seguindo a pontuação de 0 a 100, onde 0 é nenhuma ressignificação e 100 ressignificação total do processo de luto. A aplicação das escalas foi realizada de acordo com a linha do tempo descrita anteriormente.

3.6.3 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

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, 2017).

3.6.4 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 utilizado 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 deste escala é a avaliação de aspectos positivos da saúde,

como o bem estar, e não apenas negativos como a maioria das escalas (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994). A pontuação do SF36 varia de 0 a 100, onde 0=pior e 100=melhor para cada domínio

3.6.5 Índice de Qualidade de Sono de *Pittsburgh* (PSQI-BR)

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) é uma ferramenta autoaplicável usada para avaliação da qualidade do sono e de possíveis distúrbios no último mês (BERTOLAZI, 2008). Foi desenvolvido por Buysse *et al.* (1989) e validado no Brasil, em população adulta, por Bertolazi *et al.* (2011). O questionário é bastante usado em diversas populações e traduzido e validado para diferentes línguas (BUYSSSE *et al.*, 1989; CHONG; CHEUNG, 2012). É um questionário intermediário, pois uma boa parte deles avalia apenas a ultima noite ou o ano inteiro anterior (BERTOLAZI, 2008)

Esta escala foi escolhida para esta pesquisa, por se tratar de um questionário capaz de oferecer uma medida padronizada e fácil de ser respondida pelos participantes. A pontuação da escala demonstra a qualidade do sono onde o score de 0 a 4 indica qualidade de sono boa, de 5 a 10 indica uma qualidade de sono ruim e quando o score apresentado é maior que 10, indica a presença de distúrbios do sono (BERTOLAZI, 2008).

3.6.6 *Hallucinogenic Rating Scale* (HRS)

É um questionário autoaplicável, desenvolvido na década de 1990, para avaliar a amplitude de efeitos psicológicos decorrentes do uso de substancias alucinógenas (MIZUMOTO *et al.*, 2011). A HRS mostrou-se sensível aos efeitos da *ayahuasca* e diversos outros alucinógenos (RIBA *et al.*, 2001). As questões desta escala foram elaboradas para descrever os seguintes fatores: somestesia, afeto, percepção, cognição, volição e intensidade (STRASSMAN, Rick J; QUALLS; BERG, 1996). Atualmente, a escala HRS é um dos instrumentos mais usados para avaliação dos efeitos psicológicos das substâncias alucinógenas (GRIFFITHS *et al.*, 2006; KRUPITSKY *et al.*, 2002). Diversos autores apontam a escala HRS como eficaz para a avaliação destes efeitos, pois apresentou graus aceitáveis de sensibilidade aos efeitos de alucinógenos (RIBA *et al.*, 2003).

3.6.7 Questionário de experiência mística (MEQ-30)

Existem diferentes critérios para caracterizar uma experiência mística, e não deixa de ser importante ressaltar estas experiências ocorrem mesmo em pessoas que não têm religião, visto que os alucinógenos são considerados enteógenos, tendo a capacidade de manifestar uma divindade interior (MACLEAN *et al.*, 2012). Pahnke nos anos 60, desenvolveu a escala MEQ, visando oferecer um instrumento prático de avaliação e quantificação mais precisa de uma experiência mística (MACLEAN *et al.*, 2012; PAHNKE; RICHARDS, 1966). Essa escala que tem seu score entre 0 e 100, onde quanto maior a pontuação mais significativa a experiência, também avaliará o humor, sendo ferramenta para investigação dos efeitos agudos do psicodélico que estariam associadas a experiências místicas (PALHANO-FONTES, 2017).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram avaliados individualmente de maneira intra-indivíduo. Foi calculada a porcentagem de alteração (delta) desde antes do tratamento até 7, 30 e 365 dias após a experiência, de acordo com a metodologia. Como se trata de uma série de casos, o desenho experimental deste estudo possui como limitação a não possibilidade de uma análise estatística ampla possível de averiguar diferenças estatísticas significativas. Por este motivo, os dados são apresentados em perdas ou ganhos – variações – em termos de porcentagem intra-indivíduo.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES

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 três do sexo masculino e dois do sexo feminino com idades entre 22 e 48 anos (Tabela 3).

- **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 as *Ayahuasca*, fazendo com que o uso da mesma fosse recorrente 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.

Tabela 3. Caracterização dos pacientes

Paciente	Gênero	Idade	Tempo de Luto	Peso Corporal (Kg)	Doses Utilizadas
Paciente 1	F	48	19 anos	57	2
Paciente 2	M	25	4 anos	81	2
Paciente 3	M	26	4 anos	100	1
Paciente 4	M	24	11 anos	74	1
Paciente 5	F	22	11 anos	69	2

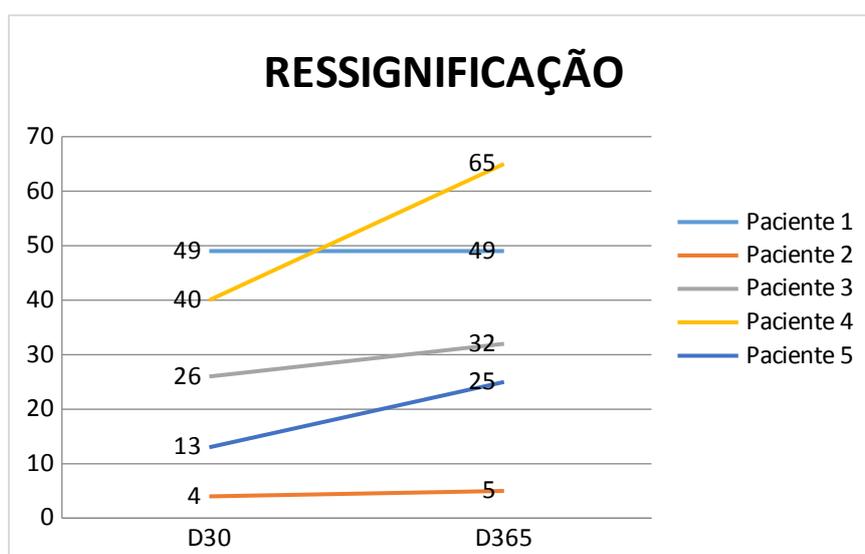
Nota explicativa: Os dados foram coletados a partir de entrevista e preenchimento de questionário.

Fonte: dos autores, 2018.

Não realizamos a aplicação do questionário de efeitos adversos. Mas não foi referido por nenhum participante vômitos, alteração de pressão arterial ou qualquer outro sintoma de maior intensidade.

4.2 LUTO - PG13

Os resultados obtidos na avaliação do luto pela escala PG13 obtidos nos períodos D-1 (um dia anterior ao tratamento), D7 (sete dias após o tratamento), D30 (trinta dias após o tratamento) e D365 (um ano após o tratamento) estão demonstrados na figura 2.

Figura 2. Dados obtidos na aplicação da escala de avaliação do luto PG13

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

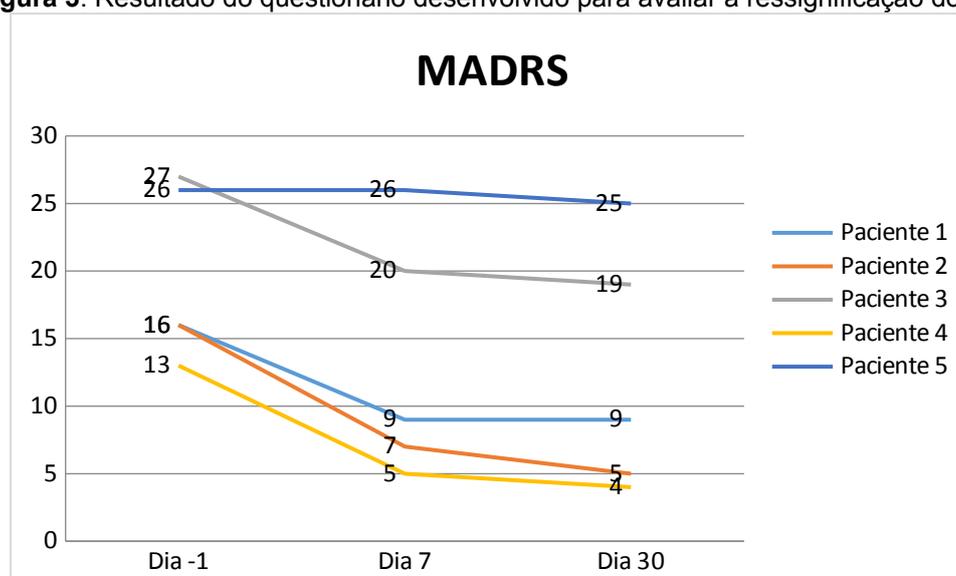
Fonte: dos autores, 2019.

Todos os pacientes, exceto o paciente 5, apresentaram melhora no escore do questionário de luto com maior resignificação do processo no D30. Após um ano da vivência, todos os pacientes apresentaram variação percentual maior que 30% em relação ao luto, sendo que apenas o paciente 1 não atingiu variação maior que 50%.

4.3 RESSIGNIFICAÇÃO

Os resultados obtidos no questionário de resignificação desenvolvido para avaliar a relação dos pacientes avaliados com seu luto estão descritos na figura 3. Os resultados foram obtidos na aplicação dos questionários nos dias D30 (trinta dias após o tratamento) e D365 (um ano após o tratamento).

Figura 3. Resultado do questionário desenvolvido para avaliar a resignificação do luto



Nota explicativa: Evolução da resignificação dos pacientes em relação ao luto. O questionário foi aplicado nos dias 30 e 365 subsequentes da utilização da *ayahuasca*. Os escores de resignificação variam entre 0 e 100, onde 0 significa não ter resignificado a perda e 100 resignificação total do ocorrido.

Fonte: dos autores, 2019.

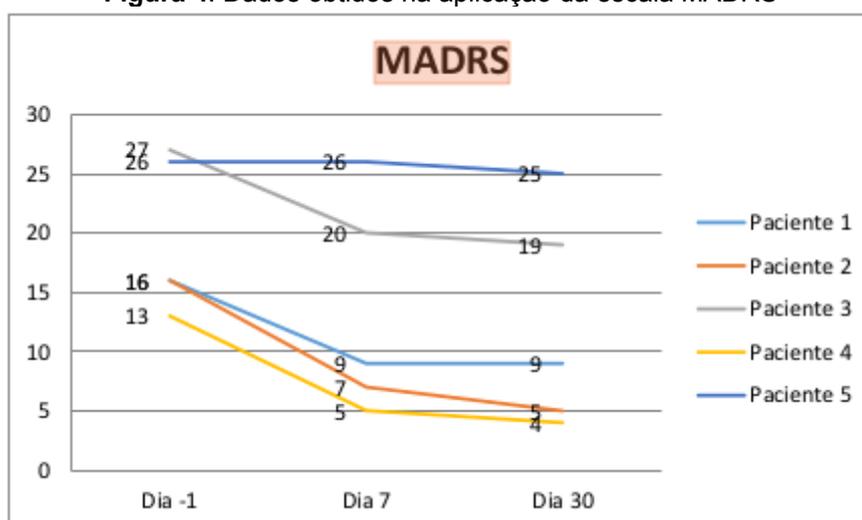
Percebe-se avaliando os resultados obtidos que no D7, os pacientes 1, 3, 4 e 5 obtiveram uma melhora na relação com sua perda, enquanto o paciente 2 não obteve melhora neste quesito. No período D365 foram aplicadas as escalas de luto e Resignificação e todos os pacientes mantiveram a melhora obtida ou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

4.4 DEPRESSÃO - ESCALA MADRS

Os resultados obtidos na avaliação do método MADRS obtidos nos períodos D-1 (um dia anterior ao tratamento), D7 (sete dias após o tratamento) e D30 (trinta dias após o tratamento) estão demonstrados na figura 4.

Todos os pacientes, exceto o paciente 5, apresentaram melhoras no escore para depressão analisada na escala MADRS. O paciente 1 apresentou melhora com diferença numérica de 43, 75% e os pacientes 2 e 4 apresentaram melhora com diferença numérica nos tempos D7 e D30, com variação percentual maior que 60% nos scores. O paciente 3 atingiu variação percentual de 29,63% enquanto o paciente 5 obteve variação de apenas 3,85% de redução nesta escala.

Figura 4. Dados obtidos na aplicação da escala MADRS



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: dos autores, 2019.

4.5 QUALIDADE DE VIDA – SF36

O questionário SF36 foi aplicado anteriormente ao tratamento, no D7 (sete dias após o tratamento) e D30 (trinta dias após o tratamento) e os resultados obtidos estão demonstrados na Tabela 4.

