

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

GABRIELA SANTOS RICCIARDI

TAKIWASI: O USO DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DA ADICÇÃO
EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Salvador

2013

GABRIELA SANTOS RICCIARDI

**TAKIWASI: O USO DA AYAHUASCA NO TRATAMENTO DA ADICÇÃO
EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia, da Universidade Federal da Bahia – UFBA, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais. Orientador: Professor Doutor Edward Mac Rae.

Salvador

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida.

Aos meus pais, Zeine Santos Ricciardi e Wagner Ricciardi por tantos sacrifícios e tantas renúncias em prol da minha formação.

As minhas tias, verdadeiros anjos da guarda, Iara Costa Santos, minha segunda mãe e Marilene Santos Rodrigues, pessoas que tenho grande gratidão e admiração.

Ao meu filho Ignácio Ricciardi Martins por ter me ensinado o que é o amor incondicional. E ao meu marido Marcos Roberto de Oliveira Martins pela paciência.

Ao meu orientador e amigo Doutor Edward MacRae, pelo exemplo, dedicação, apoio e estímulo nos momentos difíceis.

Ao CNPq pela bolsa concedida. Com isso pude dedicar-me quase que exclusivamente aos meus estudos durante o Mestrado e o Doutorado.

Ao Takiwasi por ter me recebido para desenvolver essa investigação científica nas suas instalações, e em especial ao Doutor Jaques Mabit e sua esposa Rosa Giove, toda equipe terapêutica, colegas pesquisadores e meus informantes, a quem devo, em parte, a construção dessa pesquisa.

Ao Centro Espírita Benéfico União do Vegetal, especialmente: M. José Gabriel da Costa (em memória), M. Jair Gabriel, M. Ivan Evangelista, M. Joel Miguez, M. Antônio Magno, M. José de Anchieta e M. Kleber. E sócios: Marival Bezerra e Cintia Reis.

Aos amigos: José Roberto, Olivaneide, Olivanda e Maria, pelo apoio nos cuidados com meu filho Ignácio durante todo esse processo de construção da Tese.

LISTA DE ABREVIATURAS

A.A. – Alcoólicos Anônimos

CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CT – Comunidade Terapêutica

CTs – Comunidades Terapêuticas

IDEAA – Instituto de Etnopsicologia Amazônica Aplicada

N.A. – Narcóticos Anônimos

PBC – Pasta Básica de Coca

RD – Redução de Danos

SPA – Substância Psicoativa

SPAs – Substâncias Psicoativas

UDV – União do Vegetal

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas tem acompanhado a humanidade ao longo da história. Em diferentes períodos e em diferentes culturas, o uso medicinal, religioso e recreativo dessas diversas substâncias foi difundido. Entretanto, na atualidade, esse consumo tem se apresentado sob uma nova configuração devido ao surgimento de uma preocupação com a drogadependência, sua amplitude e os problemas (sociais, culturais, econômicos, legais, psicológicos e de saúde pública) decorrentes. Na busca de possíveis soluções emergem formas e modelos de assistência. Vislumbramos alguns modelos no qual têm se destacado as comunidades terapêuticas.

Este é um trabalho de cunho sócio antropológico que tem como objetivo contribuir à compreensão desse fenômeno a partir do estudo de campo em uma comunidade terapêutica peruana que utiliza a ayahuasca para recuperar os dependentes: o Takiwasi. Localizada na Região da Amazônia peruana, essa comunidade terapêutica apresenta uma perspectiva de tratamento inovadora ao conciliar saberes que normalmente se pensam antagônicos: o saber científico ocidental e o saber tradicional dos curandeiros amazônicos. Unindo esses dois saberes, essa comunidade terapêutica desenvolveu técnicas voltadas para proporcionar aos pacientes uma experiência integradora. Essas técnicas incluem o uso de plantas medicinais com propriedades purgantes e psicoativas, herança dos tradicionais curandeiros peruanos, com acompanhamento concomitante de psicoterapeutas que usam técnicas da sua especialidade científica para agregar e integrar os conteúdos visionários proporcionados pelas plantas, em especial pela ayahuasca. A partir da observação participante, das entrevistas e da reconstrução das histórias de vida dos pacientes, busca-se escutar os atores sociais envolvidos no processo (pacientes e equipe terapêutica) de modo a identificar como eles concebem a dependência e como se sentem diante dessa modalidade de tratamento.

Palavras chave: Adicção. Comunidades Terapêuticas. Takiwasi. Ayahuasca.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances has followed humankind throughout history. In different periods and in different cultures, medicinal, religious and recreational use of these various substances was widespread. However, nowadays, this consumption has been presented as a new configuration due to the emergence of a concern with drug addiction, its amplitude and its arising problems (social, cultural, economic, legal, psychological and public health problems). In the search for possible solutions, forms and models of care, emerge. We envision models in which have been highlighted the therapeutic communities.

This is a work of socio anthropological intente, that aims is to contribute to the understanding of this phenomenon from the field of study in a Peruvian therapeutic community where ayahuasca is used for recovering addicts: the Takiwasi. Located in the region of the Peruvian Amazon, this therapeutic community treatment presents an innovative approach by combining knowledge that are normally thought as antagonistic: the Western scientific knowledge and the traditional knowledge of amazons healers. Joining these two knowledges, the therapeutic community has developed techniques aimed at providing patients an inclusive experience. These techniques include the use of medicinal plants with psychoactive and purgatives properties, Peruvian heritage of traditional healers, with concomitant monitoring of psychotherapists who use their scientific specialty techniques to aggregate and integrate the visionary contents provided by the plants, especially by ayahuasca. From participant observation, interviews and reconstruction of life histories of patients, we seek to listen to the individuals involved in the process (patients and staff therapy) in order to identify how they conceive the addiction and how they feel on this treatment modality.

Keywords: Addiction. Therapeutic Community. Takiwasi. Ayahuasca.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | -12 |
| CAPÍTULO 1: METODOLOGIA E CAMPO | 15 |
| 1.1 A construção do tema | 15 |
| 1.2 O contato com os pacientes | 19 |
| 1.3 O campo | 22 |
| 1.4 A metodologia adotada na pesquisa | 36 |
| 1.4.1 Entrevistas semiestruturadas | 38 |
| 1.4.2 Questionário | 39 |
| 1.4.3 Registros fotográficos | 39 |
| 1.4.4 Histórias de vida | 39 |
| CAPÍTULO 2: DROGA, ADICÇÃO E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS | 41 |
| 2.1 O que é droga, afinal? | 41 |
| 2.2 A adicção | 47 |
| 2.2.1. Adicção na visão dos pacientes do Takiwasi | 55 |
| 2.3 Os tratamentos oferecidos para adicção | 58 |
| 2.3.1 A Redução de Danos | 59 |
| 2.3.2 A reforma psiquiátrica e os atendimentos ambulatoriais | 60 |
| 2.3.3 A internação hospitalar | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.4 Clínicas especializadas ----- | 63 |
| 2.3.5 As comunidades de ajuda mútua grupal----- | 63 |
| 2.3.6 As Comunidades Terapêuticas----- | 68 |
| 2.3.7 Os grupos religiosos e as comunidades terapêuticas----- | 69 |
| | |
| CAPÍTULO 3: TAKIWASI: UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA----- | 74 |
| 3.1 A estrutura do centro----- | 76 |
| 3.2 A rotina dos pacientes----- | 77 |
| 3.3 As oficinas----- | 80 |
| 3.3.1 Oficina de espiritualidade----- | 80 |
| 3.3.2 Oficina de máscaras----- | 82 |
| 3.3.3 Oficina de contos----- | 84 |
| 3.3.4 Oficina de biodança----- | 84 |
| 3.3.5 Oficina de judô----- | 85 |
| 3.3.6 Oficina de artesanato----- | 85 |
| 3.3.7 Oficina esportiva----- | 86 |
| 3.4 As reuniões----- | 86 |
| 3.4.1 As reuniões matutinas----- | 87 |
| 3.4.2 As reuniões de convivência----- | 87 |
| 3.4.3 As reuniões pré-ayahuasca----- | 93 |
| 3.4.4 As reuniões pós-ayahuasca----- | 93 |
| 3.5 O Takiwasi sob a luz da legislação para as Comunidades Terapêuticas no Brasil e no Peru----- | 94 |

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 4: OS RITUAIS E O TAKIWASI | 103 |
| 4.1 Os rituais no Takiwasi | 107 |
| 4.1.1 Ritual de iniciação | 108 |
| 4.1.2 Missa | 113 |
| 4.1.3 Purgas | 117 |
| 4.1.4 Dietas | 119 |
| 4.1.5 Sessão com ayahuasca | 121 |
| | |
| CAPÍTULO 5: A AYAHUASCA | 127 |
| 5.1 Histórico | 127 |
| 5.2 Usos e usuários | 131 |
| 5.2.1 O uso terapêutico curandeiril | 131 |
| 5.2.2 O uso ritual em práticas religiosas | 133 |
| 5.2.3 O uso em programas de investigação científica | 137 |
| 5.2.4 Outras formas de consumo | 137 |
| 5.3 Farmacologia | 138 |
| 5.4 Os efeitos da ayahuasca | 142 |
| 5.4.1 Os efeitos visionários | 144 |
| 5.4.2 Os efeitos purgativos e terapêuticos | 148 |
| 5.5 Ayahuasca e aspectos legais no Brasil e no Peru | 152 |
| 5.6 O ritual e o terapêutico: categorias híbridas | 158 |
| 5.7 Ayahuasca e mídia | 160 |

CAPÍTULO 6: CURANDEIROS, TERAPIAS E TERAPEUTAS-----163

| | |
|---|-----|
| 6.1 A cosmovisão do Takiwasi: Curandeiros, xamãs e bruxos----- | 163 |
| 6.2 Médicos, curandeiros e terapeutas----- | 172 |
| 6.2.1 Jaques Mabit----- | 173 |
| 6.2.2 Rosa Giove----- | 181 |
| 6.2.3 Jaime Torres----- | 184 |
| 6.2.4 Diego----- | 188 |
| 6.3 Takiwasi e o “movimento” Nova Era----- | 192 |
| 6.3.1 A magia----- | 193 |
| 6.3.2 A cura----- | 193 |
| 6.4 Outros serviços oferecidos pelo Takiwasi----- | 196 |
| 6.4.1 Seminário de evolução pessoal----- | 196 |
| 6.4.2 Seminário de capacitação no modelo Takiwasi----- | 197 |
| 6.4.3 Dieta Takiwasi: “Uma instância para auto-observação”----- | 198 |

**CAPÍTULO 7: OS PACIENTES E SUAS TRAJETÓRIAS DE VIDA COMO
USUÁRIOS EM BUSCA DE TRATAMENTO-----204**

| | |
|--|-----|
| 7.1 Marcos----- | 204 |
| 7.2 Paulo----- | 208 |
| 7.3 Pedro----- | 210 |
| 7.4 Saíd----- | 212 |
| 7.5 Joaquim----- | 215 |
| 7.6 A experiência dos pacientes com a ayahuasca----- | 219 |

7.7 A transformação é o querer se transformar-----222

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS-----224

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----231

INTRODUÇÃO

O Takiwasi é um centro de tratamento para pacientes adictos que pretende unir o saber dos curandeiros tradicionais da Amazônia peruana com técnicas da psicologia científica moderna. Funciona em Tarapoto, na Região de Sam Martín e tem a exuberante floresta amazônica como cenário. O trabalho que realiza com pacientes adictos tem como objetivo mudar a estrutura de pensamento do dependente de modo que ele possa se sentir no comando da sua própria vida, assumindo as responsabilidades dos seus atos e das suas escolhas. O centro visa facilitar o processo de autoconhecimento para que o dependente possa fixar seus próprios limites e reestabeleça sua saúde física, mental, emocional e espiritual. Contempla o indivíduo como um todo e concebe a saúde como a integração do ser total: corpo, mente e espírito. Para reestabelecer essa saúde total, o corpo físico precisaria ser “limpado”, a fim de acessar conteúdos internos que facilitariam o processo curativo, daí a ênfase nos recursos purgativos proporcionados pela ingestão de plantas. Aspectos sócio-comunitários também são contemplados no tratamento. A convivência entre os integrantes do grupo é monitorada pela equipe terapêutica, e os possíveis conflitos são mediados pela mesma. A proposta é ensinar aos indivíduos formas de lidar com problemas e conflitos que emergem nos contatos sociais interpessoais.

A medicina tradicional praticada pelos curandeiros amazônicos, que é a base do tratamento oferecido pelo Takiwasi, tem como objetivo curar as pessoas utilizando-se de plantas as quais se atribuem inúmeras propriedades. A ayahuasca, entretanto, se apresenta como uma planta central de ampla utilização na região. Esta bebida é conhecida por seus efeitos visionários e purgativos. É empregada como alterador de consciência com finalidade curativa. Essa cura envolve não só problemas físicos, mas outras formas de aflição que acometem os indivíduos, passando, como já dito, pelo mental-emocional e espiritual.

A comunidade científica tem se debruçado a estudar a ayahuasca e o seu consumo em diversos contextos e por diferentes grupos: religiosos, ritualísticos e terapêuticos a fim de compreender esse complexo fenômeno. Este trabalho pretende colaborar com as pesquisas existentes e tenta demonstrar como a ayahuasca é utilizada em uma comunidade terapêutica peruana e que influência que ela pode

exercer no tratamento dos pacientes adictos em conjunto com as demais práticas oferecidas pelo centro.

O primeiro capítulo conta um pouco a minha trajetória como pesquisadora e os percalços enfrentados no processo de construção da Tese. Um dos primeiros embates que enfrentei foi à escolha do campo e as dificuldades para estabelecer os critérios de escolha e seleção do mesmo. Neste capítulo esses desafios são detalhados, assim como os processos e percursos metodológicos utilizados nesta pesquisa.

Continuo, no segundo capítulo, fazendo uma reflexão sobre o conceito de drogas e seus desdobramentos. Se desejarmos estudar um centro de recuperação para pacientes adictos, faz-se necessário entender o que é a adicção. Qual a visão dos pacientes sobre o tema? De que maneira eles concebem a própria adicção? Creio ser igualmente importante levantar quais os diversos tipos de tratamento que dispomos atualmente para acolher as pessoas que sofrem com o uso compulsivo de substâncias psicoativas, onde dar-se enfoque especial às comunidades terapêuticas e sua abordagem de atenção aos dependentes de drogas. O capítulo discute também o que seria, afinal, esse uso compulsivo de substâncias psicoativas.

O terceiro capítulo destina-se a descrever o Takiwasi, instituição que se enquadra e funciona nos moldes de uma comunidade terapêutica. Quais as práticas que são desenvolvidas para auxiliar os pacientes no processo de superação? As oficinas, o convívio comunitário e as reuniões são exemplos que serão minuciosamente retratados com o objetivo entender melhor a estrutura de funcionamento e os trabalhos desenvolvidos no centro.

O capítulo quatro consta de uma breve revisão bibliográfica sobre rituais para melhor contextualizar os rituais existentes no Takiwasi, sua simbologia e a sua possível eficácia terapêutica. Dentre os rituais existentes destacam-se: missas, purgas, dietas e as sessões com a ayahuasca. Veremos como o catolicismo está presente na cosmologia do grupo estudado e como é possível a convivência relativamente harmônica entre ayahuasca, catolicismo e curandeirismo.

Julguei necessário destinar um capítulo para tratar da ayahuasca, tendo em vista o lugar de destaque que ela ocupa no curandeirismo amazônico e

consequentemente no Takiwasi. Aponto seus usos e usuários, sua farmacologia e os efeitos purgativos e visionários tão reverenciados pelos curandeiros. Neste capítulo também são contemplados outros aspectos, como, por exemplo, as questões legais envolvendo seu uso no Brasil e no Peru, e a forma sensacionalista e tendenciosa com que como a mídia vem abordando o tema.

O sexto capítulo visa captar o universo cosmológico que se faz presente no centro e a visão de mundo dos atores sociais que lideram e desempenham importantes tarefas no local. Essas tarefas podem ser de cunho terapêutico ou ritualístico. Essas categorias se revelam híbridas no campo de modo que se torna difícil estabelecer rígidas fronteiras entre elas. O doutor Jaques Mabit (médico e curandeiro do centro) me concedeu uma entrevista contando como ocorreu a idéia da fundação do Takiwasi. Fato que, aliás, está intrinsecamente relacionado ao poder visionário atribuído a ayahuasca. Neste capítulo estabeleço conexões entre as práticas desenvolvidas pelo centro, com o “movimento Nova Era”, amplamente criticado pelo seu fundador, (o Dr. Jaques Mabit). Por fim, abordo também outros serviços oferecidos pelo centro para um público mais abrangente, e as especificidades e adaptações para atender a esse outro grupo de interessados em conhecer a medicina tradicional e a ayahuasca.

O sétimo e último capítulo conta a história de vida de alguns pacientes do centro na busca de superação. Esses pacientes irão relatar como se deu as suas respectivas trajetórias como usuário de drogas; como estão se sentindo com o tratamento e o que pensam ser o principal recurso, dos tantos oferecidos pelo Takiwasi, para almejar os objetivos que pleiteiam no centro. Seria a ayahuasca a responsável pela transformação dos usuários? Em que medida a possibilidade de se livrar da dependência numa perspectiva da utilização de estados alterados de consciência se torna um atrativo para esse público?

Por fim, as considerações finais, onde busco reunir de forma mais consistente os resultados dessa pesquisa que, em última instância, tem como objetivo analisar as práticas terapêuticas e rituais desenvolvidas no Takiwasi e o impacto de tais práticas na minimização das aflições sofridas por indivíduos adictos.

CAPÍTULO 1: METODOLOGIA E CAMPO.

Este capítulo é destinado a apresentar a metodologia adotada nesta pesquisa e fornecer algumas informações a respeito da construção do tema, da escolha do campo e dos percalços enfrentados durante o processo de elaboração da Tese. Constam também neste capítulo, registros fotográficos do campo para melhor contextualizar as descrições da sua estrutura material.

1.1 A construção do tema:

Conheci a ayahuasca em dezembro de 2002 através de uma entidade ritualística religiosa: o Centro Espírita Beneficente União do Vegetal, ou simplesmente UDV, como também é denominada. Pouco tempo depois me matriculei como aluna especial no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais na UFBA, com a perspectiva de fazer um Mestrado nesta área. O tema do projeto, entretanto, ainda era duvidoso para mim. Pretendia estudar estados alterados de consciência numa perspectiva antropológica. Esta era a única certeza, mas uma certeza relativamente ampla. Precisava de mais ideias, de mais leitura para encontrar um eixo mais definido e delimitado.

Buscava as ideias, mas elas não apareciam. A literatura sobre o tema, ao contrário, se tornava cada vez mais extensa para mim. A cada semana surgia um projeto novo e diferente, mas nenhum deles era estimulante o suficiente para me motivar em direção ao desenvolvimento e a concretização. Um dia, participando de um desses rituais religiosos da UDV, (denominado sessão) observei que um dos participantes pediu a palavra e deu um depoimento. Contou um pouco da sua história de vida ressaltando o quanto tinha melhorado após frequentar regularmente as sessões da UDV. Falou também da experiência com o chá consumido nos rituais enaltecendo suas propriedades visionárias, às quais atribui sua transformação de vida.

Essa não era a primeira vez que eu escutava este tipo de relato. E me perguntava sempre: O que faz com que essas pessoas se sintam transformadas? Será que o chá possui propriedades terapêuticas que facilitam na busca de um bem

estar? O fato de estarem participando de um grupo mais ou menos coeso tem alguma implicação nesse sentimento de transformação?

Pouco a pouco ouvia mais e mais relatos: dependente de drogas, pessoas que sofriam de depressão, pessoas que tinham relações familiares conflituosas me contavam informalmente o quanto o consumo do chá nos rituais da UDV tinham modificado positivamente suas vidas. Continuava escutando, vez por outra tais depoimentos nas sessões. O tema do projeto estava se tornando mais claro. Finalmente, com o título “O uso da ayahuasca e a experiência de transformação, alívio e cura na União do Vegetal (UDV)” fui aprovada no Mestrado e defendi minha dissertação em Março de 2008.

Quando a dissertação já estava em um estado avançado de desenvolvimento, surge a ideia de um tema para ser desenvolvido no Doutorado. A ideia desta vez veio muito mais rápida. Pretendia analisar o uso da ayahuasca no tratamento da dependência de drogas.

Constatei que havia, na época, dois locais funcionando nos moldes de uma Comunidade Terapêutica que se destinavam a recuperar pacientes adictos, e que utilizavam a ayahuasca com tal propósito: O Takiwasi no Peru, e o IDEAA na Amazônia brasileira. Minha intenção inicial era desenvolver essa pesquisa no IDEAA. Isso me pouparia recursos materiais e tempo. Caso desejasse ir para o Peru, teria que fazer um curso de espanhol. Isso geraria um custo extra além da passagem que, por ser internacional, tornava-se consideravelmente mais cara.

O contato com o proprietário do IDEAA foi um pouco difícil. Após inúmeras tentativas consegui expressar para ele o meu interesse em estudar a instituição. Nenhuma objeção foi criada. Segui com o projeto de Doutorado estruturado para desenvolver a pesquisa de campo lá. Com esse projeto fui surpreendida ao ser aprovada em primeiro lugar.

Após o deslumbramento da felicidade dessa conquista, a dura realidade se apresentava: ainda não tinha concluído meu Mestrado. Só poderia me matricular no Doutorado com a data da defesa da Dissertação marcada. Com muito trabalho em Março de 2008, finalizava uma etapa (Mestrado) e iniciava outra etapa (Doutorado) sem interrupção.

O tempo passava e informações chegavam de que o IDEAA já não estava funcionando como antes. O dono, que reside na Espanha, estava envolvido em outros projetos e enfrentava dificuldades para administrar a instituição em um local tão distante de onde ele vivia. O número de pacientes era cada vez menor, havia épocas em que ficavam meses sem pacientes. O que faria agora? Onde mais poderia realizar esse trabalho de campo? Lembrei. O Takiwasi.

Em Junho de 2009, tive a oportunidade de participar como expositora de um trabalho acadêmico do “*Congreso Internacional ‘Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental’*.” Esta foi a minha primeira visita ao Peru e o meu primeiro contato com o centro. Pude, na ocasião, visitar as instalações e saber um pouco mais dos princípios que norteiam a terapêutica utilizada para tratar os pacientes. Tive interesse em conhecer os pacientes e conhecer a experiência deles com o tratamento. Na ocasião não foi possível, mas pude perceber que a instituição costumava receber pesquisadores de diversas partes do mundo interessados em estudar o seu modelo terapêutico. Fiz contato com o responsável e conversamos, ainda durante o congresso, sobre a possibilidade de desenvolver o trabalho de campo lá. Parecia estar indo tudo bem. Pretendia regressar cerca de um ano e meio depois. Ainda nesse período, conheci a ayahuasca em um contexto curanderil através de um curandeiro que ministra trabalhos com a ayahuasca no Takiwasi.

Ao voltar para o Brasil, cheia de ideias e experiências, refiz o projeto adequando-o ao novo campo a ser estudado. Continuei meus estudos. Em janeiro de 2010 tive uma surpreendente notícia. Estava grávida. O nascimento do bebê estava previsto para o início de setembro. A felicidade de ser mãe veio acompanhada de uma enorme preocupação. Como conseguiria conciliar o Doutorado com os cuidados com uma criança? Como faria o meu trabalho de campo estando grávida? Nunca pensei em desistir. Faria as duas coisas. Um grande desafio. O maior que já enfrentei até então.

Imediatamente entrei em contato com os responsáveis pelo Takiwasi para que pudesse antecipar a minha viagem. A essas alturas já estava tomando aulas particulares de espanhol. Eram três vezes por semana, duas horas por dia. Durante a apresentação do meu trabalho no congresso em Tarapoto, me senti envergonhada por precisar de um tradutor para apresentar o meu trabalho. Pouco consegui

entender das outras apresentações e não conseguia me comunicar direito com as pessoas. Ao regressar me conscientizei que seria impossível desenvolver uma pesquisa em um lugar em que eu não falava o idioma. Graças ao curso intensivo de espanhol eu pude me comunicar bem durante toda a pesquisa de campo. A prática do idioma também me auxiliou nas traduções das entrevistas, e na tradução (para a língua portuguesa) de alguns trechos de livros e artigos escritos em espanhol que se encontram nesta Tese.

Após inúmeros contatos com os dirigentes do centro, agendei minha viagem para abril de 2010. Fica aqui registrada a minha gratidão a toda equipe do Takiwasi por ter facilitado a antecipação da minha visita. Com quatro meses de gestação os enjoos já haviam melhorado. A barriga ainda estava pequena. Ou é agora, ou ficará cada vez mais difícil depois.

Organizei a viagem. Constatei que a forma mais econômica e barata de me deslocar até Tarapoto era pegando um avião para Guarulhos (São Paulo), outro para Lima, no Peru e de lá entraria em um voo para o meu destino final: Tarapoto. Saí de casa às três horas de uma terça-feira e cheguei ao meu destino às vinte e três horas e quarenta minutos da quarta-feira. Fiquei hospedada em uma espécie de pensão de uma simpática nativa. As aulas de espanhol surtiram efeito. Conseguia me expressar bem e compreender bem o idioma. Mais uma etapa vencida.

Tarapoto é uma cidade pequena rodeada pela Floresta Amazônica. A pensão onde fiquei hospedada era relativamente próxima ao Takiwasi. Muitas vezes eu ia e voltava andando do centro. Na hora do almoço, regressava para cidade e às duas horas voltava e lá permanecia até mais ou menos dezenove ou vinte horas. Quando tinham reuniões à noite, ficava até o momento da conclusão. Como já estava tarde, pegava um mototaxi¹ e voltava à pensão.

Nas horas vagas, andava pela cidade em busca de informações complementares. Gostava do mercado central e do centro comercial. As pessoas da

¹ O mototaxi é o meio de transporte mais utilizado pelos habitantes de Tarapoto. É uma moto com uma espécie de carrocinha coberta na parte de trás com capacidade para duas ou três pessoas, (a depender da estrutura física de cada uma).

cidade se mostraram muito simpáticas e solícitas para comigo. Fui até convidada para batizar a filha do motorista do mototaxi, a pedido do mesmo.

1.2 O contato com os pacientes:

O contato com os pacientes foi estabelecido dois dias após a minha chegada. Fui apresentada como pesquisadora em uma reunião pela manhã, por um dos psicólogos mais atuantes do centro: Diego. Expliquei aos pacientes os meus objetivos: gostaria de observar as práticas, participar se possível, conviver com eles e entrevistá-los também. E foi exatamente o que fiz nos dias que se seguiram, com exceção dos domingos. Participava de quase todas as reuniões, oficinas e assisti a alguns rituais. Acompanhava a rotina dos pacientes, dia após dia. Estabelecemos laços de confiança e amizade paulatinamente. De modo estratégico, deixei as entrevistas para a última semana antes de partir. Acreditava que assim, estaria mais familiarizada com os pacientes e com as práticas, para que as entrevistas pudessem ser mais frutíferas.

Alguns critérios foram adotados para seleção dos pacientes que seriam entrevistados. A idéia foi: buscar informantes que estivessem participando de diferentes etapas do tratamento. Deste modo, buscava compreender a visão dos recém chegados; dos que estavam no estágio intermediário; dos que estavam prestes a sair, ou seja, passando pelo processo de reinserção; e também dos reincidentes. (Alguém que já tivesse feito o tratamento completo e que regressou ao Takiwasi para um reforço ou um novo tratamento por causa das recaídas). Outro critério adotado foi a relação que seria desenvolvida com os informantes. A criação de vínculos facilitaria a confiança, o diálogo, e conseqüentemente tornaria as entrevistas mais fluidas e frutíferas. Seguindo esses critérios, participaram das entrevistas: Marcos, Paulo, Pedro, Said e Joaquim. Todos esses nomes são fictícios e foram escolhidos pelos próprios pacientes. É certo que os entrevistados contribuíram de forma mais direta com a pesquisa. Mas devo ressaltar que todos os pacientes que estiveram presente no Takiwasi durante o trabalho de campo se mostraram solícitos e colaboraram de forma indireta para a realização deste trabalho. Aproveito para registrar a minha gratidão por todos. Informações sobre o

perfil de cada um dos entrevistados, assim como trechos das entrevistas serão mais detalhados no capítulo sete.

Gostava de acompanhar os trabalhos que os pacientes realizavam pela manhã. Faziam pão, cuidavam do terreno, limpavam as instalações em que estavam alojados, faziam a comida. À tarde acompanhava as oficinas e os esportes, e à noite as reuniões. Conversava muito com eles sobre diversos temas. Futebol, música, relacionamentos, religião, esporte, etc.. Muitos rituais aconteciam durante o dia, com exceção das sessões com a ayahuasca, que ocorriam no período da noite.

Confesso aqui a minha frustração: não pude participar da sessão com a ayahuasca com os pacientes. O Takiwasi não permite que mulheres grávidas participem das sessões com a ayahuasca no centro. Apesar da minha constante insistência, não obtive êxito neste sentido. Acompanhava os pacientes até poucos minutos antes de iniciar a sessão. Muitos declararam que gostaria que eu participasse, mas poucos instantes antes do início dos trabalhos, eu voltava para a pensão. Era complicado entender isso. Costumava no Brasil, participar das sessões com a ayahuasca na UDV no mínimo quinzenalmente, mesmo estando grávida. Aleguei isso ao conversar com a equipe responsável: não era a primeira vez que iria participar de um ritual com a ayahuasca estando grávida. Ainda assim a minha participação foi vetada.

Meyer y Meyer (2013) em artigo “*Los niños de La reina ayahuasca y embarazo: um informe preliminar*” afirmam que:

É de domínio público que as drogas ilícitas, o álcool e o cigarro têm efeitos prejudiciais para o feto. É característico das igrejas brasileiras que utilizam a ayahuasca rechaçarem a comparação da ayahuasca com essas substâncias, apesar da presença de princípios ativos na mistura como a DMT, que estão firmemente controlados por tratados internacionais devido aos seus pressupostos efeitos nocivos. Já a ayahuasca quando utilizada dentro de um contexto religioso durante a gravidez, é vista como um sacramento sobrenatural, mágico e benéfico para o feto e a mãe ². (Meyer y Meyer, 2013, p.195).

² Tradução: Gabriela Ricciardi.

Em 1985, a comissão interdisciplinar para investigar a ayahuasca, a fim de determinar a sua legalidade no Brasil, afirmou que a ayahuasca não poderia ser considerada uma droga quando consumida em rituais ritualísticos e religiosos. Entretanto, demonstrou sua preocupação ao recomendar que fosse estabelecida uma idade mínima para o consumo da bebida, recomendando também que a mesma não deveria ser consumida por mulheres grávidas. Tal recomendação foi revista e revogada em 2004 quando o CONFEN (Conselho Federal de Entorpecente) publicou uma emenda salientando que a participação de menores e mulheres grávidas nos rituais religiosos com a ayahuasca ficava a cargo de uma decisão familiar e não estatal.

Nos últimos anos o Takiwasi tem estado em evidência em um cenário internacional devido ao trabalho que vem desenvolvendo alicerçado no saber tradicional dos curandeiros peruanos em concomitância com as técnicas modernas da medicina e psicologia científica. Por isso, seus dirigentes temem que a imagem do centro possa ser atrelada a qualquer aspecto negativo envolvendo possíveis problemas com o consumo da ayahuasca. Conforme me foi justificado, a equipe terapêutica do Takiwasi também acredita que a ayahuasca não faz mal algum ao feto e a mãe ao ser consumida por mulheres grávidas. Mas se ocorresse um problema com o feto? Pessoas desinformadas poderiam responsabilizar legalmente o Takiwasi, acarretando possíveis polêmicas envolvendo o centro.

A idéia de regressar ao Peru após o nascimento do bebê para fazer uma dieta e participar do ritual com a ayahuasca me acompanhou durante algum tempo. Em virtude de poucos recursos financeiros, associado ao estreito prazo para apresentar os resultados da Tese, dentre outras razões, adiei os meus planos, embora não os tenha abandonado completamente. Pretendo retomá-los futuramente quando as condições se mostrarem mais favoráveis. Mesmo não tendo cumprido todas as minhas intenções iniciais, creio que o material que coletei em campo até então, tenha sido suficiente para fazer uma explanação sobre o tema e responder algumas das questões às quais me propus.

1.3 O campo:

O Takiwasi está localizado em Tarapoto, na Região de Sam Martim, na Amazônia Peruana estando circundado por um rio e exuberante vegetação. Nota-se que é um lugar bem zelado. Esses cuidados são executados pelos pacientes e pelos funcionários do centro.

O Takiwasi possui uma boa estrutura material que conta com:

- uma casa pequena, localizada logo na entrada que contém escritório e uma lojinha onde são vendidos, dentre outras coisas, artigos do próprio centro como camisetas, livros publicados por intermédio do centro, CDs e DVDs, e algumas manufaturas artesanais elaboradas pelos próprios pacientes.

- uma casa grande e central onde ficam: as salas de psicoterapia, um pequeno auditório, escritório dos dirigentes, cozinha, sanitários, uma saleta em que ficam alguns pesquisadores (na época eu e mais três) e uma boa biblioteca com um acervo significativo de livros em diversos idiomas, devidamente organizado por temas.

- A casa onde ficam os pacientes: É como um grande salão onde ficam dispostas as camas. Há banheiro e cozinha e uma grande varanda com uma mesa que é utilizada para fazer as refeições e também para as oficinas de artesanato.

- Duas malocas: As malocas são estruturas de madeira coberta de palha, como uma grande oca. Neste local são realizadas algumas oficinas como as de espiritualidade, judô, biodança e yoga, além dos trabalhos de purga e dos trabalhos com Ayahuasca.

- Casa de isolamento: É uma pequena casa na qual os recém-chegados se alojam, já que na primeira semana eles ficam separados dos demais.

- Uma pequena padaria: Simples estrutura de forno a lenha onde os pacientes fazem seu próprio pão, (um dos melhores que já comi).

- Uma quadra de futebol para a realização das tarefas esportivas.

- Laboratório onde são fabricados medicamentos naturais que são feitos com os vegetais plantados no próprio terreno.

- Sítio das dietas: é um local um pouco afastado do Takiwasi. Para chegar até lá gastamos 15 minutos de moto e mais quarenta caminhando. Fazem parte das instalações do sítio: uma maloca para sessões com ayahuasca, uma casinha onde fica uma pessoa responsável para tomar conta do local (uma espécie de zelador), e outra estrutura onde se preparam as refeições. Além disso, existem pequenas cabanas de madeira e palha, denominada “tambo”, afastadas umas das outras, com uma pequena estrutura de madeira que serve de cama, coberta com um mosquiteiro. Toda a estrutura de construção do sítio é muito simples, lembrando as ocas, cabanas e outras instalações indígenas.

- Uma pequena capela católica, onde são realizadas as missas.

O Takiwasi só aceita pacientes do sexo masculino, e que estejam com boa saúde, (por isso eles realizam exames médicos antes da admissão e também durante o período em que já estão internos, caso seja necessário). Os dirigentes do centro afirmam que fazem esta exigência por não possuir estrutura para cuidar de pessoas com enfermidades mais complexas. A maioria dos pacientes paga cerca de mil dólares mensais pelo tratamento. O Takiwasi recebe também (em menor proporção) alguns pacientes que não possuem recursos financeiros para pagar pela internação. Estes são normalmente moradores locais contemplados com uma “beca”, ou seja, uma espécie de bolsa em que se tornam isentos do pagamento mensal. Algumas informações mais detalhadas sobre o campo aparecerão no decorrer do texto, mais especificamente no capítulo três e quatro.

Certa vez, perguntei a uma integrante da equipe terapêutica: - Por que o Takiwasi não aceita mulheres? Segundo a mesma o Takiwasi até tentou fazer uma experiência, mas esta se mostrou desastrosa. A abstinência sexual é um dos pilares do tratamento. Baseado no curandeirismo peruano, algumas plantas, ao serem ingeridas, implicam em abstinência em relação a alguns tipos de alimentos e abstinência sexual. Unir homens e mulheres em um mesmo ambiente poderia afetar a eficácia das plantas e, conseqüentemente, a eficácia do tratamento em virtude de possíveis relações sexuais. Além disso, seu fundador o Dr. Jaques Mabit afirma que não tem intenção de ampliar o centro. Caso admittissem mulheres teriam que criar outra estrutura, de modo que homens e mulheres ficassem em áreas distintas.

Fotos do campo:



Takiwasi. Acesso principal. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Estrutura que abriga a lojinha, um escritório e salas onde trabalham alguns funcionários. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Casa grande central. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Biblioteca. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Casa dos pacientes. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Casa dos pacientes vista de outro ângulo. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Área de refeição dos pacientes na varanda da casa. Aqui também são desenvolvidas oficinas de artesanato, máscaras e contos. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Interior da casa onde dormem os pacientes. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Maloca onde são realizadas algumas oficinas, reuniões e purgas. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Interior da maloca onde ocorrem as sessões. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. A mesma maloca arrumada. Instantes antes de iniciar a sessão. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Casa do isolamento. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Padaria. Foto: Gabriela Ricciardi.



Pão artesanal feito pelos pacientes no Takiwasi. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Campo de futebol. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Emblema da entrada do laboratório. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Laboratório. Foto: Gabriela Ricciardi.



Medicamentos naturais fabricados no laboratório. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Plantio da folha de coca para uso medicinal. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Visão panorâmica da área do plantio de ervas medicinal. Foto: Gabriela Ricciardi.



Mariri, (*Banisteriopsis Caapi*), uma das plantas que compõe a ayahuasca, plantadas no Takiwasi. Foto: Gabriela Ricciardi.



Chácara (extensão do Takiwasi). Maloca da chácara onde são realizadas as sessões com os pacientes que estão “dietando”. Foto: Gabriela Ricciardi.



Takiwasi. Capela vista de fora. Foto: Gabriela Ricciardi



Chácara (extensão do Takiwasi). Tambo: local onde ficam os pacientes durante os dias em que estão “na dieta”. Apesar da pouca visibilidade, observe a estrutura de madeira no lado direito da foto. Em cima dessa estrutura é colocado um colchonete e um mosquiteiro quando estão sendo ocupadas pelos pacientes. Foto: Gabriela Ricciardi.

1.4 A Metodologia adotada na pesquisa:

A metodologia central adotada nesta pesquisa é amplamente conhecida nas Ciências Sociais: O trabalho de campo com ênfase na técnica observação participante. Como o próprio nome sugere, observação participante significa observar e participar das atividades pertinentes à comunidade estudada. Mas essa não é uma mera observação. É uma observação científica em que se busca ver o mundo com os olhos nativos, sem, contudo, perder o olhar científico antropológico. Para um bom olhar antropológico é necessário, entretanto, que o sentimento etnocêntrico esteja o mais ausente possível. Não somos melhores nem piores. Nossa cultura não é certa nem errada, nem tampouco a cultura do outro. Apenas fazemos parte de culturas diferentes. E é belo ser diferente quando há um sentimento de respeito mútuo. Respeitar não significa concordar com tudo. A ciência

exige um senso crítico, mas esse senso crítico não deve estar pautado no etnocentrismo. Nos manuais de metodologia científica, aprendemos que existem diversos tipos de conhecimento: teológico, filosófico, empírico e científico. Se levarmos em consideração a história da humanidade, o conhecimento científico é o tipo mais recente quando comparado aos demais.

Nem todas as sociedades valorizam o conhecimento científico da forma como os ocidentais o fazem. Os ocidentais, em muitos casos, desvalorizam os demais tipos de conhecimento como se o conhecimento científico fosse o único capaz de garantir legitimidade por ser passível de comprovação.

Em Takiwasi, constata-se a presença de uma perspectiva de união entre o saber tradicional dos curandeiros amazônicos com as modernas técnicas da psicologia e medicina científica. Assisti neste campo a união de saberes que se pensava antagônico: o tradicional e o científico, de modo que penso como será mais proveitoso quando todos os tipos de conhecimento tiverem seu espaço respeitado uns pelos outros na compreensão de diversos fenômenos que envolvem o ser humano, já que este é um ser de cultura e a mesma influencia muitos aspectos da vida social.

O trabalho de campo consiste em observar, perguntar e questionar, escutar, realizar (fazer) e anotar. As anotações desse trabalho devem embasar a elaboração da etnografia. A etnografia “está do começo ao fim, imersa na escrita. Essa escrita inclui, no mínimo, uma tradução da experiência para a forma textual”. (Clifford: 2002:21). A experiência etnográfica permite um envolvimento intersubjetivo que goza de legitimidade nas Ciências Sociais e na antropologia por produzir interpretações culturais e sociais através da experiência de pesquisa.

De acordo com Romani (1999), a OMS coloca a etnografia como importante e eficiente metodologia no estudo do uso de substâncias psicoativas, pois, as pesquisas pautadas em tal metodologia, têm contribuído significativamente tanto no aspecto qualitativo, quanto no quantitativo para um aprofundamento no estudo do tema.

1.4.1 As entrevistas semiestruturadas:

Paralelo à observação participante, realizei entrevistas com alguns pacientes e integrantes da equipe terapêutica durante o mês de abril de 2010. Os nomes dos integrantes da equipe terapêutica foram preservados: Jaques, Rosa, Jaime, Diego, Padre Cristian. Quanto aos pacientes, decidi junto com cada um deles, preservar seus nomes, substituindo-os por nomes fictícios escolhidos por eles próprios: Paulo, Joaquim, Marcos, Said e Pedro. Observa-se que dos cinco pacientes selecionados quatro escolheram nomes bíblicos amplamente conhecidos por cristãos. (Será que existe uma relação entre a escolha desses nomes com a cosmologia cristã que permeia o Takiwasi?).

Para entrevistá-los, elaborei questões norteadoras, mas não me ative somente a elas. Na medida em que conversávamos iam surgindo outros questionamentos. Pude sentir que os entrevistados estavam bem à vontade, pois busquei estabelecer com eles uma relação de confiança que foi sendo construída paulatinamente. No momento da entrevista já conhecia boa parte da história de vida deles que, de maneira informal, eles me contavam nas nossas conversas durante o convívio no campo.

Dos oito pacientes entrevistados, cinco foram selecionados. O critério mais importante para a seleção foi o tempo em que estavam internos. Pretendia captar informações de pacientes nas diversas etapas do tratamento: recém-chegados, em meados do tratamento e no período de reinserção. Busquei contemplar também pacientes que estavam fazendo reforço, ou seja, uma segunda (ou terceira) internação a fim compreender melhor como o centro lida com as possíveis recaídas dos pacientes. O mais jovem deles tinha vinte e seis anos e o mais velho tinha trinta e oito anos. Desses cinco pacientes selecionados apenas dois nasceram no Peru. Um na França, um na Malásia e um na Bolívia. Apenas um era casado e dois tinham filhos. Três estavam na instituição pela segunda vez, e os dois restantes pela primeira. Todos os pacientes afirmaram pagar pelo tratamento.

1.4.2 Questionários:

Desenvolvi questionários contendo dados sócio-biográficos dos pacientes entrevistados para uma melhor contextualização das suas histórias de vida. Nesses questionários coletei informações como: Nome, nome que gostariam se der chamados na pesquisa, idade, local de nascimento, local onde vivia antes de chegarem ao Takiwasi, nível de escolaridade, ocupação, quantidade de internações na instituição e as respectivas datas de chegada e saída, estado-civil e número de filhos. Captar esses dados foi importante para melhor contextualizaras o conteúdo das entrevistas.

1.4.3 Registros fotográficos:

As fotografias ilustram o texto auxiliando na visualização do que está sendo dito na pesquisa. Muitas vezes uma imagem fala mais do que muitas palavras. Por isso considerei importante fotografar algumas instalações, rituais e oficinas. Entretanto, buscando evitar problemas no tocante ao direito de imagem e visando respeitar a privacidade dos pacientes, evitei fotografa-los.

1.4.4 Histórias de vida:

Uma história de vida valoriza a “história da própria pessoa”, enfatizando as interpretações que os indivíduos fazem das suas próprias experiências, como explicação para o comportamento. [...].

Atentando para experiências individuais, histórias de vida podem ajudar na avaliação de teorias e hipóteses, indicar novos caminhos de investigação, assim como acessar dados que normalmente escapariam a metodologias mais generalizantes (Mac Rae, 2002, p. 40 e 41).

Nas Ciências Sociais, a elaboração de histórias de vida é geralmente realizada em conjunto com outras técnicas de investigação. Ela visa ajudar a avaliar o impacto de determinados fenômenos e estruturas sociais através da reconstrução das experiências dos indivíduos. Neste trabalho há histórias de vida de integrantes da equipe terapêutica e de alguns pacientes. Esses relatos são fundamentais por

elucidar a maneira como os atores sociais concebem as suas experiências, sua realidade e os seus sentimentos. A partir desses relatos surgem indícios sobre: os caminhos percorridos pelos pacientes até chegar ao Takiwasi, as suas experiências com drogas até chegar à dependência, fatores a que atribuem a sua compulsão pelas drogas, sentimentos e sensações descobertos com as sessões com a ayahuasca, com as purgas e com as dietas, dentre outros. Deste modo, é possível também coletar informações de acontecimentos passados, com registros subjetivos que estariam perdidos caso não fossem levantados.

CAPÍTULO 2: DROGAS, ADICÇÃO E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.

Ao desenvolver o trabalho de campo em uma comunidade terapêutica que se destina a atender indivíduos dependentes de drogas, faz-se necessário fazer uma reflexão a partir de um levantamento bibliográfico a respeito do que é droga, e porque esses indivíduos acreditam ter estabelecido relações difíceis com as drogas, enquadrando-se na categoria de adictos. A partir da escuta das histórias de vida dos pacientes do Takiwasi, nota-se que muitos deles recorreram a diferentes modalidades de tratamento como forma de minimizar o sofrimento decorrente da adicção. Este capítulo contempla um levantamento a respeito dos principais modelos de atenção atualmente disponíveis para atender a demanda dos drogadependentes a fim de fornecer subsídios para melhor uma contextualização das suas respectivas histórias de vida.

2.1 O que é droga, afinal?

Para abordar a questão das drogas faz-se necessário discutir o uso da terminologia “droga”. Para a organização Mundial de saúde (OMS:1999), droga é toda substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento. As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral são chamadas psicotrópicas ou psicoativas.

Nesta pesquisa utilizarei os termos “drogas” e substâncias psicoativas (SPAs) como sinônimas, embora saiba que tal generalização tem se mostrado arbitrária. Substância psicoativa é toda a substância que provoca alterações na psique humana. “Droga” por sua vez é um termo de etimologia controversa³, possuindo um caráter depreciativo, com forte repercussão no imaginário popular. Poderíamos, uma vez que álcool é considerado uma droga, mesmo lícita, atribuir aos seus consumidores assíduos o peso da terminologia “drogado”? As palavras “drogado” e “viciado” originalmente eram associadas a desregramentos morais e sexuais. São

³ A palavra droga poderia ter sido originária do persa “droa”, significando odor aromático; do hebraico “rakab”, significando perfume, ou do holandês “droog”, significando substância ou folha seca. (Dario e Toscano Jr., 2001).

palavras extremamente preconceituosas e estigmatizantes uma vez que reduz a pessoa ao hábito, a identidade à substância, não contribuindo em nada para a elevação da autoestima e para a transformação dos adictos. Por isso as terminologias “drogado” e “viciado” serão evitadas nesta pesquisa, em prol das palavras adictos e dependentes (ou drogadependentes). Mas devido à extensão do seu uso, continuarei seguindo a tendência da maioria dos cientistas especialistas no assunto, utilizando drogas e substâncias psicoativas como sinônimas.

Por sua vez, a palavra enteógeno, que aparecerá algumas vezes no decorrer do texto, se refere a substâncias psicoativas utilizadas em contextos espirituais e/ou ritualístico-religiosos. Na sessão em que descrevo a beberagem Ayahuasca essa abordagem será tratada com mais profundidade.

Existem diversas definições para droga dentro das diferentes áreas do conhecimento científico. Hipócrates e Galeno, pais da medicina científica, definem drogas, psicoativas ou não, como sendo uma substância que, em vez de “ser vencida” pelo corpo (e assimilada como simples nutriente), é capaz de “vencê-lo”, provocando alterações orgânicas em doses pequenas (quando comparadas com outros alimentos). (Escohotado, 2004).

Para Escohotado (2004), tudo que entra no corpo humano, independente de ser administrado por via oral, retal, epidérmica, venosa, intramuscular e subcutânea ou é assimilado pelo organismo, ou provoca no mesmo uma resistência à assimilação. Tudo que é assimilado rapidamente é alimento, sendo convertido em matéria para as células, influenciando no seu funcionamento e a na sua renovação. Aquilo que não é assimilado imediatamente pelo organismo, ou é excretado sem exercer efeito algum sobre o mesmo (ex: cobre plásticos), ou provocam alguma reação. Dentre as substâncias que não são absorvidas imediatamente pelo organismo, temos algumas que atuam apenas somaticamente (cortisona, penicilina, etc.) e outras que, além de atuarem somaticamente, atuam também na psique. Estas recebem vulgarmente o nome de drogas.

O uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade ao longo da história. Com o passar do tempo o consumo de psicoativos adquiriu diferentes características: em alguns momentos e em algumas civilizações o uso ritualístico-religioso foi privilegiado, em outras, o uso medicinal, e também o uso recreativo. O uso ritualístico-religioso é feito com o objetivo de se comunicar, de alguma forma, com entidades místicas, que podem ser um “deus”, “espíritos”, “forças da natureza”,

etc.. O uso recreativo se caracteriza por ser realizado em circunstâncias sociais, com o objetivo de relaxar, sem necessariamente implicar em dependência ou transtorno. Já o uso medicinal apresenta-se como uma forma de cuidado com a saúde para minimizar sofrimentos físicos e psicológicos dos indivíduos, estando presente tanto na medicina científica ocidental, quanto na medicina tradicional.

As substâncias psicoativas são classificadas como lícitas ou ilícitas. As lícitas são todas aquelas liberadas para o consumo, mesmo que este consumo seja socialmente controlado através de uma legislação que o regulamente. Exemplo disso é o uso de medicamentos chamados “tarja preta” que, teoricamente, só poderiam ser consumidos sob prescrição médica. Também se enquadram aqui a bebida alcoólica para maiores de 18 anos e o uso de enteógenos para finalidades religiosas. Já as substâncias psicoativas ilícitas são aquelas que têm seu consumo terminantemente proibido, sendo que seus consumidores, portadores ou vendedores estão sujeitos a sanções sociais de acordo com a lei de drogas. O farmacêutico que vende medicamentos “tarja preta” sem receita e o traficante de cocaína ou crack são igualmente infratores sujeito a penalizações. Desse modo, uma droga pode ser lícita ou ilícita a depender do contexto em que esteja sendo utilizada; e o fato de ser lícita ou ilícita não aumenta ou reduz a possibilidade de causar dependência.

Uma droga se torna um fármaco quando tem comprovada sua eficácia terapêutica por laboratórios especializados que possuem técnicas especializadas para tentar eliminar o efeito placebo⁴ (Marras 2008). Essa comprovação científica é atributo exclusivo das ciências médicas oficiais e suas tecnologias. Os efeitos das drogas medicamentosas ou terapêuticas não devem ser apenas constructos mentais. Deve existir uma comprovável interação farmacológica e fisiológica para que ocorram tais efeitos. Pesquisas realizadas com “efeito placebo” têm demonstrado que existe um “potencial de dependência da substância” que é determinado pelas propriedades farmacológicas avaliadas em animais e seres humanos através de procedimentos laboratoriais. Entretanto, para abordar a questão das drogas é necessária uma visão multidisciplinar. Uma abordagem exclusivamente farmacológica não tem se mostrado suficiente para uma compreensão mais ampla

⁴ Segundo Marras (2008, p. 155), efeito placebo ou sugestão é “nome dado a um fenômeno percebido como irreduzível ou inerente ao ato de fabricação de fármacos em laboratório”.

do fenômeno. Os aspectos individuais, subjetivos e socioculturais devem ser levados em consideração uma vez que não existem drogas *a priori*. A motivação do consumidor e toda sua carga simbólica é que transformam a substância em droga. Uma substância só se torna uma droga suscetível de causar dependência dentro de um contexto simbólico sócio-cultural e ambiental, por essa razão é extremamente difícil isolar um efeito exclusivamente farmacológico de uma dada substância.

Becker (1976) é um dos estudiosos que iniciou a discussão sobre a dimensão sociológica da questão das drogas, atentando para a importância de um conhecimento sobre as mesmas. Esse saber, que pode ser denominado “cultura da droga” influencia no modo como os usuários consomem e interpretam seus efeitos. Portanto, a natureza da experiência depende (além da interação entre a natureza da droga e a fisiologia humana) do grau de conhecimento do usuário a respeito da substância. A divulgação desse conhecimento sobre as drogas é normalmente feito de maneira informal entre grupos de usuários. Quando um indivíduo consome uma substância psicoativa, não pode escapar da influência direta das idéias e crenças que ele tem a respeito dessa substância. O conhecimento que ele tem sobre a droga desempenha um importante papel no modo como ele a usa, interpreta os efeitos e lida com as suas experiências.

Não podemos menosprezar, todavia, que os efeitos de uma dada substância dependem, além de outros fatores, da natureza, ou seja, das propriedades farmacológicas da substância, assim como a dosagem que é utilizada pelo indivíduo: a inalação de um grama de cocaína, por exemplo, tem um efeito diferente da inalação de dez gramas pela mesma pessoa. A forma de consumo também apresenta diferenciação nos efeitos, caso seja ingerida via oral, inalada, fumada, aplicada por meio injetável intramuscular e intravenosa. Que droga uma pessoa usa, assim como a quantidade que ela consome para obter o efeito desejado, depende do que ela aprendeu em fontes que lhe sejam disponíveis e confiáveis (sejam elas a mídia, a experiência de outros consumidores, a medicina científica, etc.) sobre as técnicas de uso e dosagens dessa droga. Normalmente os consumidores de drogas ilícitas ensinam aos novatos (ou os menos experientes) formas de potencializar os efeitos desejáveis e de minimizar possíveis efeitos indesejáveis ou “colaterais”. Isso porque os consumidores de drogas estão ligados em redes sociais através das quais essas informações circulam.

Compartilho da opinião de Becker de que os efeitos da droga, tanto os desejáveis quanto os colaterais, são categorias socialmente definidas, já que:

O que é considerado um efeito colateral ou um efeito principal irá variar segundo a perspectiva aplicada; a desorientação mental poderia ser um efeito colateral indesejado para um médico, mas um efeito principal desejado para um consumidor ilícito de drogas. (Becker, 1976, p.185).

Zinberg (1984) é um dos pesquisadores que forneceu grandes avanços nos estudos sobre drogas por ter trazido à tona a importância de outros aspectos presentes no consumo que não os meramente farmacológicos, além de ter sido um dos pioneiros no estudo do uso controlado de drogas. Para ele, o uso e os efeitos das substâncias psicoativas dependem de três fatores:

- a) As propriedades farmacológicas da substância
- b) Atitudes e personalidade dos usuários; denominado *set*.
- c) O meio físico e sociocultural onde acontece o uso; denominado *setting*.

Em relação ao meio físico e sociocultural ele ressalta a importância das sanções sociais e dos rituais sociais. As sanções sociais são as normas que definem como uma droga deve ser usada, em que quantidade, e se ela deve ser usada. Isso inclui regras de condutas compartilhadas e circuladas informalmente através de grupos sociais, além das leis e políticas públicas que regulamentam o uso de drogas. Já os rituais sociais são estilos de comportamentos recomendados ao uso de drogas. Esses rituais são aplicados desde as formas de aquisição e administração da droga, passando pela escolha do ambiente físico e social para o uso, até o tipo de atividade que será executada para evitar os efeitos indesejáveis.

Posteriormente, Grund (1993) retoma as ideias de Zinberg. Ao aprofundá-las conclui que o uso de drogas, mesmo as consideradas mais pesadas não induz necessariamente a um uso descontrolado e nocivo. A relação fatorial entre a disponibilidade da droga, o estabelecimento de rituais com seus valores e regras, e a estrutura de vida do indivíduo teria um papel preponderante para o desencadeamento do uso controlado ou nocivo da mesma. Assim, o controle do uso dessas substâncias seria determinado, dentre outros fatores, por variáveis sociais. O uso, o abuso e a dependência de drogas são aspectos diferentes do consumo. Por

exemplo: existem pessoas que usam cocaína para diversos fins: para estimulação laboral ou recreativamente, mas esse uso não causa necessariamente grandes danos físicos, materiais e sociais a essas pessoas; isso caracterizaria o “uso” da cocaína. Pode ser que em um determinado dia ou momento, essa pessoa utilize uma dose um pouco maior que a habitual e sinta algum tipo de mal estar físico, ou desconforto psicológico; esse já seria um quadro de “abuso”. Já a dependência acontece quando a pessoa não consegue mais controlar seu uso de drogas, mas o uso de drogas a controla, gerando transtornos e sofrimento afetando diversos âmbitos da vida. Desse modo, nem todo uso e abuso são propiciadores de dependência, mas a dependência perpassa pelo uso e pelo abuso.

O uso de psicoativos está ligado a aspectos ambientais e socioculturais através do tempo e das regiões. Apesar do processo de globalização crescente, e da concomitante diminuição de fronteiras, que abarcam também o tráfico e a distribuição das drogas ao redor do mundo, é nítido e historicamente comprovável que a disponibilidade da droga é também uma questão ambiental, social e vinculada à divisão de classes sócio-econômicas. No Brasil, por exemplo, é muito rara a adicção à heroína, enquanto que na Europa é bastante comum. Isso se dá em virtude dessa droga não estar tão disponível no mercado ilícito brasileiro quando comparadas à maconha, cocaína e crack, pois o Brasil está distante dos centros de produção e fora da rota de distribuição dessa substância. Já o uso do crack, por exemplo, está mais associado e difundido nas camadas populares (entre moradores de rua, mendigos, prostitutas, etc.), muito embora atualmente venha aumentando significativamente a quantidade de usuários pertencentes às classes médias e altas da população brasileira.

Outra questão a ser pensada é a forma como a mídia vem tratando o tema na atualidade, associando o consumo de SPAs com a violência. Campanhas veiculadas pela mídia em projetos associados com as instituições governamentais causam pânico moral e “histeria nacional” (Zimberg, 1984) ignorando a complexidade relacionada ao tema. Tem como objetivo demonizar as drogas, influenciando a opinião pública, favorecendo o processo de estigmatização e criminalização dos usuários por parte da sociedade, sujeitando os mesmos a possíveis dificuldades de socialização em um universo de não usuários.

2. 2 A Adicção:

É próprio do ser humano a necessidade de fugir da sua condição natural cotidiana através de algo que alivie seu sofrimento proporcionando prazer, principalmente através de substâncias psicoativas. *Addict* é um termo que apareceu na Inglaterra no século XVI, embora tenha sua origem no latim *addictus*, significando “entregue a alguém como escravo” (Zoja, 1992, p.39). Os adictos são pessoas cujo consumo de substâncias altera seus estados mentais, psicológicos e sociais a ponto de produzir efeitos indesejáveis em diversos âmbitos de suas vidas, a exemplo, profissional, emocional, espiritual. A adicção é um problema que está além do uso de drogas, estando relacionada com a compulsão. Segundo a Associação Médica Brasileira (AMB, 2003, p. 14) “a dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substancia psicoativa”. Um dependente, ao contrário de um usuário é aquele cujo funcionamento psíquico não pode prescindir da droga. A dependência é algo que se inicia com a experimentação, evolui para um hábito e desencadeia em uma necessidade.

O conceito de adicção como doença ou transtorno vem sendo desenvolvido nos últimos 200 anos. Mas só a partir de 1870 o conceito de adicção foi estabelecido sobre bases concretas e comumente aceitas, possibilitando um aprofundamento da abordagem médica sobre o tema que transcendia a especulação curiosa e a moralização. (AMB, 2013). No período entre guerras esses conceitos foram aprofundados permitindo uma expansão nas possibilidades de tratamento para aqueles que sofriam desse tipo de transtorno. Para a Organização Mundial de Saúde, a partir de 1950, a toxicomania se diferencia do hábito e é caracteriza por:

- a) Um desejo ou necessidade incontrolável de buscar e consumir drogas.
- b) Tendência em consumir doses cada vez maiores em intervalos de tempo menores.
- c) Dependência psíquica e física aos efeitos da droga.
- d) Efeitos danosos ao indivíduo e a sociedade.

O termo toxicomania foi paulatinamente substituído pela Organização Mundial de Saúde, por farmacodependência, que se conceitua basicamente como um estado psíquico ou físico resultante da interação entre um organismo e o produto. Os termos: drogadependência, adicção, farmacodependência e toxicomania são normalmente utilizados como sinônimos na maior parte da bibliografia sobre o tema.

Segundo Silveira (1995), a maioria dos usuários de drogas não é e nunca vai ser um dependente. A situação de dependência de uma dada substância psicoativa é um problema que se apresenta de forma diferente para cada indivíduo, fazendo com que o mesmo se coloque diante de uma realidade objetiva, e/ou subjetiva insuportável cuja única saída é o consumo cada vez maior e mais intenso dessas substâncias. Daí a diferenciação conceitual entre usuário de drogas e toxicômano ou dependente. Os usuários de drogas as consomem com o intuito recreativo; já os toxicômanos o fazem com o mesmo propósito, mas se encontram em situação de extremo sofrimento que, muitas vezes, já era evidente antes do consumo de drogas ou passou a acontecer após o seu consumo. É válido ressaltar que são as modalidades do consumo, e não a natureza da substância e o seu caráter lícito e ilícito que determinam o comportamento adicto. O consumismo, característica presente na sociedade ocidental, ideal prioritário em que a maioria dos membros dessa sociedade são educados, incide sobre o adicto todo o seu peso, manifestando-se na avidez e na urgência pelo consumo de drogas (cujos efeitos sejam cada vez mais fortes e imediatos) em um obsessivo ritual profano.

Embora exista a idéia que caracteriza o uso de drogas como fonte de degradação e sofrimento, a relação entre o uso de drogas e o prazer é um consenso. Essa sensação de prazer é explicada farmacologicamente como interferências no processo de captação e recepção de neurotransmissores como a dopamina e serotonina, responsáveis pela sensação de bem estar. Esse prazer é uma espécie de “isca” que tornaria o indivíduo constantemente ligado a ela. A partir daí se desenvolve um quadro onde o indivíduo se torna escravizado pela busca do prazer, condenado a buscar no consumo a superação do sofrimento oriundo da sua falta.

Norman Zinberg (1984) enfatiza que o efeito do uso de substâncias psicoativas não depende apenas das propriedades farmacológicas de cada substância, outros

aspectos como a biografia do indivíduo e o meio físico e social onde de dá o consumo são igualmente importantes. Prova disso é que as pessoas não reagem igualmente a uma dada substância, mesmo tendo características biológicas semelhantes como peso, altura, e mesmo consumindo a mesma quantidade da mesma substância, podem ter reações completamente diferentes umas das outras. Algumas pessoas, após o(s) primeiro(s) contato(s) com drogas nunca mais voltam a experimentá-las, outras usam recreativa e controladamente e outros, (aqueles que serão destacados nesse trabalho) desenvolvem um uso nocivo e compulsivo de uma dada substância, afetando negativamente diversos âmbitos de suas vidas.

Os estudiosos sobre o assunto são unânimes em afirmar que na maioria dos casos o consumo de psicoativos se inicia na adolescência. Isso se dá, dentre outros fatores, pela ausência dos ritos de passagens eficientes e bem sucedidos na sociedade moderna ocidental. Autores como Eliade (1959) acreditam que uma das principais diferenças entre o mundo arcaico e o mundo moderno é o desaparecimento dos rituais de iniciação. Zoja (1992) compartilha desta ideia, ao crer que a sociedade de hoje quase já não tem condições de oferecer iniciações institucionais, uma vez que essas iniciações dependem de mestres e de estruturas formadas. Essas estruturas devem estar consolidadas dentro de toda uma cultura participante, condições praticamente inexistentes na sociedade moderna ocidental. “[...] Ao redor da necessidade de iniciação renascem organismos ou grupos não oficiais e, sobretudo, não conscientes de terem em parte uma finalidade iniciática [...]”. (Zoja, 1992, p.6). Então, para o autor, o consumo de drogas esta inserido nessa tentativa de iniciação, que se mostra falha desde o início, em virtude da falta de consciência dos usuários em relação ao próprio processo de iniciação.

Alguns psicoativos, desde tempos remotos, faziam parte de rituais iniciáticos de diversos povos, mas eram utilizados de modo controlado com o objetivo de regular as transformações individuais e coletivas desses povos. (Zoja,1992) Nestas sociedades ditas “primitivas” o limite de um consumo ritualizado de substâncias psicoativas fica, na maioria das vezes, contida dentro de padrões construtivos e desligados de patologias coletivas e individuais. Na moderna sociedade ocidental nota-se a ausência de tradições, ritos, mestres ou sacerdotes que acompanhem cautelosamente o uso de substâncias psicoativas, minimizando os riscos de experiências desastrosas com tais substâncias. Exemplo disso é o alcoolismo

endêmico nas comunidades indígenas submetidas à cultura ocidental. Mesmo conhecendo substâncias enteógenas e psicoativas que produzem efeitos e experiências bem mais intensos (as) que o álcool, a droga lícita dos “homens brancos” conduziu a dependência muitos indígenas por não está protegida por mecanismos de controle e formas iniciáticas que caracterizava o consumo de psicoativos nessas comunidades.

As drogas como o haxixe, o peiote e o álcool, desde tempos imemoriais faziam parte dos rituais iniciáticos. No entanto, eram utilizados de forma controladas, com o objetivo específico de aproximar o mundo da consciência com o mundo inconsciente. Nessas condições, seus efeitos eram muito diferentes do que observamos hoje em dia. Com o passar do tempo foram desaparecendo ou perdendo sua força, e o que resta deles nos países mais desenvolvidos são apenas resquícios do que foram outrora. (Zoja, 1992, p.9).

Jaques Mabit, psiquiatra, fundador e proprietário do Takiwasi, em entrevista concedida durante a pesquisa de campo, declarou que a adicção é um fenômeno típico das sociedades ocidentais que se caracteriza pelo consumo exacerbado. Para ele:

“A adicção é um sistema que integra a sociedade ocidental. Os índios consumiam plantas psicoativas sem gerar dependência. A dependência é própria do sistema ocidental. E essas substâncias eram utilizadas para penetrar em um mundo sensível, um mundo espiritual. Os ocidentais a partir do século XVI, século das luzes, houve uma racionalização e a dimensão espiritual faz parte da natureza humana, mas foi e está sendo reprimida, posta de lado, censurada, e isso fez com que a vida perdesse o sentido, pois o mundo é funcional, sem esperança, não há outra vida, não há sentido, e essa frustração profunda que existe no mundo ocidental, uma das manifestações é buscar respostas. E cada um, como pode, busca suas respostas. E se dizem que não há mundo sensível, isso contradiz a intuição fundamental de cada ser humano que diz que há outras coisas, que o mundo tem sentido, [...]. E muitos buscam essas respostas nas drogas. E descobrem que sim, que há outras coisas, vêem coisas que nunca viram, sentem uma intensidade, um prazer, um gozo, e é muito mais interessante que levantar de manhã para trabalhar para ganhar dinheiro e comprar as coisas. Descubrem que há outra coisa, outra dimensão. Eu acho que a drogadicção é uma forma do jovem ou adolescente de auto-iniciação, buscam algo que lhe ajudem e que lhe dê resposta, buscam em

experiências imediatas [...]. A busca é no sentido de encontrar um sentido, um algo mais para essa vida. Estamos com muitos problemas, o aquecimento global, crises econômicas, e onde está o sal dessa vida? Essa busca é o que leva ao excesso das substâncias, de dinheiro e de todas as coisas possíveis”.

No Brasil, a partir da década de 1950, com o surgimento das religiões ayahuasqueiras e sua expansão para os centros urbanos, antropólogos têm se atentado para o fenômeno, ainda que incipiente, de reencantamento do mundo, de uma retomada as formas tradicionais de iniciação por parte de mestres e curandeiros ayahuasqueiros. Mac Rae (2009) denomina o que acontece nestes contextos de “uso ritualmente controlado de psicoativos”, uma vez que a substância, no caso a ayahuasca, é utilizada em rituais cuja estrutura social é hierarquizada, associada a valores doutrinários, regras de conduta moral, e práticas rituais que regulamentam e disponibilizam a substância para os adeptos. Essa regulamentação diminui os riscos de uma experiência desastrosa otimizando os resultados.

Para Zoja (1992), a adicção entre jovens reproduz as formas de iniciação tradicional presentes em muitas culturas que afastam o jovem do convívio familiar para, após ser submetido a diversas provas, poder retornar a esse convívio mais fortalecido e transformado. Em relação à iniciação com as drogas, o retorno a esse convívio nem sempre acontece. Assim, o jovem permanece isolado, exilado, discriminado, tornando-se ao invés de um adulto mais fortalecido e capaz de lidar com suas dificuldades, um eterno adolescente afastado, mas dependente dos pais. O moralismo da cultura dominante, reprimindo as culturas tradicionais e seus eficientes rituais de iniciação, faz com que esses rituais reapareçam com uma nova roupagem, se exprimindo de forma negativa para os indivíduos e para a sociedade através da adicção. Zoja (1992) ainda declara que essa iniciação negativa e destrutiva é inconsciente, que conduz a uma perda da condição ou da personalidade subsistente sem proporcionar novas condições de integração e transformação como acontecia nas sociedades tradicionais. Para ele, isso se explica pela ausência de tradições, ritos e mestres que regulamentem o caráter sagrado e respeitoso do consumo dessas substâncias, minimizando as possibilidades de experiências negativas.

A figura do adicto, apesar de ter características que são peculiares a cada indivíduo, possui uma tipologia ou uma identidade comum que pode ser classificada por: perda das relações sociais, identificação com o grupo de usuários de um tipo específico de drogas, vocabulário típico que demonstra uma intimidade ou experiência com a droga, dificuldade em reconhecer autoridade e limites, procura obsessiva pelo prazer, necessidade de transgredir normas e leis impostas pela sociedade, etc.. É comum que entre os usuários haja uma “cultura das drogas” (Becker, 1977) baseadas em regras de conduta, vocabulário e em um modelo identitário que pertencem exclusivamente aos consumidores. Essa idéia de busca de uma identidade é bem descrita por Zoja nas declarações abaixo:

[...], acho evidente que não basta encarar o ingresso no mundo da droga como uma regressão ligada a certa carência de identidade pessoal e de papel na sociedade. Ele é encarado também como uma opção ativa com a qual, mais ou menos conscientemente, o indivíduo tenta remediar aquela carência adquirindo uma identidade e um papel bem precisos.

[...] Neste sentido, acho correto encarar o comportamento do dependente de drogas que proclama “sou um drogado” não só como uma fuga rumo a outro mundo, o mundo da droga, mas como uma ingênua e inconsciente tentativa de conseguir uma identidade e um papel definidos, mesmo se negativamente, pelos valores correntes neste mundo. Não, portanto, como uma fuga da sociedade, como normalmente se pensa, e sim como uma tentativa desesperada de unir-se a ela, ocupando um lugar.

Na medida em que se dá conta de que a família gira, hipnotizada, ao seu redor e que a sociedade encara seu comportamento como um ataque à convivência civil e ao equilíbrio econômico talvez ainda mais poderoso do que uma agressão militar inimiga, o toxicômano se insere correspondentemente no papel arquetípico do herói negativo, ao mesmo tempo que permanece sendo “homo economicus”. Para os jovens, as possibilidades de se sentirem protagonistas são hoje quase nulas; por que então nos admirarmos se muitos deles se aproveitam dessa possibilidade e por que interpretá-la como uma regressiva renúncia ao ego, quando a pessoa procura através dessa opção ter alguns momentos de identidade heroica? (Zoja, 1992, p.20 e 22).

Desse modo, estar imerso nessa “cultura da droga” leva os dependentes a se sentirem pertencentes a uma identidade que é considerada negativa apenas fora do grupo. Buscam estar cada vez mais próximos desse grupo de usuários que funciona

como reforço social promotor de prestígio e distanciam-se cada vez mais da sociedade em geral, onde são minimizados e marginalizados. Eles ocupam, a partir da toxicomania, um lugar na sociedade, uma identidade, a identidade de anti- heróis.

Não existe comprovação se um tipo de infância ou personalidade específica determine se uma pessoa tem maior ou menor propensão a desenvolver a toxicomania; mas para que uma pessoa desenvolva a toxicomania é necessária, como condição óbvia e básica, que ela se encontre com a droga. Entretanto, uma das premissas fundamentais para a entrada no universo de consumo de drogas, para esse “encontro com a droga” é o meio “adequado”, já que o consumo, na maioria dos casos, é iniciado com amigos e colegas, caracterizando o fenômeno como um acontecimento social.

A idéia do traficante disfarçado de baleiro (vendedor de doces e guloseimas) que oferece drogas na porta das escolas é uma verdadeira lenda urbana. Em alguns anos de estudo nesta área, nunca ouvi falar de sequer um caso em que um adicto tivesse sido aliciado ou incentivado a consumir drogas por algum baleiro na porta da escola. O que se dá, na verdade, é que os “novatos” ou usuários recentes, são quase sempre incitados ao consumo pelos próprios companheiros, e não por um traficante, cujo contato geralmente só se dá após algum tempo de uso. Isso acontece porque os adictos vendo-se em uma condição de dependência e incapacitados de sustentar seu próprio consumo servem de “avião” dos traficantes vendendo pequenas quantidades de drogas para colegas e amigos, com o objetivo de financiar suas aquisições ou acesso às substâncias. Alguém que sobe um morro, ou entra em uma favela para adquirir determinada substância psicoativa normalmente já possui uma rede de ligações sociais que facilitem o contato em tais locais.

O ser humano é uma estrutura complexa que possui fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais. É justamente a alteração de um ou mais de um desses fatores que podem contribuir para que um indivíduo torne-se um toxicômano quando em contato com algum tipo de droga. A interação desses fatores, alguns em maior ou em menor proporção, é que poderão colaborar para o desenvolvimento ou retrocesso dessa patologia multifatorial que é a adicção. Segundo Romero (2000) são eles:

a) Os fatores biológicos: algumas correntes teóricas enfatizam que a origem da adicção pode ser proveniente de uma predisposição genética, embora reconheça que esse não é o único fator, nem tampouco um fator preponderante para que um indivíduo se torne um dependente. Acreditam que, por um constructo genético, alguns indivíduos estariam mais propensos que outros a sofrer com a dependência após os primeiros contatos com a droga.

b) Os fatores psicológicos: existem hipóteses de que a forma como os indivíduos relacionam-se com seus pais, e a forma como os pais cumprem seus papéis diante dos filhos determinaria a estrutura da personalidade de uma pessoa como dependente ou não. Os indivíduos com estrutura de personalidade mais dependente teriam uma maior probabilidade de se tornar um adicto.

c) Os fatores socioculturais: de imensa importância nas formas e intensidade de consumo (já mencionadas no decorrer do texto) esses fatores tem se mostrado preponderante. A situação de um determinado país, as condições de vida e escolaridade que são submetidos os jovens, o convívio com pessoas cujo uso de drogas é algo “aceito e estimulado”, a influência da mídia, enfim esse é um fator que envolve inúmeros subfatores e que tem se apresentado como um estímulo ou desestímulo a adicção.

d) Os fatores espirituais: na sociedade ocidental observa-se um desencantamento do mundo, a perda dos valores místicos e a ausência da dimensão espiritual provocam um vazio existencial decorrente da perda do caráter sagrado e dos ritos religiosos. A observação antropológica sugere que nas sociedades tradicionais, onde existe toda uma valoração da dimensão espiritual da vida e dos acontecimentos, são mínimos ou inexistentes os casos de adicção.