Tabela 4. Dados dos pacientes obtidos na escala SF36

	Dia -1	Dia 7	Dia 30	Varição Percentual
CAPACIDADE FUNCIONAL				
Paciente 1	100	100	100	0%
Paciente 2	80	80	85	6,25%
Paciente 3	70	70	80	14,29%
Paciente 4	90	90	95	5,25%
Paciente 5	87.5	100	100	14,29%
LIMITAÇÃO FÍSICA				
Paciente 1	100	100	100	0%
Paciente 2	100	100	100	0%
Paciente 3	0	25	75	200%
Paciente 4	100	100	100	0%
Paciente 5	75	100	100	33,33%
DOR				
Paciente 1	83	74	20	-75,90%
Paciente 2	74	84	74	0%
Paciente 3	62	52	74	19,35%
Paciente 4	52	72	84	61,54%
Paciente 5	84	72	100	19,05%
ESTADO GERAL DE SAÚDE				
Paciente 1	72	60	80	11,11%
Paciente 2	67	77	62	-7,46%
Paciente 3	52	52	62	19,23%
Paciente 4	72	32	57	-20,83%
Paciente 5	30	32	47	56,67%
VITALIDADE				
Paciente 1	85	50	80	-5,88%
Paciente 2	50	80	55	10%
Paciente 3	60	45	75	25%
Paciente 4	75	95	75	0%
Paciente 5	30	40	70	133,33%
ASPECTOS SOCIAIS				
Paciente 1	100	100	100	0%
Paciente 2	100	100	100	0%
Paciente 3	75	75	87,5	16,67%
Paciente 4	75	100	87,5	16,67%
Paciente 5	75	62,5	75	0%
LIMITAÇÕES ASPECTOS EMOCIONAIS				

Paciente 1	100	100	100	0%
Paciente 2	100	100	100	0%
Paciente 3	0	33,33	100	200,03%
Paciente 4	100	100	100	0%
Paciente 5	0	100	0	0%
SAÚDE MENTAL				
Paciente 1	72	92	84	16,67%
Paciente 2	56	88	68	21,43%
Paciente 3	68	68	84	23,53%
Paciente 4	84	80	72	-14,29%
Paciente 5	28	36	68	42,86%

Nota explicativa: A tabela apresenta a evolução de pacientes no quesito qualidade de vida, avaliado pelo questionário SF36. Scores obtidos entre o dia anterior a administração da *ayahuasca* e nos 30 dias subsequentes. O valor das questões são transformadas em notas de oito domínios onde os valores após cálculo variam de 0 a 100, onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio.

Fonte: dos autores, 2019.

4.6 SONO - PSQI-BR

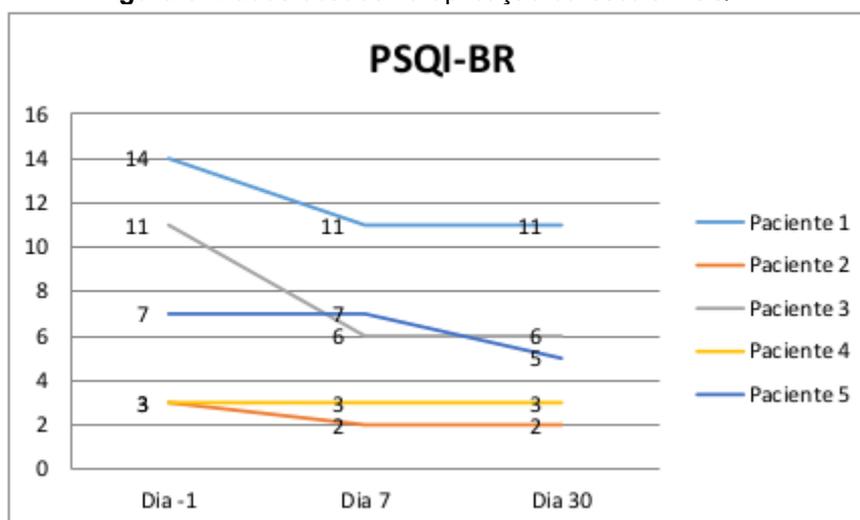
Na figura 5, demonstramos os resultados obtidos na avaliação da escala PSQI obtidos nos períodos D-1 (um dia anterior ao tratamento), D7 (sete dias após o tratamento) e D30 (trinta dias após o tratamento).

Relacionando os efeitos da *ayahuasca* 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 scores visto que os mesmos não apresentava problemas de sono.

4.7 EFEITOS ALUCINÓGENOS – HRS

Os resultados obtidos na avaliação da escala HRS (Figura 6). Esta escala geralmente é aplicada logo após a Vicência com a *ayahuasca*, mas devido ao cansaço dos participantes, optamos para que os mesmos respondessem a mesma no D7, mas referindo as sensações vivenciadas logo após a experiência.

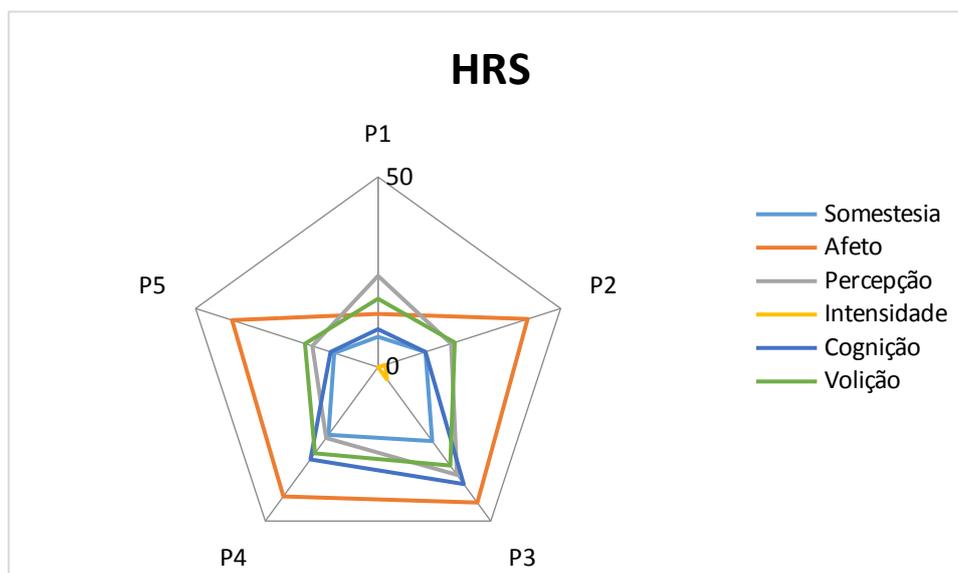
Figura 5. Dados obtidos na aplicação da escala PSQI-BR



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 e pontuação acima de 10 indica a presença de distúrbios do sono.

Fonte: dos autores, 2019.

Figura 6. 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 que tem seu score entre 0 e 400, onde quanto maior a pontuação mais significativa a experiência.

Fonte: dos autores, 2019.

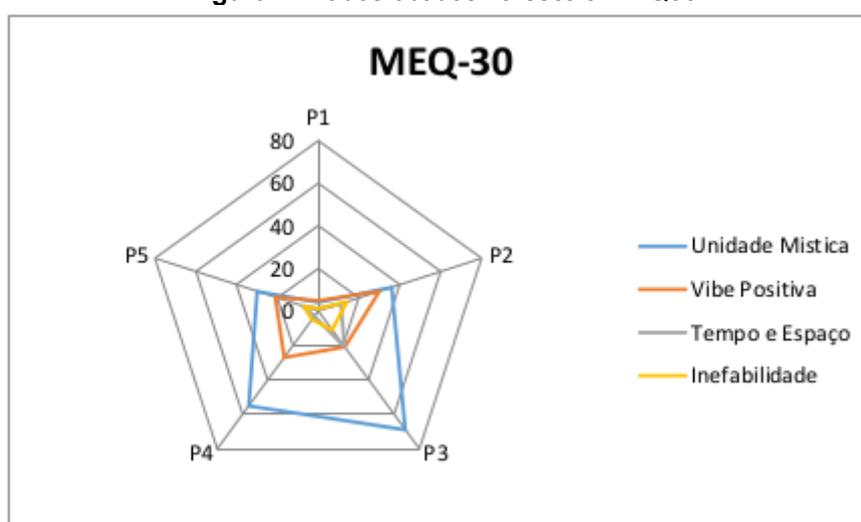
Percebe-se através dos resultados que todos os pacientes tiveram uma experiência com graus de alucinações, onde a paciente 1 sentiu-se menos imersa nas percepções e o paciente 3 teve a maior pontuação, indicando uma experiência alucinógena mais intensa.

4.8 EXPERIÊNCIA MÍSTICA - MEQ30

Na figura 7, demonstramos os resultados obtidos através da aplicação da escala MEQ30. 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.

Optamos pelo preenchimento desta escala também no D7, como explicado anteriormente na escala HRS.

Figura 7. Dados obtidos na escala MEQ30



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: dos autores, 2019.

Percebe-se através dos resultados que a paciente 1 teve uma experiência mística menos acentuada, enquanto o paciente 3 obteve um resultado que indica uma experiência mais intensa. Os pacientes 2, 4 e 5 mantiveram uma média de pontuação parecida.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve a finalidade de avaliar a eficácia da ayahuasca quando administrada em pacientes com diagnóstico de luto patológico. A pesquisa demonstrou que a bebida reduziu consideravelmente sintomas depressivos e sintomas relacionados ao luto, além de melhora em relação ao sono dos participantes.

5.1 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE O LUTO

Estudos já haviam demonstrado que a experiência com a *ayahuasca* apresentava uma melhora do sofrimento relacionado ao processo de luto devido a processos internos relacionados a autoconsciência, libertação de emoções e aceitação. A aceitação da perda está ligado ao aumento da consciência de si mesma enquanto ser humano (ROCHA, 2018). Gonzalez *et al*, 2020 propôs em um estudo online onde pacientes diagnosticados com luto participaram de um cerimonial com *ayahuasca* para depois responder a escalas específicas, nas quais o autor sugere que o uso cerimonial da *ayahuasca* tem valor terapêutico por reduzir a gravidade do luto. Foram observados que a aceitação do ocorrido é um mecanismo chave e tem uma correlação significativa com melhorias na gravidade do luto.

Muitos indivíduos que buscam experimentar substâncias como *ayahuasca*, mesmo em contextos não religiosos, obtêm experiências místicas ou espiritualizadas (CAKIC; POTKONYAK; MARSHALL, 2010; ESCOBAR; ROAZZI, 2011). Ruck *et al.* (1979) descreveu que os psicodélicos estabelecem experiências de significado espiritual com relevância sobre a dimensão pessoal. A autora também defendeu que essas modificações impactam positivamente o comportamento cotidiano.

Um dos estudos já publicados relacionando *ayahuasca* e luto utilizou sujeitos inseridos no grupo experimental que revelaram que apesar da dor e tristeza que pode ser sentida sob os efeitos agudos da substância, este tipo de experiência leva a sentimentos de aceitação da morte (GONZÁLEZ *et al.*, 2019b). Este estudo publicado por González, 2019, foi um estudo transversal de método misto, usando um método de pesquisa online onde foi comparado a melhora dos sintomas de luto entre 30 usuários de *ayahuasca* e 30 participantes de grupo de apoio. Em 2019, Gonzalez realizou um estudo com maior amplitude, contando com 50 participantes com o intuito de avaliar através de escalas os efeitos a longo prazo da *ayahuasca* na qualidade de vida, depressão, ansiedade,

transtorno de estresse pós-traumático e luto, corroborando com os achados do presente estudo que demonstram melhoras nos sintomas de depressão e luto mesmo após um ano da ingestão da *ayahuasca* (GONZÁLEZ *et al.*, 2019a) corroborando com os resultados obtidos no presente estudo.

Rocha (2018) utilizou participantes de diversas nacionalidades que procuraram o “Temple of The Way of Light”, um centro terapêutico localizado no Peru para utilizarem a bebida em um retiro de 15 dias. Este estudo contou com 5 participantes que foram avaliadas com entrevistas semiestruturadas após os 15 dias de retiro.

Como os sintomas de luto mais comuns são tristeza, dificuldade de aceitação da morte, amargura e pensamentos de morte, entre outros sintomas que são tratados na clínica médica com antidepressivos. Por estes motivos a *ayahuasca* mostra-se eficaz no tratamento dos mesmos, como demonstrado em um estudo que utilizou-se da metodologia de avaliar estudos não-clínicos, observacionais e experimentais que sugeriram que a *ayahuasca* pode ser benéfica como um antidepressivo, regulador emocional, ansiolítico e fármaco antiaderente, exercendo ação rápida e efeitos clínicos duradouros (ORSOLINI *et al.*, 2020).

As escalas HRS e MEQ30 avaliam as experiências psicodélicas vivenciadas durante a vivência com a *ayahuasca*, fator de imensa importância visto que pacientes sob o efeito de psicodélicos ficam sensíveis e vulneráveis fazendo com que toda atenção ao *set* e *setting* seja essencial (RODRIGUES, 2019).

Em seu manual, Rodrigues (2019), reforça que os psicodélicos são catalisadores de experiências acessadas em regiões distantes da consciência. Por este motivo, não é especificamente a ação farmacológica que propicia a resignificação destas experiências e sim os diferentes registros que concorrem na produção da experiência.

É a qualidade destas experiências que propiciam a resignificação do luto. A questão não farmacológica envolvida na melhora dos sintomas com o uso de psicodélicos vem sendo estudada e discutida. Hartogsohn, 2015, relata que a resposta ao medicamento depende de fatores não farmacológicos, efeitos que estão relacionados a questões psicossociais. Psicodélicos possibilitam acesso às experiências de regiões psíquicas inconscientes e esses conteúdos que são manifestados não são resignificados apenas pela ação farmacológica, é preciso considerar o *set* e *setting*. A substância ingerida, o contexto e as condições individuais de quem fez o uso da substância podem influenciar o resultado (HARTOGSOHN, 2016).

A discussão sobre *set* e *settings* vem indicando que fatores não farmacológicos modulam os efeitos das drogas de várias maneiras, de acordo com as questões pessoais de quem a ingere. (HARTOGSOHN, 2016). Estudos encontraram melhorias nos pacientes que fizeram uso da *ayahuasca* em mecanismos de mudanças que também são objetivos clássicos do treinamento da atenção plena (FRANQUESA *et al.*, 2018), além de melhorar a reatividade e o processamento de julgamento de experiências (SOLER *et al.*, 2016).

No presente estudo a ressignificação foi avaliada através de um questionário. Pode-se perceber evolução nos pacientes neste quesito, inclusive quando avaliados após um ano da experiência o que demonstra a importância de levar em consideração as questões não farmacológicas e o tempo de cada paciente para acessar as informações.