Diante de uma situação de extremo sofrimento, muitos adictos e seus familiares têm buscado as causas e os meios de minimizar os desconfortos oriundos do consumo compulsivo de drogas. Os pais, muitas vezes, se sentem culpados e atormentados. Os adictos são obrigados a conviver com o preconceito e o estigma de uma sociedade que marginaliza e exclui aqueles que necessitam de auxílio, contando muito pouco com as autoridades governamentais, que gastam bilhões no combate ao narcotráfico e muito pouco para amparar e tratar os dependentes. Sujeitos a conviver com uma real ameaça dentro de casa onde o adicto rouba,

saqueia, chantageia, envolve a família com traficantes ao contrair dívidas, além de submetê-los a constantes escândalos envolvendo polícia e outras ocorrências, só lhes resta procurar compreender as causas e buscar os diversos tipos de tratamento disponíveis para minimizar e resolver o problema. As causas normalmente são atribuídas a uma “má criação”, “obsessão espiritual”, “más companhias”, falta de oportunidades, dentre outras. De acordo com a causa atribuída, buscam os tratamentos específicos que vão desde as instituições religiosas, terapias especializadas, passando indubitavelmente pela busca de uma medicina científica e ou tradicional. A depender do caso, perpassam por tudo isso. Centros espíritas, cultos evangélicos, terreiros de candomblé dentre outras religiões, estão repletas de adeptos ou simpatizantes que buscam solução para os seus problemas relacionados ao uso compulsivo de drogas lícitas e ilícitas, mas isso não significa dizer que haja uma negação da medicina científica. Muitos dos que buscam essas instituições religiosas acreditam que a medicina científica não é suficiente, (principalmente quando atribuem seus problemas às questões espirituais) ou não se sentem confortáveis com os tratamentos e métodos pertinentes a medicina oficial.

2.2.1 Adicção: A visão dos pacientes do Takiwasi:

Ao falar de adicção, uma pergunta se faz necessária: Por que as pessoas estabelecem relações difíceis com a droga? Diante da acessibilidade aos meios de comunicação, tecnologia e informação sobre os possíveis riscos e danos que envolvem o consumo de drogas, por que as pessoas desenvolvem quadros de drogadependência? Para responder essa pergunta, recorro aos pacientes em tratamento no Takiwasi.

Marcos:

“As pessoas usam drogas porque a parte mais delicada é a adolescência. Não temos modelo de família, algo construtivo. Pensar que o mundo está louco, faltava modelo de um mundo melhor: pobreza, sofrimento... tudo isso

me tocava muito. Meu pai era alcoólatra e minha mãe superprotetora. Tinha doze anos quando vi meu pai bater na minha mãe”.

Paulo:

“Eu sentia uma depressão dentro de mim. Com as drogas, eu controlava melhor essa depressão [...]. Sentia raiva do meu pai porque ele me deixou, morreu de câncer. Meu pai teve uma depressão forte durante dez anos. Foi um pai ausente. Mesmo vivo, não estava lá. [...]. Agora estou me dando conta de onde vem esse ódio e esse rancor que muitas vezes me fazia consumir. A Ayahuasca me ensinou, tem curado essa ferida, me permitiu ver meu pai e chorar por ele. Quando meu pai morreu, eu não chorei. Saí com os amigos para consumir drogas para tapar esse ódio”.

Pedro:

“Eu creio que as pessoas usam drogas para esconder as coisas, guardar as coisas. É um escape, eu creio. Eu pensava que tinha começado por curiosidade, mas conversando com o psiquiatra fui entender melhor a razão do meu consumo e tinha a ver com os meus pais. Eu sabia que eles consumiam, eu já tinha encontrado drogas. E a droga para mim sempre foi normal [...]. Eles consumiam bem pouco, mas eu sabia. Quando se tem uma relação próxima você se dá conta que eles não estão normais. O psiquiatra me dizia você tem que buscar o porquê. Eu fui buscando em mim e me dei conta que o consumo dos meus pais estava guardado dentro de mim e nunca saiu, pois eu nunca falei com eles, nunca disse nada. Um dia conversamos todos e o psiquiatra e eu disse a eles que isso tinha me molestado. Eles pararam de consumir justo quando se interaram que eu estava mal”.

Said:

“Eu creio que cada um tem suas razões. A minha é mais corporal. Agora, conversando com meu terapeuta, ter ficado só também me afetou um pouco, e estar buscando alguém e não consegui a garota adequada. Porque também não vou me juntar com qualquer louca. Tem a ver também

com coisas que se passaram na infância. Eu tive a ausência paterna. Apesar de meus pais estarem juntos agora, casados e felizes, meu pai trabalhava muito. Minha mãe fazia tudo o que eu queria. Passeava, saía todos os dias. A falta da figura paterna me desequilibrou um pouco. Eu sempre fiz o que quis e isso me deu muitas liberdades”.

Joaquim:

“Curiosidade. Todo mundo tem momentos em que sente vazio, todos tem problemas. O abuso e a dependência só aumenta esse vazio”.

Nota-se que dos cinco informantes entrevistados, apenas um, Joaquim, declara ter iniciado o consumo por curiosidade e durante a entrevista não mencionou existências de problemas familiares como traumas, ausência ou superproteção dos pais. O fato dele não ter mencionado não significa que esses problemas não tenham acometido Joaquim.

De acordo com as declarações acima, nota-se que a maioria dos pacientes atribui o problema da dependência de drogas a problemas familiares sofridos na infância ou adolescência. Com isso creem que ficaram de algum modo, mais fragilizados emocionalmente e, conseqüentemente, mais susceptíveis a se tornarem usuários compulsivos. É nítido também, a partir da observação participante e das entrevistas, que os pacientes estão fazendo o tratamento não só para se libertarem do uso compulsivo de drogas, mas buscando um tratamento mais profundo no sentido de sanar as aflições e angústias que os conduziram a tal estágio. Creem que ao sanar esses conflitos e angústias, os então internos se sentirão mais fortalecidos para terem uma vida mais equilibrada minimizando ou excluindo o risco de recaídas.

O discurso dos pacientes está atrelado a uma abordagem psicológica praticada no Takiwasi e em diversos modelos de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Nessa abordagem psicológica a relação problemática que os usuários estabelecem com as drogas normalmente é atribuída a situações traumáticas e conflituosas vivenciadas principalmente na esfera familiar. Desta maneira, compartilho com a idéia de Goffmann ao observar que “[...] a interpretação do mundo dada por um grupo atua de modo a manter seus participantes e deve dar a eles uma definição autojustificadora de sua situação”. (Goffman, 1961, p.8). Essa visão

autojustificadora para o estabelecimento de relações difíceis com drogas, neste caso, está relacionada à inabilidade que alguns indivíduos encontram em superar suas carências e dificuldades familiares. Daí explica-se, em parte, a necessidade do recurso à psicologia (em suas diversas escolas e modelos de abordagem) no tratamento de pacientes adictos. O objetivo é trazer à tona conteúdos psíquicos “adormecidos” e ajudar os indivíduos a integrá-los à sua consciência e a superar a angústia causada por esses traumas e conflitos inconscientes ou semi-inconscientes, fornecendo uma linguagem estruturada e estruturante para lidar com o problema.

Para os pacientes do Takiwasi a adicção à qual estão sujeitos é considerada uma doença. Consideram-se portadores de uma enfermidade e buscam curar-se. Alguns creem que essa cura é possível. Outros pensam que os adictos não se curam nunca. Sentem-se reestabelecidos quando estão longe das drogas, mas há sempre que se ter cuidado com o perigo eminente das recaídas. Com as recaídas vem à possibilidade de retornarem ao estado em que viviam anteriormente, ou seja, a adicção e toda a cadeia de sofrimento que vivenciaram em virtude do consumo descontrolado de drogas.

2.3 Os tratamentos oferecidos para adicção:

As políticas públicas sobre drogas em grande parte do mundo situam-se no âmbito da justiça e da saúde. Em relação à justiça, há a associação do usuário de drogas a um criminoso que deve responder em todas as instâncias pelo seu crime. Em relação à saúde, tem-se outra concepção: a do usuário doente que necessita de tratamento. Normalmente as autoridades governamentais ainda concentram os esforços no combate ao tráfico, oferecendo poucas possibilidades para o tratamento da dependência. Deste modo emergem formas de tratamento como alternativas de atender a demanda. São exemplos: a Redução de Danos, os atendimentos ambulatoriais, normalmente disponibilizados pelas redes públicas, a internação hospitalar, as clínicas especializadas, as comunidades de ajuda mútua grupal, onde que se destacam os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos, e as comunidades terapêuticas, modelo de tratamento que vem sendo adotado inclusive por instituições religiosas.

2.3.1 A Redução de Danos:

Não há um conceito consensual entre os técnicos que operacionalizam o termo Redução de Danos (RD), mas pode-se definir a partir de suas práticas:

[...] trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Tais ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. (Andrade, 2004, p.98).

A partir da década de 1990, com a disseminação do vírus da AIDS principalmente entre os usuários de drogas injetáveis, surge um novo paradigma no tratamento da dependência de drogas que é a Redução de Danos. Esse programa evidenciou a ausência de políticas públicas de assistência aos usuários de drogas e contribuiu para o surgimento de pesquisas científicas com menos conotação moralista (que marcava a maioria das pesquisas na área até então).

A Redução de Danos se caracteriza por um conjunto de estratégias planejadas e articuladas (abrangendo a esfera individual, comunitária, política e legal) que visa não somente a eliminação do uso de drogas. A proposta é que esse uso seja feito de modo a ocasionar o mínimo possível de danos ao usuário e a sociedade. Leva-se em consideração que, mesmo existindo políticas públicas para combater o uso de drogas, as pessoas continuarão utilizando drogas. Nem todos os usuários têm a intenção de ficarem abstinente, e muitos dos consumidores de drogas jamais entraram em contato com o sistema de saúde tradicional. Desta forma, a Redução de Danos reconhece a liberdade individual dos indivíduos e seu respectivo direito de consumir drogas lícitas e ilícitas.

2.3.2 A reforma psiquiátrica e os atendimentos ambulatoriais:

A Reforma Psiquiátrica⁵ iniciou-se a partir de questionamentos de práticas que foram sustentadas durante muito tempo pelo discurso científico da psiquiatria em torno dos transtornos mentais e de comportamento. A medicina científica e mais especificamente a psiquiatria emerge na modernidade medicando a sociedade, homogeneizando os indivíduos, fazendo com que aqueles que possuíssem perfil desviante ou inadaptado ao padrão instituído pela sociedade moderna fossem excluídos socialmente como doentes, em um projeto terapêutico voltado para a cura que justificava a exclusão como possibilidade para tratamento. As clínicas psiquiátricas tinham como objetivo central exorcizar a loucura e os comportamentos desviantes da sociedade, em uma busca às vezes desumana por um retorno ao estado normal, na maioria das vezes inalcançável, principalmente por que as estruturas excludentes que estigmatizam e isolam, se mostravam ineficientes no sentido de curar e reintegrar esses indivíduos à sociedade.

Segundo Carvalho (2010), a transformação dessas práticas excludentes, denominada Reforma Psiquiátrica, iniciou-se após a Segunda Guerra Mundial através: a) Da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional na Inglaterra; b) Da Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva na França; c) Da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, que é o ponto de referência da Reforma Psiquiátrica, cujo objetivo central é a implantação da lei de extinção dos manicômios e criação de novos mecanismos institucionais menos excludentes.

Em outras palavras, o movimento busca suplantar políticas de produção de isolamento e clausura advindo dos manicômios, incitando-nos a pensar nas condições sociais de produção da loucura atreladas ao próprio modo de funcionamento e organização da sociedade. (Carvalho, 2010, p.29).

As pressões exercidas pela sociedade, visando reformas no sistema de tratamento a pessoas com transtornos mentais ou de comportamento, foram

⁵ A reforma psiquiátrica tem como objetivo a consolidação de uma assistência mais eficiente ao indivíduo com sofrimento psíquico, através de uma rede de assistência promotora de atividades e ações no campo da saúde mental, salvaguardando as garantias dos direitos humanos. (Prandoni, Padilha e Spricigo, 2006).

enaltecidas pela mídia que revelava o tratamento dado aos pacientes usuários desses serviços: manicômios que funcionavam sem as menores condições de higiene, ausência de profissionais para cuidar dos internos, ausência de medicamento e até de alimentação, aliados ao desprezo e dificuldades de muitos familiares que, para se livrar do problema, esquecia os pacientes nas clínicas por décadas. Essa condição de precariedade era ainda mais evidente nos países que atravessavam dificuldades econômicas e problemas sociais.

É válido ressaltar que muitos dos dependentes de álcool e outras drogas eram internados nessas instituições (devido à ausência de instituições especializadas), e eram submetidos ao mesmo tratamento dos demais internos. Não havia atenção às especificidades de cada paciente, uma vez que o tratamento era homogêneo: medicação e exclusão. Muitas famílias sem saber o que fazer com usuários de drogas, os internava em manicômios. Minimizavam o problema familiar e ao mesmo tempo condenavam o dependente a uma eterna exclusão devido ao estigma social de ter frequentado um manicômio, associado a um excesso de medicação que muitas vezes tornava o indivíduo incapacitado de realizar as mais simples atividades cotidianas.

Como resposta à demanda e à pressão social por reformas no tocante ao tratamento de doenças mentais e comportamentos desviantes, foram surgindo modelos de atenção que contemplassem aspectos psicossociais como forma de substituir, gradativamente, os manicômios através de atendimentos ambulatoriais.

No Brasil, por exemplo, a reforma psiquiátrica influenciou para que houvesse a criação de um modelo de assistência aos usuários de drogas, cujo objetivo é atender à demanda desses usuários diferenciando-os dos pacientes com transtornos mentais. A ideia é enfatizar a reabilitação e reinserção social. A diretriz assistencial do modelo CAPSad⁶ é de “prestar atendimento diário aos usuários do serviço, dentro da lógica da redução de danos” (Brasil, 2003, p.42), direcionado para aqueles que “apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas.”(Brasil, 2003, p.43), desta forma, essa instituição busca reconhecer a predominância da heterogeneidade dos usuários de drogas, uma vez que estão situados em modelos de uso, circunstâncias e contextos diferentes. Conforme preconizado pelo Ministério

⁶ CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, amparado na Lei 10216 de 2001, com a portaria 336/02 de 2002. Brasil.

da Saúde, esse serviço deve oferecer atendimento diário aos pacientes que fazem uso compulsivo e prejudicial de álcool e drogas disponibilizando, em caso de necessidade, leitos psiquiátricos em hospitais públicos, junto a outras práticas terapêuticas e de reinserção social.

Os CAPSad devem funcionar das 8:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. Contam com a participação profissional de uma equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, psicólogos, médicos psiquiatras, médicos clínicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, professores de educação física, artes e música. Neste serviço, pautado no atendimento ambulatorial, são desenvolvidas algumas atividades como:

- a) Atendimento individual: podendo ser medicamentoso, psicoterápico ou de orientação, a depender da necessidade de cada paciente.
- b) Atendimento em grupo: através de terapias grupais.
- c) Oficina terapêutica (onde são realizados e desenvolvidos trabalhos artísticos e esportivos).
- d) Visita domiciliar.
- e) Desintoxicação ambulatorial para pacientes necessitados. (Souza, J.; Kantorski, L. P.; Gonsalves, S.E.; Mielke, F.B.; Guadalupe, D.B., 2007).

2.3.3 A internação hospitalar:

A internação hospitalar é um tratamento de curta duração que normalmente é procurado em caráter emergencial em quadros de overdose ou transtornos violentos, em que o paciente normalmente é conduzido pelos familiares ou pela polícia. Em alguns casos, os familiares dos adictos vêm na internação a única solução possível. Por sentirem-se incapacitados a resolver o problema, eliminam o adicto, mesmo que temporariamente, da convivência familiar. Os pacientes neste caso são tratados com medicamentos e repouso com o objetivo de desintoxicá-los. Desintoxicar é relativamente fácil, mas não resolve o problema. O verdadeiro trabalho com o dependente de drogas se inicia após a desintoxicação, onde se deveria motivá-lo para buscar um tratamento mais profundo para trabalhar além dos seus problemas com as drogas, seus conflitos e suas questões existenciais.

2.3.4 As Clínicas especializadas:

Podem ser públicas ou particulares. As públicas são mantidas pelo governo. As clínicas particulares atendem a médio e longo prazo os pacientes que possuem poder aquisitivo suficiente para financiar o tratamento. Neste caso, a motivação pode partir do próprio adicto, ou os mesmos podem ser conduzidos pelos familiares de modo pacífico ou compulsório (utilizando a força física para a condução do paciente à clínica).

2.3.5 As comunidades de ajuda mútua grupal:

Há indícios em antigos papiros egípcios da existência de comunidades de ajuda mútua grupal para superação de problemas comportamentais. Muito tempo depois, em 1900, aparece o “grupo Oxford”, na Inglaterra, com uma estrutura mais próxima das comunidades terapêuticas atuais. Seus membros se reuniam para ler a Bíblia com o objetivo de manter um bom comportamento. 25% dos participantes desse grupo eram alcoólicos que após terem contato com a leitura da Bíblia e os conselhos da mesma afirmam ter conseguido se recuperar do problema de alcoolismo. (Cueva 1997).

Mas a história das comunidades terapêuticas realmente começou, segundo Cueva (1997), em 1935, com os “Alcoólicos Anônimos” (A. A.), fortemente influenciados pelo grupo Oxford. Entretanto, muito tempo antes do surgimento do A. A. já havia alguns grupos de ajuda mútua para recuperação do alcoolismo onde os ex-alcoólicos uniam seus esforços em busca da sobriedade. Esses grupos de ajuda mútua eram normalmente conduzidos por líderes carismáticos ou religiosos, mas nenhum deles alcançou a duração e a difusão mundial dos A. A. Por esse motivo o surgimento dos A. A. é um marco na história das comunidades terapêuticas. A proposta do grupo é auxiliar as pessoas que sofrem de alcoolismo através da ajuda mútua sem intervenção profissional, buscando apenas a transformação pessoal de seus membros, sem intenções explícitas de efetivar mudanças na sociedade, o que o distancia da categoria sociológica de um “movimento social”.

Nascidos sobre uma condição de extremo sofrimento, e também da incapacidade das instituições em oferecer uma alternativa acessível ao problema do alcoolismo, esse grupo proporciona o desenvolvimento de novas solidariedades entre indivíduos que buscam apoio para superar seus problemas de dependência, e reivindica para si uma taxa de sucesso de 50% para os participantes que freqüentam assiduamente as reuniões. (Alcoólicos Anônimos, 1994, p.13). O auxílio que um dependente fornece ao outro está baseada, principalmente, nas reuniões onde cada um relata suas experiências na busca da recuperação e da manutenção da abstinência.

Os Alcoólicos Anônimos é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças a fim de resolver seu problema comum e ajudar outros na recuperação do alcoolismo.

O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há necessidade de pagar taxas ou mensalidades; somos auto-suficientes graças às nossas próprias contribuições.

A.A. Não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum partido político, nenhuma organização ou instituição; não deseja entrar em qualquer controvérsia; não apóia nem combate quaisquer causas. Nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade.⁷ (44 perguntas, 2000, p. 12).

Os A.A. não exercem mecanismos de coerção para pressionar o membro a aderir ou permanecer involuntariamente no programa. Não impõe aos seus membros a sobriedade e não exerce nenhum tipo de vigilância em relação aos seus comportamentos. Esse programa é baseado nos 12 passos, que podem ser classificado na seguinte ordem: Passos da decisão: do primeiro ao terceiro passo; Passos da ação: do quarto ao nono passo; Passos de manutenção: do décimo ao décimo segundo passo.

Os doze passos:

1- Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

⁷ Descrição dos propósitos e objetivos, conhecida como Preâmbulo, lida sempre antes de cada reunião.

- 2- Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.
- 3- Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
- 4- Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5- Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.
- 6- Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7- Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
- 8- Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causado.
- 9- Fizemos reparação direta dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
- 10- Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nos o admitíamos prontamente.
- 11- Procuramos, por meio da prece e da meditação, melhorar o nosso contato com Deus na forma que O concebíamos; rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e a força para realizar essa vontade.
- 12- Tendo experimentado um despertar espiritual graças a esses passos, procuramos transmitir essas mensagens aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades. (Alcoólicos Anônimos, 1994).

Esses doze passos são sugestões a serem seguidas que, segundo os frequentadores, possibilitam o sucesso do tratamento. O primeiro, entretanto, é considerado o mais importante. Admitir o problema é o primeiro passo para a recuperação. E aí vemos as similaridades com a maioria das comunidades terapêuticas da atualidade. O Takiwasi, por exemplo, só aceita a internação do paciente de acordo com a vontade do mesmo. Uma série de questões é levantada a fim de verificar a motivação do paciente, se está realmente consciente do seu problema e se existe um verdadeiro desejo pela recuperação. O mesmo acontece

na maioria das comunidades terapêuticas, onde um dos requisitos básicos para a internação ou participação é a motivação pessoal.

Outra questão importante é a crença em um ser superior, um despertar da vida espiritual, independente da religião dos frequentadores: por isso se referem a “Deus na forma em que o concebíamos”, respeitando a concepção do divino de cada um. O importante é crer nesta entidade superior, que auxilia e ampara. A crença no sagrado que faz com que o indivíduo realize algo que ele acredita impossível somente com a força de vontade. É comum que os membros do A. A. frequentem paralelamente suas igrejas, templos ou centros, de acordo com a sua opção religiosa. Essa relação com a espiritualidade reflete a influência que recebeu do Grupo Oxford, que era liderado por um pastor luterano.

Os passos 1, 4, 8, 9, 10 e 12 apontam para a responsabilidade moral dos dependentes em relação aos seus atos, que são facilitados pelos passos 2, 3, 5, 7 e 11, em que o enfrentamento de tais situações permite que o dependente transfira parte de sua responsabilidade com a recuperação para as mãos de uma entidade superior.

Alguns autores apontam a importância da religiosidade e da espiritualidade na prevenção e no tratamento da dependência de drogas. Sanchez, Oliveira e Nappo (2007), no artigo “A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas” fazem uma revisão de literatura onde citam diversos autores que realizaram pesquisas quantitativas traduzindo quanto o consumo de drogas está inversamente proporcional à religiosidade e a espiritualidade. A religiosidade e a espiritualidade muitas vezes são consideradas palavras sinônimas. Apesar de existirem diversas definições para os termos, utilizaremos as definições de Sullivan (1993) e Miller (1998), para espiritualidade e religiosidade respectivamente. De acordo com o primeiro, a espiritualidade é algo individual que não está necessariamente associado à crença de um Deus, não necessita do intermédio de uma religião para conectar o “eu” ao universo e aos outros; Já a religiosidade, de acordo com Miller está pautada fundamentalmente nas crenças e práticas propostas por uma religião.

O programa dos doze passos do A. A. representa um exemplo do exercício da espiritualidade que pode ou não estar relacionado com a religiosidade. Embora muitos dos seus membros frequentem instituições religiosas paralelas às reuniões

do A. A., tal prática não se aplica a todos. Mas no programa dos doze passos é nítido o apelo a esse despertar para uma dimensão espiritual, para a crença em um ser superior que ajudaria o dependente a se recuperar.

A partir da segunda guerra mundial, o escritório de serviço mundial do A. A., permitiu a adaptação do programa dos doze passos para outras finalidades não relacionados diretamente com o alcoolismo, que seguem a mesma proposta do A. A., onde a relação entre abstinência com a religiosidade e espiritualidade podem ser igualmente estendida. Exemplo de outros grupos de ajuda mútua que adaptaram o programa dos doze passos: 1953: Narcóticos Anônimos; 1985: Fumantes Anônimos; 1987: Maconha Anônimos, dentre outros.

Pouco tempo depois da criação do A. A., e fortemente influenciado por este, surge os Narcóticos Anônimos (N. A.), com o diferencial de receber também dependentes de outras drogas além do álcool. Podemos dizer que o programa é uma adaptação dos doze passos dos A. A. Os N. A. crêem que todos os adictos sofrem uma doença incurável que afeta o corpo a mente e o espírito. Os N. A. , assim como o A. A. acreditam em um ser superior, apesar de não ter uma definição religiosa específica. É uma associação sem fins lucrativos, composta por homens e mulheres, sem filiação a grupos religiosos, políticos, ou de qualquer natureza. Qualquer pessoa pode participar independente de credo, raça, opção sexual.

Independente da religião professada, a religiosidade e a espiritualidade apresentam um forte impacto no tratamento das adicções. Dentro do N. A., observou-se que aqueles que tinham uma prática religiosa formal diária, além de frequentarem o grupo, apresentavam mais sucesso na manutenção de sua abstinência. A religiosidade, associada ao aos programas dos doze passos parece apresentar maior eficácia em relação ao seguimento exclusivo do programa. (Richard, Bell e Carlson, 2000).

Esses grupos de ajuda mútua passaram por algumas transformações e adaptações dando origem a diversos tipos de comunidades terapêuticas. Em 1952, Maxwell Jones, embora não tenha sido o primeiro a utilizar o conceito de comunidade terapêutica, sistematizou esse modelo de convivência construtiva no qual os membros de uma instituição psiquiátrica ou não, buscam influenciar-se mutuamente para realização de mudanças de comportamento no sentido positivo. A

proposta é que organização dessa instituição se aproxime o máximo possível das organizações sociais, já que o objetivo é reintegrar o indivíduo reabilitado a sociedade. A partir daí, houve uma definição e caracterização mais precisa do que é e de quais são os objetivos das comunidades terapêuticas.

2.3.6 As comunidades terapêuticas (CTs):

As comunidades terapêuticas apresentam maior flexibilidade no tratamento para atender as diversidades culturais e sócio-econômicas dos dependentes, atuando, assim em três linhas de trabalho:

- a) Espiritual (trabalha com a religiosidade ou espiritualidade).
- b) Científica (trabalha de acordo com a medicina científica, psicologia, além da contribuição de profissionais de outras áreas).
- c) Mista (que é a união da linha espiritual com a científica). Algumas dessas comunidades oferecem tratamento gratuito (financiadas por ONGs ou entidades religiosas) enquanto que outras cobram pelo tratamento, possuindo ou não fins lucrativos.

Desta forma, é visível o surgimento dessas CTs como forma de atendimento aos dependentes de drogas em diversos países, principalmente naqueles em que o sistema público de saúde não possui estrutura suficiente para atendê-los. É comum que nesses países essas CTs estejam relacionadas a grupos religiosos, principalmente evangélicos, que atendem a população de baixa renda uma vez que não cobram mensalidades ou apresentam baixo custo quando comparados as CTs particulares.

Esse tipo de tratamento é dividido em três fases: A fase de admissão, onde o adicto deve demonstrar se possui uma motivação própria para ingressar, a fase de tratamento, que é o convívio que envolve a atitude de compartilhar com o grupo através da convivência, e a fase de reinserção onde os mesmos se preparam para o enfrentamento do mundo, aprendendo como lidar com a oferta das drogas no sentido de não sucumbir.

Mas o que é uma comunidade terapêutica e o que a caracteriza?

A comunidade terapêutica é uma modalidade de tratamento e reabilitação principalmente para pessoas dependentes de drogas. Essa reabilitação é feita

através do desenvolvimento pessoal por meio de uma organização micro social bem estruturada. (Cueva, 1997).

As comunidades terapêuticas:

- São modalidades de tratamento, reabilitação e reinserção.
- Não há um cenário fixo onde podem ocorrer. Isso significa que podem funcionar além das residências comunitárias urbanas e rurais, ou seja, em hospitais, prisões, etc..
- Utiliza o enfoque social e psicológico para a reabilitação dos dependentes de drogas.
- Está focado em um determinado perfil de dependentes: devem estar motivados e querer ingressar voluntariamente; nesse perfil geralmente se excluem pacientes agressivos ou que possuam outros tipos de transtornos mentais ou psicológicos associados.
- Prioriza o desenvolvimento social, uma transformação na vida do paciente com o objetivo não apenas de se libertar ou curar da dependência, mas também de torná-lo apto e enfrentar a vida de forma produtiva pautada em realizações, sabendo lidar com as possíveis frustrações.
- Por serem estruturadas, representam a sociedade de uma forma mais organizada que favorece esse desenvolvimento ou transformação pessoal e a aprendizagem social.
- Se baseia em um estilo de vida construtivo, adaptando os pacientes aos padrões sociais de comportamento.

As comunidades terapêuticas podem funcionar em muitos lugares, nos meios urbanos e rurais, e seus membros executam suas funções de modo que todos tenham uma participação ativa. Contam com um programa terapêutico que possui bases educativas, psicológicas, espirituais e sociais.

2.3.7 Os grupos religiosos e as comunidades terapêuticas:

O campo religioso abrange diversidades e peculiaridades no tocante ao tema adicção. Algumas religiões oferecem propostas explícitas de cura e salvação aos adictos, enquanto outras, mais discretas, creem no poder da fé como uma subjetividade que transforma, alivia e cura. Dentro desse campo religioso, as

religiões evangélicas têm destaque por possuir diversas comunidades terapêuticas destinadas à recuperação de adictos. Com um discurso do tipo “só Jesus salva” fazem propagandas em alguns meios de comunicação atraindo, principalmente, jovens de baixo poder econômico, com uma proposta que envolve a conversão religiosa daqueles que desejam fazer o tratamento.

Machado (2011) em sua dissertação de Mestrado analisa uma dessas comunidades terapêuticas evangélicas na Região Metropolitana de Salvador- Ba que se define como “ministério de recuperação de usuário de drogas”. Segundo a autora, durante a época que desenvolvia a pesquisa de campo, essa comunidade atendia mais de mil usuários em suas onze unidades distribuídas em dez estados brasileiros, estando em pleno processo de expansão. Não tendo, inicialmente, condições financeiras de expandir o projeto, o pastor responsável pela instituição decidiu empregar a força de trabalho dos internos através da compra e venda de mercadorias como forma de superar suas “restrições orçamentárias”. Apesar de não citar o nome de tal comunidade na sua pesquisa, para os moradores de Salvador (que circulam em transporte público) não é muito difícil identificá-la. Isso porque os internos dessa CT constantemente circulam nos ônibus vendendo canetas, chaveiros, lanternas de bolso, etc.(anexado a um panfleto da instituição) e contam, de forma comovente, suas respectivas histórias de vida ressaltando como a CT os tinha transformado para melhor. O trabalho realizado por eles é classificado pela autora como trabalho compulsório justificado pela necessidade de re-socialização dos internos. A mesma crê que a venda das mercadorias não estimula a re-socialização por esse ser um tipo de trabalho muito distante do trabalho formal. Em troca desse trabalho, os internos recebem tratamento gratuito na instituição e uma participação ínfima nos lucros obtidos.

Assim, a comunidade terapêutica, organizada sob a lógica empresarial do Pastor Isaías, expressou grande potencial lucrativo, visto que a força de trabalho não representaria custos significativos – pois os *alunos* desempenhariam o trabalho. Como consequência, o modelo de auto-sustentabilidade da comunidade terapêutica ampliou de forma rápida a capacidade financeira da instituição e gerou, conseqüentemente, a oferta de vagas, a demanda crescente por força de trabalho e a necessidade de expansão estrutural para comportá-la. (Machado, 2011, p. 48).

Intero a declaração de Machado (2001) com a de Espinheira (2005) que salienta:

Deve-se destacar neste movimento unificador do mercado o espaço para o afloramento do campo religioso como um componente extremamente dinâmico da economia, circunscrevendo, de fato, um circuito econômico que movimentava densos fluxos de capital. A fé tornou-se uma mercadoria de grande valor; a esperança um produto de primeira necessidade e assim, a religião tornou-se um negócio e a tônica é a do marketing da fé. (Espinheira, 2005. p. 35).

A expansão vertiginosa das Comunidades Terapêuticas de cunho religioso, categoria em que se destacam as evangélicas, se dá, ainda segundo a autora, pela oferta desse tipo de tratamento que, de forma estruturada, institucionalizada e proselitista, tem atendido um público que se vê afligido pelo uso compulsivo de drogas sem, contudo ter um poder aquisitivo para financiar o tratamento nas comunidades terapêuticas particulares. A essa questão aliam-se as deficientes políticas governamentais uma vez que tais comunidades estão assumindo uma lacuna deixada pelo estado ao ofertar serviços dos quais há grande demanda social.

Se por um lado alguns dos internos que cumprem esse tipo de tratamento se sintam beneficiados por ele, por outro lado existem aqueles que relatam ter sofrido constrangimentos, privações e humilhações. Por não existir fiscalização suficiente para abranger as comunidades terapêuticas religiosas, principalmente em virtude da maioria destas funcionar na clandestinidade, arbitrariedades são cometidas “em nome de Jesus”. Estas envolvem privações alimentares, instalações precárias sem as mínimas condições de higiene, superlotação, exploração da mão de obra dos internos que, segundo relatos, chegam a trabalhar mais de doze horas por dia em condições subumanas sob a alegação de estarem fazendo uma “resocialização” ou “terapia do trabalho”. Recentemente tive notícia de que uma comunidade terapêutica religiosa tratava os transgressores com uma prática conhecida como “corredor polonês”. Os internos faziam um corredor humano, e o transgressor passava pelo meio recebendo pontapés e socos até conseguir sair. À falta de estrutura material soma-se muitas vezes à falta de estrutura pessoal: faltam

terapeutas, psicólogos e outros profissionais aptos a dar suporte aos dependentes e aos dirigentes dessas instituições.

Com essas declarações não pretendo acusar de modo generalizado às comunidades terapêuticas religiosas. Como dito no início do parágrafo anterior, existem também muitas pessoas que são beneficiadas com esse tipo de tratamento. O que pretendo é chamar a atenção para a necessidade de regulamentação e fiscalização governamental, para que essas entidades possam funcionar de modo a cumprirem minimamente com os preceitos estabelecidos pelos órgãos responsáveis, oferecendo mais segurança aos pacientes que buscam este serviço.

Os serviços de atendimento aos dependentes de drogas através de CTs que fazem uso religioso da ayahuasca é um fenômeno que vem crescendo não só no Brasil, mas em alguns países da América do Sul, embora em uma proporção bem menor quando comparadas às CTS evangélicas. Alguns grupos associados ou dissidentes de vertentes religiosas ayahuasqueiras atendem, nos moldes de uma Comunidade Terapêutica, os dependentes de drogas, utilizando ayahuasca no intuito de recuperar os dependentes através dos ditos rituais religiosos. Para melhor debater e aprofundar esse tema, a Universidade de São Paulo (USP), sediou entre os dias 12 e 14 de Setembro de 2011 um encontro: “Ayahuasca e tratamento das Dependências”, organizado pelo Dr. Marcelo Mercante, no qual estive presente. Na ocasião, também tive a oportunidade de conhecer e rever pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento que tem se debruçado para compreender o fenômeno da utilização da ayahuasca no tratamento da dependência de drogas. Além de pesquisadores, fizeram-se presente representante de algumas instituições que utilizam o chá com tal propósito no Brasil, Peru, Argentina e Uruguai.

Um exemplo de Comunidade Terapêutica ayahuasqueira religiosa é o Centro de Recuperação Caminho de Luz, em Rio Branco, Acre, Brasil. O centro foi fundado pelo “Mestre Muniz” e funciona há cerca de dezoito anos. Abriga mais de cem pessoas distribuídas em três unidades. Conta com o auxílio e a parceria da Secretaria de Saúde do Estado do Acre e com a Central de Articulação das Entidades de Saúde do Acre. O tratamento oferecido tem duração de aproximadamente nove meses. Muniz apropriou-se dos elementos ritualísticos e

religiosos do Centro Espírita Beneficente União do Vegetal (UDV), utilizando quase toda a sua cosmologia, muito embora não esteja oficialmente vinculado à UDV. O tratamento é desenvolvido pautado na convivência, no trabalho e no consumo da ayahuasca (Vegetal) que é ministrada, em alguns casos, diversas vezes por dia para os pacientes em estado considerado “grave”.

É importante a realização de estudos mais profundos para verificar a quantidade dessa oferta e a qualidade dos serviços que são oferecidos a esses dependentes, assim como os resultados obtidos nessas instituições a fim se compreender quais os possíveis resultados oriundos da associação do uso da ayahuasca em concomitância com práticas religiosas em tais comunidades terapêuticas ayahuasqueiras.

Há também outros grupos religiosos que agem de uma forma menos estruturada e menos proselitista quando comparadas a alguns grupos evangélicos, e que embora não se arvorem explicitamente em recuperar pacientes adictos, oferecem apoio e tratamento espiritual para os mesmos. Este é o caso de alguns centros espíritas, terreiros de candomblé, religiões ayahuasqueiras, dentre outros. Mesmo não possuindo comunidades terapêuticas, atendem em seus templos e igrejas pessoas adictas a fim de proporcioná-las alívio para suas aflições. Segundo Espinheira (2005):

Missas, sessões e outras expressões rituais são orientadas para a cura de doenças e desvios de conduta, a exemplo do alcoolismo, tabagismo ou consumo de outras drogas, no catolicismo, no pentecostalismo, no candomblé, na umbanda, no espiritismo e em outras religiões e cultos praticados no país. Mas, para além dessa articulação como cliente, uma vinculação como adepto numa comunidade religiosa e a adoção de uma identidade religiosa daí decorrente contribuem para um novo ordenamento do indivíduo em virtude de novas significações das relações que se estabelece com o seu contexto social. (Espinheira, 2005, p. 26).