As drogas psicodélicas tem como função agir como lente de aumento, enfatizando o que já existia na mente de alguém. Para que a ressignificação seja efetiva é necessário fatores psicológicos, físicos e ambientais (HARTOGSOHN, 2016)

Em 2022, pesquisadores levando em consideração o significado das experiências psicodélicas, utilizaram a técnica de reconto restaurativo para processar e integrar a experiência psicodélica promovendo a construção de significado. As avaliações realizadas antes da experiência da *ayahuasca* e após o reconto restaurativo sugeriram a eficácia da *ayahuasca* e da técnica utilizada redução dos sintomas de luto complicado (GONZÁLEZ *et al.*, 2022)

5.2 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE A DEPRESSÃO

Pesquisadores brasileiros iniciaram estudos com a *ayahuasca*, para avaliar seus efeitos antidepressivos e em um primeiro estudo, foi encontrada redução significativa dos sintomas de depressão já 24h após uma única sessão com *ayahuasca*, melhora essa que permaneceu em média por 21 dias (DE OSÓRIO *et al.*, 2015; SANCHES *et al.*, 2016). Outro estudo randomizado, placebo-controlado, observou-se efeitos antidepressivos significativos da *ayahuasca* quando comparados ao placebo em todos os instantes de tempo avaliados utilizando as escalas presentes neste estudo (PALHANO-FONTES, 2017).

Quando avaliados os efeitos de uma dose de *ayahuasca* em voluntários com sintomas depressivos atuais, observou-se efeitos ansiolíticos e antidepressivos de ação rápida (OSORIO *et al.*, 2015). Estudos realizados *in vitro*, demonstram que a harmina auxilia na proliferação neural. O tratamento com harmina aumentou a proliferação sem

dano ao DNA ou morte celular. Resultados estes que sugerem que a harmina exerce efeitos proliferativos quando avaliados na escala MADRS, 4 dos 5 pacientes apresentaram melhora após o tratamento com *ayahuasca*, desde 21,45% até 33,33%. Essa redução dos efeitos depressivos induzidas pela *ayahuasca* corroboram achados encontrados nos estudos de Sonawalla e Rosenbaum, 2002 e Palhano-Fontes, 2018. Palhano-Fontes e colaboradores demonstraram que a *ayahuasca* com concentração de 0,36 mg/ml de DMT e 1,86 mg/ml de Harmina, administrada apenas uma vez reduziu a depressão nas metodologias utilizadas por Palhano-Fontes, um ensaio clínico duplo-cego, randomizado e controlado por placebo avaliou 29 pacientes com depressão após uma administração da bebida ou de placebo (PALHANO-FONTES *et al.*, 2018). Os principais achados foram os efeitos antidepressivos da *ayahuasca* em comparação com o placebo em todos os períodos de avaliação. Há que se considerar a diferença e perfil dos pacientes nos diferentes estudos, porém, nossos resultados fortalecem e adicionam uma peça importante à literatura por ter avaliado este efeito em pacientes diagnosticados com luto. Sugere-se que os efeitos antidepressivos da *ayahuasca* sejam induzidos pela Harmina e DMT que atuam elevando e modulando os níveis endógenos de serotonina (COZZI *et al.*, 2009; DE OSÓRIO *et al.*, 2015) e são capazes de induzir proliferação neuronal (DAKIC *et al.*, 2016).

Zisook *and* Shear (2009) relataram que durante seu ensaio, vários pacientes declararam especificamente que o tratamento padrão de sintomas depressivos lhes permitiu enfrentar melhor a doença, sugerindo que a melhora da depressão auxilia as intervenções específicas de luto psicológico com base em técnicas comportamentais.

Os efeitos da *ayahuasca* incluem alterações sensoriais, cognitivas e afetivas: os indivíduos que utilizam a bebida descrevem uma variedade de experiências visuais, enteógenas e de introspecção. Acredita-se que essas vivências possam estar envolvidas na melhora dos sintomas depressivos (RIBA *et al.*, 2001). Além disso, as modificações transitórias do estado de consciência proporcionam acesso a lembranças pessoais e facilitam o processo de introspecção (DOMÍNGUEZ-CLAVÉ *et al.*, 2016).

A administração de *ayahuasca* foi relacionado a efeitos antidepressivos rápidos e duradouros, independente da gravidade do episódio depressivo atual. Pode-se observar o aumento da perfusão sanguínea no núcleo accumbens, na ínsula e na área subgenua, regiões do cérebro envolvidas na regulação do humor e estados emocionais (SANCHES *et al.*, 2016). Também observou-se efeitos da *ayahuasca* na modulação da atividade cerebral, neurotransmissão e neurogênese, efeitos esses relacionados na recuperação de

memórias traumáticas (INSERRA, 2018). Achados estes que corroboram com os resultados obtidos por este estudo.

5.3 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE O SONO

O sono é um processo biológico fundamental e o sono inadequado pode acarretar prejuízos à saúde psicossocial e desenvolvimento de comportamentos de risco (ROCKETT; LYNCH; BUCK, 2004; SHOCHAT; COHEN-ZION; TZISCHINSKY, 2014), visto que os processos biológicos que ocorrem durante o sono são necessários para manter uma saúde física e mental. Os transtornos de humor, mais comumente a depressão, estão associados a experiências negativas no padrão de sono, pois cerca de 80% dos pacientes deprimidos experimentam mudanças nesta área (INCALZI *et al.*, 2004)

Na escala PSQI, que avalia a qualidade de sono, a maior parte dos pacientes demonstrou melhora com significativa variação percentual. Apenas o paciente 4 não obteve mudanças nos escores desta escala, visto que o mesmo não apresentava queixas relacionadas ao sono. As alterações relacionadas ao processo de luto podem interferir nos padrões de sono e da alimentação, ou ainda manifestações somáticas, aparecendo em diversos casos insônia e ansiedade (OLIVEIRA; LOPES, 2008). Em nosso estudo, demonstrou a capacidade da *ayahuasca* de modular a melhora da qualidade do sono dos pacientes após sua ingestão.

Um estudo publicado em 2008, onde foi investigado se a administração diurna da *Ayahuasca* modulava o sono REM e sono de ondas lentas em voluntários saudáveis, fato este que não ficaram evidentes, pois os resultados não demonstraram uma deterioração da qualidade do sono (BARBANOJ *et al.*, 2008).

Em 2017, um estudo relacionou sonhos e psicodélicos, evidenciando que os psicodélicos induzem a experiências semelhantes a sonhos que podem ter efeitos benéficos de longo prazo no funcionamento psicossocial e no bem-estar. É plausível supor que o “sonho lúcido” pode melhorar os processos como a autocompreensão e o insight psicológico, facilitando assim, uma mudança psicológica (KRAEHENMANN, 2017).

5.4 EFEITOS DA AYAHUASCA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida é um conceito de fácil compreensão, mas de difícil definição devido a sua abrangência que considera diversas áreas da vida e relacionamentos

(HORNQUIST, 1990). A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como a percepção do indivíduo em relação às áreas ao seu redor (HAYES *et al.*, 1995).

O sentimento de bem estar é o resultado das avaliações feitas pelo próprio paciente a seu respeito, e os instrumentos vem sendo utilizados para tentar quantificar as mudanças que ocorrem depois de alguma doença ou intervenção (DA SILVA; FERREIRA-ALVES, 2012).

A escala SF36 foi utilizada para avaliar a qualidade de vida dos pacientes após a administração da bebida. O bem-estar e qualidade de vida são caracterizados pelas respostas emocionais e julgamentos acerca da satisfação que o indivíduo sente de si mesmo e da avaliação de suas próprias experiências de vida sendo elas positivas ou negativas (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004). A variação entre os aspectos avaliados pelo questionário SF36 houve oscilação que variaram entre 0% e 200%, sendo que a que obteve maior média de variação foi a área relacionada à saúde mental.

Existem evidências que apontam uma melhora da saúde mental em indivíduos que usam a *ayahuasca* em contexto religioso, deve-se então incentivar a pesquisa neste âmbito, utilizando-se da *ayahuasca* como alternativa aos tratamentos convencionais vigentes (TELES, 2016).

Segundo LabigaliniJunior (1998), participantes de religiões adeptas da *ayahuasca* apresentam mudanças significativas em suas vidas, fazendo com que reestruturarem condutas pessoais maléficas para a qualidade de vida. O autor ainda demonstra que esse processo poderia ser justificado devido aos diferentes estados de consciência vivenciados pelo uso da bebida. Observações em milhares de pessoas usuárias da *ayahuasca* afirmam que o consumo possui diversas indicações, sendo que a expansão da percepção dos pensamentos capazes de permitir o confronto dos problemas pessoais a partir de uma nova perspectiva (SANTOS; MORAES; HOLANDA, 2006). Um estudo proposto por Jiménez-Garrido e colaboradores e publicado em 2020, demonstrou que após o uso da *ayahuasca* 80% dos pacientes avaliados mostraram melhorias clínicas que persistiram em 6 meses, demonstradas nas reduções de escores dos questionários aplicados. Gonzalez *et al*, 2020, também demonstrou em seu estudo onde avaliou 27 pacientes após o uso da *ayahuasca* melhora na qualidade de vida após a aplicação de questionários (GONZÁLEZ *et al.*, 2020), no presente estudo, não obtivemos melhora significativa da qualidade de vida nos pacientes avaliados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos poucos estudos realizados em intervenção farmacológica com uso de *ayahuasca* para o processo de luto, este estudo propiciou a descoberta de uma ação terapêutica da bebida em pacientes que vivenciam esse quadro. Em determinadas situações, o luto pode impactar a saúde das pessoas como dificuldade de continuidade de uma vida cotidiana saudável, humor deprimido e ansiedade elevada. Diante dessas consequências, observa-se como experiências psicodélicas, quando vivenciadas de maneira satisfatória, são capazes de propiciar uma capacidade de ressignificação aumentada, facilitando o enfrentamento do luto.

Os resultados dessa pesquisa revelam melhora dos sintomas de luto, como demonstrado nos resultados obtidos pela escala PG13. A evolução dos pacientes teve uma variação positiva maior que 35%, sendo que quatro dos cinco participantes tiveram essa alteração maior que 50%. Quando considerada a saúde mental houve redução dos sintomas depressivos e ressignificação da perda. Esses resultados indicam as propriedades terapêuticas listadas na literatura científica.

Embora tenha sido uma amostra formada por critérios de conveniência, pequena e heterogênea em termos de idade, gênero, intensidade e tempo de diagnóstico entre os pacientes, os resultados dão pistas inovadoras para o tratamento terapêutico em pacientes com sintomas de luto. Diante do potencial dessa frente de pesquisa, sugere-se a realização de novos estudos científicos envolvendo o uso de *ayahuasca* e com tamanhos amostrais maiores, a fim de contribuir com evidências e soluções no âmbito da promoção da saúde.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Development of a Subjective Well-Being Scale. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 20, no. 2, p. 153–164, 2004. .

ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J.; BERGLUND, P.; BIJL, R. V.; DE GRAAF, R.; VOLLEBERGH, W.; DRAGOMIRECKA, W.; KOHN, R.; KELLER, M.; KESSLER, R. C.; KAWAKAMI, N.; KILIÇ, C.; OFFORD, D.; USTUN, T. B.; HANS-ULRICH WITTCHEN. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. **Int J Methods Psychiatr Res.**, vol. 12, no. 1, p. 3–21, 2003. .

ARAÚJO, A. M.; CARVALHO, F.; BASTOS, M. de L.; GUEDES DE PINHO, P.; CARVALHO, M. The hallucinogenic world of tryptamines: an updated review. **Archives of Toxicology**, vol. 89, no. 8, p. 1151–1173, 25 Aug. 2015. <https://doi.org/10.1007/s00204-015-1513-x>.

BALDESSARINI, R. J. Drug Therapy of Depression and Anxiety Disorders. **The Pharmacological Basis of Therapeutics**. 1st ed. [S. l.: s. n.], 2006. vol. 1, p. 429-459.

BARBANOJ, M. J.; RIBA, J.; CLOS, S.; GIMÉNEZ, S.; GRASA, E.; ROMERO, S. Daytime Ayahuasca administration modulates REM and slow-wave sleep in healthy volunteers. **Psychopharmacology**, vol. 196, no. 2, p. 315–326, Feb. 2008. <https://doi.org/10.1007/s00213-007-0963-0>.

BARRE, W. La. **ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVES ON HALLUCINATION AND HALLUCINOGENS IDENTIFICATION AND DEFINITION OF DATA**. [S. l.: s. n.], 1975.

BAUER, I. L. Ayahuasca: A risk for travellers? **Travel Medicine and Infectious Disease**, vol. 21, p. 74–76, 1 Jan. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2018.01.002>.

BECK, J. S. **TERAPIA COGNITIVA: TEORIA E PRÁTICA**. 1st ed. [S. l.]: Artmed, 1997. vol. 1, .

BERTOLAZI, A. N. **Tradução, Adaptação Cultural e Validação de dois instrumentos de avaliação de sono: Escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh**. 2008. 93 f. Federal University of Rio Grande do Sul, 2008.

BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOFF, L. S.; DARTORA, E. G.; MIOZZO, I. C. da S.; BARBA, M. E. F. de; BARRETO, S. S. M. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, vol. 12, no. 1, p. 70–75,

2011. .

BITTENCOURT, S. C.; CAPONI, S.; MALUF, S. **MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSIVOS: INSERÇÃO NA PRÁTICA BIOMÉDICA (1941 A 2006) A PARTIR DA DIVULGAÇÃO EM UM LIVRO-TEXTO DE FARMACOLOGIA.** [S. l.: s. n.], 2013.

BOULOUGOURIS, V.; GLENNON, J. C.; ROBBINS, T. W. Dissociable effects of selective 5-HT_{2A} and 5-HT_{2C} receptor antagonists on serial spatial reversal learning in rats. **Neuropsychopharmacology**, vol. 33, no. 8, p. 2007–2019, 2008. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301584>.

BOUSO, J. C.; FÁBREGAS, J. M.; ANTONIJOAN, R. M.; RODRÍGUEZ-FORNELLS, A.; RIBA, J. Acute effects of ayahuasca on neuropsychological performance: Differences in executive function between experienced and occasional users. **Psychopharmacology**, vol. 230, no. 3, p. 415–424, Dec. 2013. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-3167-9>.

BOUSO, J. C.; GONZÁLEZ, D.; FONDEVILA, S.; CUTCHET, M.; FERNÁNDEZ, X.; RIBEIRO BARBOSA, P. C.; ALCÁZAR-CÓRCOLES, M. Á.; ARAÚJO, W. S.; BARBANOJ, M. J.; FÁBREGAS, J. M.; RIBA, J. Personality, psychopathology, life attitudes and neuropsychological performance among ritual users of ayahuasca: A longitudinal study. **PLoS ONE**, vol. 7, no. 8, 8 Aug. 2012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042421>.

BOUSO, J. C.; PALHANO-FONTES, F.; RODRÍGUEZ-FORNELLS, A.; RIBEIRO, S.; SANCHES, R.; CRIPPA, J. A. S.; HALLAK, J. E. C.; DE ARAUJO, D. B.; RIBA, J. Long-term use of psychedelic drugs is associated with differences in brain structure and personality in humans. **European Neuropsychopharmacology**, vol. 25, no. 4, p. 483–492, 1 Apr. 2015. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.01.008>.

BOWLBY, J. **Formação e Rompimento dos Laços Afetivos.** 5th ed. [S. l.]: Martins Fontes - selo Martins, 2015. vol. 1, .

BRESNICK, T.; LEVIN, R. Phenomenal Qualities of Ayahuasca Ingestion and its Relation to Fringe Consciousness and Personality. **Journal of Consciousness Studies**, vol. 13, no. 9, p. 5–24, 2006. .

BUI, E.; NADAL-VICENS, M.; SIMON, N. M. Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: Rationale and a brief review of the literature. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, vol. 14, no. 2, p. 149–157, 2012. <https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2/ebui>.

BUYSSE, D.; REYNOLDS, C.; MONK, T.; BERMAN, S.; KUPFER, D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research.

Psychiatry Research, vol. 28, no. 2, p. 193–213, 1989. .

CAKIC, V.; POTKONYAK, J.; MARSHALL, A. Dimethyltryptamine (DMT): Subjective effects and patterns of use among Australian recreational users. **Drug and Alcohol Dependence**, vol. 111, no. 1–2, p. 30–37, Sep. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.015>.

CALLAWAY, J. C.; MCKENNA, D. J.; GROB, C. S.; BRITO, G. S.; RAYMON, L. P.; POLAND, R. E.; ANDRADE, E. N.; ANDRADE, E. O.; MASH, D. C. **Pharmacokinetics of Hoasca alkaloids in healthy humans**. [S. l.: s. n.], 1999.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps TT - The psychotherapeutic group in the CAPS. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, no. 3, p. 775–783, 2006. Available at: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300025&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org/pdf/csc/v11n3/30992.pdf.

CARHART-HARRIS, R. L.; BOLSTRIDGE, M.; DAY, C. M. J.; RUCKER, J.; WATTS, R.; ERRITZOE, D. E.; KAELEN, M.; GIRIBALDI, B.; BLOOMFIELD, M.; PILLING, S.; RICKARD, J. A.; FORBES, B.; FEILDING, A.; TAYLOR, D.; CURRAN, H. V.; NUTT, D. J. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: six-month follow-up. **Psychopharmacology**, vol. 235, no. 2, p. 399–408, 1 Feb. 2018. <https://doi.org/10.1007/s00213-017-4771-x>.

CARHART-HARRIS, Robin L.; ERRITZOE, D.; WILLIAMS, T.; STONE, J. M.; REED, L. J.; COLASANTI, A.; TYACKE, R. J.; LEECH, R.; MALIZIA, A. L.; MURPHY, K.; HOBDEN, P.; EVANS, J.; FEILDING, A.; WISE, R. G.; NUTT, D. J. Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, vol. 109, no. 6, p. 2138–2143, 2012. <https://doi.org/10.1073/pnas.1119598109>.

CARHART-HARRIS, Robin L.; ROSEMAN, L.; BOLSTRIDGE, M.; DEMETRIOU, L.; PANNEKOEK, J. N.; WALL, M. B.; TANNER, M.; KAELEN, M.; MCGONIGLE, J.; MURPHY, K.; LEECH, R.; CURRAN, H. V.; NUTT, D. J. Psilocybin for treatment-resistant depression: FMRI-measured brain mechanisms. **Scientific Reports**, vol. 7, no. 1, p. 1–11, 2017. DOI 10.1038/s41598-017-13282-7. Available at: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-017-13282-7>.

CARNEIRO, A. S. **APARECIDA SUELI CARNEIRO A CONSTRUÇÃO DO OUTRO COMO NÃO-SER COMO FUNDAMENTO DO SER**. [S. l.: s. n.], 2005.

CAZENAVE, S. de O. S. Banisteriopsis caapi: ação alucinógena e uso ritual.

Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 27, no. 1, p. 1–6, 2000. .

CHONG, A. M. L.; CHEUNG, C. K. Factor structure of a Cantonese-version Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep and Biological Rhythms**, vol. 10, no. 2, p. 118–125, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2011.00532.x>.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de reumatologia**, vol. 39, p. 143–150, 1999. <https://doi.org/10.1097/00005131-200609001-00005>.

CIPRIANI, A.; FURUKAWA, T. A.; SALANTI, G.; CHAIMANI, A.; ATKINSON, L. Z.; OGAWA, Y.; LEUCHT, S.; RUHE, H. G.; TURNER, E. H.; HIGGINS, J. P. T.; EGGER, M.; TAKESHIMA, N.; HAYASAKA, Y.; IMAI, H.; SHINOHARA, K.; TAJIKA, A.; IOANNIDIS, J. P. A.; GEDDES, J. R. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. **The Lancet**, vol. 391, no. 10128, p. 1357–1366, 7 Apr. 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7).

CLÁUDIA, A.; VALLADARES, A. **MANEJO ARTETERAPÊUTICO NO PRÉ-OPERATÓRIO EM PEDIATRIA ART THERAPY MANAGEMENT IN THE PRE-OPERATIVE PERIOD IN PEDIATRICS MANEJO ARTETERAPÉUTICO EN EL PERÍODO PREOPERATORIO EN PEDIATRÍA**. [S. l.: s. n.], 2004. Available at: www.fen.ufg.br.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. de S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia (Natal)**, vol. 11, no. 2, p. 209–216, 2006. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2006000200010>.

COZZI, N. V.; GOPALAKRISHNAN, A.; ANDERSON, L. L.; FEIH, J. T.; SHULGIN, A. T.; DALEY, P. F.; RUOHO, A. E. Dimethyltryptamine and other hallucinogenic tryptamines exhibit substrate behavior at the serotonin uptake transporter and the vesicle monoamine transporter. **Journal of Neural Transmission**, vol. 116, no. 12, p. 1591–1599, Jan. 2009. <https://doi.org/10.1007/s00702-009-0308-8>.

DA SILVA, M. das D. F.; FERREIRA-ALVES, J. O Luto em adultos idosos: Natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 25, no. 3, p. 588–595, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300019>.

DAKIC, V.; DE MORAES MACIEL, R.; DRUMMOND, H.; NASCIMENTO, J. M.; TRINDADE, P.; REHEN, S. K. Harmine stimulates proliferation of human neural progenitors. **PeerJ**, vol. 2016, no. 12, 2016. <https://doi.org/10.7717/peerj.2727>.

DE GREGORIO, D.; ENNS, J. P.; NUÑEZ, N. A.; POSA, L.; GOBBI, G. D-Lysergic acid diethylamide, psilocybin, and other classic hallucinogens: Mechanism of action and potential therapeutic applications in mood disorders. **Progress in Brain Research**. [S. l.]: Elsevier B.V., 2018. vol. 242, p. 69–96. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2018.07.008>.

DE OSÓRIO, F. L.; SANCHES, R. F.; MACEDO, L. R.; DOS SANTOS, R. G.; MAIA-DE-OLIVEIRA, J. P.; WICHERT-ANA, L.; DE ARAUJO, D. B.; RIBA, J.; CRIPPA, J. A.; HALLAK, J. E. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: A preliminary report. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 37, no. 1, p. 13–20, 2015. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2014-1496>.

DELALIBERA, M.; COELHO, A.; BARBOSA, A. Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado Para a População Portuguesa. **Acta Medica Portuguesa**, vol. 24, no. 6, p. 935–942, 2011. .

DELALIBERA, M.; DELALIBERA, T. A.; FRANCO, M. H. P.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Adaptação e validação brasileira do instrumento de avaliação do luto prolongado – PG-13. **Psicologia - Teoria e Prática**, vol. 19, no. 1, 2017. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n1p94-106>.

DEPAULO, J. R. J.; HORVITZ, L. A. **Understanding Depression: What We Know and What You Can Do About It: What We Know and What You Can Do About It**. 1st ed. [S. l.: s. n.], 2000. vol. 1, .

DOBLIN, R. E. **Regulation of the Medical Use of Psychedelics and Marijuana**. [S. l.: s. n.], 2000.

DOERING, B. K.; EISMA, M. C. Treatment for complicated grief: State of the science and ways forward. **Current Opinion in Psychiatry**, vol. 29, no. 5, p. 286–291, 2016. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000263>.

DOMÍNGUEZ-CLAVÉ, E.; SOLER, J.; ELICES, M.; PASCUAL, J. C.; ÁLVAREZ, E.; DE LA FUENTE REVENGA, M.; FRIEDLANDER, P.; FEILDING, A.; RIBA, J. Ayahuasca: Pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. **Brain Research Bulletin**, vol. 126, p. 89–101, 1 Sep. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.03.002>.

DOS SANTOS, Rafael G.; BOUSO, J. C.; ALCÁZAR-CÓRCOLES, M. Á.; HALLAK, J. E. C. Efficacy, tolerability, and safety of serotonergic psychedelics for the management of mood, anxiety, and substance-use disorders: a systematic review of systematic reviews. **Expert Review of Clinical Pharmacology**, vol. 11, no. 9, p. 889–902, 2 Sep. 2018. <https://doi.org/10.1080/17512433.2018.1511424>.

DOS SANTOS, Rafael G.; OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; RIBA, J.; ZUARDI, A.

W.; HALLAK, J. E. C. Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): a systematic review of clinical trials published in the last 25 years. **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**, vol. 6, no. 3, p. 193–213, Jun. 2016. <https://doi.org/10.1177/2045125316638008>.

DOS SANTOS, Rafael Guimarães; BOUSO, J. C.; HALLAK, J. E. C. Ayahuasca: What mental health professionals need to know. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 44, no. 4, p. 103–109, 2017. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000130>.

DYCK, E. **Flashback: Psychiatric Experimentation With LSD in Historical Perspective**. [S. l.: s. n.], 2005.

DYDAK, K.; ŚLIWIŃSKA-MOSSOŃ, M.; MILNEROWICZ, H. Psilocybin - public available psychodysleptic. **Postępy higieny i medycyny doświadczalnej (Online)**, vol. 69, p. 986–995, 2015. .

EKDAHL, C. T.; CLAASEN, J.-H.; BONDE, S.; KOKAIA, Z.; LINDVALL, O. **Inflammation is detrimental for neurogenesis in adult brain**. [S. l.: s. n.], 2003. Available at: www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.2234031100.

ESCOBAR, J. A. C.; ROAZZI, A. PSYCHOLOGICAL EXPLORATIONS OF THE MAGIC MUSHROOM (PSILOCYBIN) EXPERIENCE, PART I: SUBJECTIVE EFFECTS AND TIME PASSAGE PERCEPTION Explorações Psicológicas da Experiência com Cogumelos Mágicos (Psilocibina), Parte I: Efeitos Subjetivos e Passagem Subjetiva. **Neurobiologia**, vol. 74, no. 3–4, p. 81–97, 2011. Available at: www.neip.info.

FÁBREGAS, J. M.; GONZÁLEZ, D.; FONDEVILA, S.; CUTCHET, M.; FERNÁNDEZ, X.; BARBOSA, P. C. R.; ALCÁZAR-CÓRCOLES, M. Á.; BARBANOJ, M. J.; RIBA, J.; BOUSO, J. C. Assessment of addiction severity among ritual users of ayahuasca. **Drug and Alcohol Dependence**, vol. 111, no. 3, p. 257–261, 1 Oct. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.024>.

FADIMAN JAMES. **The Psychedelic Explorer's Guide: Safe, Therapeutic, and Sacred Journeys**. [S. l.: s. n.], 2011.

FERNÁNDEZ, X.; FÁBREGAS, J. M. Experience of treatment with ayahuasca for drug addiction in the Brazilian Amazon. **The Therapeutic Use of Ayahuasca**, , p. 161–182, 2014. .

FINBERG, J. P. M. Update on the pharmacology of selective inhibitors of MAO-A and MAO-B: Focus on modulation of CNS monoamine neurotransmitter release. **Pharmacology and Therapeutics**, vol. 143, no. 2, p. 133–152, 2014. DOI 10.1016/j.pharmthera.2014.02.010. Available at:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pharmthera.2014.02.010>.