Desse modo, a submissão do indivíduo ao coletivo de uma instituição religiosa, associados a um conjunto de doutrinações de cunho moral, podem favorecer uma recomposição desse indivíduo através do sentimento de pertença ao grupo.

CAPÍTULO 3: TAKIWASI: UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.

O Takiwasi é um centro para dependentes de substâncias psicoativas (“drogas”) cujas características o enquadram na definição de uma comunidade terapêutica (CT). As CTs vêm apresentando um vertiginoso crescimento nas últimas décadas por diversos fatores, um deles é o aumento do uso compulsivo de SPAs relacionado com a incapacidade governamental de atendimento a crescente demanda, principalmente nos países subdesenvolvidos. Como descrito em capítulo anterior, uma comunidade terapêutica se caracteriza por proporcionar aos dependentes de SPAs, uma modalidade de tratamento e reabilitação feita através do desenvolvimento pessoal por meio de uma organização micro social bem estruturada. (Cueva, 1997).

O Takiwasi foi fundado por um médico francês Dr. Jaques Mabit em 1992, após sucessivas revelações nos rituais com a Ayahuasca, (tema que será mais detalhado posteriormente). É uma comunidade terapêutica para tratamento e reabilitação de dependentes de drogas, através de um inovador sistema que pretende unir a medicina científica e psicologia moderna com a medicina e o saber tradicional dos curandeiros peruanos ayahuasqueiros. Localizada no Peru, na cidade de Tarapoto, região de San Martin, no coração da selva peruana, conta com a beleza exuberante da Floresta Amazônica e as vantagens de estar circundado por lindos recursos naturais.

É uma comunidade terapêutica que funciona com as portas abertas e não se utiliza de violência para internar ou manter internos os seus pacientes. Estes estão lá por livre e espontânea vontade, isso significa que só há internação quando o paciente revela um real desejo e motivação interior para realizá-lo. Para identificar tal motivação, o paciente é submetido a entrevistas antes da internação. No caso de estar ali por pressão familiar, ou outras razões, os responsáveis pela instituição se dizem preparados para reconhecer e propor que se busque outro tipo de tratamento. O Takiwasi só recebe pacientes que, de fato, queiram o tratamento e que estejam comprometidos a respeitar e obedecer às normas do Centro.

O tratamento é feito através da ingestão de plantas depurativas, dietas, sessões de psicoterapia, convivência, sessões com a Ayahuasca, banhos, trabalhos

manuais, biodança, dentre outros. A equipe terapêutica responsável pelo Takiwasi é composta por médicos, psicólogos, curandeiros, educadores, que passaram por um processo de iniciação com a medicina tradicional amazônica.

O centro só aceita internos do sexo masculino, tem capacidade para abrigar no máximo 15 pacientes, em um período de aproximadamente 12 meses, tempo previsto para o tratamento completo. Após o terceiro mês, o interno tem o direito de receber a visita de familiares. Não há possibilidade de uso de internet, aparelhos celulares ou outro veículo de comunicação externa. Os contatos telefônicos são possíveis, mas limitados (40 minutos no máximo) e supervisionados por algum funcionário.

Os entrevistados afirmam ter conhecido o centro de diversas formas, a maioria através de alguém que o indicou, (amigos, parentes, etc.) ou também através de pesquisa pela internet. Uma vez decididos a fazer o tratamento, comunicaram à família e fizeram contato com o centro a fim de conhecer melhor as técnicas e métodos usados no tratamento. Após cumprirem os trâmites exigidos (assinatura de documentos e resolução de questões burocráticas), efetivaram a internação.

Os internos que estão no Takiwasi manifestaram um grau de dependência em substâncias psicoativas que comprometia sua saúde e sua qualidade de vida e, segundo os mesmos, isso os impulsionou a buscar tratamento. Alguns já haviam passado por clínicas, hospitais e comunidades terapêuticas, outros já estavam ali pela segunda vez, fazendo um reforço, pois haviam tido “recaídas”. Dentre as substâncias utilizadas pelos internos estavam: cocaína, heroína, medicamentos farmacêuticos (analgésicos, estimulantes e antidepressivos), maconha, bebidas alcoólicas, tabaco, pasta base de coca, dentre outros.

O tratamento em geral não é gratuito. Na época em que estive lá, alguns pacientes relataram que o mesmo tinha um custo de mil dólares por mês. Entretanto alguns pagaram um valor inferior ao cobrado, enquanto alguns poucos não pagaram nada. O Centro tem um fluxo de aproximadamente, 8 a 14 pessoas em tratamento, contando com uma superestrutura de profissionais que chega a ser duas ou três vezes maior do que o número de internos.

É notável o modo como a equipe responsável pelo funcionamento do centro lida com o fluxo de pesquisadores que desejam fazer investigações a respeito do mesmo e das suas respectivas práticas. No site oficial do Takiwasi há diversas publicações, monografias, dissertações e teses escritas por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento que se debruçaram a pesquisar o tema. Desde sua fundação, o centro se coloca como uma instância de investigação científica que desenvolve trabalhos para auxiliar pacientes adictos.

3.1 A estrutura do centro:

O centro, como já mencionado no capítulo um, possui uma boa estrutura material. Observei no período da pesquisa de campo, uma estrutura relativamente grande de trabalhadores que prestavam serviços no local, dentre eles : o dono que é médico e curandeiro; o diretor, psicólogo, mais quatro psicólogos, três pessoas responsáveis pela limpeza e alimentação, um conselheiro que acompanhava o cotidiano dos pacientes, aconselhando-os quando necessário; uma mulher responsável pela oficina de artesanato, outra, esposa do dono que, além de outras atividades ministrava a oficina de contos e máscaras, a esposa do diretor que era responsável pela oficina de biodança, um responsável pela biblioteca, um pela área de informática, um pelo laboratório, secretárias, um padre que além de celebrar as missas era também responsável pela oficina de espiritualidade, um professor de educação física, um de judô, e uma família que tomava conta do sítio onde eram realizadas as dietas, e um jovem que pelo pouco contato não sei ao certo a sua formação, sei apenas que era encarregado de fazer a pré – ayahuasca.

O dono, a sua esposa e o diretor são pessoas de destaque na instituição. Esse destaque se dá não apenas pelos trabalhos que desenvolvem (já citados no parágrafo anterior), mas por realizarem trabalhos energéticos e espirituais com os pacientes, ora acompanhando as purgas e dietas, ora estando à frente como curandeiros, nos trabalhos com a Ayahuasca. Eles são pessoas de prestígio no Centro, reconhecidas e respeitadas pelos pacientes e pelos demais funcionários.

O diretor do Takiwasi, Jaime Torres, me informou que cerca de quarenta pessoas compõe o quadro de funcionários da instituição. Nota-se a partir daí que a estrutura de funcionários é numerosa quando comparada à quantidade de internos. Algumas pessoas trabalhavam no Takiwasi como voluntários, mas a maioria recebia

remuneração pelo seu labor. Com uma quantidade de internos que, segundo os dirigentes do Centro, chegam ao máximo de 15 pessoas, tendo em vista que nem todos são pagantes, (pois o Takiwasi recebe também pessoas que não podem pagar pelo tratamento normalmente nativos de Tarapoto), chego a conclusão que é uma instituição, no que tange o tratamento de dependentes de drogas, que não consegue arraigar lucros com o tratamento.

Certa vez questionei a um dos dirigentes, como o Takiwasi conseguia manter-se. Era notável que a despesa com pagamento dos trabalhadores e manutenção da estrutura material não era compatível com a arrecadação, mesmo se o centro trabalhasse sempre com a capacidade máxima de internos pagantes. A resposta consiste no fato de que o tratamento para dependentes não é a única atividade desenvolvida. O centro também oferece para um público mais amplo a possibilidade de realizar dietas e sessões com a Ayahuasca. Esse público geralmente é formado por estrangeiros em busca de autoconhecimento e de experiências com as plantas de poder. Essas dietas acontecem mensalmente, em datas pré-estabelecidas, no mesmo sítio onde os pacientes também a fazem, embora não concomitantemente. Os internos não têm contato com as pessoas que realizam as dietas nesse sistema. Esse tipo de serviço oferecido pelo centro tem um custo para os participantes, e o valor arrecadado auxilia na manutenção em geral e no pagamento dos funcionários, segundo um dos dirigentes. Além disso, os medicamentos fitoterápicos desenvolvidos no laboratório a partir de ervas cultivadas no próprio centro são vendidos e exportados, auxiliando também, embora em menor proporção, na sua manutenção.

3.2 A rotina dos pacientes:

Os pacientes acordam às 06h30min. Todos devem tomar um banho para começar o dia. Eles preparam seu desjejum, comem e assim iniciam as tarefas diárias. Estas são executadas em um sistema de rodízio. Deste modo, em cada semana, um paciente fica responsável por um tipo específico de trabalho. Eles se revezam na cozinha (limpeza e preparação de alimentos), na compostagem, (processo de reciclagem de lixo orgânico), faxina do alojamento, confecção dos pães a serem consumidos no dia, dentre outras atividades. No decorrer do dia, alguns pacientes são convocados para tomar as purgas, mas cada um tem um dia

determinado e toma uma planta específica de acordo com a orientação dos dirigentes.



Área de compostagem: Através de uma coleta seletiva, o lixo orgânico é trazido para esta área onde é processado para posterior aproveitamento na adubação das ervas e plantas do centro. Foto: Gabriela Ricciardi.



Paciente trabalhando no processamento do lixo orgânico. Foto: Gabriela Ricciardi.

No período da tarde almoçam, e após um breve momento de descanso, preparam-se para participar das oficinas. Em geral as oficinas acontecem à tarde, com exceção da biodança que, na época em que estive lá, acontecia nas Sextas-Feira pela manhã. Findadas as oficinas, seguia-se o momento destinado à prática esportiva, com a supervisão de um professor de educação física. Novamente tomavam banho, jantavam e, à noite, em dias pré-estabelecidos, ocorriam às reuniões de convivência, encontro com os terapeutas, sessões com Ayahuasca, pós Ayahuasca e, aproximadamente às 22 horas, iam dormir (com exceção dos dias em que tinham a sessão com a Ayahuasca).

A convivência dessas pessoas em um espaço comum nem sempre se dava de forma pacífica, os conflitos existiam, mas, para a minha surpresa, durante o tempo em que estive lá não presenciei maiores alterações entre os pacientes. Quando algo os incomodava, eles levavam o assunto à reunião de convivência e junto com os terapeutas, resolviam as animosidades de forma relativamente harmônica. Os conflitos que apareciam na convivência entre os pacientes serviam de base para questionar e transformar alguns padrões de comportamento fundamentais para um convívio numa sociedade em geral, sendo considerada parte da proposta de tratamento.

Os pacientes recebiam uma alimentação balanceada, com pouca gordura, açúcar, condimentos, café e carne vermelha. Esse tipo de alimentação que prioriza o consumo de alimentos naturais faz parte do tratamento, uma vez que os pacientes tomam plantas e fazem dietas e por isso necessitam de uma alimentação especial. Alguns reclamavam da alimentação e sofriam por não poderem se alimentar da forma que estavam habituados. Ao entrevistar um dos pacientes questionei sobre aspectos do tratamento que o incomodava. Para ele, a questão da alimentação era um fator que, principalmente no início do tratamento, o incomodava bastante pois sentia falta da carne bovina e dos doces. De acordo com Giove (2002):

Se observa avidez pelos sabores fortes ao cessar o consumo de drogas, ao tempo que o alimento cobra uma importância desmesurada, convertendo-se em objeto de expressão afetiva, sobretudo com relação ao sabor doce. A comida passa a ganhar o lugar da droga, notando-se um apetite desmesurado na primeira etapa, com o conseqüente ganho de peso, ao passo que vemos uma tendência a transgredir a dieta fixada. Isto está

ligado a lembrança de padrões de consumo e constitui o principal fator de conflito, havendo chegado inclusive alguns a abandonar o tratamento ou trocar pertences por uma guloseima. (Giove, 2002, p. 60)⁸.

3.3 As oficinas:

Na época em que realizava meu trabalho de campo, assisti e participei de algumas oficinas no Takiwasi. As oficinas têm como meta auxiliar no processo de reabilitação dos pacientes. São atividades consideradas terapêuticas que preenchem o tempo do interno, estimula a convivência e a criatividade ao trabalhar em prol do fortalecimento da disciplina mental e corporal, a partir do exercício da concentração, atributo necessário para o desenvolvimento de atividades artísticas e físicas. Todos os pacientes devem participar de todas as oficinas propostas, pois estas fazem parte do projeto terapêutico do centro.

3.3.1 Oficina de espiritualidade:

A oficina de espiritualidade era ministrada por um padre muito simpático e acontecia uma vez por semana. Embora o Takiwasi aceite pessoas de práticas religiosas e crenças diversas, os pacientes devem participar de todas as oficinas, inclusive a de espiritualidade em que o padre transmite toda uma cosmovisão pautada na igreja católica. Os temas eram variados e sempre relacionados a algum trecho da Bíblia. Em uma das reuniões o padre falou sobre o mal. Segundo ele, o mal é caracterizado pelo medo e pelo desânimo que impede a pessoa de avançar e melhorar. O mal estaria em tudo aquilo que é empecilho para conseguir o bem.

“A soberba, o egoísmo e o orgulho é onde o mal faz sua casa. A tentação é um convite, uma provocação, é algo que aparece como bonito e tenta convencer as pessoas colocando os pensamentos negativos para destruir os bons pensamentos e desejos; e se uma pessoa aceita a tentação e a pratica, está dando autorização ao Satanás para agir na pessoa. Como ele engana e causa um dano, quer usar as pessoas para fazer o mesmo, destruir um e depois a outros com a mentira, tendo como objetivo cortar a

⁸ Tradução: Gabriela Ricciardi.

relação com Deus. se não conhecemos o mal, ele atinge, por isso é preciso conhecer para se defender [...] se uma pessoa faz uma transgressão é uma rebeldia, é um pecado.” (Padre Cristian).

O padre ilustrou seu discurso com a passagem do Gênesis, onde conta, segundo a cosmovisão católica, a origem da humanidade e da desobediência da mulher e do homem às leis de Deus por terem cedido à tentação de Satanás através de uma transgressão e toda consequência desastrosa que isso causou na humanidade. Para ele:

“Se queremos, podemos. Existem pessoas para amparar, auxiliar. A forma que Deus nos cuida é através das plantas, oração, missas, tudo isso nos ajuda a sair das tentações do Satanás [...]. Contra Deus não há nada”. (Padre Cristian).

“Jesus veio como humano para saber como é, porque ele não sabe o que é o mal. Se nós não conhecemos o mal ele atinge, por isso é preciso conhecer para se defender. (Padre Cristian).

Um dos internos perguntou sobre os anjos, qual a sua função, e como eles auxiliam as pessoas. O padre respondeu ainda pautado em trechos da bíblia que os anjos são seres celestiais que estão do nosso lado, falou da existência de três grandes arcanjos: Gabriel, Rafael e Miguel. Gabriel, segundo ele e a bíblia, é o mensageiro, pois anunciou a Maria a vinda do salvador, seu filho Jesus. Anunciou também a Isabel e Zacarias a vinda de João Batista, aquele que preparou a humanidade para a vinda do salvador. Rafael é o curandeiro e é o portador da medicina, e Miguel é o chefe da milícia celeste e de todos os anjos, ocupando o mais alto degrau na hierarquia angelical. Para o Padre, nada acontece com quem tem fé nos três arcanjos e na Virgem Maria.

O padre aconselhou aos ouvintes a pensar na Virgem Maria, os envolvendo com o seu manto e os anjos ao redor, quando passassem por alguma dificuldade nas sessões com a ayahuasca, que ainda segundo o mesmo, é a medicina de Deus. Para ele, o mal não é algo concreto, é uma energia. É preciso perseverar, pois contra Deus não há nada, mas é preciso querer se livrar, se juntar com Deus, mas Deus respeita a liberdade de cada um. É como a parábola do filho pródigo, o pai aceita o filho arrependido mesmo que ele tenha cometido erros.

Na reunião seguinte, o tema tratado foi a respeito da mulher. Falou-se sobre a importância da mulher, da Virgem Maria que trouxe Jesus, e da mãe que pôs no mundo cada um de nós. Salientou a importância de tratar bem a mãe, ser um motivo de orgulho, assim como a mulher, em geral. Disse que era inconcebível nas leis de Deus qualquer violência contra a mulher. Nas oficinas de espiritualidade, eu era a única mulher presente. O padre me convidou para falar alguma coisa sobre as mulheres. Apesar da vergonha, não pude recusar. Falei da minha visão de mundo sobre o tema, da minha experiência, e da importância da mulher para a sociedade. Essa oficina geralmente é finalizada com uma oração. Todos de mãos dadas rezam um Pai Nosso, uma Ave Maria, e o Padre faz uma oração em voz alta agradecendo e pedindo, dentre outras coisas, força e proteção para todos.

3.3.2 Oficina de máscaras:

A oficina de máscaras é ministrada por Rosa, a esposa de Jaques Mabit, que ensina aos pacientes a confecção das mesmas, em uma perspectiva material e simbólica. As máscaras são moldadas no rosto de cada paciente e são confeccionadas em um material que se assemelha a uma tela, que é molhada, papel higiênico molhado, algodão, gases e tinta. Cada paciente faz duas máscaras, uma que simboliza o negativo e a outra que simboliza o positivo. Quando ambas estão prontas, a negativa, (que simboliza tudo que os levou ao consumo compulsivo de substâncias psicoativas, assim como os danos psicológicos, econômicos e sociais), é queimada em um pequeno ritual, e a positiva pode ficar em poder dos pacientes simbolizando o que querem ser a partir daquele momento (do tratamento), que imagem querem ter sem o uso dessas substâncias. Segundo a responsável pela oficina, as máscaras negativas são sempre mais chamativas, e eu pude perceber isso comparando as duas máscaras dos pacientes que já haviam concluído ambas.



Máscaras feitas por um dos pacientes, simbolizando o mal e o bem, respectivamente.

Foto: Gabriela Ricciardi.



Máscara feita por um dos pacientes, de acordo com uma visão que teve durante uma sessão com a ayahuasca. Foto: Gabriela Ricciardi.

3.3.3 Oficina de contos:

Esta oficina também é ministrada por Rosa, esposa de Jaques. O objetivo é ler um conto com algum cunho moral para ser discutido com os pacientes. Em uma das oficinas em que estive presente Rosa trabalhou um texto relacionado à mitologia grega: o conto do Minotauro.

Segundo o texto, o Minotauro é uma espécie de monstro, metade homem e metade touro, fruto de uma transgressão: a relação sexual de uma mulher com um touro. Após o seu nascimento, ele foi aprisionado em um labirinto, onde humanos ainda vivos eram lançados para lhe servir de alimento. O Minotauro perdurou até o dia em que o herói Teseu, entrou no labirinto, matou o monstro e escapou vitorioso.

Após a leitura do conto, Rosa iniciou uma explanação associando os símbolos do mito com a realidade dos pacientes e relatou a existência de um espírito transgressor que tem problemas com limites. - “Os limites são promessas que devem ser cumpridas para si mesmo, para os outros e para o mundo espiritual”. Ela sugeriu que os pacientes encontrassem o Teseu interior, para que também pudessem matar os seus respectivos monstros (simbolizados por ela, pela adicção).

3.3.4 Oficina de biodança:

A oficina de biodança ensina aos pacientes a liberar o corpo para agir de acordo com a música e a relação da mesma com cada um, manifestada através do corpo. Ao som de músicas animadas, os pacientes e eu dançávamos ora de olhos fechados e ora de olhos abertos. Todos pareciam envolvidos com os trabalhos com a música e houve quem soltasse totalmente o corpo em uma atitude de liberação. Alguns eram mais tímidos, outros mais animados, mas todos participavam e pareciam se sentirem felizes e alegres com o trabalho corporal que estavam fazendo. Em um determinado momento, a terapeuta pediu para que fizessem um círculo bem fechado, com uma pessoa dentro que se revezava em cada rodada da dinâmica. O objetivo de quem estava dentro era sair, sem violência, mas com habilidade, perseverança e determinação. Quem estava fazendo parte do círculo não podia permitir que o de dentro saísse. Tudo com uma perspectiva simbólica da

relação de estar dentro da adicção, enfrentar dificuldades para sair desse círculo de consumo, e com perseverança e esforço, conseguir e ser vitorioso.

3.3.5 Oficina de judô:

O Judô é uma arte marcial que preza pela disciplina e perseverança. Além dos golpes de defesa pessoais e da técnica de luta em si, que o professor ensinava aos pacientes, era exigido por ele toda uma disposição postural corporal firme e ereta, um comportamento disciplinar de não conversar durante a aula, falar apenas o necessário, enfim, de se comportar através do domínio do corpo e da respiração.

Em um dos momentos em que estive presente, o professor reclamava constantemente de atitudes e posturas que demonstrasse medo, fraqueza, moleza, e exaltava as atitudes perseverantes e a postura firme e ágil daqueles que a possuíssem.

3.3.6 Oficina de artesanato:

Nesta oficina, os pacientes confeccionam colares, pulseiras e outros artefatos de miçanga, palha, sementes dentre outros materiais que, depois de prontos, são colocados à venda na lojinha do centro. Alguns parecem interessados, levam jeito e produzem peças belas. Outros, entretanto demonstram desmotivação. Enquanto se distraíam fazendo o artesanato, observei que entoavam baixinho ícaros que os curandeiros cantam durante as purgas e as sessões.



Artesanato sendo feito por um dos pacientes, que utilizava como matéria prima sementes e casca de coco. Foto: Gabriela Ricciardi.

3.3.7 Oficina esportiva:

A prática de esportes acontece ao ar livre em um campo de futebol de tamanho considerável. Antes da prática, os pacientes fazem alongamento e aquecimento com corrida. Alguns parecem animados e dispostos, enquanto outros, ofegantes e cansados. Após o aquecimento e algumas dinâmicas com bola, dava-se início à uma partida de futebol. Os exercícios físicos duram cerca de uma hora.

3.4. As reuniões:

As reuniões do Takiwasi que estão voltadas para os pacientes são as reuniões matutinas e as reuniões de convivência. Essas reuniões, presididas por membros da equipe terapêutica, também fazem parte do projeto terapêutico do centro.

3.4.1 As reuniões matutinas:

As “matutinas” acontecem nas Segundas-feiras, e como o nome sugere, pela manhã. São reuniões em que os pacientes relatam as suas experiências com suas respectivas responsabilidades laborais na semana anterior, e se interam das suas atribuições no decorrer da semana que segue. Pude perceber que os trabalhos realizados pelos pacientes são revezados, de modo que cada um executa uma tarefa diferente a cada semana.



Quadro da reunião matutina com os informes da semana. Foto: Gabriela Ricciardi.

3.4.2 As reuniões de convivência:

As reuniões de convivência aconteciam uma vez por semana à noite. Dessas reuniões participavam os terapeutas, o conselheiro e os pacientes, que tinham nesse espaço o direito de manifestarem as suas insatisfações em relação ao centro, aos colegas, aos terapeutas, enfim, podem expor, com liberdade, os seus descontentamentos. Eles levantavam a mão quando queriam falar e o terapeuta anotava os nomes por ordem de quem solicitava primeiro a fala. Os terapeutas funcionam como mediadores da conversa. Ora pediam para diminuir o tom, quando

alguém se exaltava, ora pediam para que falassem, quando o silêncio se fazia presente. Suas observações tinham o intuito de apaziguar e orientar, quando necessário.

Assim que cheguei ao Takiwasi senti um clima de tensão no ar: os terapeutas em constantes reuniões entre eles, e também entre os dirigentes do centro e os pacientes relativamente inquietos. A minha suspeita foi confirmada quando presenciei, pela primeira vez, a reunião de convivência.

Um dos internos, no dia após uma sessão com Ayahuasca, foi convocado para limpar o local e encontrou um *Mapacho* (cigarro artesanal feito de tabaco) na maloca em que ocorrera a sessão. O tabaco é utilizado pela maioria dos curandeiros da Amazônia peruana. É normalmente fumado pelos curandeiros ayahuasqueiros que os “sopram” durante a sessão com a Ayahuasca e juntamente com seus cânticos ou *ícaros*, atraem a vibração dos espíritos guias, protetores e curandeiros. O tabaco é considerado por estes um vegetal mágico, uma “*planta maestra*” que maneja as ondas vibratórias. Nas sessões com Ayahuasca ministradas no Takiwasi, o tabaco ou “*mapacho*”, como é denominado na região, é indispensável e utilizado praticamente em todo o ritual. Além de soprado, é utilizado para banhos, nas dietas, como vomitivos e como base para medicamentos. Na prática curandeiril, o tabaco é manejado com muito cuidado. Os curandeiros normalmente conhecem seus perigos e suas propriedades curativas. Parte deles utiliza o tabaco somente para fins rituais e não fazem uso lúdico ou recreativo na sua vida cotidiana. Apesar de ser amplamente utilizado nas práticas curandeiris do centro, o uso de tabaco é proibido para os pacientes sob a alegação de que a maioria dos internos o fumava associado à PBC (Pasta Básica de Coca), a maconha ou a cocaína, e que isso poderia reativar a memória da drogadição. Além disso, é notoriamente condenado pelos dirigentes do centro, o uso dessa substância de forma desritualizada, ou seja, para finalidades lúdicas.

Ao encontrar o *mapacho*, o paciente, ao invés de jogá-lo fora, comportamento esperado pelo centro, o guardou. Seguido alguns dias, chamou um dos colegas internos para fumar com ele o *mapacho* encontrado. Vale lembrar que isso caracteriza uma transgressão, ou seja, uma quebra as leis e normas do centro que

não permite que o paciente fume ou ingira bebidas alcoólicas durante o tempo que permanece internado, sob a pena de ter que deixar o tratamento.

Aconteceu que, no momento da transgressão, alguns dos internos sentiram o cheiro característico do cigarro sendo queimado, na área em que eles circulam. Incomodado, um deles procurou de onde vinha o cheiro e viu dois dos seus colegas fumando o *mapacho*.

Ele perguntou aos colegas transgressores o que tinha ocorrido, mas eles não contaram. O paciente que os vira fumando, se sentindo apoquentado com a situação, levou ao conhecimento do terapeuta, que, por sua vez, levou ao conhecimento da direção do Centro.

Naquela reunião o assunto veio à tona. Alguns pacientes disseram que se sentiram incomodados e que o cheiro do cigarro fez despertar neles a vontade de fumar. Os que fumaram se sentiram incomodados com o “colega” que fez a denúncia. O que fez a denúncia se sentiu traído pelos “transgressores” que não tiveram confiança suficiente para contar-lhe a situação. O terapeuta tentava deixar claro que aquele ato se tratava de uma transgressão.

O terapeuta funcionava como um intermediador. Havia momentos em que a discussão ficava calorosa. As pessoas queriam falar todas ao mesmo tempo, e ele, com uma habilidade impressionante, impunha sua presença de forma firme e educada, colocando ordem no debate.

Ao final da reunião, que nesse dia durou um pouco mais do que o previsto, os transgressores assumiram a culpa. Inicialmente um quis proteger o outro, mas depois, o outro também assumiu. Um deles apresentou certa resistência em reconhecer o erro. Ele disse que a vida era dele, que fazia o que queria... Mas o terapeuta disse que quando se vive em grupo, tem-se que ter cuidado, pois uma atitude como esta pode não afetar só ele, mas comprometer todo o grupo.

Em outra reunião, na semana seguinte, outro transgressor se revela. Ele contou que também fumou o *mapacho* umas quatro vezes (o cigarro tinha a mesma origem) e tomou aspirinas (ele era dependente de analgésicos também) que estavam na bagagem que seu pai deixou para ele.

A partir daquele momento tudo fazia sentido. O padre na oficina de espiritualidade e durante a homilia na missa, falava de transgressão. O conto, sobre transgressão. Tudo que aconteceu nesta semana estava ligado a esse tema: quebra e violação das regras e suas consequências.

Os grupos sociais, em geral, criam regras e normas de conduta e zelam de algum modo para que estas regras sejam cumpridas. Segundo Becker (2008), as regras sociais definem tipos de comportamento adequados, especificando algumas ações como corretas e aprováveis e outras como erradas e desaprováveis. Desse modo, aqueles que não estiverem dispostos a cumprir essas regras são considerados transgressores ou desviantes.

Todos os grupos sociais fazem regras e tentam, em certos momentos e em algumas circunstâncias, impô-las. Regras sociais definem situações e tipos de comportamento a elas apropriados, especificando algumas ações como “certas” e proibindo outras como “erradas”. Quando uma regra é imposta, a pessoa que presumivelmente a infringiu pode ser vista como um tipo especial, alguém de quem não se espera viver de acordo com as regras estipuladas pelo grupo. Essa pessoa é encarada como um outsider. (Becker, 2008, p.15).

Nesse texto, por questões metodológicas, substituo o termo outsider por transgressor, uma vez que foi essa palavra a que apareceu no campo quando os informantes se referiam as pessoas que tiveram algum comportamento desviante ou, como sugere o autor, algum outsider.

Segundo Durkheim (1996), na maneira como as pessoas expressam o corpo está uma dada realidade social. O corpo físico é o lócus material onde estão inscritos elementos do corpo social. Mas, para que haja personalidades distintas, deve haver algo que as diferencie, ou seja, algum fator de individualização. E é justamente o corpo que desempenha esse papel. Como os corpos são diferentes uns dos outros e ocupam pontos diferentes no tempo e espaço, cada um deles é um meio através do qual as representações coletivas se instalam e se colorem diferentemente. Em Paralelo, todas as consciências que estão nesses corpos estão inseridas em um mesmo mundo, o mundo das idéias e dos sentimentos que fazem a unidade moral do grupo, que não é vista do mesmo ângulo, já que cada um ocupa uma posição no espaço, e por isso, cada um expressa ao seu modo. Como não são

vistas do mesmo ângulo, algumas pessoas podem apresentar uma compreensão diferente das regras. Nem todos os indivíduos as veem como sendo algo positivo e legítimo.

Aplicaremos essa idéia ao objeto de estudo: o Takiwasi. Antes da internação, os pacientes entram em contato com um conjunto de normas do centro e firmam um compromisso em obedecê-las a fim de que possam assegurar um possível sucesso no tratamento. Dentro dessas regras está à abstinência sexual, o que inclui a masturbação, não se ausentar do âmbito do centro sem a prévia autorização dos responsáveis, e também não consumir substâncias como tabaco, álcool e outros psicoativos de forma desritualizada. Talvez fosse óbvia a premissa de que pessoas em tratamento não consumam substâncias desse tipo, uma vez que ali se encontram com o objetivo de se livrarem das mesmas. Mas durante o tratamento, os internos consomem a Ayahuasca, um psicoativo enteógeno, com o objetivo de cura psicológica, física e espiritual. E durante o ritual vêem o curandeiro soprando tabaco durante muito tempo, além dos dirigentes, que o fazem constantemente sob a alegação de que estariam afastando maus fluidos, também o padre, que bebe vinho (simbolizando o sangue de cristo) na sua celebração da missa católica.

Isso possibilita que um transgressor, que encontra um cigarro de *mapacho* ao limpar a maloca onde foi realizada a sessão, pode ter uma visão diferente da situação. Pode não se considerar um transgressor, já que acreditam que os indivíduos que fizeram as regras (os dirigentes) são também transgressores, pois estão executando o mesmo ato que eles.

Uma questão surge: os dirigentes não firmaram compromisso de não fumar *mapacho* no âmbito do centro. Isso está relacionado ao fato de acreditarem que fazem um uso sagrado e controlado da planta, diferente do uso recreativo e compulsivo que caracteriza o comportamento dos dependentes. Com isso os dirigentes não se consideram transgressores, a transgressão não é caracterizada pelo ato em si, mas na intenção da realização deste ato. A intenção dos transgressores era diferente. O prazer de fazer algo escondido, de violar uma lei pré-estabelecida, de “ceder á tentação”. Estavam ali justamente pelo motivo contrário: aprender a não ceder á tentação de um prazer que anteriormente causara tantos prejuízos às suas vidas.

Outra questão decorre: quando alguma pessoa ou um grupo de pessoas chama a atenção pública à transgressão de outrem, ou em direção daqueles que estabeleceram as regras, ou na direção dos outros que acreditam que as regras tem um valor sócio-moral, a transgressão precisa, indubitavelmente, ser punida. Para os dirigentes do centro, é necessário que as pessoas com quem lidam, os dependentes, tratem-nos com respeito a fim de que possam continuar executando as suas tarefas.

Eles não foram obrigados a deixar o tratamento, em parte pela conduta que tiveram depois, em reconhecer o erro, mas receberam a sentença de fazer a dieta. Durante a dieta os pacientes passam cerca de uma semana isolados em suas cabanas no sítio, recebendo a visita do curandeiro que os leva um alimento (arroz sem sal com banana) e também as plantas que devem ingerir, que para cada um pode ser diferente. Após uma semana os “transgressores” regressaram ao Takiwasi.

O fato de serem usuários compulsivos de substâncias psicoativas (lembro que nem todos os usuários dessas substâncias desenvolvem compulsão) já os coloca, frente à sociedade, na condição de transgressores. Transgridem, em primeira instância, as leis que estabelecem como ilícitas as substâncias por eles utilizadas, e, em segunda instância, transgridem as leis morais da sociedade em que vivem (que estabelece que uma pessoa deva dominar a si mesma, controlando suas vontades e impulsos).

Assim, o conjunto de condutas adotadas pelo centro é norteado pela preocupação em não empurrar os internos ainda mais em direção a essa “carreira de transgressores”. Ao adotar a dieta como solução para conscientiza-los, o centro ofereceu a esses pacientes a possibilidade de refletir sobre a verdadeira motivação da conduta considerada desviante, através do isolamento na dieta. Além disso, creio que foi sábia a decisão de não expulsar os transgressores do âmbito do centro. Provavelmente isso não resolveria o problema uma vez que a expulsão só daria continuidade ao padrão em que estão habituados, de serem marginalizados e estigmatizados pela sociedade em virtude dos seus atos.

Nas reuniões de convivência apareceram outros assuntos também. Um dos pacientes se sentia incomodado porque outro, um francês, não tomava o banho matutino, determinado pelo centro, e ao final do dia estava fedendo. Ele se defendeu

dizendo que banho demais fazia mal para a pele dele, retirava a proteção natural, deixando-a mais suscetível a fungos. O terapeuta orientou para que tomasse banho todas as manhãs, caso aparecesse fungos em sua pele, eles seriam tratados.

Em outra reunião alguns internos se irritavam com o jeito que um dos colegas brincava com os cães. Este se comprometeu em amenizar. Em outra, alguém reclamou do tempo em que podiam falar ao telefone, se queixando de ser pouco. O terapeuta se comprometeu a levar o assunto aos dirigentes. E muitos tipos de problemas apareciam, e também muitas soluções, debatidas sempre, pelos dois lados: pacientes e terapeutas.

3.4.3 As reuniões pré- ayahuasca:

É uma espécie de concentração e relaxamento que acontece antes da sessão com Ayahuasca. A “pré” é ministrada por um dos terapeutas. Além da concentração e do relaxamento, cada paciente relata aquilo que deseja ver, conhecer ou resolver durante a sessão. Uma vez concluída a pré-ayahuasca⁹, os pacientes tomam um banho de ervas, em um banheiro próximo ao local onde ocorrerá a sessão e vestem um uniforme de cor clara, que cada um ganha no ritual de iniciação. Quando retornam, escolhem o local em que vão se sentar e aguardam o início da sessão.

3.4.4 As reuniões pós-ayahuasca:

Nesta reunião estão presentes os terapeutas e os pacientes. É um espaço reservado para contarem suas experiências com ayahuasca, coisas que viram e sentiram durante o ritual. Os pacientes buscam esclarecer e compreender melhor os símbolos que surgem no momento da sessão, propiciados pelo efeito visionário da planta. Um dos pacientes pede para contar sua experiência, e os terapeutas em junção com os demais pacientes o auxiliam a compreender melhor a relação entre o símbolo visto e a realidade em que se encontra. Na cosmovisão do centro, os

⁹ A pré-ayahuasca ocorre no mesmo local (maloca) da sessão.

símbolos e as imagens que surgem durante o ritual com a ayahuasca, tem uma relação direta com a vida e a personalidade de cada um.

3.5 O Takiwasi sob a luz da legislação para as comunidades terapêuticas no Brasil e no Peru.

Nos últimos anos, com o aumento da preocupação em torno do consumo de substâncias psicoativas, temos assistido uma vertiginosa ampliação no número de Comunidades Terapêuticas que se destinam a atender as demandas dos pacientes drogadependentes em diferentes partes do mundo. Para garantir que os usuários deste tipo de serviço tenham um mínimo de qualidade no tratamento, alguns países buscam formas de regulamentar o funcionamento dessas instituições.

No Peru, é a lei 29.756/2012 que trata da regulamentação de comunidades terapêuticas de maneira similar ao Brasil. Sob essa legislação, o Takiwasi recebeu autorização e tem cadastro no Ministério da Saúde peruano para desenvolver suas atividades, o que atesta estar de acordo com as normas vigentes no país onde funciona.

No Brasil, essa necessidade de regulamentação das comunidades terapêuticas se deu dez anos antes em relação ao Peru. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em reunião realizada em 23 de maio de 2001, elaborou um documento a fim de estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas de acordo com o modelo psicossocial. Este documento foi publicado no Diário Oficial da União em 31/05/2001 e ressalta, dentre outras orientações, que:

- A admissão do paciente deverá ser feita mediante avaliação diagnóstica clínica e psiquiátrica, e tais dados devem estar contidos na ficha de admissão.