FRADE, L. P.; BARRAGÁN, C. M. O manejo do luto em crianças e adolescentes sob o enfoque cognitivo-comportamental. **Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente – Transtornos Gerais**, vol. 1, no. 1, p. 187–209, 2005. .

FRANQUESA, A.; SAINZ-CORT, A.; GANDY, S.; SOLER, J.; ALCÁZAR-CÓRCOLES, M. Á.; BOUSO, J. C. Psychological variables implied in the therapeutic effect of ayahuasca: A contextual approach. **Psychiatry Research**, vol. 264, p. 334–339, 1 Jun. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.012>.

FREUD, S. **Conferencias introdutórias sobre psicanálise (Partes I e II)(1915-1916)**. [S. l.: s. n.], 1966.

GABLE, R. S. Risk assessment of ritual use of oral dimethyltryptamine (DMT) and harmala alkaloids. **Addiction**, vol. 102, no. 1, p. 24–34, 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01652.x>.

GARNER, D. m. Psychoeducational Principles in treatment. **Cognitive-behavioral and educational approaches**, 1997. .

GARTLEHNER, G.; THIEDA, P.; HANSEN, R. A.; GAYNES, B. N.; DEVEAUGH-GEISS, A.; KREBS, E. E.; LOHR, K. N. Comparative Risk for Harms of Second-Generation Antidepressants. **Drug Safety**, vol. 31, no. 10, p. 851–865, 2008. <https://doi.org/10.2165/00002018-200831100-00004>.

GASSER, P.; HOLSTEIN, D.; MICHEL, Y.; DOBLIN, R.; YAZAR-KLOSINSKI, B.; PASSIE, T.; BRENNEISEN, R. Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. **Journal of Nervous and Mental Disease**, vol. 202, no. 7, p. 513–520, 2014. <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000113>.

GEDDES, J. R.; CARNEY, S. M.; DAVIES, C.; FURUKAWA, T. A.; KUPFER, D. J.; FRANK, E.; SUMMARY, G. M. G. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. **The Lancet**, vol. 361, 2003. .

GONZÁLEZ, D.; AIXALÀ, M. B.; NEIMEYER, R. A.; CANTILLO, J.; NICOLSON, D.; FARRÉ, M. Restorative Retelling for Processing Psychedelic Experiences: Rationale and Case Study of Complicated Grief. **Frontiers in Psychology**, vol. 13, 3 May 2022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832879>.

GONZÁLEZ, D.; CANTILLO, J.; PÉREZ, I.; FARRÉ, M.; FEILDING, A.; OBIOLS, J. E.; BOUSO, J. C. Therapeutic potential of ayahuasca in grief: a prospective, observational study. **Psychopharmacology**, vol. 237, no. 4, p. 1171–1182, 1 Apr. 2020.

<https://doi.org/10.1007/s00213-019-05446-2>.

GONZÁLEZ, D.; CARVALHO, M.; CANTILLO, J.; AIXALÁ, M.; FARRÉ, M. Potential Use of Ayahuasca in Grief Therapy. **Omega (United States)**, vol. 79, no. 3, p. 260–285, 2019a. <https://doi.org/10.1177/0030222817710879>.

GONZÁLEZ, D.; CARVALHO, M.; CANTILLO, J.; AIXALÁ, M.; FARRÉ, M. Potential Use of Ayahuasca in Grief Therapy. **Omega (United States)**, vol. 79, no. 3, p. 260–285, 1 Aug. 2019b. <https://doi.org/10.1177/0030222817710879>.

GRELLA, C. E.; JOSHI, V. Treatment Processes and Outcomes Among Adolescents With a History of Abuse Who Are in Drug Treatment. **Child Maltreatment**, vol. 8, no. 1, p. 7–18, Feb. 2003. <https://doi.org/10.1177/1077559502239610>.

GRIFFITHS, R. R.; RICHARDS, W. A.; MCCANN, U.; JESSE, R. Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. **Psychopharmacology**, vol. 187, no. 3, p. 268–283, 2006. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0457-5>.

GRINSPOON, L.; BAKALAR, J. B. **Psychedelic Drugs Reconsidered**. 1st ed. [S. l.: s. n.], 1997. vol. 1, .

GROB, C. S.; MCKENNA, D. J.; CALLAWAY, J. C.; BRITO, G. S.; NEVES, E. S.; OBERLAENDER, G.; SAÍDE, O. L.; LABIGALINI, E.; TACLA, C.; MIRANDA, C. T.; STRASSMAN, R. J.; BOONE, K. b. Human Psychopharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, vol. 184, no. 2, p. 86–94, 1996. .

GUYTON, J. E.; HALL, A. C. **Tratado de Fisiología Médica**. 1st ed. [S. l.]: Elsevier, 2011.

HALBERSTADT, A. L.; GEYER, M. A. Multiple receptors contribute to the behavioral effects of indoleamine hallucinogens. **Neuropharmacology**, vol. 61, no. 3, p. 364–381, 2011. DOI 10.1016/j.neuropharm.2011.01.017. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.01.017>.

HALPERN, J. H.; SHERWOOD, A. R.; PASSIE, T.; BLACKWELL, K. C.; RUTTENBER, A. J. Evidence of health and safety in American members of a religion who use a hallucinogenic sacrament. **Medical Science Monitor**, vol. 14, no. 8, 2008. .

HARTOGSOHN, I. Constructing drug effects: A history of set and setting. **Drug Science, Policy and Law**, vol. 3, p. 205032451668332, 2017. <https://doi.org/10.1177/2050324516683325>.

HARTOGSOHN, I. Set and setting, psychedelics and the placebo response: An

extra-pharmacological perspective on psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, vol. 30, no. 12, p. 1259–1267, 2016. <https://doi.org/10.1177/0269881116677852>.

HAWTHORNE, G.; GOLDNEY, R.; TAYLOR, A. W. Depression prevalence: Is it really increasing? **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, vol. 42, no. 7, p. 606–616, Jul. 2008. <https://doi.org/10.1080/00048670802119788>.

HAYES, V.; MORRIS, J.; WOLFE, C.; MORGAN, M. The SF-36 health survey questionnaire: Is it suitable for use with older adults? **Age and Ageing**, vol. 24, no. 2, p. 120–125, 1995. <https://doi.org/10.1093/ageing/24.2.120>.

HOFFMANN, E.; HESSELINK, J. M. K.; BARBOSA, Y.-W. M. da S. Effects of a psychedelic, tropical tea, ayahuasca, on the Electroencephalographic (EEG) activity of the human brain during a shamanistic ritual. **MAPS Bulletin**, no. January 2001, p. 25–30, 2001. .

HORNQUIST, J. O. Quality of Life: Concept and Assessment. **Scandinavian Journal of Public Health**, vol. 18, no. 1, p. 69–79, 1990. <https://doi.org/10.1177/140349489001800111>.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder**. [S. l.]: Oxford University Press, USA, 2012.

HUDSON, P. L.; THOMAS, K.; TRAUER, T.; REMEDIOS, C.; CLARKE, D. Psychological and social profile of family caregivers on commencement of palliative care. **Journal of Pain and Symptom Management**, vol. 41, no. 3, p. 522–534, 2011. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.006>.

INCALZI, R. A.; MARRA, C.; SALVIGNI, B. L.; PETRONE, A.; GEMMA, A.; SELVAGGIO, D.; MORMILE, F. Does cognitive dysfunction conform to a distinctive pattern in obstructive sleep apnea syndrome? **Journal of Sleep Research**, vol. 13, p. 79–86, 2004. .

INSERRA, A. Hypothesis: The Psychedelic Ayahuasca Heals Traumatic Memories via a Sigma 1 Receptor - Mediated Epigenetic - Mnemonic Process. **Frontiers Pharmacology**, vol. 330, no. 9, 2018. .

JARVIK, M. E. Drugs used in the treatment of psychiatric disorders. **The pharmacological basis of therapeutics. A textbook of pharmacology, toxicology, and therapeutics for physicians and medical students**. 4th ed. [S. l.: s. n.], 1070. p.

151–203.

JOHNSON, M. W.; RICHARDS, W. A.; GRIFFITHS, R. R. Human hallucinogen research: Guidelines for safety. **Journal of Psychopharmacology**, vol. 22, no. 6, p. 603–620, Aug. 2008. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>.

JUNIOR, E. L. **O USO DA AYAHUASCA EM UM CONTEXTO RELIGIOSO POR EX-DEPENDENTES DE ÁLCOOL - UM ESTUDO QUALITATIVO**. 1998. 87 f. Federal University of São Paulo, 1998. Available at: www.neip.info.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compendio de Psiquiatria**. 7th editio. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KERSTING, A.; KROKER, K.; HORSTMANN, J.; BAUNE, B. T.; HOHOFF, C.; MORTENSEN, L. S.; NEUMANN, L. C.; AROLT, V.; DOMSCHKE, K. Association of MAO-A variant with complicated grief in major depression. **Neuropsychobiology**, vol. 56, no. 4, p. 191–196, Apr. 2008. <https://doi.org/10.1159/000120624>.

KIRBY, D.; AMES, D. Hyponatraemia and selective serotonin re-uptake inhibitors in elderly patients. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, vol. 16, no. 5, p. 484–493, 2001. <https://doi.org/10.1002/gps.367>.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 25, no. 3, 2005. .

KRAEHENMANN, R. Dreams and Psychedelics: Neurophenomenological Comparison and Therapeutic Implications. **Current Neuropharmacology**, vol. 15, no. 7, 19 Jun. 2017. <https://doi.org/10.2174/1573413713666170619092629>.

KRUPITSKY, E.; BURAKOV, A.; ROMANOVA, T.; DUNAEVSKY, I.; STRASSMAN, R.; GRINENKO, A. Ketamine psychotherapy for heroin addiction: Immediate effects and two-year follow-up. **Journal of Substance Abuse Treatment**, vol. 23, no. 4, p. 273–283, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00275-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00275-1).

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o morrer**. [S. l.: s. n.], 1969.

KUYPERS, K. P. C.; RIBA, J.; DE LA FUENTE REVENGA, M.; BARKER, S.; THEUNISSEN, E. L.; RAMAEKERS, J. G. Ayahuasca enhances creative divergent thinking while decreasing conventional convergent thinking. **Psychopharmacology**, vol. 233, no. 18, p. 3395–3403, 1 Sep. 2016. <https://doi.org/10.1007/s00213-016-4377-8>.

LABATE, B. C. **A REINVENÇÃO DO USO DA AYAHUASCA**. 2000. 385 f. STATE UNIVERSITY OF CAMPINAS, 2000.

LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. **O uso ritual da Ayahuasca**. 1a ed. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

LABATE, B. C.; ROSE, I. S. de; GUIMARÃES, R. dos S. **Ayahuasca Religions: A Comprehensive Bibliography & Critical Essays**. [S. l.]: Multidisciplinary Association for Psychedelic, 2009.

LAFRANCE, A.; LOIZAGA-VELDER, A.; FLETCHER, J.; RENELLI, M.; FILES, N.; TUPPER, K. W. Nourishing the Spirit: Exploratory Research on Ayahuasca Experiences along the Continuum of Recovery from Eating Disorders. **Journal of Psychoactive Drugs**, vol. 49, no. 5, p. 427–435, 2017. DOI 10.1080/02791072.2017.1361559. Available at: <https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1361559>.

LEARY, T. **Flashbacks, Surfando No Caos**. [S. l.: s. n.], 1999.

LEARY, T.; LITWIN, G. H.; METZNER, R. Reactions to psilocybin administered in a supportive environment. **Journal of Nervous and Mental Disease**, vol. 137, no. 6, p. 561–573, 1963. <https://doi.org/10.1097/00005053-196312000-00007>.

LUNA, L. Narrativas da alteridade: a ayahuasca e o motivo de transformação em animal. **O uso ritual das plantas de poder**. [S. l.: s. n.], 2005. p. 333.

LY, C.; GREB, A. C.; CAMERON, L. P.; WONG, J. M.; BARRAGAN, E. V.; WILSON, P. C.; BURBACH, K. F.; SOLTANZADEH ZARANDI, S.; SOOD, A.; PADDY, M. R.; DUIM, W. C.; DENNIS, M. Y.; MCALLISTER, A. K.; ORI-MCKENNEY, K. M.; GRAY, J. A.; OLSON, D. E. Psychedelics Promote Structural and Functional Neural Plasticity. **Cell Reports**, vol. 23, no. 11, p. 3170–3182, 12 Jun. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.05.022>.

MABILDE, L. C. Caracterização do Luto Patológico e Diagnóstico Diferencial com Luto Normal. **Revista de Psiquiatria**, vol. 9, no. 3, p. 85–87, 1987. .

MACLEAN, K. A.; LEOUTSAKOS, J.-M. S.; JOHNSON, M. W.; GRIFFITHS, R. R. **Factor Analysis of the Mystical Experience Questionnaire: A Study of Experiences Occasioned by the Hallucinogen Psilocybin**. [S. l.: s. n.], 2012.

MACRAE, E. **Guiado pela lua: Xamanismo e uso ritual da Ayahuasca no culto do Santo Daime**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1992.

MANN, J. J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Annals of Internal Medicine**, vol. 136, no. 4, p. 302–311, 2002. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010>.

MASTERS, R.; HOUSTON, J. **The Varieties of Psychedelic Experience: The Classic Guide to the Effects of LSD on the Human Psyche**. [S. l.]: Park Street Press, 2000.

MCKENNA, D. J. Clinical investigations of the therapeutic potential of ayahuasca: Rationale and regulatory challenges. 102., May 2004. **Pharmacology and**

Therapeutics[...]. [S. l.: s. n.], May 2004. vol. 102, p. 111–129. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2004.03.002>.

MCKENNA, D. J.; CALLAWAY, J. C.; GROB, C. S. The scientific investigation of ayahuasca: A review of past and current research. **The Heffer Review of Psychedelic Research**, vol. 1, no. September, p. 65–76, 1998. .

MCKENNA, D. J.; TOWERSA, G. H. N.; ABBOTTB, F. **MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS IN SOUTH AMERICAN HALLUCINOGENIC PLANTS: TRYPTAMINE AND P-CARBOLINE CONSTITUENTS OF A YAHUASCA**. [S. l.: s. n.], 1984.

MELO, N. de. **Psiquiatria**. 3rd ed. [S. l.: s. n.], 1981.

METZNER, R. Introduction: Amazonian vine of visions. **Ayahuasca: Hallucinogens, consciousness, and the spirit of nature**, , p. 1–45, 1999. .

MICHAELS, T. I.; PURDON, J.; COLLINS, A.; WILLIAMS, M. T. Inclusion of people of color in psychedelic-assisted psychotherapy: A review of the literature. **BMC Psychiatry**, vol. 18, no. 1, 31 Jul. 2018. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1824-6>.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos**. 1st ed. [S. l.]: artmed, 2001.

MIZUMOTO, S.; DA SILVEIRA, D. X.; BARBOSA, P. C. R.; STRASSMAN, R. J. Hallucinogen rating scale (HRS) - versão Brasileira: Tradução e adaptação transcultural. **Revista de Psiquiatria Clínica**, vol. 38, no. 6, p. 231–237, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600004>.

MONTGOMERY, S. A. Reboxetine: additional benefits to the depressed patient. **Journal of Psychopharmacology**, vol. 11, no. 4, p. 9–16, 1997. .

MORENO, A.; MORENO, D. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). **Escala de Avaliação Clínica em Psicologia e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos - Editorial, 2000. p. 71–87.

MORENO, F. A.; WIEGAND, C. B.; TAITANO, E. K.; DELGADO, P. L. Safety, tolerability, and efficacy of psilocybin in 9 patients with obsessive-compulsive disorder. **J Clin Psychiatry**, vol. 67, no. 11, 2006. .

MUNEOKA, K.; SHIRAYAMA, Y.; TAKIGAWA, M.; SHIODA, S. Brain region-specific effects of short-term treatment with duloxetine, venlafaxine, milnacipran and sertraline on monoamine metabolism in rats. **Neurochemical Research**, vol. 34, no. 3, p. 542–555, Mar. 2009. <https://doi.org/10.1007/s11064-008-9818-2>.

NEVES, A. L. A. **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DEPRESSÃO**. [S. l.: s. n.], 2015.

NEWSON, R. S.; BOELEN, P. A.; HEK, K.; HOFMAN, A.; TIEMEIER, H. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. **Journal of Affective Disorders**, vol. 132, no. 1–2, p. 231–238, 2011. DOI 10.1016/j.jad.2011.02.021. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.021>.

NICHOLS, D. E.; FRESCAS, S.; MARONA-LEWICKA, D.; KURRASCH-ORBAUGH, D. M. Lysergamides of isomeric 2,4-dimethylazetidines map the binding orientation of the diethylamide moiety in the potent hallucinogenic agent N,N-diethyllysergamide (LSD). **Journal of Medicinal Chemistry**, vol. 45, no. 19, p. 4344–4349, 2002. <https://doi.org/10.1021/jm020153s>.

NIELSON, J. L.; MEGLER, J. D. Ayahuasca as a candidate therapy for PTSD. **The Therapeutic Use of Ayahuasca**. [S. l.]: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2014. vol. 9783642404269, p. 41–58. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40426-9_3.

NORTON, M. **Sacred Gifts, Profane Pleasures: A History of Tobacco and Chocolate in the Atlantic World Paperback**. 1st ed. [S. l.]: Cornell University Press, 2008. vol. 1, .

NUNES, A. A.; DOS SANTOS, R. G.; OSÓRIO, F. L.; SANCHES, R. F.; CRIPPA, J. A. S.; HALLAK, J. E. C. Effects of Ayahuasca and its Alkaloids on Drug Dependence: A Systematic Literature Review of Quantitative Studies in Animals and Humans. **Journal of Psychoactive Drugs**, vol. 48, no. 3, p. 195–205, 2016. <https://doi.org/10.1080/02791072.2016.1188225>.

OGRODNICZUK, J. S.; PIPER, W. E.; JOYCE, A. S.; WEIDEMAN, R.; MCCALLUM, M.; AZIM, H. F.; ROSIE, J. S. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. **Canadian Journal of Psychiatry**, vol. 48, no. 2, p. 87–93, 2003. <https://doi.org/10.1177/070674370304800204>.

OLIVEIRA, J. B. A. de; LOPES, R. G. da C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, vol. 13, no. 2, p. 217–221, 2008. <https://doi.org/10.1590/s1413-73722008000200003>.

OLIVEIRA, M. C. S.; SILVA ASSUNÇÃO, D. F. da; GONÇALVES, F. de A.; SILVA PAES, F. A. da; SILVA, R. de A.; TAVARES, L. F.; CARIBE, N. M. C.; NOGUEIRA, P. A.; CORRÊA, A. C. D.; OLIVEIRA, K. B. de. Qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em acadêmicos de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol. 12, no. 10, p. e4011, 2020. <https://doi.org/10.25248/reas.e4011.2020>.

ORSOLINI, L.; CHIAPPINI, S.; PAPANTI, D.; LATINI, R.; VOLPE, U.; FORNARO, M.; TOMASETTI, C.; VELLANTE, F.; DE BERARDIS, D. How does ayahuasca work from a

psychiatric perspective? Pros and cons of the entheogenic therapy. **Human Psychopharmacology**, vol. 35, no. 3, 1 May 2020. <https://doi.org/10.1002/hup.2728>.

PAHNKE, W. N.; RICHARDS, W. A. Implications of LSD and experimental mysticism. **Journal of Religion and Health**, vol. 5, p. 175–208, 1966. .

PALHANO-FONTES, F. **Instituto do Cérebro Universidade Federal do Rio Grande do Norte Programa de Pós-Graduação em Neurociências**. 2017. 197 f. Federal University of Rio Grande do Norte, 2017.

PALHANO-FONTES, F.; BARRETO, D.; ONIAS, H.; ANDRADE, K. C.; NOVAES, M. M.; PESSOA, J. A.; MOTA-ROLIM, S. A.; OSÓRIO, F. L.; SANCHES, R.; DOS SANTOS, R. G.; TÓFOLI, L. F.; DE OLIVEIRA SILVEIRA, G.; YONAMINE, M.; RIBA, J.; SANTOS, F. R.; SILVA-JUNIOR, A. A.; ALCHIERI, J. C.; GALVÃO-COELHO, N. L.; LOBÃO-SOARES, B.; ... ARAÚJO, D. B. Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: A randomized placebo-controlled trial. **Psychological Medicine**, , p. 1–9, 1 Mar. 2018. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001356>.

PARKES, Colin M. Grief: Lessons from the past, visions for the future. **Death Studies**, vol. 26, no. 5, p. 367–385, 2002. <https://doi.org/10.1080/07481180290087366>.

PARKES, Colin Murray. **LUTO - ESTUDOS SOBRE A PERDA NA VIDA ADULTA**. 1st ed. [S. l.: s. n.], 1998. vol. 3, .

PERI, T.; HASSON-OHAYON, I.; GARBER, S.; TUVAL-MASHIACH, R.; BOELEN, P. A. Narrative reconstruction therapy for prolonged grief disorder-rationale and case study. **European Journal of Psychotraumatology**, vol. 7, 4 May 2016. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30687>.

PINTO, J. P. Estudo sobre alterações neurofuncionais após ingestão de ayahuasca. , p. 87, 2010. .

PIRES, A. P. S.; OLIVEIRA, C. D. R.; YONAMINE, M. Ayahuasca: A review of pharmacological and toxicological aspects. **Revista de Ciencias Farmaceuticas Basica e Aplicada**, vol. 31, no. 1, p. 15–30, 2010. .

PRIGERSON, H. G.; HOROWITZ, M. J.; JACOBS, S. C.; PARKES, C. M.; ASLAN, M.; GOODKIN, K.; RAPHAEL, B.; MARWIT, S. J.; WORTMAN, C.; NEIMEYER, R. A.; BONANNO, G.; BLOCK, S. D.; KISSANE, D.; BOELEN, P.; MAERCKER, A.; LITZ, B. T.; JOHNSON, J. G.; FIRST, M. B.; MACIEJEWSKI, P. K. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-Vand ICD-11. **Plos Medicine**, vol. 6, no. 8, p. 1–12, 2009. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, A. **Manual diagnóstico e estatístico de**

transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. Porto Alegre: artmed, 2014.

RABELO, M. Um olhar fenomenológico sobre a morte na sociedade ocidental: Testemunho histórico-antropológico. **Outras Palavras: Revista científica da ESPAM**, vol. 03, no. 1, p. 71–84, 2006. .

RAY, T. S. Psychedelics and the Human Receptorome. **PLoS ONE**, vol. 5, no. 2, 2010. .

REMOR, E. A. Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, vol. 12, no. 1, p. 89–106, 1999. <https://doi.org/10.1590/s0102-79721999000100006>.

RIBA, J. **HUMAN PHARMACOLOGY OF AYAHUASCA**. [S. l.: s. n.], 2003.

RIBA, J.; ANDERER, P.; MORTE, A.; URBANO, G.; JANÉ, F.; SALETU, B.; BARBANOJ, M. J.; REA D', A. ` . **Topographic pharmaco-EEG mapping of the effects of the South American psychoactive beverage ayahuasca in healthy volunteers**. [S. l.: s. n.], 2002.

RIBA, J.; BARBANOJ, M. J. Bringing ayahuasca to the clinical research laboratory. **Journal of Psychoactive Drugs**, vol. 37, no. 2, p. 219–230, 2005. <https://doi.org/10.1080/02791072.2005.10399804>.

RIBA, J.; RODRÍGUEZ-FORNELLS, A.; URBANO, G.; MORTE, A.; ANTONIJOAN, R.; MONTERO, M.; CALLAWAY, J. C.; BARBANOJ, M. J. Subjective effects and tolerability of the South American psychoactive beverage Ayahuasca in healthy volunteers. **Psychopharmacology**, vol. 154, no. 1, p. 85–95, 2001. <https://doi.org/10.1007/s002130000606>.

RIBA, J.; VALLE, M.; URBANO, G.; YRITIA, M.; MORTE, A.; BARBANOJ, M. J. Human pharmacology of ayahuasca: Subjective and cardiovascular effects, monoamine metabolite excretion, and pharmacokinetics. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, vol. 306, no. 1, p. 73–83, 1 Jul. 2003. <https://doi.org/10.1124/jpet.103.049882>.

RICCIARDI, G. S. O uso da Ayahuasca e a experiência de alívio, transformação e cura na união do vegetal - UDV. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**, , p. 37–60, 2009. <https://doi.org/10.7476/9788523208820.0004>.

ROCHA, R. A. R. P. **EFEITOS TERAPÊUTICOS DA AYAHUASCA EM INDIVÍDUOS EM PROCESSO DE LUTO** Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia-Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde. 2018. 59 f. Universidade Católica

Portuguesa, 2018.

ROCKETT, J. C.; LYNCH, C. D.; BUCK, G. M. Biomarkers for assessing reproductive development and health: Part 1 - Pubertal development. **Environmental Health Perspectives**, vol. 112, no. 1, p. 105–112, 2004. <https://doi.org/10.1289/ehp.6265>.

RODRIGUES, S. Introdução ao uso de psicodélicos em psicoterapia. **Associação Psicodélica do Brasil**, , p. 109, 2019. .

ROGERS, C. R. **Grupos de encontro**. [S. l.: s. n.], 2002.

RUCK, C. A. P.; BIGWOOD, J.; STAPLES, D.; OTT, J.; WASSON, G. Entheogens. **Journal of Psychoactive Drugs**, vol. 11, no. 1–2, p. 145–146, 1979. <https://doi.org/10.1080/02791072.1979.10472098>.

SAARELAINEN, T.; HENDOLIN, P.; LUCAS, G.; KOPONEN, E.; SAIRANEN, M.; MACDONALD, E.; AGERMAN, K.; HAAPASALO, A.; NAWA, H.; ALOYZ, R.; ERNFORS, P.; CASTRÉN, E. **Activation of the TrkB Neurotrophin Receptor Is Induced by Antidepressant Drugs and Is Required for Antidepressant-Induced Behavioral Effects**. [S. l.: s. n.], 2002.

SANCHES, R. F.; DE LIMA OSÓRIO, F.; SANTOS, R. G. D.; MACEDO, L. R. H.; MAIA-DE-OLIVEIRA, J. P.; WICHERT-ANA, L.; DE ARAUJO, D. B.; RIBA, J.; CRIPPA, J. A. S.; HALLAK, J. E. C. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression a SPECT study. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, vol. 36, no. 1, p. 77–81, 2016. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000436>.

SANTOS, Rafael Guimarães dos; MORAES, C. C. de; HOLANDA, A. Ayahuasca e redução do uso abusivo de psicoativos: eficácia terapêutica? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, vol. 22, no. 3, p. 363–370, 2006. <https://doi.org/10.1590/s0102-37722006000300014>.

SCALCO, M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 24, no. 1, p. 55–63, 2002. .

SCHULTES, R. E.; HOFMANN, A. **Plantas de los dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos**. [S. l.]: FONDO DE CULTURA ECONÓMICA (FCE), 2000.