- Os pacientes que apresentarem alto grau de comprometimento orgânico e/ou psicológico não poderão ser atendidos pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) e devem ser encaminhados para outras modalidades de atenção aos usuários de

substâncias psicoativas. Esses critérios de níveis de graus de comprometimento são também explicitados neste documento.

- A CT não deve impor crenças religiosas ou ideológicas aos pacientes.

- A permanência deverá ser voluntária.

- As CTs devem possibilitar aos pacientes a possibilidade de interromper o tratamento quando desejarem.

- Garantia de anonimato. A divulgação de informações pessoais e de imagem por parte da CT só poderá ocorrer mediante a autorização prévia do paciente ou dos familiares.

- Respeito ao paciente, a sua família e a coletividade.

- As CTs devem observar o direito à cidadania dos pacientes.

- As CTs devem fornecer antecipadamente ao paciente e aos seus familiares as normas de funcionamento assim como os direitos e deveres dos candidatos ao tratamento e a sua concordância deve ser declarada por escrito.

- As instituições devem cuidar do bem estar físico e psíquico dos pacientes assegurando que o ambiente esteja livre de violência.

- As CTs tem o direito de estabelecer atividades relativas à espiritualidade.

- Devem garantir alimentação nutritiva, cuidado com a higiene e alojamentos adequados.

- É proibida a aplicação de castigos físicos, psíquicos e morais.

- As CTs são responsáveis por encaminhar a rede de saúde os pacientes que apresentarem agravos à saúde.

- As CTs devem dar seguimento pelo período mínimo de um ano para cada caso tratado.

- Devem expor no seu programa terapêutico o tempo máximo de internação, evitando a perda de vínculos familiares e sociais.

- Devem explicitar por escrito: a rotina de funcionamento, as atividades obrigatórias e legais, horário de despertar, atividade física esportiva variada diária, atividade terapêutica variada diária, atendimento coordenado por profissional de nível superior ao menos uma vez por semana, atividade que vise estimular o desenvolvimento interior, participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc., atendimento à família durante o tratamento.

- Em caso de fuga ou evasão, a família deve ser comunicada imediatamente.

Em relação à estrutura física, as orientações são as seguintes:

INFRAESTRUTURA FÍSICA

Segue proposta de listagem de ambientes, organizada por setores de funcionamento:

I- Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes

a) Quarto coletivo para, no máximo, 6 residentes - com área mínima de 5,5 m² por cama individual ou beliche de 02 camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

b) Banheiro para residentes: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 camas. Ao menos 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na Portaria GM/MS 1884/94 ou a que vier a substituí-la.

c) Quarto para o agente comunitário.

II- Setor de terapia/recuperação:

a) Sala de atendimento social.

b) Sala de atendimento individual.

c) Sala de atendimento coletivo.

d) Sala de TV/música.

Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos desde que haja uma programação de horários diferenciados.

e) Oficina (ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica).

f) Quadra de esportes.

- g) Sala para prática de exercícios físicos.
- h) Horta ou outro tipo de cultivo.
- i) Criação de animais domésticos.
- j) Área externa para deambulação.

Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições.

III- Setor administrativo:

- a) Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes.
- b) Sala administrativa.
- c) Arquivo das fichas do residente (prontuários).
- d) Sala de reunião para equipe.
- e) Sanitários para funcionários (ambos os sexos).

IV- Setor de apoio logístico:

a) cozinha coletiva, com as seguintes áreas:

- a. 1- recepção de gêneros.
- a. 2- armazenagem de gêneros.
- a. 3- preparo.
- a. 4- cocção.
- a. 5- distribuição.
- a. 6- lavagem de louça.
- a. 7- armazenagem de utensílios.
- a. 8- refeitório.

b) lavanderia coletiva com as seguintes áreas:

- b. 1- armazenagem da roupa suja.
- b. 2- lavagem.
- b. 3- secagem.
- b. 4- passadeira.
- b. 5- armazenagem de roupa limpa.

c) almoxarifado:

c. 1- área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente.

d) limpeza, zeladoria e segurança:

- d. 1- depósito de material de limpeza.
- d. 2- abrigo de resíduos sólidos.

6.4 As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

6.5 Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

MONITORAMENTO

É competência dos COMEN's, CONEN's, Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal a fiscalização e avaliação periódicas, respeitando o âmbito de atuação dos agentes envolvidos dos Serviços mediante a criação de protocolo específico a ser definido posteriormente. Podem ser criadas comissões locais compostas por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, COMEN's, CONEN's, Federações e Associações.

É recomendável que as Federações e Associações fiscalizem e avaliem seus federados e associados.

(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO de 31/5/2001).

Ao tomarmos como parâmetro as normas de funcionamento para uma comunidade terapêutica no Brasil para avaliar o Takiwasi, constatamos que, neste sentido, este provavelmente estaria apto a receber o alvará de funcionamento pelas autoridades competentes. Tanto a proposta terapêutica quanto as suas instalações parecem estar de acordo com as solicitações acima proferidas.

A partir de uma pesquisa mais aprofundada a respeito das comunidades terapêuticas, percebo a importância das leis de regulamentação dessas instituições, e a real necessidade de fiscalização das autoridades neste sentido. Muitas CTs têm sido alvo de críticas em diversos países devido à falta de estrutura e devido, também, a uma série de arbitrariedades cometidas com os pacientes adictos, envolvendo maus tratos, exploração da mão de obra dos pacientes, ausência de profissionais capacitados, alimentação precária, dentre outras. Todos esses fatores colocam em evidência questionamentos em relação a esse tipo de tratamento e sua eficácia terapêutica.

Em Setembro de 2011, foi desenvolvido um trabalho no Brasil que culminou no Relatório da Quarta Inspeção Nacional de Direitos Humanos em locais de internação para usuário de drogas. A inspeção foi coordenada pela Comissão Nacional de

Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. A equipe examinou 68 Comunidades Terapêuticas brasileiras pesquisando itens como: os parceiros, capacidade, número de internos, sexo (Masculino, feminino ou ambos), faixa etária, localização (fácil ou difícil acesso), mantenedora (quem financia o tratamento dos pacientes, se são as próprias famílias ou outras instituições), proposta de cuidado e recomendações para que sejam apuradas as possíveis irregularidades.

As comunidades pesquisadas geralmente apresentaram alto grau de irregularidades. Na Bahia, por exemplo, a lista de irregularidades apontadas na Comunidade Terapêutica analisada soma quarenta e quatro itens. As conclusões são ainda mais estarrecedoras. O alto grau de violação dos direitos humanos dos pacientes internos nessas instituições se confirmou como regra. Notam-se tais violações em diversos níveis como, por exemplo:

- a) Prática de espancamento, violência física, exposição a situações de constrangimentos ou vexatória.
- b) Superlotação.
- c) Condições físicas precárias insalubres e perigosas.
- d) Falta de saneamento.
- e) Odores provenientes de acúmulo de excremento não higienizado.
- f) Ausência de vasos sanitários.
- g) Água para beber direto da torneira, sem nenhum outro tipo de tratamento.
- h) Esgoto a céu aberto.
- i) Camas de cimento e sem colchões, roupa de cama ou travesseiro.
- j) Quartos sem ventilação e janela.
- k) Internos mal cheirosos, descalços e sem higiene.
- l) Ausência de atividades terapêuticas e recreativas para os internos.
- m) Ausência de atividades de promoção à saúde.
- n) Alimentação precária e restrita.
- o) Permanência de internos nas instituições muito superior ao tempo estipulado pela CT.
- p) Imposição de credo.
- q) Trabalho forçado e não remunerado.

Na conclusão do relatório, destaco que:

O capítulo maus tratos, violência física e humilhações não é pequeno. Neste encontra-se registrada a adoção de métodos de tortura, como, por exemplo, internos enterrados até o pescoço (recurso terapêutico?); o castigo de ter que beber água do vaso sanitário por haver desobedecido a uma regra, receber refeições preparadas com alimentos estragados, além do registro de internos que apresentavam, no momento da inspeção, ferimentos e sinais de violência física. (Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, 2011, p.191).

No final da investigação, fica registrado, além de outras informações, que:

a) O número de Comunidades terapêuticas que atende ao sexo masculino se revelou como sendo a maioria. Das sessenta e oito CTs visitadas, onze atendem homens e mulheres, seis atendem apenas mulheres ao passo que cinquenta e uma são destinadas apenas ao público masculino.

b) Embora encontradas CTs em estado de superlotação (três), na maioria dos casos há mais vagas do que pacientes, caracterizando grande oferta desse tipo de serviço.

c) Das sessenta e oito CTs, vinte e sete não oferecem serviços médicos, sete não relataram se o mesmo era oferecido, enquanto trinta e quatro possuem (nem todas em caráter permanente) médicos.

d) Quanto aos psicólogos, na maioria das CTs visitadas (quarenta e oito unidades) eles estavam presentes, mas vale ressaltar que nem todos trabalham em caráter permanente nestas instituições.

e) Outro dado interessante diz respeito à religião adotada em tais instituições. Das sessenta e oito analisadas, vinte e nove declaram-se evangélicas, três cristãs, oito católicas, uma espírita, sete sem religião e dez afirmam desenvolver trabalhos religiosos, mas não especificaram a religião. No caso brasileiro é nítida a predominância de CTs evangélicas, como aponta o Relatório.

Cada comunidade terapêutica deve ter um conjunto de normas, leis, regulamentações de modo que os pacientes que desejarem efetivar o tratamento deveriam estar cientes, de maneira documentada, de tais normas ao ingressar na CT. A questão, entretanto, é que muitos pacientes não têm muitas explicações, e

quando as têm, estas não especificadas satisfatoriamente. Geralmente o paciente se depara com essas regras já tendo ingressado e iniciado o tratamento, gerando insatisfações que podem culminar em fugas perigosas. Outro ponto a ser analisado é o trabalho ou laborterapia desenvolvida em tais comunidades. Qual o limiar entre o trabalho com objetivo terapêutico e a exploração da mão de obra dos pacientes? Este é um problema a ser mais bem discutido entre as autoridades governamentais e as CTs. Torna-se então evidente a necessidade de mais investigações e um maior controle no funcionamento dessas instituições.

Durante a pesquisa de campo no Takiwasi, essa era uma preocupação constante: Verificar se havia insatisfações por parte dos pacientes foi algo que me destinei a avaliar criteriosamente. Na observação participante, durante as reuniões de convivência, me deparei com duas situações.

Na primeira, um dos pacientes se queixava de insetos como cupins e baratas no ambiente em que viviam. O psicólogo que ministrava a reunião anotou a reclamação e se comprometeu em solucionar o problema: ou arranjaria gatos ou faria uma dedetização para afastar tais insetos. Penso que tal reclamação não afete a reputação do centro, tendo em vista que nas residências, inclusive nos centros urbanos, constantemente somos surpreendidos com o mesmo problema.

Na segunda, outro paciente declarou que algumas vezes já se deparou com cobras no terreno onde funcionam as instalações do Takiwasi. Apesar do perigo evidente, tive que concordar com o centro que declarou que quanto a isso, nada poderia ser feito. O Takiwasi localiza-se em uma área de Floresta Amazônica, é natural que apareçam, de vez em quando, animais silvestres “visitando” o local. É difícil oferecer segurança em relação a isso. Mas os pacientes foram orientados a comunicar aos responsáveis o local onde o animal foi avistado para que fosse removido.

Nas entrevistas semiestruturadas eu questionei aos meus informantes se havia algo que os incomodava durante a sua estadia no centro. Um deles se queixou da alimentação. Disse que antes de iniciar o tratamento estava acostumado a comer muito, muita carne e que gostava muito de doces. Sentiu muita dificuldade de se adaptar a comer de forma mais regrada. O mesmo, porém, reconheceu que

precisava controlar mais sua alimentação, pois estava visivelmente obeso. Giove (2002) declara que os pacientes adictos quando estão submetidos ao tratamento tendem a substituir a compulsão do uso de drogas pela compulsão alimentar.

Para me assegurar de que os pacientes recebiam alimentação adequada, verificava, junto com as auxiliares de cozinha, a quantidade e a qualidade da comida que era destinada para os pacientes cozinharem. Além disso, verifiquei as fichas de pacientes antigos que continham fotografias de quando começavam e quando concluía o tratamento. Na maioria dos casos era surpreendente a forma física que tinham após o tratamento: bem mais robusta com aparência geral mais saudável quando comparadas as fotografias iniciais.

Outro paciente disse que sentia falta de mulheres. Já estava a nove meses em tratamento, já no período final (da reinserção) e ao sair para desenvolver seu trabalho voluntário em um orfanato de crianças com deficiências físicas e mentais, deparava-se no caminho com “*las chicas*”, ou seja, garotas, que o deixava muito alterado. Declarou que a minha presença e a de outra jovem (que gravava um documentário no mesmo período), causava desconforto aos pacientes. O Takiwasi informa aos pacientes antes de ingressarem, quais são os passos, estratégias e regras para o tratamento: uma delas é a abstinência sexual. Além desses dois relatos, teve mais um que afirmou se incomodar com o pouco tempo que tinha para falar com os familiares ao telefone nos domingos.

O Takiwasi é uma instituição que goza de prestígio e legitimidade por parte das autoridades peruanas e da comunidade local. Se estivesse localizada no Brasil provavelmente seria considerada como cumpridor dos pré-requisitos para obter autorização de funcionamento de acordo com as solicitações da ANVISA. Posso afirmar (através das declarações dos pacientes em paralelo com a observação participante), que não percebi maiores insatisfações quanto ao tratamento recebido pelo centro. O que pude notar foi que, além de uma boa estrutura material o Takiwasi possui uma estrutura de funcionários qualificados para exercerem suas funções. É notável a habilidade dos psicólogos no trato com os pacientes, a figura do dono, sempre presente supervisionando os trabalhos, o bom humor de toda equipe, a integração dos funcionários e o tratamento cortês entre eles e os pacientes.

CAPÍTULO 4: OS RITUAIS E O TAKIWASI

Victor Turner (2005) em “Floresta de símbolos” define ritual como sendo um comportamento formal prescrito para ocasiões não devotadas à rotina tecnológica, tendo como referência a crença em seres ou poderes místicos. Ele apresenta o ritual como um conjunto de significados onde os membros de uma cultura determinada devem interagir para que haja determinado tipo de coesão social. O autor distingue duas funções para o ritual:

a) uma função expressiva: onde o ritual retrata de forma simbólica, determinados valores essenciais e orientações culturais, expressando esses valores básicos de forma dramática, comunicando-os aos participantes e expectadores. Esse é um aspecto importante do ritual, pois os rituais possuem algumas propriedades que só podem ser compreendidos num contexto cultural específico e apenas por aqueles que possam decodificar seu significado.

b) uma função criativa: nessa função o ritual cria ou recria as formas através das quais os seres humanos percebem a realidade - os axiomas subjacentes à estrutura da sociedade e às leis da ordem natural e moral.

O estudo dos rituais e seus significados abrangem objetos, roupas, movimentos, gestos, sons, palavras, melodias e aromas, bem como o estabelecimento da ordem em que devem aparecer. Os rituais estão presentes em praticamente todas as sociedades, desde a mais “primitiva” a mais “civilizada” e é um modo de ação em que os grupos reafirmam suas crenças e valores em comum.

Helman (1994) acredita que:

Os rituais consistem em uma característica de todas as sociedades humanas. São uma parte importante na maneira como qualquer grupo social renova o mundo em que vive, e na maneira com que lida com os perigos que ameaçam aquele mundo (Helman:1994, p.196).

As sociedades têm a necessidade de manter e revigorar, de tempos em tempos, os pensamentos e sentimentos coletivos que fazem a sua personalidade, a sua unidade. Segundo Durkheim (1996) essa restauração moral só pode ser obtida por meio de assembléias, reuniões, congregações, em que os indivíduos se aproximam uns dos outros reafirmando em grupo seus sentimentos comuns. Os

rituais são formas de expressão onde os sentimentos coletivos são revividos e solidificados no interior dos indivíduos e essa interação se dá principalmente através dos símbolos. Os símbolos exprimem a unidade social sobre uma forma material. Ao entrar constantemente em contato com esses símbolos durante o ritual, os participantes interiorizam seus valores solidificando o sistema comum de crenças.

Para Turner “[...] um símbolo é uma coisa encarada pelo consenso geral como tipificando ou representando ou lembrando algo através da posse de qualidades análogas ou por meio de associação em fatos ou pensamentos”. (2005, p. 49). Ele vê os símbolos como “unidades de armazenagem” que detêm uma quantidade máxima de informação. Cada ritual é uma “agregação de símbolos” e atua como um “depósito de conhecimento tradicional”. Isso se dá porque os símbolos rituais são “multivocais”, ou seja, representam muitas coisas ao mesmo tempo. Cada símbolo corresponde a um grupo específico de valores, normas, crenças, papéis sociais e relações dentro do sistema cultural da comunidade que promove o ritual.

Para Helman (1994), um avental branco usado em um ambiente hospitalar provoca associações: um jaleco branco simboliza “ciência” e “confiabilidade”. O avental reforça a idéia de como o médico deve vestir-se e comportar-se. Da mesma forma que um médico individual emprega os potentes símbolos da ciência médica tais como o avental branco e o estetoscópio, em rituais de cura não ocidentais, os curadores ou curandeiros empregam símbolos religiosos ou artefatos (textos sagrados talismãs, *ícaros*) que também simbolizam poderosas forças de cura.

Edward Sapir (1934) faz distinção entre duas categorias de símbolos.

- Os símbolos referenciais - onde estão inclusos o discurso oral, a escrita, as bandeiras dentre outras organizações. São predominantemente cognitivos e se referem aos fatos conhecidos.

- Os símbolos de condensação – nesta categoria estão inclusa a maioria dos símbolos rituais. É definido por Sapir como: “Formas altamente condensadas de comportamento substitutivo para a expressão direta, proporcionando a pronta liberação da tensão emocional de modo consciente ou inconsciente. O símbolo de condensação está saturado de qualidade emocional.” (Sapir, 1934, p.492).

O interessante dessa análise é que enquanto o simbolismo referencial cresce com a elaboração formal no consciente, o simbolismo de condensação deixa raízes mais fortes e profundas no inconsciente, irradiando sua qualidade emocional para tipos de comportamentos e situações aparentemente distantes do significado original do símbolo. Acredito que ambas as categorias de signo são importantes para evocar os aspectos curativos e confortantes dos rituais estudados, embora os símbolos de condensação se mostrem mais eficientes uma vez que despertam modificações importantes no inconsciente possibilitando um cenário mais favorável para a transformação de sentimentos, pensamentos e emoções que conduzem ao alívio, cura ou transformação.

Os rituais reafirmam sistematicamente valores e princípios de uma sociedade e o modo como seus membros devem agir, contribuindo para recriar, na mente dos participantes, sua visão coletiva do mundo (Helman, 1994).

Helman (1994) acredita que em algumas sociedades a visão coletiva do mundo é mais racionalista, em outras, é mais mística. Tanto num caso quanto no outro, a perspectiva sobre os problemas de saúde, faz parte de uma visão maior de mundo, de como este funciona e de qual o sentido das coisas. Esta visão de mundo fornece uma estrutura conceitual e perceptiva, cujos limites poucos indivíduos ousam transgredir. Esse sistema cognitivo comum a todos os membros de uma cultura ou sociedade faz com que o caos da vida e dos problemas de saúde seja compreensível, e forneça um sentido de segurança e um sentido maior para as pessoas. Conforme ressalta: “O sistema cognitivo comum refere-se à visão de mundo cultural do grupo de como seus membros percebem, interpretam e compreendem a realidade, especialmente a presença de problemas de saúde e outros infortúnios.” (Helman, 1994, p.26).

Alguns pesquisadores têm examinado como ocorrem os poderes curativos, onde a presença e certos atos rituais de determinadas pessoas promoveriam a cura de outras. Frank (1985), por exemplo, acredita que os métodos primitivos de cura envolvem um jogo entre paciente e curador, o grupo e o mundo sobrenatural; e isso serve para aumentar as expectativas de cura do paciente, ajudando a harmonizar seus conflitos internos, a reintegrá-lo com seu grupo e com o mundo espiritual, fornecendo-lhe um quadro conceitual para promover isso e tocá-lo emocionalmente.

A função do processo, portanto, é combater o desânimo e reforçar a autoestima do paciente.

Diante da constatação de que o ritual é um componente essencial dos sistemas populares de cura, Achterberg (1985) têm atribuído seu poder a fatores como os seguintes:

- As preparações e participações rituais ajudam o paciente e a comunidade a sentirem-se em controle de uma situação que parecia desesperadora.
- As relações dentro da comunidade são reforçadas e a solidariedade grupal é enfatizada.
- O drama e a estética do ritual são reconfortantes e distrativos.
- Certos aspectos do ritual reforçam os laços entre o paciente e o grupo do qual ele pode ter se sentido distanciado.
- O paciente pode sentir alívio através da crença de que a harmonia entre ele e o mundo espiritual foi estabelecida.
- Os rituais e símbolos servem para interpretar o significado da doença e do papel do doente em determinado contexto cultural.
- O paciente é tocado emocionalmente pela intensidade do ritual, aumentando assim sua esperança e confiança de que algo importante está para acontecer.

Quando preparados psicoativos são utilizados, ou quando ocorrem estados dissociativos ou outras alterações de consciência, como parte do ritual, o poder do curador é reforçado por experiências incomuns e estas reforçam os sistemas de crença espiritual. (Achterberg, 1985, p.157).

A junção do ritual com o uso de psicoativos potencializa seus efeitos possibilitando um reordenamento do mundo e um conseqüente reencantamento, tornando os participantes mais confortados ou conformados o que é expresso na alegria e bem estar observados nos mesmos ao término dos rituais. Isso ocorre em parte porque os símbolos rituais são estímulos para a emoção. Com isso quero ressaltar a importância dos símbolos e rituais e como estes podem ter uma influência

direta ou indireta, consciente ou inconsciente, no alívio das aflições e na cura, contribuindo para a reabilitação do paciente.

Victor Tuner (2005) considera que os rituais são processos sociais, eventos que acontecem em um determinado tempo e espaço. O ritual, como ação, tem um poder transformativo. A performance ritual envolve corporeidade, formas, símbolos e linguagem. O rito de fato modifica a experiência dos atores, é uma força em um contexto de ação que reafirma os valores do grupo reforçando a estabilidade.

Nos rituais ocorre um intercambio entre o pólo intelectual e sensorial da ordem. No pólo intelectual estão os símbolos com valores e normas da sociedade. E no pólo sensorial se dá a ligação do símbolo com processos básicos corporais, exemplo: defecar, vomitar, menstruar. O ritual provoca emoções básicas ligadas diretamente ao pólo sensorial, e, nesta situação, a dimensão sensorial é normalmente mais elevada que a intelectual.

Os rituais de transição social estão associados a mudanças no ciclo vital ou social humano. Na visão de Leach, (1968) a maioria das ocasiões diz respeito, principalmente, ao “movimento que atravessa as fronteiras sociais, de um status para outro”. Em tais circunstâncias, o ritual proclama a mudança de status e as realiza magicamente. Para os participantes, se não houvesse o ritual, a mudança, de certa forma, não aconteceria. No Takiwasi, os rituais de iniciação e as dietas são exemplos de rituais de transição social.

4.1 Os rituais no Takiwasi:

As práticas rituais são extremamente importantes na perspectiva de reabilitação proposta pelo Takiwasi. Grande parte desses rituais foi incorporada a partir do curandeirismo ayahuasqueiro peruano, associadas á elementos do catolicismo. Dentre as práticas rituais, serão destacados: O ritual de iniciação, as purgas, as missas, as dietas e as sessões com a ayahuasca.

4.1.1 Ritual de iniciação:

No ritual de iniciação, um novo paciente, após permanecer em uma pequena casa isolada dos demais por aproximadamente uma semana, é apresentado ao grupo. Mas não é uma simples apresentação. Isso envolve um ritual carregado de simbologias. Em primeiro lugar o neófito aparece com a cabeça raspada. Raspar a cabeça é um exemplo de um ritual de transição de um status social para outro. Segundo relatos dos informantes desapegarem-se dos cabelos significa um rito de passagem de uma etapa de vida cercada de crises e problemas proveniente do abuso de SPAs para outra mais equilibrada em que esperam, com a conclusão do tratamento, saírem mais fortalecidos. O cabelo é raspado e cresce simbolizando uma renovação. Acreditam que, ao rasparem a cabeça estão se livrando de um peso, se despidendo de padrões de comportamentos destrutivos. Na medida em que seguem com o tratamento o cabelo vai crescendo e junto com ele o aprendizado adquirido, o autoconhecimento e a esperança de uma vida mais equilibrada. O corte dos cabelos, ainda segundo informantes, simboliza também o corte das drogas na vida deles.

O ritual de iniciação transcorre da seguinte forma:

É feito um círculo delimitado com pedras, com uma pequena fogueira ao centro. A fogueira também é delimitada com pedras. O novato, com a cabeça raspada, fica no centro desse círculo enquanto os demais pacientes ficam ao redor, na parte externa do círculo. Andando para trás em volta da fogueira, ele fala o que está deixando para trás, aspectos da vida que deseja se libertar. Tudo isso ao som de um tambor (tocado por um dos pacientes), que cria toda uma atmosfera mística. O cabelo raspado, como já dito, tem uma simbologia de deixar para trás a energia de ser um dependente, trazendo a possibilidade de renovação e com o crescimento dos cabelos, espera-se um crescimento psicológico, emocional e espiritual. Em um determinado momento do ritual, o neófito para e atira na fogueira algum objeto que caracteriza o momento em que estava envolvido com a dependência e explica para os demais o que aquele objeto representa para ele e por que está querendo queimá-lo. Pude assistir a dois desses rituais. Em um deles, um paciente atirou um cartão de banco na fogueira, pois o mesmo representava para ele não só o dinheiro que financiava a droga, mas também um objeto que servia para esticar as fileiras de

cocaína que iria inalar. Após atirar o objeto simbólico na fogueira, o neófito caminhava para frente, dizendo o que pretendia a partir daquele momento, suas expectativas em relação ao tratamento e ao futuro. Posteriormente, ele é apresentado aos demais pacientes, que o abraçam dando as boas vindas, e recebe dos dirigentes e terapeutas do Takiwasi um uniforme de cor clara que é usado por todos os pacientes nas sessões com a Ayahuasca. A partir daí ele segue para a casa onde irá conviver com os demais internos.

Na época em que estive em campo, assisti a chegada de dois novos pacientes, além da inclusão de mais dois que estavam fazendo um reforço, pois após algum tempo de conclusão do tratamento tiveram fortes recaídas o que os levou a buscar novamente o centro.

Um dos neófitos era de Lima, capital peruana; o outro vinha da Holanda. Estavam visivelmente abatidos. Em todos os momentos que estive com o primeiro, pude perceber o quanto suas mãos tremiam ao mesmo tempo em que chacoalhava os pés sem parar, e olhava para os lados, para trás, passava a mão pela cabeça insistentemente em uma atitude de inquietação e desconforto. Demonstrava intenso nervosismo. Parecia não conseguir se concentrar nas tarefas e oficinas. Dizia que usava diariamente cocaína em grande quantidade, e de excelente qualidade, pois tinha um fornecedor que garantia que ele fosse abastecido com uma cocaína pura, sem misturas. Como esta era muito cara, com o tempo ele teve que intercalar a pura com a impura, que é a PBC, produto similar ao crack.

O segundo neófito passou mais de uma semana na casa de isolamento. Era dependente de heroína e alvo de constante preocupação do conselheiro, psicólogos e da equipe dirigente como um todo. Isso porque apresentou forte abstinência durante o tempo que esteve em isolamento. Fugiu três vezes. Duas vezes ele voltou por conta própria, e uma vez, teve que ser buscado por um conselheiro, pois uma senhora conhecida na cidade que tem uma simples pousada ligou para clínica avisando que um paciente estava lá, querendo se hospedar, mas que dizia não ter dinheiro no momento para pagar a sua hospedagem, salientando que o Takiwasi iria fazê-lo. Poucos minutos após o telefonema o paciente estava de volta acompanhado por um dos psicólogos e pelo conselheiro. Ele pouco conversava comigo e com os demais. Primeiro porque seu espanhol era muito precário. O conselheiro se

comunicava com ele através da fala e também de sinais para que ele realmente pudesse compreender o que estava sendo dito. Ele parecia triste. Estava sempre com a cabeça baixa, isolado. Foi na aula de biodança o primeiro momento em que o vi sorrir e percebi nele alguma atitude de interação com os demais.

Duas questões são importantes salientar: Uma diz respeito ao aspecto físico do paciente quando chega ao Takiwasi. Além da observação participante, tive acesso a algumas fichas de ex-pacientes, essas fichas são, na verdade, um dossiê de cada um, contendo diversas informações, parecer de psicólogos, desenhos feitos por eles, relatos também escritos por eles, além de fotografias que eram tiradas no momento da admissão e no momento em que deixavam o tratamento. Isso foi algo que chamou bastante a minha atenção. Na maioria das fichas analisadas, os pacientes ao saírem do tratamento pareciam fisicamente outra pessoa, com a aparência completamente modificada. Havia pacientes que engordavam 20 a 30 quilos durante o tratamento, mesmo sendo submetidos a dietas constantes e algumas restrições alimentares. Em conversa informal com um dos dirigentes, demonstrei a minha surpresa em relação a tal fato, ele me disse que os pacientes não apenas pareciam outra pessoa no plano físico, mas de fato eram outra pessoa no sentido de uma transformação não apenas física, mas psicológica moral e espiritual.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é o prestígio do Centro perante a comunidade do entorno. A senhora dona da pousada citada anteriormente, tornou-se minha amiga. Eu também estava hospedada no seu estabelecimento, pela segunda vez por um período considerável. Apesar de evangélica, ela tinha um grande respeito pelo lugar e pelo chá, que era sabido de todos que era consumido lá. Em Tarapoto, o meio de transporte mais comum e acessível à população é o mototaxi. É uma estrutura em que a frente é uma moto, dirigida pelo taxista, acoplada a uma pequena carrocinha, com cobertura e com capacidade para comportar até três pessoas. De qualquer ponto da cidade, em qualquer mototaxi que eu entrava apenas dizia Takiwasi, e todos, sem exceção me conduziam ao local solicitado sem tecer nenhuma pergunta em relação ao itinerário. Vale salientar que se trata de uma cidade pequena; mesmo assim algumas vezes em conversas informais com os motoristas, as referências que me davam em relação ao centro eram sempre positivas, o que para mim caracterizou que o mesmo goza de prestígio na cidade onde funciona.

Segundo os dirigentes, esse primeiro momento de isolamento do novato é fundamental, tanto para ele, quanto para os demais pacientes. Isso por que o neófito chega muitas vezes nervoso, “carregado de más energias” devido ao envolvimento com as drogas, e pode contaminar os demais com seus comportamentos e com a energia emanada por ele. Durante o isolamento, o novato toma banhos, purgas, segue uma alimentação diferenciada para estar um pouco mais “limpo” para encontrar-se com os demais.



Arrumação do local onde acontecerá um ritual de iniciação. Atrás: Campo de futebol onde são desenvolvidas algumas atividades esportivas. Foto: Gabriela Ricciardi.



Realização de um ritual de iniciação em que um neófito atirou uma camisa na fogueira. Foto: Gabriela Ricciardi.



Uniforme que os neófitos ganham dos dirigentes do centro, após o ritual de iniciação. Esse uniforme será utilizado nas sessões com a ayahuasca. Foto: Gabriela Ricciardi.

4.1.2 Missa:

A existência de uma capela e a realização de rituais católicos (missas) no Takiwasi nos faz pensar que, apesar de receber pacientes das mais diversas orientações religiosas, ou até agnósticos e ateus, o centro tem orientação religiosa pautada no catolicismo. Essa suposição se concretiza na medida em que, através do trabalho de campo e das entrevistas, pude notar o quanto a cosmologia católica está presente não apenas no Takiwasi, mas no curandeirismo tradicional ayahuasqueiro amazônico. O discurso dos dirigentes e curandeiros do centro constantemente ressalta “a grandeza do catolicismo e a importância do mesmo na cultura local”. A oficina de espiritualidade é ministrada por um padre católico (também consumidor da ayahuasca no Takiwasi). Como não poderia ser diferente, o Padre aborda a espiritualidade a partir de uma perspectiva bíblica e católica.

As missas são rezadas duas vezes por semana de acordo com o ritual da igreja católica. Os internos não são obrigados a assistir, mas a maioria opta por fazê-lo. Durante a pesquisa de campo assisti apenas uma missa, por ser um ritual rígido, sem muitas oscilações, considerei irrelevante para este trabalho acompanhar o ritual mais de uma vez. A homilia ou sermão foi direcionado à dualidade Satanás e Deus, correlacionada respectivamente com a prisão das drogas e a libertação divina.

As missas são ministradas pelo Padre Cristian, o mesmo que desenvolve a oficina de espiritualidade e também oferece “suporte espiritual” aos pacientes. Ele, além desses afazeres no Takiwasi, toma a ayahuasca nas sessões, junto com os pacientes, mas ele ressalva: - “Eu tomar ayahuasca com os curandeiros não significa que se confunde a igreja com a ayahuasca”. O padre afirma ter recebido autorização do bispo para desenvolver esses trabalhos no Takiwasi e também para tomar ayahuasca.

Para ele:

“A experiência me diz que quando estamos falando de Deus estamos falando do todo poderoso e todas as pessoas, mesmo as que não creem em Deus, Deus arranja um meio de falar com elas. Deus está atento a todas as pessoas que querem tomar conhecimento do bem e do mal. Dentro desses meios que Deus usa para se comunicar está a mãe natureza, que é a presença de Deus que tudo conserva e nisso há uma série de plantas que

os curandeiros usam para que as pessoas tenham consciência. Mas Deus é quem trabalha por meio das coisas maravilhosas que existem [se referindo às plantas]. Dentro dessas plantas há uma hierarquia de cura e a planta máxima, a planta mestra é a ayahuasca. Não é que a planta tenha poder. Eu entendo que as pessoas quando tomam a planta Deus permite que as pessoas tomem consciência. Deus quer que os homens tomem consciência do seu lado escuro, para libertar-se do mal e ver o lado do bem”. (Padre Cristian. Entrevista).

O padre também acredita que tudo que é para o bem das pessoas, está com a palavra de Deus. Ele diz não gostar do sabor da ayahuasca, mas gosta do papel e da missão que a planta tem, trabalhando na consciência das pessoas.

“A ayahuasca eu posso assegurar que não é droga, não faz adicção. Tenho tomado ayahuasca há cinco anos. O gosto é horrível, mas sabendo da necessidade dos pacientes eu gosto. Eu desfruto, pois é uma coisa muito especial que eu aprendo muito com as plantas para ajudar as pessoas. E as pessoas que vem para cá com a intenção de se curar se curam”. (Padre Cristian. Entrevista).

Durante os rituais da missa observei que o padre se servia de um cálice de vinho afirmando ser o sangue de cristo. Perguntei a ele como os pacientes adictos se comportavam diante de tal fato. Em relação ao vinho nas cerimônias das missas consumido (em pequena quantidade) pelo padre ele diz que:

“As coisas não são más porque são, mas porque o homem não sabe usar. O vinho que está na casa de Deus é para uma missão sagrada. Está sendo o bom uso do álcool. É um ensino que temos que valorizar e respeitar. As plantas te curam, te liberam, mas os abusos podem matar. O tabaco é uma planta curandeira, e os adictos aprendem que não é a mesma coisa do cigarro que fumam que vem com nicotina e tantas coisas que causam dano”. (Padre Cristian. Entrevista).

O padre Cristian crê que o desenvolvimento da espiritualidade, do estabelecimento de um vínculo com o divino é fundamental para o sucesso no tratamento da adicção, porque, para ele: - “Toda adicção é uma forma de busca da pessoa por respostas [...]. Só Deus pode curar as feridas e dar respostas aos problemas. Mas muita gente busca essas respostas em lugares equivocados. No álcool, na droga”.

Capela católica, missas, oficina de espiritualidade ministrada por um padre, imagens de ícones católicos em algumas instalações podem revelar o quanto o catolicismo está presente na cosmologia do grupo. Jaques Mabit, fundador do Takiwasi, médico e curandeiro do centro é um ferrenho defensor do catolicismo e dos seus princípios. A partir da entrevista que me foi concedida, pude confirmar o quanto o catolicismo está presente no Takiwasi de modo que, embora não haja imposição direta de credo, não podemos classificar a instituição como uma Comunidade Terapêutica Laica. Mabit acredita que há atualmente um rechaço da igreja católica. Afirma que os ocidentais estão em guerra com a igreja e que a igreja católica está presente como parte integrante da cultura ocidental e “quando não há uma integração com a sua cultura e com as suas raízes isso não é curativo”.

Para Mabit só é possível curar-se a partir de uma integração com a cultura. Se a cultura ocidental está pautada no catolicismo e nos seus fundamentos, podemos deduzir que é curativo aceitar a religião católica e ser católico?

A história retrata que a igreja católica em épocas coloniais enviava seus missionários às colônias com o objetivo de catequizar os índios. Catequizar significava também conduzir os “selvagens” e suas práticas rituais (considerada feitiçaria e demoníacas) à luz do cristianismo, conforme ressalta Taussig: “Os missionários acreditavam firmemente na eficácia da feitiçaria e supunham que os índios eram especialmente dados a praticá-la, devido ao fato de terem sido seduzidos pelo demônio” (Taussig, 1993, p.146).