SESSA, B. Shaping the renaissance of psychedelic research. **The Lancet**, vol. 380, no. 9838, p. 200–201, 2012. DOI 10.1016/S0140-6736(12)60600-X. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60600-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60600-X).

SESSA, B.; SANDISSON, R. Update from the UK and an Interview with Pioneering Psychedelic Psychiatrist Dr . Ronald Sandison. vol. xviii, no. 3, p. 32–35, 2007. .

SHANON, B. **The Antipodes of the Mind: Charting the Phenomenology of the Ayahuasca Experience**. [S. l.]: Oxford University Press, 2003.

SHOCHAT, T.; COHEN-ZION, M.; TZISCHINSKY, O. Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: Asystematic review. **Sleep Medicine Reviews**, vol. 18, no. 1, p. 75–87, Feb. 2014. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2013.03.005>.

SOLER, J.; ELICES, M.; FRANQUESA, A.; BARKER, S.; FRIEDLANDER, P.; FEILDING, A.; PASCUAL, J. C.; RIBA, J. Exploring the therapeutic potential of Ayahuasca: Acute intake increases mindfulness-related capacities. **Psychopharmacology**, vol. 233, no. 5, p. 823–829, 1 Mar. 2016. <https://doi.org/10.1007/s00213-015-4162-0>.

STRASSMAN, R. **DMT A molécula do Espírito**. [S. l.]: Pedra Nova, 2019.

STRASSMAN, R. J.; QUALLS, C. R.; BERG, L. M. **Differential Tolerance to Biological and Subjective Effects of Four Closely Spaced Doses of N,N-Dimethyltryptamine in Humans**. [S. l.: s. n.], 1996.

STROEBE, M.; VAN SON, M.; STROEBE, W.; KLEBER, R.; SCHUT, H.; VAN DEN BOUT, J. On the classification and diagnosis of pathological grief. **Clinical Psychology Review**, vol. 20, no. 1, p. 57–75, 2000. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00089-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00089-0).

TAVERNA, G.; SOUZA, W. O LUTO E SUAS REALIDADES HUMANAS DIANTE DA PERDA E DO SOFRIMENTO. **Caderno teológico**, vol. 2, no. 2, p. 17, 2014. .

TELES, T. B. de S. O Potencial Terapêutico da Ayahuasca na Doença Mental. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, vol. 12, no. 1, p. 12, 2016. .

THOMAS, G.; LUCAS, P.; RIELLE CAPLER, N.; TUPPER, K. W.; MARTIN, G. **Send Orders of Reprints at reprints@benthamsience.net Ayahuasca-Assisted Therapy for Addiction: Results from a Preliminary Observational Study in Canada**. [S. l.: s. n.], 2013.

TUPPER, K. W.; WOOD, E.; YENSEN, R.; JOHNSON, M. W. Psychedelic medicine: A re-emerging therapeutic paradigm. **CMAJ**, vol. 187, no. 14, p. 1054–1059, 6 Oct. 2015. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141124>.

TWAROG, B. M.; PAGE, I. H. Serotonin content of some mammalian tissues and urine and a method for its determination. **The American journal of physiology**, vol. 175, no. 1, p. 157–161, 1953. <https://doi.org/10.1152/ajplegacy.1953.175.1.157>.

UTHAUG, M. V.; VAN OORSOUW, K.; KUYPERS, K. P. C.; VAN BOXTEL, M.; BROERS, N. J.; MASON, N. L.; TOENNES, S. W.; RIBA, J.; RAMAEKERS, J. G. Sub-acute and long-term effects of ayahuasca on affect and cognitive thinking style and their

association with ego dissolution. **Psychopharmacology**, vol. 235, no. 10, p. 2979–2989, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-4988-3>.

VAIDYA, V. A.; MAREK, G. J.; AGHAJANIAN, G. K.; DUMAN, R. S. 5-HT(2A) receptor-mediated regulation of brain-derived neurotrophic factor mRNA in the hippocampus and the neocortex. **Journal of Neuroscience**, vol. 17, no. 8, p. 2785–2795, 1997. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.17-08-02785.1997>.

VALLE, M.; MAQUEDA, A. E.; RABELLA, M.; RODRÍGUEZ-PUJADAS, A.; ANTONIJOAN, R. M.; ROMERO, S.; ALONSO, J. F.; MAÑANAS, M. À.; BARKER, S.; FRIEDLANDER, P.; FEILDING, A.; RIBA, J. Inhibition of alpha oscillations through serotonin-2A receptor activation underlies the visual effects of ayahuasca in humans. **European Neuropsychopharmacology**, vol. 26, no. 7, p. 1161–1175, 1 Jul. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.03.012>.

VOLLENWEIDER, F. X.; CA MARGREET F.; VOLLENWEIDER-SCHERPENHUYZEN; BÄBLER, A.; VOGEL, H.; HELL, D. Psilocybin induces schizophrenia-like psychosis in humans via a serotonin-2 agonist action. **neuroreport**, vol. 9, no. 17, 1998. .

WALTER, T. **On bereavement: the culture of grief**. [S. l.]: Open University Press, 2010.

WANG, Y. P.; GORENSTEIN, C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 35, no. 4, p. 416–431, 2013. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual**. 5a Edition. Boston: [s. n.], 1994.

WENN, J.; O'CONNOR, M.; BREEN, L. J.; KANE, R. T.; RESS, C. S. Efficacy of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: protocol for a randomised controlled trial. **BMJ Open**, vol. 5, no. 11, 2015. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014>.

WHALEN, K.; FINKEL, R.; PANAVELIL, T. A. **Farmacologia Ilustrada**. [S. l.: s. n.], 2016.

WIESE, M.; D'AGOSTINO, P. M.; MIHALI, T. K.; MOFFITT, M. C.; NEILAN, B. A. Neurotoxic alkaloids: Saxitoxin and its analogs. **Marine Drugs**, vol. 8, no. 7, p. 2185–2211, 2010. <https://doi.org/10.3390/md8072185>.

WORDEN, J. W. **Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner**. 2nd ed. [S. l.: s. n.], 1991.

YRITIA, M.; RIBA, J.; ORTUÑO, J.; RAMIREZ, A.; CASTILLO, A.; ALFARO, Y.; DE

LA TORRE, R.; BARBANOJ, M. J. Determination of N, N-dimethyltryptamine and β -carboline alkaloids in human plasma following oral administration of Ayahuasca. **Journal of Chromatography B: Analytical Technologies in the Biomedical and Life Sciences**, vol. 779, no. 2, p. 271–281, 2002. [https://doi.org/10.1016/S1570-0232\(02\)00397-5](https://doi.org/10.1016/S1570-0232(02)00397-5).

ZACHAR, P. Grief, depression, and the DSM-5: A review and reflections upon the debate. **Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental**, vol. 18, no. 3, p. 540–550, 2015. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n3p540.9>.

ZISOOK, S.; SHEAR, K. Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. **World Psychiatry**, vol. 8, no. 2, p. 67–74, 2009. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>.

APÊNDICES**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE RESSIGNIFICAÇÃO****RESSIGNIFICAÇÃO DE PERDAS**

Leia as próximas questões e assinale a alternativa que melhor reflete sua experiência com substâncias psicodélicas (SP), tais como ayahuasca, LSD, psilocibina, ibogaína, cogumelos ou outros. Considere para a sua resposta a experiência mais significativa após a perda.

Você já vivenciou uma experiência de perda/trauma ou problema angustiante?

- Sim
 Não

Você já fez uso de substância psicodélica (ayahuasca, LSD, psilocibina, cogumelo ou outro) pelo menos uma vez?

- Sim
 Não

Você considera que sua experiência com a substância psicodélica pode ser considerada uma experiência de resignificação?

- Sim
 Não

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

3. Você sentia culpa por sua perda/trauma, como se ela tivesse ocorrido por sua causa?

Antes do uso da
Substâncias
Psicodélicas

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Frequentemente
- Sempre

Depois do uso da
Substâncias
Psicodélicas

- Nunca
- Raramente
- As vezes
- Frequentemente
- Sempre

4. Você culpava outras pessoas por 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

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

ANEXOS**ANEXO A – QUESTIONÁRIO 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 B – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO DE MONTGOMERY-ÅSBERG (MADRS)

A avaliação deve basear-se em uma entrevista clínica que se inicie com perguntas genéricas sobre sintomas e seja acompanhada de questões mais detalhadas que permitam uma avaliação precisa da gravidade. O avaliador deve decidir se a avaliação se situa em graus definidos da escala (0, 2, 4, 6) ou entre eles (1, 3, 5). É importante lembrar que somente em raras ocasiões se encontra um paciente deprimido que não pode ser avaliado de acordo com os itens da escala. Caso respostas definidas não possam ser obtidas do paciente, devem ser utilizados todos os indícios relevantes, bem como informações de outras fontes como base para a avaliação, de acordo com a prática clínica costumeira.

A escala pode ser usada para qualquer intervalo de tempo entre as avaliações, seja semanal ou outro, mas isso deve ser registrado.

Lista de itens

1. Tristeza aparente
2. Tristeza relatada
3. Tensão interna
4. Sono reduzido
5. Diminuição do apetite
6. Dificuldade de concentração
7. Lassidão
8. Incapacidade de sentir
9. Pensamentos pessimistas
10. Pensamentos suicidas

1. Tristeza aparente

Representando desânimo, tristeza e desespero (mais que um abatimento simples e transitório), refletidos na fala, na expressão facial e na postura.

Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.

- 0 Nenhuma tristeza.
- 1
- 2 Parece abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3
- 4 Parece triste e infeliz a maior parte do tempo.
- 5
- 6 Parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado.

2. Tristeza relatada

Representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança.

Avalie pela intensidade, pela duração e pelo grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.

- 0 Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias.
- 1
- 2 Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades.
- 3
- 4 Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor ainda é influenciado por circunstâncias externas.
- 5
- 6 Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuo e invariável.

3. Tensão interior

Representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia.

Avaliar de acordo com intensidade, frequência, duração do grau de reassuramento necessário.

- 0 Tranquilo, somente tensão interior fugaz.
- 1
- 2 Sentimentos ocasionais de inquietação

e desconforto indefinido.

3

4 Sentimentos contínuos de tensão interna ou de pânico intermitente, em que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade.

5

6 Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.

4. Sono diminuído

Representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparada com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem.

0 Dorme normalmente.

1

2 Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido.

3

4 Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, 2 horas.

5

6 Menos de 2 ou 3 horas de sono.

5. Diminuição do apetite

Representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou pela necessidade de se forçar a comer.

0 Apetite normal ou aumentado.

1

2 Apetite levemente diminuído.

3

4 Sem apetite. A comida não tem sabor.

5

6 É necessário ser sempre persuadido para comer.

6. Dificuldade de concentração

Representando dificuldade em concluir ou organizar os pensamentos, chegando à falta de concentração incapacitante.

Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante.

0 Sem dificuldade para se concentrar.

1

2 Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.

3

4 Dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.

5

6 Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.

7. Lassidão

Representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras.

0 Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.

1

2 Dificuldade para iniciar atividades.

3

4 Dificuldade para começar atividades rotineiras simples que são realizadas à custa de esforço.

5

6 Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.

8. Incapacidade de sentir

Representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou pelas atividades que são normalmente prazerosas. A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.

0 Interesse normal pelo ambiente e por outras pessoas.

1

2 Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.

3

4 Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.

5

6 A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.

9. Pensamentos pessimistas

Representando pensamentos de culpa, inferioridade, auto-reprovação, pecado, remorso e ruína.

0 Sem pensamentos pessimistas.

1

2 Ideias flutuantes de falha, auto-reprovação ou autodepreciação.

3

4 Auto-acusações persistentes ou idéias definidas, mas ainda racionais, de culpa ou pecado.

Progressivamente pessimista sobre o futuro.

5

6 Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Auto-acusações que são absurdas e inabaláveis.

10. Pensamentos suicidas

Representando o sentimento de que não vale a pena viver, de que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio. Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.

0 Aprecia a vida ou a aceita como ela é.

1

2 Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios.

3

4 Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são frequentes, e o suicídio é considerado uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.

5

6 Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.

ANEXO C – 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 saúde 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	A maioria das	Não sei	A maioria das	Definitivamente
--	-----------------	---------------	---------	---------------	-----------------

	verdadeiro	vezes verdadeiro		vezes falso	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

ANEXO D – ESCALA DE PITTSBURGH PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO 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
TOTAL				

ANEXO E – HALLUCINOGEN RATING SCALE (HRS)

(Version 3.06P)

Abaixo estão listadas afirmações referentes aos efeitos experimentados durante a sua última experiência. Para cada afirmação, marque a resposta que mais corresponda ao efeito mais intenso experimentado por você. Este questionário é a respeito do que você vivenciou ao longo de todo o processo. Marque apenas uma resposta para cada item; marque o que parece ser melhor, mesmo se nenhuma resposta corresponder ao que você sentiu exatamente. Não se preocupe se, algumas vezes, sua resposta entrar em contradição com respostas anteriores, ou se duas sensações diferentes ocorrerem ao mesmo tempo. Marque sempre de acordo com o que você sentiu cada vez.

Nome _____

Experiência dia / /

Data do preenchimento da Escala: / /

Copyright © 1994, by Rick J. Strassman, M.D., Department of Psychiatry, University of New Mexico, School of Medicine, Albuquerque, NM. All rights reserved. No part of this instrument may be used or reproduced in any manner whatsoever without written permission of the author.

1. Tempo decorrido entre administração e a experiência de seu efeito?	Não aplicável / Sem efeito	0-5 minutos	5-15 minutos	15-30 minutos	30-60 minutos	Mais de uma hora
2. Como você sentiu a rapidez e a força dos efeitos chegando?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
2a. Houve alguma localização dos efeitos experimentados? Descreva, por favor.						
3. Mudança na salivação?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
3a. Secura, mais salivação, ou ambas. (Circule um.)						
4. Sentiu o corpo ou alguma parte dele diferente?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
4a. Descreva, por favor.						
5. Sentiu alguma mudança na percepção de peso do seu corpo?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
5a. Mais leves, mais pesados, ou ambos. (Circule um.)						
6. Você se sentiu como em movimento, caindo ou voando pelo espaço?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
7. Sentiu alguma mudança na temperatura de seu corpo?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
7a. Mais quente ou mais frio, mais quente, ou ambos. (Circule um.)						
8. Você sentiu agulhadadas/alfinetadas/ou uma pequena sensação elétrica/eletricidade?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
9. Pressão ou peso dentro do peito ou na barriga?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
9a. Fisicamente solto, ágil ou flexível?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
10. Ficou com a impressão de estar "tremendo por dentro" (tremores internos)?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
11. Sentiu o corpo sacudindo, tremendo?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
12. Sentiu o coração batendo?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
13. Sentiu o coração batendo irregularmente?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
14. Náusea ou enjoo?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
15. Fisicamente confortável?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
16. Fisicamente inquieto?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
17. Você se sentiu ruborizado ou corado?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
18. Com vontade de urinar?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
19. Vontade de defecar (fazer cocô)?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
20. Sensações sexuais?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente
21. Você se sentiu afastado, destacado ou deslocado do corpo?	Demodonehum	Levemente	Moderadamente	Muito		Extremamente

22. Houve mudança na sensibilidade da sua pele?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
22a. Mais sensível, menos sensível, ou ambos. (Circule um.)					
23. Você suou?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
24. Sentiu dor de cabeça?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
25. Ficou ansioso?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
26. Você se sentiu assustado?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
27. Sentiu pânico?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
27a. Você experimentou um sentimento de autoaceitação? (estando menos crítico em relação a si mesmo?).	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
28. Você se sentiu à vontade?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
28a. Perdoando a si mesmo ou aos outros?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
29. Com vontade de rir?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
30. Você se sentiu animado, disposto, entusiasmado?	Demodone nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente

31. Você se sentiu em estado de reverência ou em deslumbramento?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
31a. Sentiu que estava compreendendo os sentimentos dos outros?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
32. Você se sentiu em segurança?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
33. Sentiu a presença de uma força numinosa, de um poder superior, de Deus?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
34. Você sentiu uma mudança no modo pelo qual você respondia "emocionalmente" (sentiu/experimentava) aos sons?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
34a. Mudança mais agradável, menos agradável, ou ambas. (Circule um.)						
35. Você se sentiu feliz?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
36. Triste?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
36a. Você se sentiu "cheio de amor"?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
37. Ficou eufórico?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
38. Desesperado?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
39. Com vontade de chorar?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
40. Você sentiu mudança em relação a sua sensação de proximidade/intimidade para com as pessoas ali do ambiente?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
40a. Mais próximas, menos próximas, ou ambas. (Circule um.)						
41. Você sentiu mudança na quantidade das suas emoções?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
41a. Mais motivo, menos motivo, ou ambos. (Circule um.)						
42. As emoções pareciam diferentes das habituais?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
43. Você se sentiu estar em unidade como universo?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
44. Você se sentiu isolado das pessoas e coisas?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
45. Você se sentiu renascido?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
46. Ficou satisfeito com a experiência?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
47. Gostou da experiência?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
48. Daquela quantidade de tempo você gostaria de repetir a experiência?	Nunca mais	Dentro de um ano	Dentro de um mês	Dentro de uma semana	Logo que possível	
49. Deseja a experiência regularmente?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
50. Sentiu algum cheiro?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
50a. Por favor, descreva.						
51. Sentiu algum sabor, gostou de algo?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
51a. Por favor, descreva.						
52. Ouviu um som ou sons acompanhando a experiência?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
52a. Por favor, descreva.						
53. Viveu uma sensação de silêncio ou profunda quietude?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
54. Os sons soavam diferentes no ambiente?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
55. Houve alteração na distinção (clareza) dos sons?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
55a. Mais claros, menos claros, ou ambos. (Circule um.)						
56. Você teve sinestesia auditiva ("ouvir" visualmente – audição visual, ou outras percepções não auditivas).	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
57. Efeitos visuais?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
58. Visualmente, assim pareceu diferente?	Não sei, olhos fechados	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
59. Os objetos da sala tinham um brilho diferente do habitual?	Não sei, olhos fechados	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
59a. Mais brilhantes, menos brilhantes, ou ambos. (Circule um.)						
60. Houve mudança na discriminação visual dos objetos do ambiente?	Não sei, olhos fechados	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
60a. Mais nítidos, borrados, ou ambos. (Circule um.)						
61. O ambiente estava recoberto com padrões visuais?	Não sei, olhos fechados	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
62. Com olhos abertos, o campo visual ficava vibrando ou sacudido (o sacudindo)?	Não sei, olhos fechados	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
63. Sinestesia visual ("vendo" sons ou outras percepções não visuais)?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
64. Você teve imagens visuais, visões, alucinações (podendo incluir apenas padrões geométricos abstratos)	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
65. As imagens, visões e alucinações eram de natureza caleidoscópica?	Não aplicável. Nada visto.	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente

66. Houve diferença no brilho das cores das imagens/visões comparadas com a visão à luz do diacotidiana?	Não aplicável. Nadavisto.	De modonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
66a. Cores mais brilhantes, menos brilhantes ou ambas. (Circulem.)						
66b. Cores predominantes						
67. Qual a dimensão das imagens/visões/alucinações?	Não aplicável. Nadavisto	Linear (unidimensional)	Superfície plana (duas dimensões)	Tridimensional	Multidimensional	Além da dimensão
68. Houve movimento nas visões, alucinações?	Não aplicável. Nadavisto.	De modonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
68a. Por favor, descreva as visões, alucinações.						
69. Houve percepção de umaluz branca?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
70. Você se sentiu como se estivesse morto ou morrendo?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
71. Teve sensação de velocidade?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
72. Teve a impressão de já ter vivido uma determinada situação que você nunca viveu? (Totalmente desconhecida, sem memória real disso, mas acha que já viveu aquilo antes, como uma experiência muito familiar.)	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
73. Você teve a sensação de, diante de uma situação que lhe é familiar, de repente, naquele momento, tivesse se tornado totalmente estranha, desconhecida, não familiar?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
74. Você viveu sentimentos contraditórios ao mesmo tempo (alegria triste, ou esperanças e desesperança)?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
75. Sensação de caça?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
76. Você sentiu uma mudança na percepção de "como você é"?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
76a. Mais fortemente, menos fortemente, ou ambos. (Circulem.)						
77. Teve novos pensamentos ou insights/revelações, ideias novas?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
78. Memórias, lembranças da infância?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
79. Sentiu-se como um criança?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
80. Houve alteração na velocidade do pensamento?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
80a. Mais rápido, mais lento, ou ambos. (Circulem.)						
81. Houve mudança na qualidade de seu pensamento?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
81a. Pensamento mais aguçado/ágido, menos aguçado, ou ambos. (Circulem.)						
82. Houve diferença na sensação de realidade das experiências quando comparadas às experiências de sua vida?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
82a. Parecia mais reais, menos reais, ou ambos. (Circulem.)						
83. Houve experiências de natureza onírica, como um sonho?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
84. Houve pensamentos de sua vida pessoal atual, ou de um passado recente?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
85. Houve insights, descobertas novas, revelações em relação a assuntos pessoais ou profissionais?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
86. Houve variação na velocidade do tempo passar?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
86a. Passando mais rápido, mais lento, ou ambos. (Circulem.)						
87. Ficou sem consciência daquilo que acontecia?	Definitivamente não	Não tenho certeza	Definitivamente sim			
88. Houve mudança em sua impressão de sanidade mental?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
88a. Mentalmente mais são, mentalmente menos são, ou ambos. (Circulem.)						
89. Teve necessidade de fechar os olhos?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
90. Houve mudança no esforço para você respirar?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
90a. Respirando de forma mais relaxada, mais dificultada, ou ambos. (Circulem.)						
91. Você se sentiu capaz de seguir a sequência de eventos?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
92. Foi capaz de se soltar, deixar acontecer?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
93. Capaz de focalizar a atenção?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
94. Você foi capaz de controlar as emoções em uma situação (sob controle)?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
95. Seria capaz de se locomover, caso lhe pedissem?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
96. Seria capaz de se lembrar de que estava sob o efeito de uma substância, da natureza temporária da experiência?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
97. Você sentiu que havia ondas repetitivas de ascensão e declínio (efeitos da substância) na qualidade de sua experiência ao longo do processo?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
98. Qual foi a intensidade?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
99. Sentiu-se "ligado" (ou seja, estava sob o efeito de uma substância, com o estado alterado de consciência)?	Demodonenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente	
100. Você acha que tomou placebo?	Sim			Não		
Algum outro comentário?						

ANEXO F – QUESTIONÁRIO DA EXPERIÊNCIA MÍSTICA REVISADA

Instruções: Analisando a totalidade da sua seção anterior, classifique o grau de dos fenômenos a seguir que você presenciou em qualquer momento da sua seção. Responda cada questão de acordo com seus sentimentos, pensamentos e experiências que você teve durante a seção. Para classificar use a seguinte escala:

- 0 – Nada; não foi sentido nada
- 1 – Tão leve que não pode decidir
- 2 – Leve
- 3 – Moderado
- 4 – Forte (equivalente em grau a qualquer outra experiência forte)
- 5 - Extremo (mais forte que qualquer outra experiência)

Fator 1: Unidade Interna Mística

- 1) Liberdade das limitações do seu eu e sentiu uma unidade ou vínculo com o que foi considerado maior que o seu eu particular.()
- 2)Experiência de ser puro ou consciência pura (pelo mundo das impressões sensoriais)()
- 3) Experiência de unicidade em relação com seu mundo interior.()
- 4) Experiência de fusão do seu eu pessoal com algo maior.()
- 5) Experiência de unicidade com a realidade definitiva.()
- 6) Sentimento que experimentar o eterno ou infinito.()

Unidade Externa

- 7) Experiência de unicidade ou união com objetos e/ou pessoas sentidas nos seus arredores.()
- 8) Experiência de introspecção onde “todos são um só”.()
- 9) Consciência de que há vida ou uma presença viva em todas as coisas.()

Qualidades Intelectuais.

- 10) ganho de conhecimento perspicaz experimentado a um nível de intuição.()
- 11) certeza de se encontrar com a realidade definitiva (o sentimento de ser capaz de “saber” e “ver” o que é realmente real durante qualquer parte da experiência).()
- 12) Você está convencido agora, que se você olhar para trás durante sua experiência, que você encontrou a realidade definitiva nela (p.e. de que você “viu” e “sabia” o que realmente era real).()

Sacralidade

- 13) Senso de ser um espírito em apogeu.()
- 14) Senso de reverencia.()
- 15) Sentimento de que você experimentou algo profundamente sagrado e santo.()

Fator 2: “Vibe” positivas

- 16) Experiência de estar maravilhado. ()
- 17) Sentimento de ternura e gentileza.()
- 18) Sentimento de paz e tranquilidade.()
- 19) Experiência de ecstasy. ()
- 20) Sensação de admiração ou grandiosidade. ()
- 21) Sentimento de Felicidade.()

Fator 3: Transcendendo o tempo e o espaço

- 22) Perda da sensação de tempo.()
- 23) Perda da sensação de espaço.()
- 24) Perda da consciência de onde você está.()
- 25) Sensação de estar “fora do tempo”, entre passado e futuro.()
- 26) Estar em um universo sem limite de espaço.()
- 27) Experiência Atemporal.()

Fator 4: Inefabilidade

- 28) Sensação de que o que você presenciou não pode ser descrito em palavras adequadamente.()
- 29) Sentimento de que você não pode ser justo com sua experiência se descrever ela em palavras.()
- 30) Sentimento de que será difícil de falar sobre sua experiência com pessoas que não tiveram uma experiência similar. ()

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFICÁCIA DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DO LUTO PATOLÓGICO

Pesquisador: CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSEN

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 06439119.8.0000.8527

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.488.874

Apresentação do Projeto:

Reapresentação.

Objetivo da Pesquisa:

Reapresentação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Reapresentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Reapresentação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Reapresentação.

Recomendações:

Reapresentação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Paraná 5661 Vila A

Bairro: JARDIM DAS LARANJEIRAS

CEP: 85.868-030

UF: PR

Município: FOZ DO IGUACU

Telefone: (45)028-3232

E-mail: cepudo@udc.edu.br



**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 PHILIPPSSEN	Aceito
Outros	riscoxbeneficio.pdf	01/06/2019 13:02:59	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOalteracoes2.docx	01/06/2019 13:00:46	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOalteracoes.docx	08/04/2019 10:41:21	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Outros	CartaRespostaComiteUDC.pdf	25/03/2019 14:23:45	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisa nao iniciada.pdf	25/03/2019 14:23:13	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Outros	Modelo de Declaracao Inicio da Pesquisa.pdf	28/02/2019 17:46:00	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Modelo de Declaracao Iniciada Pesquisa.pdf	28/01/2019 16:37:18	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoCienciaCampodeEstudook.pdf	28/01/2019 13:56:06	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	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 PHILIPPSSEN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/01/2019 12:29:23	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/01/2019 12:28:13	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.docx	08/01/2019 12:27:10	CHAIANY COLPO SPRICIGO PHILIPPSSEN	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: cepudo@udc.edu.br



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