A ayahuasca era o símbolo da feitiçaria indígena, amplamente criticada e rechaçada pela igreja católica no período colonial. Diante da pressão exercida pelos missionários católicos, a intimidação e o medo de parar nas fogueiras da inquisição, as práticas curandeiris com plantas (incluindo a ayahuasca) tiveram que se adaptar à nova realidade: os curandeiros tiveram que se converter ao catolicismo. Essa “conversão” permitiu, de certo modo, que essas práticas rituais ayahusqueiras perdurassem. Ao incorporar elementos do catolicismo, adaptando-se em um processo de aculturação (que se iniciou no período colonial e que perdura até a atualidade), a ayahuasca conquista legitimidade e prestígio em sítios não apenas relacionados à tradição indígena. Exemplo desse processo de aculturação são

padres consumindo ayahuasca e curandeiros, xamãs e pajés ayahuasqueiros consumindo hóstias em rituais católicos, exatamente o que sucede no Takiwasi.

Observe como o pensamento de Jaques e o do Padre Cristian estão em concordância no tocante à ayahuasca:

“A ayahuasca é uma planta, não é um Deus. É um elemento da criação que está à disposição do ser humano para a evolução espiritual. As plantas são criaturas, mas o criador é outro, mas a ayahuasca não é a solução, não é a fonte da vida. Para mim é um instrumento para o mundo espiritual”. (Jaques Mabit).

Assim como o Padre Cristian, ele também acredita que é importante desenvolver a espiritualidade quando se almeja superação da dependência de drogas, mas a orientação espiritual oferecida pelo centro é fundamentalmente católica. Esse catolicismo aparece mesclado, é claro, com elementos da tradição indígena principalmente quando incorpora as plantas psicoativas no desenvolvimento dessa espiritualidade.

Jaime, diretor do centro também faz menção ao ritual católico e a sua possível eficácia operacional ao dizer que: - “O ritual funciona, independente de a pessoa acreditar ou não. Podes não acreditar que ali é o corpo e o sangue de Cristo, mas é operativo. O padre é um pecador. Mas no momento que coloca a estola, isso é operativo, independente de se crer ou não”.



Interior da capela. Foto: Gabriela Ricciardi.

4.1.3 Purgas:

As purgas são proporcionadas por plantas purgativas e vomitivas ingeridas pelos pacientes com o objetivo de “limpar” o corpo da droga. Segundo Douglas (1966) “Nossa ideia de sujeira é composta de duas coisas, cuidado com higiene e respeito às convenções”. No Takiwasi as drogas são consideradas uma sujeira ou impureza para o organismo físico, psíquico e também espiritual. Vistas como sendo ligadas às entidades espirituais negativas e demoníacas elas poluem o corpo e o espírito humano. A poluição por sua vez relaciona-se com a desordem. Para que o indivíduo se reestabeleça e volte ao estado de ordem, é necessário limpar, purgar. Essa limpeza se dá a nível físico e espiritual. As purgas tem como objetivo limpar o organismo da “sujeira que é a droga”. Ao vomitar e defecar expelle-se não apenas resíduos orgânicos, mas crê-se expelir também todas as toxinas e energias negativas que se instalaram no corpo do paciente quando consumiam drogas. É a luta do bem contra o mal. Sendo o bem representado pelas plantas curativas e o mal pelas drogas que fazem adoecer no nível físico, psicológico e espiritual. Além disso, a ideia de purgar, de alguma maneira nos remete ao purgatório, sofrimento. E de

certa maneira o é. Ao visualizar as sessões de purga dos pacientes, tive a sensação de estarem passando por grande sofrimento. Alguns gemiam, tremiam, vomitavam muito. Mas todos afirmam ter gostado muito da experiência. Declararam que se sentiam leves, limpos e mais calmos. Parece haver alguma relação entre as purgas e a redução das crises de abstinência. De acordo com Giove: “Em forma prática temos observado que com a depuração se favorece a desintoxicação e a recuperação física e psíquica, diminuindo a duração e a severidade da síndrome de abstinência” (Giove, 2002, p.19).

Os rituais de purga acontecem em data e horário pré-determinados pelo terapeuta e curandeiro e, de acordo com a necessidade de cada paciente, é estabelecida a planta que ele irá tomar. O preparo dessas ervas é feito no próprio centro, às vezes com o auxílio de alguns pacientes. No momento em que se está na purga, o curandeiro entoava cânticos ritmados com um chocalho para auxiliar o paciente no processo de purga, potencializando seu efeito.

As purgas que presenciei foram realizadas na maloca próxima a casa onde ficam os pacientes. É comum que durante esses trabalhos os pacientes sentem-se com baldes ao lado, onde vomitam quando necessário. O curandeiro, que é também um dos dirigentes do centro, entoava cânticos e às vezes soprava tabaco em alguns pacientes para potencializar o efeito energético da purga.

O curandeirismo tradicional amazônico valoriza as propriedades curativas do vômito, ao contrário das sociedades ocidentais onde é visto como algo indesejado e até mesmo como sintoma de uma enfermidade. O vômito, para os curandeiros, teria um efeito físico e energético, pois através dele se obteria uma limpeza profunda do corpo e da mente. Deste modo, os pacientes em abstinência fazem sessões vomitivas (purgas) com frequência, chegando a solicitá-las aos dirigentes quando se sentem “carregados” ou quando os sintomas da abstinência parecem forte para eles.

Não consideramos que o vômito esteja no rol do placebo e sim que é um método terapêutico eficaz. Existe uma eliminação real física e energética de todo o que sobra dentro de nós, não necessariamente por ser negativo ou mal, sim também de aquilo que não podemos “digerir” porque não nos corresponde (Giove, 2002, p. 21).

Deste modo, as purgas relacionam-se também aos sentimentos que não foram “digeridos” e a cargas energéticas recebidas que precisam ser eliminadas.

Dentre as plantas utilizadas com esse intuito estão: Yawarpanga (*Aristolachia didyma* sp. Moore), Nardo (*Amarilis* sp.), Rosa sisa (*Tagetes erecta*), Saúco (*Sambucus peruviana*), Huacapú (*Schweilera mexicana*), Tabaco (*Nicotina tabacum*), Huayhusa (*Piper callosum*), Purgahuasca (*Banisteriopsis caapi*), Camalonga (*Semilla de Stychnos* sp.) Mucura (*Petiveria alliaceas*) Jengibre (*Zengiber officinalis*)¹⁰.

Há ainda outras técnicas e rituais de limpeza e purificação utilizada no Takiwasi:

- A sauna de pedras com ervas aromáticas, para que as impurezas sejam eliminadas através do suor. Normalmente são seguidas de um banho em água corrente no rio que perpassa o terreno do centro.

-Incenso aromático, feito com as cascas de uma árvore denominada (no Peru) de Palo Santo, extremamente cheirosa, tem a função de espantar más energias, purificando o ambiente.

4.1.4 As dietas:

Cada paciente que realiza o tratamento completo participa de dietas aproximadamente a cada dois meses, embora esse prazo não seja rígido ocorrendo de acordo com a necessidade de cada um. Essas dietas são uma espécie de retiro em um sítio de propriedade do Takiwasi, que se localiza relativamente próximo do centro, cerca de trinta minutos de carro (levando-se em consideração a precariedade da estrada de barro que liga os dois lugares), mais uma caminhada de também trinta minutos.

O local, conta com a beleza e a exuberância da floresta amazônica, por onde passa um pequeno rio. Ao chegar ao local, cada paciente é acomodado em uma

¹⁰ O nome das plantas são citadas como são conhecidas na região da Amazônia Peruana, seguida entre parêntesis dos respectivos nomes científicos.

pequena cabana de madeira coberta de palha, cujo interior é simplesmente mobiliado com uma construção suspensa de madeira, um fino colchão e um cortinado, conhecido também pelo nome de mosquitoeiro, que impede a entrada de insetos e outros animais. Lá os pacientes ficam por cerca de nove dias.

Durante esse período cada paciente tem contato apenas com o curandeiro que leva o alimento e as ervas depurativas. O alimento é levado uma ou duas vezes por dia, sendo apenas banana verde assada, aveia e arroz, sem sal e sem açúcar. Além do alimento, o curandeiro também maneja as plantas que cada um deve ingerir em cada dia da dieta. No final do oitavo dia, o curandeiro canta os *ícaros* nos pontos energéticos do paciente, dando-lhe para comer uma mistura de cebola, alho, limão e sal e fazem a primeira refeição após a dieta para posteriormente regressarem ao centro.

As dietas são cercadas por uma série de restrições que não são apenas alimentares e não se restringem exclusivamente ao período em que estão isolados no sítio. Essas restrições podem perdurar por até um mês após o término da dieta. Em geral os pacientes respeitam essas limitações, pois há toda uma cosmovisão relacionada com problemas e infortúnios daqueles que “cruzam” a dieta. Cruzar a dieta significa burlar ou não respeitar alguma orientação recebida. Há relatos de pessoas que ficaram desequilibradas psicologicamente e fisicamente por não obedecer às restrições impostas. Lidando com pessoas consideradas pelos dirigentes do centro como transgressoras, eles têm uma preocupação em acompanhar de forma mais acentuada os pacientes que regressam da dieta para que cumpram com as determinações de modo que possam usufruir por mais tempo dos seus benefícios, evitando também os efeitos indesejáveis.

Em geral, orienta-se que as pessoas recém-saídas da dieta não comam doces nem frutas, carne vermelha, comida picante, e nem consumam bebidas alcoólicas. Devem evitar esforço físico, exposição à chuva e ao sol, relações sexuais (o que inclui a masturbação), cheiros fortes inclusive o uso de cosméticos como sabonete, perfume, desodorante, xampu, etc. Além disso, não devem ter contato com pessoas doentes nem frequentar enterros e velórios. Ao desenvolver o trabalho de campo, fui avisada para evitar o uso de qualquer tipo de cosmético, pois o perfume contido

neles poderia prejudicar os pacientes recém-saídos da dieta, o que para minha infelicidade incluía repelentes de insetos.

Do ponto de vista psicológico, os pacientes que fazem a dieta a descrevem como sendo algo muito importante para o tratamento. Neste período em que estão isolados, podem ter contato consigo mesmos, pensar sobre o passado e fazer planos sobre o futuro. Um dos pacientes relatou que sentia dores fortes quando tomava as plantas e que após o terceiro dia da dieta vomitou em um balde um líquido negro, sentindo-se posteriormente leve e melhor. Falou que pensou muito no seu futuro, e ao sair do tratamento iria tomar duas medidas: construir uma casa nova como necessidade de uma renovação em sua vida; e fazer uma reunião uma ou duas vezes por ano com a sua esposa, para desabafarem as mágoas um do outro para não deixá-las guardada por muito tempo. Outro paciente que estava fazendo a dieta pela primeira vez declarou que, apesar de sofrer com insônias constantes, (administradas antes do tratamento por inúmeros cigarros de maconha) durante a dieta ele praticamente só dormia. E dormindo sonhava, sonhava muito e para ele, o que era mais impressionante era a capacidade de se recordar dos sonhos, coisa que não acontecia com ele fazia muito tempo.

Por sua qualidade de ensinamentos, o conteúdo dos sonhos e as visões durante a dieta dão indicações não só para o paciente, mas também de índole geral. Por exemplo, algumas pessoas compreendem que devem fazer para melhorar sua vida cotidiana, e há quem receba indicações de como curar determinadas enfermidades, para si mesmos e para os demais, ao ponto que alguns curandeiros se iniciaram ao curso de uma dieta, enquanto se curavam a si mesmos. (Giove, 2002, p.47) ¹¹.

4.1.5 As sessões com a ayahuasca:

Na época em que estive executando o trabalho de campo, não pude participar, (apesar de muita insistência de minha parte), das sessões com a ayahuasca no Takiwasi, pois estava grávida de quatro meses. Os dirigentes do centro alegaram que, se houvesse algum problema comigo ou com o bebê, temiam ser responsabilizados, o que afetaria a reputação do centro.

¹¹ Tradução: Gabriela Ricciardi.

Mesmo me comprometendo em assinar um documento me responsabilizando por eventuais problemas oriundos da minha participação no ritual, minha participação não foi liberada sob uma segunda alegação: que a energia que circulava durante a sessão poderia ser muito carregada para uma mulher grávida. Na cosmovisão do grupo as mulheres grávidas apresentam um grau de sensibilidade mais aguçado durante esse período, estando mais sujeitas a absorver as energias carregadas de negatividade que podem ser emitidas pelos pacientes. Só restava me conformar. Temos que respeitar a cosmovisão do grupo estudado, tentando, se possível penetrar nela, buscando ver o mundo com os olhos pautados na mesma.

Acontece que, no ano anterior, participei de um congresso organizado pelo Takiwasi e pude assistir a uma sessão com um curandeiro local (que eventualmente é convidado pelos dirigentes para realizar a sessão com os pacientes) no mesmo espaço físico onde é feita a sessão com os internos. Em conversas informais com os mesmos pude perceber que não há muita diferença do que acontece durante o ritual com os pacientes em relação ao ritual em que participei. Ambos têm como objetivo a limpeza energética e corporal e a cura física, psicológica e espiritual.

Na ocasião o ritual seguiu da seguinte forma:

Nós tivemos uma breve reunião antes da sessão, na qual recebemos algumas orientações básicas sobre o ritual, assim como as informações a respeito do que poderíamos e não poderíamos fazer antes, durante e alguns dias após a participação no ritual. Fomos orientados a tomar apenas uma sopa rala durante o almoço e a passar o resto do dia em jejum alimentar; o desjejum aconteceria só na manhã do dia posterior a sessão. Também tivemos orientação em relação ao jejum sexual. Minutos antes da sessão, tomamos um banho de ervas aromáticas no banheiro próximo à maloca. Sentamos acompanhando a forma circular da maloca e aguardamos que o curandeiro desse início ao trabalho. Os assentos são duas almofadas grandes. Uma colocada no chão e a outra na parede, apoiando as costas. O curandeiro sentou-se em baixo de um pequeno altar com a imagem de Jesus Cristo. Cada participante tinha um balde ao seu lado. O curandeiro iniciou o ritual com um trabalho de limpeza, defumando o local e imediações com incenso. Distribui a Ayahuasca em uma pequena cumbuca de madeira usando o tabaco fumado, que era soprando na bebida de cada um. Os participantes recebiam e bebiam

individualmente a quantidade que o curandeiro ministrava. Durante quase todo o ritual ele soprava o tabaco e entoava *ícaros*, que eram intercalados com momentos de silêncio.

Os *ícaros* são cânticos feitos em espanhol com algumas palavras quéchuas. Evocam entidades espirituais que trazem proteção espiritual e principalmente entidades de cura. Através dos cânticos evocam também entidades católicas: Jesus, a Virgem Maria e alguns dos santos católicos. Esses *ícaros* podem ser ensinados por outro mestre curandeiro ou podem ser aprendidos diretamente através do espírito da planta que se manifesta em sonhos, dietas e em experiências sagradas especialmente com as plantas psicoativas.

As sessões transcorrem no escuro em virtude da foto sensibilidade (efeito da ayahuasca) além de favorecer a interiorização evitando a distração dos pacientes com aspectos externos. O silêncio também é indispensável para a interiorização, sendo interrompido pelo curandeiro através dos *ícaros*, quando ele julgar necessário cantá-los.

Para ir ao banheiro, que fica na área externa, é só levantar e ir, mas ao retornar tem-se que aguardar na porta para que o curandeiro ou o seu auxiliar faça a defumação com incenso para regressar ao lugar.

De acordo com pacientes, equipe terapêutica e curandeiros são poucas diferenças do ritual que participei em relação aos rituais voltados para os pacientes. Continuam as orientações alimentares e sexuais (lembro que durante o tratamento eles não podem, em tese, praticar sexo e nem mesmo se masturbar). As diferenças básicas observadas são: Os pacientes participam de uma pré e pós-ayahuasca; e vestem uniformes brancos com o logotipo do Takiwasi que é recebido, como um presente, após o ritual de iniciação.

Durante as sessões com a ayahuasca os pacientes podem ter visões de erros cometidos, traumas vivenciados, recordações de situações boas ou embaraçosas, experiências catárticas de choro. As visões podem ser agradáveis, o que inclui seres celestiais, lugares bonitos, cores e formas luminosas que trazem conforto e bem estar, mas podem também ter uma conotação desagradável, como a visão de seres diabólicos, animais ferozes, locais feios e sujos, trevas e escuridão, etc.. É comum

que pacientes presentes em uma mesma sessão tenham visões e sensações semelhantes. Segundo os mesmos, a energia que circula em uma sessão, seja ela negativa ou positiva, pode ser captada por aqueles mais atentos e sensíveis.

Sobre isso vale ressaltar que:

[...] ainda que o conteúdo de algumas visões não seja agradável existe a sensação de que é justo, não há mal estar vendo os erros cometidos ou os aspectos negros de nós mesmos. Não há a sensação de juízo ou castigo e sim a sensação de que estão nos mostrando de forma carinhosa nossos defeitos para podermos corrigi-los. Essa verdade libera e traz um alívio profundo que compensa amplamente o sofrimento gerado pela constatação dolorosa da própria insignificância. (Giove, 2002, p.31).

Deste modo, as visões que os pacientes têm nas sessões com a Ayahuasca, segundo os mesmos, sempre tem uma relação ou conexão com suas experiências pessoais, sejam elas ligadas ao passado, ao presente ou até mesmo ao futuro (através de alguma premonição sentida durante o ritual). Essas visões, por mais difíceis e dolorosas que possam parecer no momento, tanto para quem as vivencia, quanto para aqueles que assistem situações constrangedoras ocorridas com outrem, sempre são vistas como ensinamentos valiosos e como uma oportunidade de se corrigir para melhorar. Para isso, são orientados pela equipe terapêutica a integrar essas visões no sentido de trazê-las para as práticas do dia a dia: momento de aplicar o conteúdo apreendido durante as sessões.

Muito dos conteúdos vistos pelos adictos tem profunda conexão com o período em que estavam envolvidos com as drogas. As drogas, neste contexto, são vistas como a própria força diabólica que ensina a mentir, manipular e enganar as pessoas para consegui-la, destruindo paulatinamente a vida do usuário minando suas relações afetivas, criando um estado de letargia em relação às atividades laborais, “afastando o usuário de Deus. Tornando-o um escravo do mal que dissemina sofrimento para todos que o amam e que estão ao seu redor”.

Essa cosmovisão do grupo estudado, de alguma forma se amplia a toda rede de usuários de substâncias psicoativas com suas variações, ou a um grupo específico que é o que eles lidam: o de usuários compulsivos de drogas? Creio que a segunda hipótese seja mais plausível. Os curandeiros ingerem bebidas alcoólicas

social e eventualmente e não acham que com isso estejam sob o domínio de Satanás, além do tabaco que sopram na sessão que é para eles uma planta sagrada com grandes poderes curativos. Isso sem falar nas folhas de coca, que são utilizadas ritualisticamente pelos mesmos. O Padre também consome vinho, simbolizando o sangue de Cristo e crê que o faz dentro de uma comunhão com o divino. Baseados nessas evidências existem substâncias mais diabólicas que outras? Ou a relação que o indivíduo estabelece com a substância é que caracteriza o seu estado divino ou diabólico?

Através da observação participante e também das entrevistas, a segunda hipótese me parece mais plausível. O modo como a sociedade ocidental, constantemente permeada pelo consumismo excessivo, se utiliza das SPAs, se dissocia das formas de uso controlado dessas substâncias nas sociedades tradicionais, alia-se a esse fator as drogas sintéticas desenvolvidas em laboratórios oficiais e clandestinos, que estão em outra categoria cosmológica em relação às plantas curativas e ritualísticas.

Daí decorre a classificação do grupo estudado entre uso, abuso e desritualização. A diferença entre esses usos é quantitativa, qualitativa ou conectada ao que tange a intenção? Sustento, ainda a partir da observação participante e das diversas entrevistas, que o grupo estudado crê que o uso ritual é completamente seguro, o uso de substâncias deve ser feito com cuidado, e o abuso, este sim é algo diabólico que precisa ser banido. Vejo que a categoria uso é a mais híbrida de todas, pois todo abuso inicia-se com o uso, por isso o cuidado. Cuidado com o tipo da substância. “As ilegais sempre carecem maior cuidado, pois são mais perigosas”, enquanto que os cuidados com as SPAs legais relacionam-se, em grande parte, com o limite de quantidade.

Muitos pacientes, durante as sessões, têm experiências de vivenciar a própria morte. Para tal fato há uma explicação de que isso simboliza a morte de aspectos negativos para um renascimento, onde esse “novo” indivíduo tem uma “nova” oportunidade de viver mais integrado consigo e com a sociedade, livre do consumo de SPAs que o levou a buscar tratamento diante de uma situação em que se viam incapazes de administrar o sofrimento oriundo da dependência. Há também relato de pacientes que acreditam que essa experiência de vivenciar a morte é um sinal de

que se continuarem repetindo os padrões antigos de consumo de drogas, isso de fato poderia acontecer.

No dia seguinte a sessão, é realizada uma dinâmica com os internos. Eles desenham suas visões, discutem e analisam em grupo. Os desenhos realmente acompanham as visões: seres diabólicos e celestiais, antropomorfismo, imagem de pessoas vomitando, etc. Esses conteúdos e visões que cada paciente vislumbra em uma sessão com a Ayahuasca são posteriormente trabalhados com os terapeutas, em grupo e também individualmente, a fim de integrar essas experiências ao desenvolvimento psíquico e emocional de cada um.

CAPÍTULO 5: A AYAHUASCA.

Levando-se em consideração a importância da ayahuasca nas práticas curandeiras amazônicas e conseqüentemente no Takiwasi, este capítulo se faz necessário a fim de disponibilizar de algumas informações sobre essa substância.

A ideia de se criar o Takiwasi, um centro de recuperação para pacientes adictos, segundo Jaques Mabit (seu fundador) surgiu em uma sessão com a ayahuasca. Isso em si já revela a intrínseca relação existente entre o fundador, a ayahuasca (e suas propriedades visionárias), o curandeirismo amazônico e o referido centro. A ayahuasca é uma planta central na práxis curandeira. Conhecida também como planta mestra, ela está diretamente relacionada ao poder atribuído aos tradicionais curandeiros amazônicos. Quanto maior for seu conhecimento e a sua capacidade de manejar os seus efeitos, mais poder ele terá e conseqüentemente maior será o seu prestígio como curandeiro.

5.1 Histórico:

É difícil estabelecer uma data precisa de quando se iniciou o uso da ayahuasca e quais as configurações e as cosmologias que caracterizaram esse uso inicial. Naranjo (1983) afirma existirem provas arqueológicas atestando que o uso desta bebida tenha surgido, no mínimo, quinhentos anos antes de Cristo. Sabe-se, entretanto, que o uso desta substância tem uma intrínseca conexão com grupos indígenas amazônicos e que assumiu diferentes configurações a partir do processo de colonização e da influência das missões evangelizadoras protagonizadas pela religião católica. Dessa forma, esse legado de consumo da ayahuasca foi sendo transmitido a partir de grupos ameríndios para as populações mestiças e, no processo de aculturação, sofreu diversas modificações, assumindo diferentes configurações. Esse processo de transformação e modernização favoreceu o aparecimento de uma cultura ayahuasqueira na Amazônia peruana centrada na práxis terapêutica e que mesclou elementos da religião católica (verificados em *ícaros* e imagens contendo tais elementos) estabelecendo um contínuo processo de adaptação e transformação ao incorporar novas técnicas e tecnologias.

O primeiro registro por ocidentais sobre essa prática indígena ocorreu no século XVII, quando missionários jesuítas descreveram a existência de “poções diabólicas preparadas pelos nativos da selva peruana” (Ott, 1994).

Michael Taussig (1993) em pesquisa realizada na década de setenta em Putumayo encontrou alguns escritos de um padre (Manuel Maria Alvis) datados de 1854, publicados na revista da Sociedade Etnológica Americana em 1960 que, em um anexo intitulado “Remédio empregado pelos índios”, assim descreve a Ayahuasca:

Aquece e é bom para quem está envenenado. As folhas queimadas são oferecidas com água misturada com cevada e mel às mulheres que padecem de amenorréia. Cozida e misturada com a casca ralada de um cipó denominado yoco, é boa para desinteria. (Taussig, 1993, p.297).

Descreve, ainda se referindo aos hábitos indígenas:

[...] Seus médicos estão acostumados a tomar a infusão de um cipó denominado *Yoge* (*Yagé?*), que provoca a mesma sensação que a *tonga* ou *borrachero*, e sob efeito da ilusão provocada por essa intoxicação eles acreditam que veem coisas desconhecidas e adivinham o futuro. A maior parte desses embusteiros fingem ter na floresta uma onça que lhes conta tudo. Dedicam-se à sua profissão com muita atenção e minúcia, como se fosse uma verdadeira ciência. Acreditam que a onça é o demônio e afirmam que ela fala com eles. Eles ficam de tal modo absortos em suas quimeras que acabam sendo os primeiros em acreditar em suas próprias ficções. (Taussig, 1993, p.297).

Taussig sustenta que a cura xamânica era realizada naquela época no alto do Putumayo através principalmente do Yagé (Ayahuasca). Os índios habitantes dos contrafortes do Putumayo diziam que se trata de uma dádiva especial de Deus para eles e só para eles. O Yagé era considerado o estudo e a escola, algo ligado à origem do conhecimento e da sua sociedade. Teria sido o Yagé que ensinou aos índios o bem e o mal, as propriedades dos animais, os remédios e as plantas comestíveis. Com isso o autor analisa como essa planta estava associada e interligada à cultura indígena no que se refere à cura e manejo dos infortúnios.

No século XIX o Inglês Richard Spruce, nas suas “Notas de um botânico nos Andes e Amazonas, escrito em 1851, mas publicado apenas em 1908, relatou ter

conhecido o Yagé e enviou amostras para Londres; mas a primeira descrição publicada sobre o Yagé, segundo Carneiro (2005), foi a do geógrafo equatoriano Manuel Villaivêncio em 1858.

Ayahuasca em quíchua significa “cipó dos espíritos”, “cipó das almas” ou “cipó dos mortos”. Estima-se que cerca de 70 grupos indígenas consomem essa bebida, principalmente na Amazônia brasileira, peruana e boliviana, tendo ela um papel central na cosmologia dos povos de língua Pano, Aruák e Tukano. Adquire nomenclatura diferente (Yagé, Nixi pae, e Caapi, são os mais conhecidos) a depender do grupo que a utilize. (Luz, 2002). Entre os indígenas, essa bebida era e ainda é utilizada para diversas finalidades.

Entre os povos de língua Pano, por exemplo, a ayahuasca era utilizada para perceber o lado oculto da realidade, mas só os homens poderiam ingeri-la, as mulheres eram excluídas desse tipo de cerimônias. Já para os Aruák a planta estava ligada ao pós-morte, à eternidade, e à continuidade da vida como forma de apreender a realidade além das aparências cotidianas. É também relacionada à limpeza corporal já que possui a capacidade de expelir restos de caça que acreditavam serem causadores de doença. Os Tukanos consumiam a bebida fundamentalmente para a comunicação com os espíritos. Esse contato com os espíritos se daria através do canto e a bebida teria como objetivo pedir proteção. Neste caso, as mulheres também ingerem, mas sofrem sérias restrições quando estão menstruadas: não pode tocar em homens, muito menos ter relações sexuais com eles, principalmente se eles tomam o “Yagé” e não podem ingerir a bebida no período menstrual.

Embora possuam cosmologias diferentes, esses povos têm alguns aspectos comuns, dentre eles:

- A crença na veracidade das visões.
- A crença nos efeitos terapêuticos da planta que possibilita, além do diagnóstico, a cura para diversas enfermidades.
- A crença na existência de uma dimensão espiritual que está separada e independente do corpo. A planta fornece conhecimento e poder abrindo, assim, a percepção para dimensão espiritual do homem.

- A visão da planta como fonte de conhecimento para viver corretamente no que tange à moral e a aspectos pessoais, na forma de lidar com os ancestrais, com a comunidade e com a natureza.

Além dos grupos indígenas, diversos xamãs, grupos religiosos e entidades terapêuticas utilizam essa bebida que assume configurações, nomenclatura e rituais de consumo diferentes entre si. No Peru, e nos meios acadêmicos e científicos, a bebida é conhecida como ayahuasca. No Brasil além de ser conhecida como ayahuasca, é também denominada Hoasca, Vegetal ou Daime. Alguns leigos costumam pensar que todas as comunidades que fazem o uso do chá são pertencentes ao Santo Daime, em virtude do nome com o qual o chá ficou popularmente conhecido no Brasil. Mas é relevante ressaltar que esses grupos, apesar de terem em comum a utilização de um psicoativo, diferem-se muito entre si no tocante a outros aspectos.

É interessante que muitos dos grupos religiosos, xamânicos e entidades terapêuticas, mesmo realizando práticas rituais completamente diferentes, compartilham, em sua maioria, de algumas crenças indígenas citadas anteriormente. Creem na veracidade das visões, nos efeitos catárticos e terapêuticos da planta, (mesmo aqueles grupos que não a utiliza com essa finalidade), e muitos dos usuários usam a planta para melhorar sua conduta moral, pessoal e a relação de cada uma com a comunidade, consigo mesmo e com a natureza.

Neste “mundo globalizado” há uma miscigenação cultural favorecendo o trânsito entre as tradições xamânicas e a cultura ocidental proporcionando um novo fenômeno ainda pouco estudado pela antropologia recente. As novas formas de xamanismo, ou neoxamanismo têm sido cada vez mais praticadas por ocidentais que fazem workshops, tanto nas grandes cidades, quanto em excursões na selva, com ampla divulgação na internet, e em outros circuitos ditos “alternativos”.

As principais religiões ayahuasqueiras: União do Vegetal, Santo Daime e a Barquinha são exemplos (principalmente o Santo Daime e a UDV) de uma tradição inicialmente amazônica seringueira que atingiu os grandes centros urbanos adquirindo novas configurações. E assim o intercâmbio cultural do consumo da ayahuasca vem se ampliado consideravelmente nos últimos 50 anos, dando origem a uma diversidade de formas de uso que vão desde o ritual (e isso engloba uma

série de grupos, dissidentes ou não das principais religiões ayahuasqueiras, com técnicas rituais variadas) ao terapêutico (que perpassa por grupos xamânicos tradicionais, neoxamânicos, clínicas de recuperação de dependentes a grupos de autoconhecimento, etc.).

5.2. Usos e usuários:

O uso da ayahuasca inicialmente restrito aos indígenas que habitavam a região amazônica expandiu-se adquirindo novos contornos e novas formas de utilização na cultura moderna configurando o fenômeno de miscigenação cultural. Mas quem são esses usuários e de que forma administram o uso da substância? Tentarei enumerar alguns dos seus usos embora saiba, e queira alertar o leitor, que essa será uma classificação extremamente generalizada devido à fluidez e complexidade do tema.

5.2.1 O uso terapêutico curandeiril:

Realizado por descendentes indígenas, mestiços e até homens “brancos” é comum na região da Amazônia ocidental, especialmente as regiões de Iquitos, Tarapoto e Pucallpa, e também em Mocoa, na Colômbia. Esses curandeiros utilizam técnicas indígenas em concomitância com outras técnicas oriundas do catolicismo, espiritismo, esoterismo, medicina tradicional, para curar enfermos, dependentes de drogas e também auxiliar pessoas com conflitos pessoais e sociais.

Os curandeiros tradicionais da Amazônia peruana utilizam as plantas psicoativas com o objetivo de diagnosticar, curar e adivinhar. Neste contexto a ayahuasca é uma planta mestra capaz de ensinar e proporcionar uma experiência rica em sentidos.

O uso da ayahuasca, neste caso, está associado a diversas práticas como, por exemplo, dietas e purgas. Normalmente utilizam ayahuasca associada a plantas como o tabaco além de banho de folhas, perfumes, incensos e cânticos que evocam elementos da natureza, entidades de cura, Jesus, etc..

O tabaco é utilizado pela maioria dos curandeiros da Amazônia peruana e também em alguns rituais no Takiwasi. É normalmente fumado pelos curandeiros ayahuasqueiros que “sopram” durante a sessão com a ayahuasca e juntamente com seus cânticos ou *ícaros*, são considerados capazes de atrair vibração dos espíritos guias, protetores e curandeiros. O tabaco é considerado por estes um vegetal mágico, uma “*planta maestra*” que maneja as ondas vibratórias. Nas sessões com ayahuasca ministradas no Takiwasi, o tabaco ou *mapacho*, como é denominado na região, é indispensável e utilizado praticamente em todo o ritual. Além de soprado, é utilizado para banhos, nas dietas, como vomitivos e como base para medicamentos homeopáticos. Na prática curandeiril o tabaco é manejado com muito cuidado. Os curandeiros normalmente conhecem seus perigos e suas propriedades curativas. Parte deles utiliza o tabaco somente para fins rituais e não fazem uso lúdico ou recreativo na sua vida cotidiana.

Muito embora os curandeiros que ministram os trabalhos de cura no Takiwasi utilizem o tabaco (*mapacho*) nos rituais, só eles o fazem. O uso de cigarro e até mesmo do *mapacho* é proibido para os pacientes. Grande parte deles era dependente do cigarro antes de iniciarem o tratamento. Nas entrevistas o cigarro aparece também como uma substância iniciática para o uso de outras substâncias ilícitas. O tabaco é uma planta estimada por uns e temida por outros. Os que a estimam reconhecem suas propriedades curativas, e aqueles que a temem crê que o tabagismo é um hábito difícil de libertar e que intoxica o organismo.

Há curandeiros que realizam as sessões em sua própria chácara. Chácara é uma espécie de sítio onde vivem alguns deles. Está situado fora ou nas redondezas das cidades onde plantam grande parte das ervas utilizadas para o seu trabalho. Outros já possuem um espaço próprio para realizar suas sessões de cura, espaço este que eles denominam de centro. Alguns destes centros contam com uma boa estrutura e recebem pessoas de diversas nacionalidades. Conheci no Peru, na região de Tarapoto, um desses curandeiros descendente de indígenas, que possuía site na internet contendo informação sobre o seu centro de cura. Declarou, informalmente, que recebia pessoas de diversas partes do mundo e que havia curado pessoas com câncer, dependência de drogas e outras enfermidades. Contou-me que os curandeiros antes trabalhavam na lavoura, feira livre, comércio e criação de animais e recebiam como pagamento dos seus trabalhos de cura

produtos agrícolas e animais. Atualmente, a atuação dos curandeiros expandiu-se para além Amazônia, recebendo clientes dos centros urbanos de diversos continentes. Agora já não podem trabalhar com outras coisas. A demanda cresceu e precisam aproveitar o dom da cura para auxiliar as pessoas. Esse auxílio tem um preço. E é pago em dólar. Mesmo assim, declarou que não deixa de atender uma pessoa por não ter dinheiro, mas como precisa sustentar a família, nada mais justo do que cobrar pelos seus serviços de cura que, segundo ele, - “é um trabalho e tanto, principalmente porque se está lidando com energia, e lidar com energias às vezes é algo muito desgastante”.

Atualmente, ocidentais (médicos de diversas especialidades, psicólogos, terapeutas, etc.) ao buscar aproximarem-se dessas técnicas curandeiris, tornam-se totalmente fascinados por esse universo místico e aparentemente eficaz de cura ritual. Convivendo com esses curandeiros, incorporam suas técnicas ao conhecimento acadêmico formando um novo quadro de consumo da ayahuasca. Uma união antes impraticável entre a cultura tradicional e o conhecimento acadêmico, agora é possível, viável e empiricamente verificável nas regiões onde o uso curandeiril da ayahuasca é disseminado.

5.2.2 O uso ritual em práticas religiosas:

O consumo da ayahuasca em práticas religiosas, na maioria dos casos, abdica do uso de plantas complementares, distancia-se dos rituais indígenas e curandeiris e abandona parte da cosmovisão desses grupos. Essas religiões se diferem entre si na forma como executam os seus rituais, na doutrina central, mas também possuem algumas técnicas e crenças em comum, inclusive com as tradições indígenas como, por exemplo, o canto e a música como elemento central no ritual. No Brasil se originaram algumas religiões cristãs que usam o chá nos seus rituais.

Dentre as religiões que fazem uso da ayahuasca, três são mais conhecidas: O Santo Daime, fundada por Raimundo Irineu Serra, no início da década de 1930; a Barquinha, fundada por Daniel Pereira de Matos, o Mestre Daniel em 1945; e o Centro Espírita Beneficente União do Vegetal (UDV), fundada em 1961 por José Gabriel da Costa, o Mestre Gabriel. Dessas religiões surgiram dissidências e

adaptações, algumas com os mesmos princípios das religiões que se originaram, outras incorporando novos elementos rituais e doutrinários.

Essas três religiões, apesar de terem suas peculiaridades, apresentam diversos pontos em comum, dentre eles ressalto:

- A cosmovisão de que comungam um chá sagrado.
- Todas foram fundadas por seringueiros amazônicos, em contextos geográficos semelhantes, e que apresentavam um mesmo padrão socioeconômico.
- Os três líderes religiosos eram nordestinos. Mestre Irineu e Mestre Daniel eram maranhenses, e o Mestre Gabriel baiano.
- A utilização da palavra Mestre para denominar os adeptos de maior senioridade (exemplo disso é que os três fundadores assim são chamados pelos seus seguidores).
- A presença da dimensão musical do canto através dos hinos (Santo Daime e Barquinha); e chamadas e músicas (UDV). O canto e a música estão diretamente relacionados com a dimensão de encantamento presente nessas religiões, como enfatiza Carvalho (2009):

O mundo das religiões da ayahuasca é um mundo de encantamento, e parte desse encantamento vem precisamente da sua dimensão musical: como a música ritual é criada; como ela aciona os poderes do mundo sobrenatural e é por eles acionada; quais são seus efeitos sobre os fiéis; e quais são seus códigos estéticos, que se entroncam com outras estéticas musicais tradicionais e que ainda assim variam enormemente de uma religião da ayahuasca para outra. (Carvalho, 2009, p.9).
- A presença de elementos oriundos do catolicismo popular – principalmente a crença em Jesus e na Virgem Maria.
- A presença de temas relacionados com o universo cultural amazônico em concomitância com a cultura nordestina.
- O uso de farda ou uniforme pelos adeptos das três religiões no momento do ritual.

Dentre os pontos divergentes podemos citar:

- Maior ou menor aproximação com elementos dos cultos afro-brasileiros como Candomblé e Umbanda. Das três religiões a que mais apresenta essa interligação é a Barquinha, onde inclusive é possível o transe de incorporação, diferente do que acontece com a UDV e o Santo Daime, onde essa prática não é disseminada.

- A dança como parte do ritual é comum na Barquinha, onde os movimentos são livres, se aproximando das giras de Umbanda e das danças existentes no Candomblé, e também no Santo Daime, onde os movimentos do bailado são mais contidos estimulando a dimensão do autocontrole e da disciplina corporal. Já na UDV, o estímulo do autocontrole e da disciplina corporal é mais rigoroso ainda. Não existe a possibilidade de dança ou bailado. Os discípulos são orientados a permanecerem sentados durante todo ritual.

- Na medida em que os cultos do Santo Daime e da UDV se expandiram alcançando os grandes centros urbanos, o culto da Barquinha se manteve praticamente restrito a região Norte do país.

- A palavra falada é uma característica que é extremamente valorizada na UDV e orienta, junto com as chamadas e as músicas, todo o ritual. Na Barquinha, a palavra falada aparece menos do que na UDV: quando algum líder faz um discurso ou quando alguma entidade espiritual, manifestada em um dos participantes fala à comunidade. Já no Santo Daime estimula-se o silêncio. Apenas cantam os hinos e bailam, existe pouco espaço para a fala durante o ritual.

Muitos curandeiros veem com resistência o surgimento e a expansão dessas religiões ayahuasqueiras. De igual modo, muitos líderes e adeptos dessas religiões ayahuasqueira apresentam igual resistência aos curandeiros ou xamãs e suas práticas. Embora se situem em campos de atuação e esferas diferentes, é frequente que estranhamentos e disputas no campo se façam presentes em virtude de um olhar etnocêntrico do tipo: “eu sou o mais puro, eu sou melhor, eu faço corretamente, eu uso com mais responsabilidade”.

Mabit, em entrevista concedida durante o trabalho de campo demonstra algumas resistências em relação às religiões ayahuasqueiras brasileiras, e aos bruxos, muito embora acredite que existem coisas boas a ser aprendidas

dependendo da intencionalidade. Afirma ter participado de rituais na UDV e na Barquinha:

“Penso que pode haver coisas boas, mas uma coisa forte para mim é que essas religiões se inspiram no cristianismo, em parte. Se falamos em Cristo, a comunhão é o sangue e o corpo de Cristo. Quando se substitui a ayahuasca por isso é uma coisa que não posso aceitar. Para mim, a nível espiritual é uma coisa perversa. Mas o que importa primeiramente é a intenção. Já tomei ayahuasca com curandeiros e descobri depois que eram bruxos, mas aprendi alguma coisa, porque há gente boa e há gente má, depende da sua intenção. Todos os caminhos podem servir, mas na medida em que há essa mudança, ou substituição no fundamento da essência do cristianismo isso foge dos princípios católicos. E muitas coisas são copiadas dos seminários católicos. Eu creio que há um perigo aí”. (Jaques Mabit. Entrevista).

É interessante pensar que, dentro dessa mesma ótica abordada por Jaques, o curandeirismo exercido por ele também se apropria de entidades e elementos católicos, mas ele não se refere aos “perigos” decorrentes dessa integração.

Muitas diferenças podem ser sentidas entre esses grupos religiosos e o uso tradicional curandeiril quando lidamos com o consumo de ayahuasca, de modo que se destacam:

- Nos grupos religiosos:

Conjunto de crenças, valores morais e regras de conduta mais definidos, grande número de pessoas atendidas em uma mesma sessão (vi casos de sessão com mais de trezentas pessoas) ayahuasca mais diluída, estímulos sensoriais (luzes, música, bailados, etc.), pouca ênfase nas propriedades curativas quando comparadas ao contexto curandeiril.

- No uso tradicional curandeiril:

Conjunto de crenças, valores morais e regras de conduta menos definidos, quando comparado às religiões, podendo cada participante aprender diretamente do universo ou “da planta”. Ênfase nos aspectos visionários e na possibilidade de viajar, sair do corpo, e nos aspectos terapêuticos ou curativos, participação limitada de pessoas nas sessões (grupos pequenos de no máximo vinte pessoas). O Takiwasi

apresenta alguns pontos convergentes em relação às principais religiões ayahuasqueiras brasileiras. Por exemplo:

- Creem que estão consumindo uma planta sagrada.
- Utiliza cânticos (*ícaros*) durante o ritual.
- Crenças oriundas do catolicismo. Crença em Jesus Cristo, Virgem Maria, etc..
- O uso de uniforme durante as sessões.
- Conjunto de regras de conduta moral definidas, embora menos rígidas quando comparadas a algumas religiões ayahuasqueiras.

5.2.3 O uso em programas de investigações científicas:

Alguns pesquisadores (Mabit, 1997, Naranjo, 1976, Fericgla, 1997, etc.) têm se atentado em estudar com mais profundidade as propriedades do chá Ayahuasca. O Takiwasi, por exemplo, é uma instituição terapêutica para o tratamento da dependência de drogas, que realiza um trabalho paralelo de investigação não só com a ayahuasca como também com outras plantas utilizadas por eles nos rituais, nas purgas e dietas, sendo receptivos a pesquisadores de diversas partes do mundo. Durante o período em que estive lá, desenvolvendo meu trabalho de campo, havia, além de mim, outros três pesquisadores: uma francesa da área do direito, uma pesquisadora checa da área da psicologia, e um etnobotânico, também francês. Pude notar durante minha estadia no Takiwasi um considerável fluxo de interessados em estudar os diversos aspectos desse universo do consumo da ayahuasca nesta instituição.

5.2.4 Outras formas de consumo:

Além dessas três formas de uso citadas acima é visível o surgimento de diversos grupos neoxamânicos, norteados pelo movimento da Nova Era, no Brasil, Peru, Colômbia e até nos EUA, assim como o surgimento de inúmeras escolas iniciáticas para xamãs em muitos centros urbanos. Embora menos comum, o uso

individual da ayahuasca, com a finalidade de autoconhecimento ou até mesmo para atividades artísticas e recreacionais, pode ser percebido mesmo que em menores proporções quando comparados com outras formas de consumo, mais ritualizadas. Essas formas de consumo menos ritualizadas, não encontram o mesmo espaço de legitimidade dentro do campo ayahuasqueiro.

5.3. Farmacologia:

Mas o que faz com que essa bebida proporcione aos seus consumidores esse estado extático, essa alteração de consciência que, segundo os usuários é uma experiência profunda e transformadora? Diversos fatores contribuem e interferem na experiência. Não podemos, entretanto, desconsiderar que as propriedades farmacológicas e a respectiva interatividade das plantas constitutivas da ayahuasca com o organismo humano são fatores importantes. Não me atarei a descrever minuciosamente os aspectos farmacológicos, médicos e biológicos que envolvem a ayahuasca. Porém um breve esclarecimento se faz necessário, e para um panorama mais abrangente, é importante o diálogo e apropriação de conhecimento entre as diversas áreas de estudo sobre o tema.

A primeira identificação botânica da ayahuasca ocorreu no ano de 1852, pelo botânico britânico Richard Spruce (Schultes: 1968). A partir daí, iniciou-se investigações em diversas áreas do conhecimento científico a fim de compreender os aspectos farmacológicos, psicológicos e socioculturais dessa substância. A ayahuasca é um psicoativo obtido a partir da união de duas plantas: *Banisteriopsis caapi* e *Psychotria viridis*, mais conhecidos no Brasil respectivamente como Marirí e Chacrona ou Jagube e Rainha. Essas plantas são nativas da Região Amazônica (do Brasil, Peru e Colômbia). Atualmente essas plantas são cultivadas em muitas partes do mundo, mas exigem cuidados especiais para que se desenvolva em outros ambientes que não o nativo (principalmente o cipó Marirí).

A ayahuasca se baseia na decocção de dois vegetais: as folhas da Chacrona e do cipó do Marirí. Estes têm como nome científico, respectivamente *Psychotria viridis* e *Banisteriopsis caapi*. A *psychotria* contém um princípio psicodisléptico: a N, N, Dimetiltriptamina, o DMT um princípio que possui semelhança estrutural com a serotonina. Esta substância não é ativa quando ingerida oralmente, mas pode se

apresentar oralmente ativa quando na presença do inibidor periférico da MAO – existente no Marirí. Quando administrada por via oral, a DMT é degradada pela monoaminoxidase (MAO), presente nos tecidos periféricos, tornando-se inativa. O Marirí contém alcaloides que atuam inibindo a MAO, evitando que esta enzima desative a DMT quando ingeridas oralmente. A quantidade de DMT presente na Ayahuasca pode variar em torno de 20 a 30 mg. Essa quantidade não é considerada alucinógena quando consumida oralmente.

Para Pelaez (2002), embora os agentes psicodélicos atuem nos receptores cerebrais produzindo mudanças somáticas, esses agentes não determinam por si as características da experiência; estes abrem as portas para outras formas de percepção da realidade em que cada indivíduo, influenciado por sua cultura, daria significação às suas experiências. O agente psicodélico é apenas um agente, e a experiência é uma combinação entre os efeitos da substância, a disposição psicológica do indivíduo, e as características do contexto onde a experiência acontece. É importante ressaltar que cada indivíduo, imerso na sua cultura, aloca seus próprios conteúdos, que seriam determinantes da natureza e significado atribuído às suas experiências.

Esta interação farmacológica do chá com o organismo humano é à base da ação do efeito psicológico de “expansão da consciência” do chá, possibilitando ao indivíduo experiências extras cotidianas. Tal interação foi e ainda é vista com preconceito por alguns cientistas menos informados, profissionais da mídia, e algumas pessoas que insistem em acreditar que a ayahuasca é uma droga alucinógena passível de causar dependência aos seus usuários.

Para Britto (2002, p.636), o chá consumido aproximadamente uma vez a cada duas semanas não causa dependência, uma vez que a maioria das pessoas que ingerem regularmente o chá se apresenta como pessoas normais para qualquer observador causal.

O psiquiatra Jaques Mabit, compartilha dessa ideia dizendo que:

[...] não há nenhuma dependência causada pela ayahuasca, qualquer que seja o sujeito. Ninguém pôde nos falar de algum estado de crise de

privação. Nós mesmos interrompemos sessões durante vários meses sem experimentar síndrome de abstinência. Este dado pode ser considerado como um fato comprovado. Não encontramos exceção alguma entre os curandeiros e pacientes entrevistados e observados clinicamente. (Mabit, 200, p.171).

Os consumidores, na sua maioria, acreditam que a Ayahuasca é um chá sagrado, cujos efeitos em nada se aproximam de uma “alucinação”, definida pela Organização Mundial de Saúde como: “Percepção sem objeto, percepção sensorial falsa, sem associação com estímulos externos reais. Podendo associar-se ou não a uma interpretação delirante”.¹² Ou ainda, segundo um dicionário da língua portuguesa: “Aparente percepção de objeto externo não presente no momento; ilusão; devaneio; loucura; delírio”¹³.

O termo alucinógeno tem sido amplamente questionado pelos ayahuasqueiros de diversos grupos e religiões porque desqualifica as experiências produzidas nas pessoas além de possuir um caráter depreciativo. As percepções sentidas através do consumo da Ayahuasca não podem ser classificadas como uma alucinação, não é um simples engano da imaginação produzida por falsas aparências. O efeito do chá produz uma eficiente ação operatória que permite ao indivíduo uma ampliação do domínio do seu mundo interior. Conforme MacRae (1992) o termo enteógeno é considerado mais adequado por enfatizar aspectos culturais e simbólicos, evitando um reducionismo farmacológico que desconsidera o caráter fenomenológico da experiência.

Enteógeno é uma expressão que vem do grego e foi utilizada inicialmente por Gordon Wasson, Carl A. P. Ruck, Jeremy Bigwood, Danny Staples, e Jonathan Ott (1978) para se referir aos vegetais que proporcionam ao ser humano o contato com o mundo espiritual e suas entidades. Entheos significa “inspirado ou possuído por um Deus que tenha entrado em seu corpo” e geno “geração, produção de algo” se aplica aos transes proféticos e aos estados místicos que eram experimentados através da ingestão de substâncias psicoativas.

¹² Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas - Coordenação da Organização Mundial de Saúde; trad. Dorgival Caetano -Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

¹³ Bueno, Silveira. Minidicionário da Língua Portuguesa. São Paulo, FTD, 2000.

Mac Rae (1992) explica enteógeno significando “deus dentro”, estado em que alguém se encontrava quando inspirado ou possuído por um Deus que entrou em seu corpo. Propõe também a terminologia “psicoativo” ou “substância psicoativa”, que indica uma substância que ativa a psique ou age sobre ela, em oposição ao termo droga, que é empregado como sinônimo de algo que não presta. Os termos “enteógeno” e “psicoativo” se mostram mais adequados, pois são mais precisos para definir o uso dessas substâncias que, salvo raras exceções, é utilizado como veículo de aproximação com a divindade e como forma de autoconhecimento.

O conjunto de fatores sociais, culturais, emocionais e psicológicos é que torna o efeito do chá uma experiência única dotada de significado especial para os usuários. Os adeptos do uso do chá relatam que a sensação é de total êxtase religioso. Segundo os mesmos, em nenhum momento se perde a consciência, o que ocorre é uma expansão que permite analisar melhor a vida e ver as coisas como realmente são; sem diminuir e sem aumentar.

Em 1993, uma equipe multidisciplinar e multinacional encontrou-se no Brasil, na cidade de Manaus (Amazonas) para realizar uma investigação científica sobre os efeitos bioquímicos e psicológicos da ayahuasca em um dos núcleos do Centro Espírita Beneficente União do Vegetal (UDV). Foram selecionados 15 voluntários (homens) que estavam filiados à instituição há mais de dez anos e que tinham uma participação regular mínima de consumo da ayahuasca de, no mínimo, duas vezes por mês. Foram também selecionados 15 voluntários (homens) para fazer parte do grupo de controle, que nunca tinham consumido o chá, de modo que tivessem características semelhantes. Em ambos os grupos foram aplicadas entrevistas estruturadas de diagnóstico psiquiátrico, teste de personalidade, teste neuropsicológico, dentre outros procedimentos.

A análise dos dados constatou que o consumo por longo tempo do chá Ayahuasca no contexto ritual, não exerce um efeito tóxico e nem deteriora as funções neuropsicológicas, sendo completamente diferente da noção convencional de “abuso de drogas”.

Dessa forma, concluíram que:

Os resultados sugerem a confirmação da observação empírica relatada por grupo de usuários da Hoasca em contexto ritual, nos quais pessoas que

fizeram o uso regular do chá por tempo prolongado apresentam-se saudáveis e com perfil de morbidade semelhante ao de outras pessoas das comunidades onde vivem. (Andrade Brito, Neves, McKenna, Cavalcante, Okimura, Grob, Callaway, 2002, p.671).

5.4 Os efeitos da ayahuasca:

O ser humano desde um passado remoto tem buscado diversas possibilidades para alterar a consciência. Algumas tradições religiosas buscam o transe de modo endógeno através da meditação, oração, jejum, respiração, música, dança, etc., e outras o buscam de modo exógeno através de substâncias psicoativas ou enteógenas.

Alguns autores, principalmente oriundos da área da psicologia têm se atentado para o aspecto numinoso existente em alguns tipos de êxtase ou transe, inclusive os induzidos por substâncias psicoativas. É o “Transe Numinoso de Interiorização”. Transe se refere ao estado alterado da consciência. Numinoso para se referir ao encontro com o sagrado e interiorização como movimento que proporciona autoconhecimento. (Carvalho, 2005). O termo numinoso foi cunhado pelo teólogo Rudolf Otto em 1917, em seu livro “O Sagrado”. Para ele, a experiência religiosa é fundamentada nos elementos irracionais do sagrado, mas para tornar a experiência compreensível ao senso comum, é preciso expressá-la através da racionalidade.

Os aspectos racionais da religião são apenas o fruto inteligível de uma experiência irracional. É por isso que é difícil falar dos efeitos da ayahuasca. Essa experiência por mais que se tente explicar é algo que advém do sentimento e essa tentativa de explicar é quase sempre incompleta, pois o contato com o sagrado, com o numinoso, é algo que adquire sentido na medida em que se sente e que se experimenta essa sensação. O termo numinoso, mais tarde, também foi amplamente utilizado por Jung para definir o encontro com o sagrado. De fato o termo se encaixa perfeitamente na análise do que é a mareação: um transe numinoso de interiorização. Transe devido ao efeito de “expansão de consciência” que o chá produz. Numinoso, pois liga o indivíduo ao sagrado, que o leva a interiorização. Essa interiorização e o contato com o sagrado possibilitam o contato com uma realidade

diferente, onde o mesmo se sente mais apto a resolver seus problemas e conflitos, possibilitando uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo.

O conceito de êxtase ou transe é motivo de controvérsias no pensamento científico moderno, principalmente porque as alterações de consciência, durante muito tempo, são vistas como patologias ou perturbações que, errônea e genericamente são classificadas como alucinação. A alucinação é um dos principais sintomas das doenças mentais ou psiquiátricas. Mas afinal o que é o transe? Transe, segundo Lewis (1971), é um estado de dissociação caracterizado por automatismo de ato e pensamento representados pelos estados hipnóticos e mediúnicos. Esse estado de dissociação mental pode ser completo ou parcial e é frequentemente acompanhado de visões, podendo ser induzido por estímulos endógenos e exógenos.

Quase todas as culturas primitivas empregavam e empregam uma variada categoria de plantas para atingir estados extáticos de consciência através de diversas formas e rituais de xamanismo. Mudanças culturais, em um determinado momento, distanciaram os povos das técnicas xamânicas, em função da influência do pensamento cristão, tanto católico quanto protestante, que considera essas formas de êxtase como práticas demoníacas e tóxicas. A partir do final do século passado, entretanto, observa-se um retorno dessas técnicas, tanto por comunidades tradicionais indígenas, (havendo, inclusive, a apropriação do consumo da ayahuasca por tribos que tradicionalmente não a consumiam) quanto por ocidentais.

As denominações para os efeitos da ayahuasca dependem do grupo que a consome. No contexto curandeiril da Amazônia peruana, onde está situado o Takiwasi, o efeito do chá recebe o nome de mareação. Esta palavra está relacionada com a visão que o enteógeno proporciona além da similaridade dos enjoos provocados pela ingestão do chá com os enjoos sentidos em embarcações marítimas. Dentre os efeitos atribuídos à ayahuasca destacam-se os efeitos visionários, que não só diz respeito ao domínio da visão, como se pode imaginar, mas compreende outros órgãos do sentido, e os efeitos purgativos e laxantes.

5.4.1 Os efeitos visionários:

Os efeitos visionários abarcam a visão de imagens, cores, personagens, acontecimentos do passado, presente, futuro, visões de anjos, seres celestiais e demoníacos. Alguns consumidores acreditam terem visto com os próprios olhos, outros já relatam terem visto com a consciência. O que se denomina visão, não diz respeito apenas àquilo que é “visto com os olhos”, pode incluir percepções auditivas como zumbidos, vozes, etc., alteração da percepção corporal de si próprio e dos outros, alteração e hipersensibilidade das percepções olfativas, sensação de presença de entidades espirituais, etc..

As visões são únicas e imprevisíveis. Cada vez em que se bebe o chá é possível obter uma experiência nova e diferente da anterior. É impossível prever o que acontecerá, qual será o conteúdo das visões, e até mesmo prever se elas de fato existirão. Embora as visões na maioria das vezes sejam algo individual, que está relacionado a aspectos conscientes e inconscientes do próprio indivíduo, pode acontecer de mais de uma pessoa, às vezes um grupo significativo de consumidores, em uma sessão, terem uma mesma visão ou sensação: de sentir o mesmo odor, ou uma presença, negativa ou positiva.

Outro aspecto bastante corriqueiro em muitos grupos ayahuasqueiros é o sentimento de realidade que se dá às visões, e como isso é relacionado e integrado à realidade de cada participante. A ayahuasca devido às suas propriedades farmacológicas amplifica a atividade cerebral e as percepções sensoriais. Ao ingeri-la, o sujeito fica em um estado de sensibilidade aguda, podendo sentir com mais vigor os odores, as cores, os gostos. Há uma relativa redução das faculdades racionais que possibilita a transcendência ou ampliação do ego, esse conteúdo visto, ouvido, sentido, é posteriormente reintegrado e contextualizado pelo sujeito auxiliando na resolução de problemas e conflitos.

É comum ocorrer modificação na percepção do tempo e espaço. Informantes relatam que já assistiram a uma sessão de quatro horas e tiveram a impressão de que a mesma tinha se passado em dez minutos. O contrário também pode ocorrer, a sensação de ter demorado muito mais do que o tempo real. Já ouvi relatos de pessoas que dizem ter recordado de outras encarnações que viveram, e de pessoas

que dizem terem se transportado energeticamente para dimensões espirituais e/ou terras longínquas.

Os curandeiros são constantemente solicitados para que possam, através das visões propiciadas pela ayahuasca, adivinhar possíveis traições, roubos, e detectar se o paciente está sendo vítima de feitiçaria, ou se há alguém querendo “*Causar daño*” a ele.

Normalmente as visões não apresentam uma linearidade, não é como um aprendizado escolar. É natural que todos queiram ter ou sentir maréação, pois para isso bebem o chá. Aqueles que não sentem o efeito muitas vezes se sentem como que castigados por não ter o merecimento de ver ou receber algo que precisam.

A distribuição do chá normalmente é feita por um mestre, um xamã, um pajé ou curandeiro, ou seja, por um adepto de mais senioridade que deve estar preparado para lidar com os efeitos do chá. A quantidade que cada líder do ritual distribui para cada pessoa numa sessão é algo subjetivo. Diz-se que não é por peso corporal, nem pela altura, nem pelo gênero, nem pela idade. É algo que transcende tudo isso. Mas em linhas gerais as mulheres, os idosos e as crianças bebem um pouco menos em relação aos homens, embora haja exceções. O potencial do chá também é levado em consideração na hora da distribuição. Alguns são muito fortes e são administrados em menor quantidade em relação aos que não estão tão fortes. Essa força depende, dentre outros fatores, de como o chá foi preparado.

Em uma sessão é previsível que a maioria das pessoas sentirá os efeitos enteogênicos do chá. A sua intensidade varia de um indivíduo para o outro, de um momento para o outro, e depende também da capacidade do curandeiro que dirige a sessão de chamar “*la fuerza de la ayahuasca*”. Segundo relatos, o efeito do chá pode se intensificar, ou diminuir com os *ícaros* e com as sopradas (de tabaco no caso do contexto curandeiril).

Através de relatos das experiências dos consumidores da ayahuasca em diversos contextos, pode-se observar que grupos indígenas que vivem em ambientes florestais geralmente costumam ter visões, ou seja, experiências proporcionadas pela ingestão da ayahuasca, relacionadas com aspectos de sua própria cultura, da realidade cotidiana que costumam enfrentar: animais selvagens

(principalmente cobras e onças) caças, conflito ou guerras entre tribos, também entre “homens brancos”. Já os consumidores da bebida que vive em ambientes urbanos geralmente têm visões diferentes, a depender, dentre outros fatores, da cosmologia do grupo em que pertencem.

[...] a experiência mística, como qualquer outra experiência, está baseada e tem que se relacionar com o ambiente social em que é experimentada. Ostenta assim, inevitavelmente, a marca da cultura e da sociedade em que aparece. Conclui-se disso que está aberto para o antropólogo social o estudo de como as diferentes sociedades e culturas conceituam e tratam o êxtase. Está também aberta a ele a exploração de como o uso que é feito da experiência extática varia de acordo com as várias condições sociais em que ocorre. (Lewis, 1971, p.14 e 15).

O efeito do chá pode ser comparado ao êxtase religioso que coloca o indivíduo em contato direto com o plano espiritual. Ele facilita a concentração mental, a interiorização, produz clareza de consciência e aguça a percepção. Falar dos efeitos da ayahuasca é falar de algo subjetivo, impalpável. É falar de algo imaterial e que só pode ser sentido.

Na parte em que me refiro aos estudos farmacológicos, fica evidente que o chá proporciona um efeito, através das substâncias componentes. Mas isso, por si só, não dita o caráter fenomenológico da experiência. Há pessoas que o ingerem pela primeira vez e sentem seus efeitos, já outros desistem de beber o chá após longo período de insistência, pois afirmam nunca terem sentido absolutamente nada mesmo com doses mais elevadas. Alguns precisam de mais quantidade, de repetir a dose mais de uma vez em uma sessão, enquanto outros com doses pequenas têm experiências e visões extremamente fortes.

Em 1964, os psicólogos Leary, Alpert e Metzner (1993) revelaram a importância do “*set*” e “*setting*” nos estudos sobre a ingestão de substâncias psicoativas. Existe relação direta entre o usuário da ayahuasca e o meio social em que ele vive, sendo que nessa interação são relevantes: a) a substância e sua atuação no corpo humano; b) o *set*, ou o estado psicológico do indivíduo, sua personalidade e as expectativas que possui em torno do efeito da substância; e c) o *setting* que representa o meio físico, e sociocultural onde ocorre o uso da substância.

O efeito do chá está ligado aos componentes psicoativos, ao “set” e ao “*setting*”. As visões e as experiências sofrem influência do estado psicológico do indivíduo, das expectativas do mesmo em relação aos efeitos, do meio social e cultural onde está ele está inserido. O medo, a culpa, a desconfiança, a ansiedade, podem ser potencializados durante a sessão, gerando desconforto físico e psicológico.

Às vezes as mareações vêm acompanhadas de sentimentos desagradáveis como mal estar físicos, náusea, vômito, diarreia, dor e desconforto psicológico. Essas sensações são atribuídas a diversos fatores. As desarmonias do corpo podem ser devido a alguma doença, alguma coisa na alimentação que não se digeriu, etc. O mestre ou curandeiro deve ser conhecedor de algumas técnicas que evitem ou minimizem esses desconfortos físicos e psicológicos. Acontece também do usuário ter visões bonitas e positivas, quando se sente penetrado pela presença de Deus, quando se sente como fazendo parte do sagrado. Em uma mesma sessão é possível passar pelos dois polos de forma em que não haja uma linearidade. Ainda assim as visões provenientes do consumo do chá dificilmente são classificadas por seus usuários como sendo incoerentes, desconectadas ou caóticas.

Ricciardi (2008) ressalta a dificuldade de descrever os efeitos da ayahuasca com a seguinte declaração:

É por essa e outras razões que é difícil falar do efeito da ayahuasca. É preciso senti-la, mas mesmo sentindo é difícil explicar. Nós podemos explicar o que é água. Podemos dizer que ela é composta de duas moléculas de hidrogênio, e uma de oxigênio. Podemos dizer que é imprescindível para a vida na Terra. Podemos falar muitas coisas sobre a água. Mas para se saber o que ela é, temos que experimentá-la. Temos que cheirá-la, temos que senti-la, pois através do sentimento que ela desperta em nós é que podemos conhecê-la em sua essência. Assim é a ayahuasca. Todas as definições farmacológicas, e todas as descrições médicas, psicológicas, biológicas, sociais, antropológicas, dificilmente chegarão à essência de conhecer na plenitude os efeitos da ayahuasca, pois para cada um (a), e em cada momento, o efeito é diferente. Em cada um (a) ela provoca um tipo de sensação, em cada forma de uso, ela é potencializada de uma maneira. Os princípios ativos, o set e o setting são indispensáveis para a compreensão da subjetividade das experiências. Cada ser é único. Cada um tem sua história de vida. Cada um está imerso em uma cultura.

Existe consumo desse chá em diferentes países, em áreas rurais e urbanas, áreas com menor e maior desenvolvimento econômico. Nesse consumo participam diversos tipos de pessoas: homens, mulheres, homossexuais, crianças e adolescentes (devidamente autorizados pelos pais em algumas instituições), jovens, adultos e idosos. Pobres, ricos, com doutorado, Phds e analfabetos. Como, em um universo tão amplo captar uma definição dos efeitos da Ayahuasca que enquadre todos os set e settings? Como objetivar a subjetividade? (Ricciardi, 2008, p.79 e 80).

Jaime, diretor há mais de dez anos do Takiwasi, também administra sessões com os pacientes “soprando” e “cantando” diz que é importante ter um acompanhamento para desvendar e trazer para o cotidiano as visões proporcionadas pela planta. Isso por que:

Às vezes tem pessoas que tem uma couraça psicológica e a ayahuasca exige um compromisso individual. É possível que a ayahuasca mostre uma mudança importante na sua vida, mas é possível que a pessoa crie resistência. Nos casos dos toxicômanos quando a droga sai fica um vazio. Há pessoas que podem confrontar-se consigo mesmo honestamente, mas há pessoas que não podem fazer isso. O problema são as conclusões equivocadas. Muitas vezes, quem te fala não é a ayahuasca, mas sua própria cabeça, suas carências. Eu não digo que é fundamental, mas é melhor ter esse acompanhamento. (Jaime Torres. Entrevista).

5.4.2 Os efeitos purgativos e terapêuticos:

O chá ayahuasca tem efeito purgante ou purgativo. Alguns vomitam, outros têm diarreias, às vezes as duas coisas ao mesmo tempo. Contudo, a maioria dos ayahuasqueiros encara com naturalidade esses procedimentos. Essas manifestações são consideradas positivas, vistas como uma limpeza do organismo. Limpeza de algo que comeu se e não fez bem, limpeza de alguma má energia captada pelo indivíduo, limpeza de sentimentos negativos como ódio, mágoa, etc. Então o que em um contexto sociocultural poderia parecer algo nojento, sinônimo de enfermidade e mal-estar, em outros contextos (o dos consumidores do chá) é sinônimo de limpeza orgânica e espiritual que causa alívio e bem estar.

Tomar ayahuasca, que também é conhecida como la purga, é concebido como uma maneira de “por para fora” as doenças, estados de espíritos negativos e outras fontes de problemas e infortúnios. A confiança nas qualidades profiláticas que lhes são atribuídas, aliada à experiência de seu efeito emético e catártico, sem dúvida contribui muito para a criação de uma sensação de “limpeza” e o clima de alegria e descontração que reina entre os participantes após a sessão. (Mac Rae, 1992, p.54).

Através da ingestão desse chá e dos seus efeitos, muitos adeptos afirmam ter se curado de problemas de saúde, dores, “vícios” e aflições. Maria Cristina Pelaez (2002) em artigo publicado no livro “O Uso Ritual da Ayahuasca” declara que uma das propriedades atribuídas à ayahuasca é a de gerar sentimentos de transcendência que possibilitariam a cura de desequilíbrios físicos, espirituais e mentais, sendo um instrumento eficaz na cura de doenças, fundamentalmente da doença espiritual que seria a origem real e verdadeira das doenças físicas e mentais.

Na cosmologia curandeiril, que deriva também de uma cosmologia indígena (dentre outras), as doenças, enfermidades e até mesmo alguns casos de dependência de drogas são vistos numa perspectiva de espíritos malignos que entram ou encostam-se ao corpo do paciente. Para restaurar a saúde ou livrar-se dessas más energias é necessário limpar e purgar o corpo a fim de eliminar essas intrusões.

A eficácia terapêutica da ayahuasca está situada em dois aspectos: o primeiro tem uma conexão com os efeitos purgativos e conseqüentemente catárticos que a ingestão da planta possibilita aos usuários: a possibilidade de chorar, vomitar, defecar por si só já exerce um efeito terapêutico em muitos casos. O segundo relaciona-se com as visões. Essas visões não estão desconectadas do indivíduo que às tem. Pelo contrário. Através de relatos de experiências de usuários, muitos conseguiram resolver questões interiores a partir de visões proporcionadas pela ayahuasca. Entraram em contato com aspectos inconscientes que conduziam a atitudes negativas, e conseguiram a partir dessas visões reordenarem tais condutas.

Tendo em vista os efeitos visionários e os efeitos purgativos que são desencadeados a partir do consumo da ayahuasca, é notável que a mesma seja passível de proporcionar efeitos também nos processos de aflição e enfermidade

que acometem os indivíduos usuários desta substância. Daí um questionamento emerge: Os rituais com a ayahuasca de fato curam enfermidades e aflições na qual enquadramos a dependência de drogas? Para responder essa pergunta, compartilho da ideia de Langdon que se refere à noção de cura como um fenômeno altamente complexo. “Que entendemos por curar? Que entendemos por eficácia ritual? Quem determina se existe uma cura? Qual é a relação entre a experiência de cura e o corpo?”¹⁴ (Langdon, 2013, p.89).

A biomedicina científica tem tentado nas últimas décadas monopolizar os processos curativos. Acredita que os médicos formados em universidades devam ser os únicos detentores das práticas curativas. Tal crença é amparada pelas constituições de diversos países que, amplamente influenciadas pelo pragmatismo e pelo positivismo lógico, buscam banir do sistema assistencial à saúde técnicas e práticas tradicionais em um processo de criminalização àqueles que, não sendo formados em universidades, se arvoram a exercer tais ofícios.

Essas diferentes abordagens ou técnicas de cura têm princípios básicos diferentes. A biomedicina científica trata o indivíduo muitas vezes de maneira a não levar em consideração aspectos relacionados à esfera sociocultural, priorizando as conexões bioquímicas dos organismos. Já os sistemas de cura tradicional normalmente levam em consideração a pertença dos indivíduos em uma coletividade que em última instância influencia nas noções de doença, enfermidade e cura, enfatizando aspectos espirituais pertinentes à cosmologia de cada grupo ou coletividade. Em suma: compreendem a totalidade do ser em uma abordagem biológica, psicológica, social e espiritual na qual a desordem em um desses fatores pode incorrer em um sentido de enfermidade.

É equivocada a ideia de que esses sistemas tradicionais de cura desapareceriam frente ao crescimento e expansão da biomedicina científica, como ressalta Langdon:

As considerações mais clássicas e conservadoras da antropologia supunham que tanto a magia como os seus praticantes desapareceriam frente à modernidade e o crescimento do controle da ciência sobre a enfermidade. Sem embargo, a segunda metade do século vinte tem

¹⁴ Tradução: Gabriela Ricciardi.

mostrado que tais ideias equivocadas sobre os xamans e a eficácia dos seus rituais tem dado um passo ao que parece ser um movimento global que expressa um profundo respeito pelo conhecimento xamânico e suas práticas¹⁵. (Langdon, 2013, p.51).

Alguns antropólogos (Levi-Strauss, Turner e Geertz) deram contribuições fundamentais em relação ao tema, ressaltando a importância dos aspectos simbólicos, a estética, a performance e a dramatização nos rituais de membros que participam de uma mesma cultura e a influência desses rituais no reestabelecimento da ordem, bem estar e cura desses participantes. Mas a ayahuasca em si cura? Se fosse administrada fora de um contexto ritual teria o mesmo impacto nos indivíduos graças às suas propriedades farmacológicas?

O uso de substâncias psicoativas ou enteógenas são capazes de causar uma “implicação corporal que leva a transformação da experiência” fazendo com que ela funcione de forma poderosa na maneira como o paciente concebe a sua relação com o que lhe aflige. Porém, mais pesquisas precisam ser desenvolvidas nessa direção rumo à interdisciplinaridade em que as diversas áreas do conhecimento (onde se inclui a biomedicina científica) possam contribuir para responder a essas perguntas ampliando a compreensão desse fenômeno.

Segundo Mabit, em entrevista concedida durante a pesquisa de campo:

“Com as substâncias que causam adicção não há visão. Quando toma a ayahuasca não se confronta só com o prazer como a maioria das drogas. Quando toma a ayahuasca se confronta com seus medos, sua cólera. Quando vais confrontar isso, que vomita, que sofre, vai integrar isso depois, e aí vem a paz, a tranquilidade. Então essa substância não há dependência porque há integração consciente (...) há um sentido de integração diferente da droga e é isso que cura. Se isso se estrutura com o acompanhamento com o ritual, com guia, tudo isso facilita a consciência e a integração e a experiência. Mas não é só porque tomas a ayahuasca que vás se curar. Depende da intencionalidade. E na ayahuasca, se não se coloca em prática o que viu, o que aprendeu, os ensinamentos nada, nenhuma técnica com a ayahuasca vai exonerar o que cada um tem que fazer: obedecer a visão e a decisão. A intenção é fundamental, é a integração completa”. (Jaques Mabit. Entrevista).

¹⁵ Tradução: Gabriela Ricciardi

Jaques acredita, conforme trecho acima, que a cura se dá através da união do efeito purgativo e catártico da planta, (que facilita a limpeza física, emocional e espiritual), aliada ao efeito visionário. Mas não é só isso. Acrescenta a necessidade do acompanhamento através de um guia e do ritual e a intencionalidade que cada um tem em praticar os ensinamentos trazidos com as visões e com a experiência integradora proporcionada pela ayahuasca.

Moure (2013) complementa o pensamento de Jaques ressaltando a importância do guia material, (o curandeiro) e dos guias espirituais evocados através dos ícaros no processo curativo no ritual com ayahuasca:

Por meio dos ícaros, o mestre de plantas, desde o interior de sua corporeidade (pois as plantas estão também nele), convoca os seres que protegem uma sessão, os seres que guiam a cura, os espíritos que guiam os pacientes até os portais da sabedoria do mundo. Com os ícaros, o verbo dos espíritos do mundo não só fala e sonha, mas também canta. E esses cantos guiam todos os passos a dar em direção à cura. É necessário observar que esses cantos não provêm do mestre de plantas (ainda que eles também habitem no corpo do xamã), eles são ensinados pelos espíritos da planta em sonhos, dietas e experiências sagradas¹⁶. (Moure, 2013, p. 384).

5.5. Ayahuasca e aspectos legais no Brasil e no Peru:

No plano internacional, o Brasil é signatário de algumas convenções e tratados internacionais relacionados às substâncias entorpecentes como, por exemplo:

- a) A Convenção Única das Nações Unidas sobre Entorpecentes. (Ocorrida em Nova York em 1961).
- b) A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas. (Ocorrida em Viena em 1971).
- c) Convenção sobre Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (Ocorrida em Viena em 1988).

¹⁶ Tradução: Gabriela Ricciardi.

Estas convenções tiveram, como um dos objetivos, determinarem os tipos de drogas que sofreriam proibições mais rígidas de acordo com a abstrata categoria de graus de periculosidade. Na segunda convenção (1971), a DMT, substância presente em alguns vegetais, inclusive nas folhas da chacrona (que juntamente com o cipó Marirí constituem a bebida ayahuasca) é inserida na categoria máxima em relação ao nível de proibição, estando no mesmo patamar da mescalina, LSD e ecstasy. Tal inclusão se mostrou uma arbitrariedade, principalmente por que:

- A DMT foi considerada ilegal independente da dosagem. Como citado anteriormente, a dose de DMT contida na ayahuasca não é suficiente para causar alteração na consciência quando ingerida oralmente. Esse efeito se dá mediante a interação com as beta-carbolinas (harmina, harmalina e tetrahydroharmina) presentes no Marirí. As betas carbolinas não são ilícitas. Desta forma, a ayahuasca poderia ser considerada ilegal apenas por conter DMT, mesmo sendo sua quantidade insuficiente (quando isolada) para produzir alteração de consciência?

- A DMT está presente naturalmente em centenas de plantas e algumas espécies de mamíferos. No ser humano, foi encontrada nos tecidos cerebrais, pulmonares e nas plaquetas. (Callaway e Gynteser, 1995). Como uma substância que está presente naturalmente no organismo humano pode ser proibida?

- Nesta mesma convenção (1971) eles abrem uma ressalva para autorização legal ou regulamentar a respeito das plantas de uso estritamente religioso. Desse modo, o uso terapêutico da DMT presente na ayahuasca, por curandeiros e indígenas, se não estiver inserido em uma prática religiosa, pode ser considerado ilegal?

Segundo Labate (2005), uma declaração do Conselho Internacional das Nações Unidas para o Controle de Narcóticos, em documento assinado pelo então secretário deste órgão filiado a ONU, declarou que:

Nenhuma planta (material natural) contendo DMT é atualmente controlada nos termos da Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971. Consequentemente, as preparações (decoctos) feitos com essas plantas,

incluindo a Ayahuasca, não estão sobre controle internacional e, portanto, não estão sujeitas a qualquer dos artigos da Convenção de 1971 (fax enviado por Herbert Schaepe, 17 de Janeiro de 2001). In: (Labate, 2005, p.407).

A ayahuasca foi e é utilizada por indígenas, caboclos e mestiços, desde tempos imemoriais (no caso indígena) até a atualidade, sendo variadas as formas de uso, que incluem o tratamento para enfermidades, passando pelo uso religioso. A expansão da Ayahuasca nos centros urbanos, e o consumo dessa bebida por intelectuais, profissionais liberais, cientistas, etc., em paralelo com algumas denúncias chamou atenção das autoridades brasileiras.

Em 1985, a Dimed - Divisão de Medicamento do Ministério da Saúde incluiu em caráter proibitivo o *Banisteriopsis caapi*, o Marirí, na lista de substâncias entorpecentes, mesmo sem o parecer do CONFEN, órgão que lhe era superior. A direção do Centro Espírita Beneficente União do Vegetal solicitou ao Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN, responsável pela política de entorpecentes no Brasil, que examinasse o uso ritual do chá na UDV, com o objetivo de comprovar que se tratava de um chá inofensivo à saúde, administrado em um contexto ritualístico que não oferecia nenhum tipo de dano à sociedade.

Foi instituído um Comitê Interdisciplinar de Pesquisa, organizado pelo CONFEN, responsável por examinar o uso do chá no contexto religioso da UDV, Colônia 5000 e Alto Santo, desenvolvendo várias atividades, a fim de conhecer os aspectos sociológicos, antropológicos, químicos, médicos e de saúde em geral a respeito do uso do chá. Eis algumas observações presentes no relatório do Comitê:

Findas as cerimônias, todos de uma maneira aparentemente normal e ordeira voltam aos seus lares. Os seguidores da Seita parecem ser pessoas tranqüilas e felizes. Muitas atribuem reorganizações familiares, retorno de interesse no trabalho, encontro consigo próprio e com Deus, etc., através da religião e do chá. (Relatório do CONFEN, in: União do Vegetal Hoasca Fundamentos e Objetivos, p. 80).

O uso ritual do chá parece não atrapalhar e não ter consequências adversas na vida social dos seguidores das diversas seitas. Pelo contrário, parece

orientá-los no sentido da procura da felicidade social dentro de um contexto ordeiro e trabalhador. (Relatório do CONFEN, in: União do Vegetal Hoasca Fundamentos e Objetivos, p. 91).

Com relação ao termo alucinógeno já discutido, o Comitê faz no relatório a seguinte declaração:

O que é possível afirmar é que a busca de uma forma peculiar de percepção, empreendida pelos usuários da ayahuasca, em seus diversos “trabalhos”, não parece alucinação, se tomado o termo na acepção de desvario ou insanidade mental. Houve, sim, em todos os grupos visitados, a constatação de um projeto rigorosamente comum a todos eles: a busca do sagrado e do autoconhecimento. Não cabe, também ao Grupo de Trabalho definir se a forma de experimentar o sagrado ou o autoconhecimento é ilusão, devaneio ou fantasia - acepções outras de alucinação. (Relatório do CONFEN, in: União do Vegetal Hoasca Fundamentos e Objetivos, p. 91).

A ayahuasca permaneceu proibida até 1986, quando o grupo de trabalho do CONFEN solicitou a suspensão provisória do chá da lista de substâncias entorpecentes, até que se concluíssem os trabalhos de investigação. As autoridades do CONFEN – após minuciosa pesquisa que envolveu profissionais de diversas áreas, revogou a medida proibitiva que datava de 1985. A equipe, por unanimidade de votos, decidiu pelo fim da proibição e a exclusão definitiva da ayahuasca da listagem em 26 de agosto de 1987. Dessa forma, seu uso para fins ritualísticos foi liberado por não haver material científico que provasse os efeitos nocivos do chá:

Isto posto, tendo em vista a competência legal do Conselho Federal de Entorpecentes, a quem cabe, legalmente, exercer a orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização relativamente ao uso de drogas, tendo em vista que as decisões do CONFEN deverão ser cumpridas pelos órgãos de administração federal, integrantes do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, tendo em vista, destarte, que pode o CONFEN, a qualquer momento, determinar as medidas para o controle, ou, até, a proscrição de qualquer substância cujas circunstancias peculiares assim o aconselhem, tendo em vista, entretanto, que não ocorrem, até o presente momento, circunstancia que indiquem, relativamente ao uso que vem sendo feito da “ayahuasca”, a necessidade de qualquer alteração das atuais listas do DIMED, a proposta á soberana decisão do plenário do Conselho Federal de Entorpecentes é no sentido de que seja mantida a presente orientação adotada pela DIMED em

suas últimas portarias, elaboradas com a colaboração do próprio CONFEN, de excluir das supracitadas listas as espécies de vegetais que integram a elaboração da “ayahuasca”, conhecida, mais comumente, no Brasil, como “Daime” ou “Vegetal”, entre outros nomes antes citados. Domingos Bernardo Gialluisi da Silva Sá – Presidente do Grupo de Trabalho. (Relatório do CONFEN, *in*: União do Vegetal Hoasca Fundamentos e Objetivos, p. 94).

Em 1992 o CONFEN suspende em caráter definitivo, aprovado por unanimidade, a interdição da ayahuasca.

Mais uma vez, partindo da iniciativa da UDV¹⁷, em novembro de 1991, foi elaborada a carta de princípios das entidades usuárias da ayahuasca, no Primeiro Seminário das Entidades da Ayahuasca realizado em Rio Branco - Acre. Mesmo não possuindo status jurídico, o documento estabelecia os procedimentos e princípios éticos do consumo da ayahuasca perante a opinião pública e as autoridades do país. Esse documento foi novamente ressaltado em novembro de 1992, na Primeira Conferência Internacional da ayahuasca, também em Rio Branco, onde as principais entidades religiosas que utilizam o chá se reuniram e firmaram o compromisso de cumprir os princípios instituídos na carta. Resumidamente, a carta contém, dentre outros, os seguintes princípios:

- Os participantes não devem sair do local do ritual até a sua conclusão.
- As entidades não devem comercializar o chá.
- Devem ser evitadas as práticas curanderis, assim como divulgações publicitárias.
- Não se deve associar a ayahuasca com outras substâncias psicoativas, sendo proibida a participação de pessoas sob a influência das mesmas nos rituais.
- Direito de plantar os vegetais que constituem a beberagem.
- Apenas os líderes de cada religião devem falar em nome da instituição.

¹⁷ Embora a iniciativa da elaboração da carta tenha partido da UDV, a instituição decide retirar o seu nome da carta em 1996.

Em 2004, o CONAD solicitou a sua Câmara de Assessoramento Técnico Científico (CATC) a elaboração de novo estudo e parecer técnico-científico a respeito dos diversos aspectos que envolvem o uso da ayahuasca. Algumas questões foram levantadas como, por exemplo: O turismo ayahuasqueiro, o uso terapêutico, a organização das entidades religiosas que utilizam a substância (foram cadastradas quase cem entidades e o registro ainda continua disponível), o comércio da bebida, critérios de aceitação de novos adeptos nos grupos religiosos, o uso do chá por menores e gestantes e a sustentabilidade da produção.

Em sua conclusão, o relatório elenca dez princípios deontológicos através dos quais busca definir o que se entende por ayahuasca, as finalidades e os locais considerados pertinentes ao seu uso religioso; deixando claramente vedado o seu consumo associado a substâncias ilícitas. Além disso, clarifica questões relacionadas ao cultivo das espécies constitutivas da bebida, sua produção e sua distribuição, descartando a comercialização da ayahuasca e a promoção de eventos relacionados ao seu uso visando lucro. Rejeita o curandeirismo e recomenda que não seja dada a ayahuasca a pessoas com transtornos mentais ou que estejam sob o efeito de bebidas alcoólicas ou outras substâncias psicoativas. Regulamenta a constituição das entidades ayahuasqueiras e apela para que estas mantenham entre si uma convivência ética e respeitosa. (Mac Rae, 2008, p.300).

O relatório foi aprovado pelo Conselho em novembro de 2006. Mesmo sendo retirada da lista de substâncias proscritas, e apesar da interdição da ayahuasca ter sido suspensa pelo governo brasileiro, ainda não existe uma lei oficial definitiva que regulamente o uso no Brasil. Isso tem gerado desconforto, colocando as instituições e grupos que utilizam o chá em constante tensão em virtude de não ter uma garantia mais sólida (no âmbito legislativo) de que poderão realizar seus cultos e práticas futuramente.

Em 25 de Janeiro de 2010 o CONAD publicou uma nova resolução sobre a ayahuasca. Na verdade e na prática, não se trata de uma nova resolução, o documento é apenas a publicação no diário oficial do relatório final GMT ayahuasca aprovado e divulgado em 2006. Por fim a ayahuasca goza de status legal no Brasil apenas para fins ritualísticos. O uso terapêutico permanece proibido até que ulteriores pesquisas científicas comprovem a eficácia terapêutica do chá.

No Peru, a ayahuasca é reconhecida pelo Instituto de Cultura Peruano como patrimônio cultural do país (RDN INC 2008). Este reconhecimento se sustenta pelo fato desta planta ser conhecida e utilizada pelos povos e descendentes indígenas como uma planta mestra, de modo que a prática de sessões rituais constitui um dos pilares fundamentais da identidade dos povos amazônicos. O uso ancestral nos seus rituais tradicionais garante continuidade cultural e está diretamente vinculada às propriedades terapêuticas da planta. O Peru também é signatário da Convenção Única sobre Substâncias Psicotrópicas. (pactuada em Viena em 1971), que inclui a DMT na lista de substâncias entorpecentes de alto grau de periculosidade. A DMT está incluída como substância proscrita de acordo com a Lei de Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas, promulgada em 1978.

Segundo Labate, “A inclusão da DMT nesta lei, em larga medida desconhecida na mídia e na literatura especializada tem menor valor, e para todo efeito o uso da ayahuasca no Peru é legal”. (Labate, 2011, p. 50).

5.6 O ritual e o terapêutico: categorias híbridas:

Existem algumas pesquisas e estudos em andamento que apontam para um possível potencial terapêutico da ayahuasca, principalmente em quadros de depressão, ansiedade, pânico e drogadependência. (Grob, 1996, Labigalini Jr, 1998, Ricciardi, 2008).

No Brasil e no mundo, diversos grupos utilizam a ayahuasca para os mais diversos fins, que vão desde ao uso recreativo e lúdico, passando pelo uso terapêutico e, como dito anteriormente, pelo religioso e ritualístico. No Brasil, o uso da ayahuasca é permitido apenas para uso ritualístico. Mas em um universo tão subjetivo, como delimitar o que é ritualístico e o que é terapêutico, se em tantos momentos essas categorias se interpenetram?

É importante ressaltar que as configurações do uso terapêutico do chá receberam ou ainda recebe, na maioria dos casos, influência das principais religiões ayahuasqueiras e também de outras religiões. Com isso se torna nítida a existência de uma ritualização no uso terapêutico da ayahuasca em grande parte dos grupos e instituições que fazem o uso terapêutico do chá. O Takiwasi, por exemplo, utiliza a

ayahuasca para cura, mas dentro de um ritual que incorpora elementos do catolicismo.

Do outro lado, é cada vez mais frequente uma “terapeutização” no uso ritualístico da substância. É comum que os adeptos das religiões ayahuasqueiras acreditem que o chá que possibilita autoconhecimento, alívio e cura para diversas enfermidades e melhoria para os problemas de drogadependência, cura de traumas, etc. Na Barquinha e no Santo Daime existem sessões e trabalhos destinados especificamente para a cura de aflições físicas, psíquicas e sociais, embora na UDV, a cura não seja o foco principal dos rituais. De qualquer forma, a crença que o chá possibilitaria uma série de benefícios físicos, mentais e espirituais permeia o discurso dos adeptos e consumidores da ayahuasca nessa conjuntura religiosa - ritualística.

Essa é uma via de duas mãos. Dentro desse contexto em que se torna difícil padronizar o que é ritual e o que é terapêutico, o que seria o estritamente terapêutico, já que essas categorias não têm fronteiras rigidamente delimitadas? Será que esses grupos terapêuticos que fazem trabalhos com a ayahuasca no Brasil poderiam um dia ter suas “portas” fechadas em virtude de estar realizando uma atividade ilegal? Como os órgãos competentes poderiam fiscalizar esses grupos e classificá-los como estritamente terapêuticos, se na maioria das vezes há uma ritualização no próprio processo?

Esse assunto é um tanto polêmico para a “comunidade” ayahuasqueira no Brasil. De um lado, as unidades e grupos terapêuticos buscam legitimidade e lutam pelo direito de utilização da ayahuasca em clínicas de recuperação para dependentes de drogas, sessões de terapia, tratamento de enfermidades, etc.. Do outro, grupos religiosos, que fazem uso ritualístico da substância, temem perder a legalidade e legitimidade conquistadas, pelo uso indevido e indiscriminado do chá.

E o que seria esse uso indevido e indiscriminado? Em primeiro lugar a distribuição do chá por pessoas não competentes e habilitadas em lidar com os efeitos da substância. Pessoas despreparadas estariam sujeitas a ocasionar problemas como “surtos” psicóticos nos pacientes que poderiam ser atribuídos, numa visão simplista, ao consumo do chá e não ao “mau uso”, ameaçando a legitimidade das instituições que já a possuem.

Outra questão diz respeito ao meio ambiente. O Marirí e a Chacrona são espécies vegetais nativas da floresta amazônica. O que aconteceria se houvesse um aumento considerável no consumo? Como lidar com essa ampliação da demanda de modo a preservar essas espécies e garantir a sua perpetuação?

Existem possibilidades e soluções para controlar e regulamentar o uso da ayahuasca. É imprescindível, inicialmente, que se realizem pesquisas mais aprofundadas para que haja comprovação científica dos efeitos terapêuticos do uso do chá. Se comprovados esses efeitos, seria importante pensar em formas de controle e regulamentação: profissionais competentes devidamente treinados, realização de anamneses para verificar o estado do paciente a fim de minimizar a ocorrência de problemas de saúde mental, supervisão desse tipo de tratamento por órgãos competentes, etc..

Quanto ao meio ambiente, a solução seria o desenvolvimento sustentável que poderia acontecer em diversas frentes: plantio de marirí e chacrona (uma parte das instituições religiosas já realiza esse trabalho). Uma maior fiscalização dos órgãos competentes (IBAMA) para combater o extrativismo exagerado. A criação de ONGs, patrocinadas por esses centros terapêuticos para realizar o replantio, etc..

O que se mostra mais urgente é a necessidade de estudos que apontem para essa capacidade terapêutica do chá, de forma que o mesmo possa ser utilizado com segurança por profissionais competentes, transmitindo confiança aos usuários que desejam tratamentos “alternativos” como forma de resolver seus problemas e enfermidades. Talvez essa legalização e legitimação possam fazer surgir novas formas “desritualizadas” de uso da ayahuasca, estabelecendo fronteiras mais delimitadas entre o terapêutico e o ritualístico.

5.7 Ayahuasca e mídia:

Com a expansão da ayahuasca nos centros urbanos, é notável um crescente interesse da mídia em relação ao tema. Temos observado um aumento considerável no número de reportagens e publicações nos meios de comunicação (mais especificamente Televisão, revistas e jornais), principalmente quando o uso da

substância está atrelado a situações polêmicas. O problema surge quando essas notícias veiculadas nos meios de comunicação de massa não correspondem à realidade dos fatos, causando confusão na população, gerando o que se chama de pânico social em relação à substância.

Dentre os erros observados nessas reportagens está o enfoque sensacionalista e a falta de relato de cientistas especializados no assunto. Muitos dos que são convidados a prestar esclarecimento sobre a ayahuasca não são especialistas e estão, na maioria das vezes, relacionados exclusivamente à área das ciências biomédicas. A abordagem multidisciplinar é essencial para se discutir o tema.

Examinando, por exemplo, uma reportagem publicada na Revista VEJA, na edição 2157 em 24 de março de 2010, o enfoque sensacionalista aparece na capa e no título da reportagem: "Crime: a loucura do Daime.". Nesta publicação, é nítida a desinformação do autor em relação ao tema e a emissão de juízo de valor (o que é verificável no trecho abaixo retirado da reportagem).

A DMT é proibida em quase todo o mundo. Ao lado do LSD e da mescalina, ela aparece na lista de drogas controladas na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas da Organização das Nações Unidas. Essa lista é seguida por 183 países, o Brasil incluído. A convenção, entretanto, não proibiu plantas ricas na substância, como a erva-rainha ou chacrona, que dá origem à beberagem do Daime. Isso permite a interpretação de que apenas a substância é proibida e a planta, que tem pequena concentração dela, não. No Brasil, em 1992, graças a uma campanha liderada por "ayahuasqueiros", o Conselho Federal de Entorpecentes liberou o consumo do chá daimista "para fins religiosos". Foi o primeiro de uma sucessão de erros que culminou com a consagração do chá como "bebida sagrada", título concedido à substância alucinógena pelo estado brasileiro em janeiro passado. O advogado criminalista Fernando Fragozo considera a interpretação casuística. "Uma droga não deixa de ser droga se for consumida no meio de um ritual. A substância é lícita ou não é", diz. A Associação Brasileira de Psiquiatria também já se manifestou contra a liberação do chá, sob o argumento de que não existem estudos suficientes para descrever em profundidade a ação no cérebro da DMT presente na beberagem. (Revista Veja. Edição 2157 de 24 de março de 2010).

Não apenas a Revista Veja, mas outras revistas e meios de comunicação seguem essa tendência sensacionalista ao abordar o tema.

Outro problema frequente, principalmente nas reportagens televisivas, é a ausência de informações sobre a especificidade dos diversos tipos de uso. Ao abordarem o tema, transmitem uma ideia errônea de que todos os consumidores da ayahuasca estão situados em um mesmo contexto. Por isso, são comuns distorções na compreensão do público leigo que tendem a classificar todos os usuários da ayahuasca como integrantes de um mesmo e único grupo, religião ou seita.

Deste modo, faz-se necessário que as publicações científicas sobre o tema possam ser divulgadas além dos circuitos científicos, a fim de fornecer informações de qualidade para um público mais amplo, sem os sensacionalismos e partidarismos tão comuns nas reportagens midiáticas.

CAPÍTULO 6: CURANDEIROS, TERAPIAS E TERAPÊUTAS.

Para compreendermos melhor como o Takiwasi conseguiu desenvolver um tratamento voltado para drogadependentes, numa perspectiva de unir saberes que se pensavam antagônicos, precisamos entender como se deu essa conexão entre o curandeirismo peruano (e a sua cosmologia) e os fundadores do centro: Jaques e Rosa. Ambos são médicos formados por instituições acadêmicas científicas que incorporaram a prática curandeiril amazônica, por acreditarem que esse saber pode ser extremamente eficiente na proposta de atenção à saúde, principalmente no que tange a drogadicção. Este capítulo também contempla a visão dos principais integrantes da equipe terapêutica (Jaques, Rosa, Jaime e Diego) a respeito da dependência de drogas e do tratamento oferecido no Takiwasi.

6.1 A cosmovisão do Takiwasi: Curandeiros, xamãs e bruxos:

Neste trabalho não pretendo fazer uma explanação longa e detalhada sobre xamanismo. Porém, uma breve abordagem se faz necessária para uma melhor compreensão dos fenômenos rituais e terapêuticos que se sucedem no Takiwasi.

Originária da língua tungue siberiana, a palavra xamã significa aquele que tem o poder de mediar o mundo dos humanos e o mundo dos espíritos. Dentro dessa perspectiva e definição, seria possível nesta sessão utilizar o termo xamã, (amplamente utilizado na literatura antropológica) para designar a pessoa que detém o conhecimento do preparo e manuseio das plantas, dietas, e das sessões de cura com a ayahuasca no Takiwasi. Mas isso requer uma discussão entre o saber nativo e o saber científico e suas respectivas categorias analíticas.

Eliade (1964) define o xamanismo como sendo a técnica do êxtase, e o xamã, neste caso, é a pessoa que detém a técnica de não apenas conduzir-se, mas conduzir a outras pessoas a esse universo místico ritual do êxtase. Apesar de não gozar de grande prestígio dentro da literatura antropológica, por notáveis falhas metodológicas na realização do seu trabalho, Eliade tem o mérito de ter unificado diversos trabalhos etnográficos sobre o tema a fim de elaborar uma definição sobre o xamanismo. As principais críticas ao seu trabalho dizem respeito a sua obsessão na busca de um xamanismo puro que desconsiderava a mobilidade e o dinamismo

globalizante do fenômeno, e na sua concentração excessiva na pessoa do xamã de minimizando seu papel sociocultural. Muito embora seu trabalho tenha sido amplamente criticado, sua definição sobre xamanismo ainda é amplamente utilizada na antropologia. Neste sentido, a definição de xamã proposta por Eliade também cabe perfeitamente aos curandeiros que ministram plantas, dietas e ayahuasca aos pacientes do Takiwasi, pois eles detêm a técnica de conduzir-se e conduzir a outrem nesse universo extático.

A nomenclatura xamã, embora analítica e antropologicamente atendam perfeitamente a gama de fenômenos rituais observados no Takiwasi, não será utilizada nesse trabalho. Prefiro utilizar a nomenclatura nativa, curandeiro. As razões serão expostas a seguir.

Um dia, conversando com um famoso curandeiro da região de Tarapoto¹⁸, perguntei se ele era ou se sentia um xamã. Ele respondeu veementemente que não. Xamãs (para ele) são como charlatões sem conhecimento que buscam apenas ganhar dinheiro de estrangeiros. Segundo o mesmo, os xamãs são pessoas que se vestem com roupas chamativas, aprendem de forma superficial algumas técnicas de cura, como cantar e soprar, e não sabem preparar e administrar direito à ayahuasca e seus efeitos. “Compram ayahuasca de outras pessoas e até mesmo pelo computador”, declara o curandeiro. A partir desta mesma conversa (posteriormente confirmada por outros curandeiros e moradores locais) comecei a compreender as categorias analíticas nativas sobre o que é ser curandeiro, xamã e feiticeiro ou bruxo. Também o fundador do centro (que constantemente realiza diversos trabalhos como curandeiro), embora de maneira não tão clara, fez algumas declarações que me fizeram crer que compartilhava dessa ideia. Possivelmente, os “xamãs” que se intitulam desse modo já demonstrem, ao utilizar uma terminologia exótica, não serem pertencentes à cultura local, o que os deixaria expostos a serem percebidos e tratados como outsiders.

Embora a maioria dos entrevistados concorde no tocante às definições das categorias bruxos e curandeiros, há controvérsias observadas no campo em relação

¹⁸ Esse curandeiro é frequentemente convidado pelos dirigentes do Takiwasi para ministrar sessões com Ayahuasca para os pacientes.

à definição do que seria um xamã. Uma “curandeira”¹⁹ entrevistada (que também desenvolve trabalhos no Takiwasi) pensa diferente sobre tais categorias. Segundo ela, a medicina tradicional amazônica deriva de um contexto tribal de modo que as lutas por territórios, alimentos e até por mulheres era constante. O curandeiro que pertencesse a uma tribo ou grupo precisava cuidar da sua tribo. Se eles precisassem matar, fazer bruxarias, causar danos aos outros para afastá-los eles faziam porque queriam o bem para sua tribo. – “os bruxos fazem o bem. Mas fazem apenas para eles, para os que eles querem bem, mas prejudicam os outros. Isso é uma prática bastante comum, por isso há que se ter cuidado”. De acordo com ela existem quatro níveis de conhecimento sobre a medicina tradicional.

O primeiro nível é composto de pessoas que conhecem algumas coisas para curar, mas que não são curandeiros. Do segundo nível fazem parte os curandeiros, as parteiras e os vegetelistas. Estes já conhecem o uso mais elaborado das plantas e dos procedimentos. Trabalham a nível físico e energético. O terceiro nível é o dos mestres curandeiros que são os xamãs que estão em um grau mais elevado, pois são especialistas em estados alterados de consciência – “Manejam ayahuasca, perfumes, tem poder e manejam outras coisas, outras plantas”. Por fim o quarto nível, o mais especializado, são os que podem modificar a matéria, que tem técnicas de bruxaria.

“Não existe ninguém aqui que tenha estudado para ser um bruxo. É tonteira! Se alguém conhece bem as plantas e briga com outra pessoa, pode fazer algo contra ela. Mas dentro de tudo isso tem a questão ética que é variável para cada um [...] há curandeiros que se sabe, trabalham com coisas escuras. Têm pessoas doentes que vão pagar para se curar, então eles tiram o mal e colocam em outro que estava são. Eles não têm a capacidade de curar no fim das contas. A pessoa que faz bruxaria vai perdendo sua força de curar. Porque geralmente um curandeiro deixa de ser bom e vira um bruxo porque não cumpre os preceitos. Saem com muitas mulheres, começam a deteriorar sua vida pessoal e isso influi. Vão perdendo sua força e a capacidade de curar. Se perdem a capacidade de curar, só fazem bruxaria. Muitos garotos que caem no alcoolismo por aqui são vítimas dos rituais de bruxaria. Por isso que aqui só se faz cura. Se um curandeiro tem

¹⁹ A entrevistada não se intitula curandeira, diz que apenas tem afinidades com a medicina tradicional. Entretanto, foi confirmado pelos pacientes e pela observação participante que ela desenvolve trabalhos de cura no Takiwasi.

muitos doentes para curar e o outro não tem, o que não tem ficará com inveja e fará com que o outro adoça para ficar com os seus clientes. Então é difícil fazer uma reunião entre curandeiros, porque não se querem ver, não se querem falar, não querem contato porque não tem confiança, sentem muito medo. Se é curandeiro e tem que falar com outro curandeiro que você não conhece, não vais dizer que é curandeiro, não vais mostrar o que sabes, porque tem medo que o outro te faça algo, que te façam uma bruxaria, que te lancem um virote”. (Rosa Giove. Entrevista).

Outro informante, o Padre Cristian está no Takiwasi há quatro anos, e diz que não tomaria ayahuasca mais em nenhum outro lugar que não fosse o Takiwasi. Porque, segundo ele:

“Aqui são curandeiros, lá fora são xamãs ou bruxos. O xamã tem duas caras. Fazem o bem e fazem o mal e isso não é coisa de Deus. Ele pode te curar, mas faz coisas para causar danos a outros. Os bruxos só fazem o mal e aqui tem pessoas que fazem isso. Os curandeiros sabem como defender-se dessas bruxarias. As plantas orientam como podem se defender – rezar o rosário, fazer uma oração. Fazendo as obras de Deus, Deus vai te proteger. Os curandeiros sabem como defender-se, e essa bruxaria faz dano. O bruxo pode causar dano a qualquer um, mas chega muito mais forte naqueles que não tem fé e levam uma vida desordenada. Uma vez um bruxo pegou minha camisa e disse que ia me fazer dano. E eu disse a ele: - Eu duvido. Eu tenho fé e quem tem fé nada te tocará. E nada me aconteceu. [...] se chama um curandeiro de xamã ele pode se ofender”. (Padre Cristian. Entrevista).

O padre, referência ocidental católica que representa o bem, parece fornecer proteção e segurança ao centro, aos seus dirigentes e aos usuários, em um universo habitado nitidamente pelo medo da feitiçaria e da bruxaria.

A partir das declarações anteriores, fica claro que essas categorias são híbridas e, no caso estudado, não possuem fronteiras rigidamente definidas. Desse modo, em linhas gerais, podemos dizer que:

- Os feiticeiros ou bruxos são pessoas que têm conhecimento sobre o mundo espiritual e sobre as plantas, mas podem utilizar esse conhecimento para fazer o mal. São procurados por pessoas traídas, invejosas, para fazer poções e encantos malignos a fim de enfraquecer, adoecer, empobrecer materialmente e até matar, a depender do poder que ele possua.

- Quanto aos xamãs, parece não haver uma definição consensual na perspectiva nativa a respeito dessa categoria, uma vez que três possíveis definições foram encontradas:

1- Os xamãs seriam pessoas que não aprendem com profundidade o ofício espiritual da cura e usam o pouco que sabem para arraigar lucros realizando seus trabalhos com desavisados. Estrangeiros ávidos por conhecer a cultura local se tornam o público alvo do xamã, e chegam a pagar verdadeiras fortunas por seus trabalhos. São considerados falsos curandeiros ou charlatões, ou seja, outsiders.

2- Os xamãs seriam indivíduos dotados de conhecimento, mas o utilizaria para o bem e para o mal. De acordo com essa explicação, o xamã seria um bruxo ou feiticeiro.

3- Os xamãs seriam mestres curandeiros que alcançaram um alto grau de conhecimento a respeito da natureza e do mundo espiritual.

- A categoria curandeiros me parece ser a categoria em que a maioria dos informantes concorda no tocante à definição e às suas atribuições nos trabalhos espirituais. Desse modo, concluo que os curandeiros são pessoas que tem prestígio e legitimidade no local onde vivem. Trabalhariam apenas para o bem, levando alívio e cura para aqueles que necessitam. Detém o conhecimento das plantas e da cura através de anos de estudo da práxis curandeiril, de rigorosas restrições alimentares e sexuais. O estudo se dá através de um curandeiro mais velho que passa o saber ao seu aprendiz. Mas não é só isso. O aprendiz, além de força de vontade e de firmeza para não ceder às tentações mediante tantas restrições, precisa ter o dom. O professor, normalmente mais velho e experiente, ensina a como vivenciar e conduzir esse dom.

Os curandeiros cobram por seus trabalhos, mas acreditam que não são mercenários. Alguns poucos vivem apenas disso, pois a demanda de pessoas por seus trabalhos de cura é tão grande que não sobra tempo para se dedicarem a outras atividades. Outros, contudo, desenvolvem atividades laborais em paralelo com seu ofício de curandeiro. Trabalham de dia e atendem os pacientes à noite. Mas o verdadeiro curandeiro seria aquele que jamais deixaria de atender a um necessitado caso não pudesse pagar por seus serviços. Outro ponto importante é

que o preço a pagar pelo serviço de cura não é preestabelecido. Depende do sucesso e conseqüente gratidão ou satisfação do enfermo para com o tratamento.

Quero ressaltar que essas categorias e suas definições advêm de um olhar nativo sobre o fenômeno. São definições de alguns dos curandeiros locais com quem tive oportunidade de conversar. É notável também que essas categorias não circulam apenas entre os curandeiros, mas são compartilhadas por alguns habitantes da região.

Um comerciante feirante que vende plantas e produtos esotéricos me contou que na região se encontra de tudo, do feiticeiro ao curandeiro, e agora apareceu o xamã, que veste roupas estranhas e que são seus principais clientes. – “Não sabem nem para que serve as plantas, compram e eu é que tenho que ensinar para que serve e como usa”, diz o vendedor. Perguntei onde encontrava um feiticeiro ou bruxo, ele falou umas coisas em outra língua, deu um muxoxo e me deu as costas.

Conheci alguns curandeiros, um argentino autointitulado xamã, mas feiticeiro ou bruxo, só ouvi falar que existia. Porém ninguém falava muito sobre o assunto ou me orientava sobre onde poderia encontrar um. Perguntei a um amigo curandeiro onde poderia encontrá-lo e ele deu risada, eu também, mas ele não me falou. Assim não os conheço nem por fotografia. Tal fato me fez pensar se o dito feiticeiro realmente existe ou se é uma categoria nativa de acusação.

É comum que os curandeiros se sintam atingidos por más energias ou maus fluidos normalmente enviados por pessoas “comuns” ou por feiticeiros que invejam seu prestígio social e a sua condição financeira próspera devido a seus reconhecidos trabalhos de cura. Para se defenderem, utilizam amuletos, banhos de folhas, e tomam ayahuasca para ficarem mais fortes ampliando seu poder. Ao desenvolverem trabalhos de cura com pessoas “carregadas” desses maus fluidos, ou de pessoas “pesadas” como eles denominam, precisam também passar por um processo de energização uma vez que podem se sentir “fracos” necessitando de um período de restabelecimento de sua força e poder para continuarem curando. É notável que, enquanto os feiticeiros parecem direcionar seus esforços (de fazer algum mal) aos curandeiros de prestígio da região, os xamãs se direcionam para realizar seus rituais com estrangeiros uma vez que os mesmos muitas vezes desconhecem seu status de legitimidade.

De acordo com o que me foi observado em campo, creio que a situação seja similar àquela relatada por Taussig que, ao estudar o xamanismo na Colômbia, declara que:

“Uma grave aflição era provavelmente o resultado de uma substância de feitiçaria que penetrava no corpo ou então a obra de espíritos caprichosos – dos mortos ou da natureza – que, na aparência, agiam independente da malícia humana”. (Taussig, 1992, p.152).

Bianchi (2005) acredita que o xamã perdeu sua função primordial no processo civilizatório que era intermediar o mundo dos homens e dos espíritos da natureza. O xamã, que na sua origem era responsável por negociar com os espíritos as condições climáticas e o sucesso na caça se transformou em curandeiro, com especialização exclusivamente terapêutica, de modo que:

O universo das doenças talvez seja o único campo no qual as férreas leis do mercado ainda permitam ao xamã aplicar a sua capacidade visionária. Na vida cotidiana da selva, ao contrário, o mundo dos espíritos não é mais útil. As rápidas mudanças sociais, econômicas e ecológicas acabaram por confiná-las na esfera do imaginário. (Bianchi, 2003, p. 328).

Bianchi proclama mais uma diferente análise das categorias xamã e curandeiro. Enquanto o primeiro manipulava as forças e os espíritos da natureza para diversas finalidades em que os processos ambientais estavam inseridos, o segundo lidaria exclusivamente com questões envolvendo a cura e a práxis curandeiril. Tal transformação se deve ao processo civilizatório e globalizante em que tais práticas estão sendo adaptadas às novas necessidades. Desse modo a dimensão espiritual do curandeirismo peruano sustenta-se na evocação de espíritos guias, protetores ou espíritos da planta (o que inclui também, os santos e anjos da iconografia católica) para guarnecer o curandeiro da ação negativa dos bruxos e feiticeiros; e dos espíritos malignos que proporcionam a doença. A ayhahuasca aparece como eixo central para esse tipo do curandeirismo associado também ao tabaco.

Em um país como o Peru, com baixo índice de desenvolvimento econômico e social, e mais especificamente na região da Amazônia peruana, onde a medicina científica não está ao acesso de todos, é muito comum que a população recorra aos curandeiros para diversas finalidades, o que inclui principalmente a cura de males

físicos, mas também a cura de problemas psicológicos e espirituais. Não atribuo essa busca por tratamento não científico apenas à escassez deste tipo de serviço na região, mas também, e principalmente, porque essa é uma prática historicamente e culturalmente constituída. Tendo em vista que grande parte da população é descendente de indígenas essa tradição, originalmente indígena, da busca por esse tipo de serviços de cura perdura até os tempos atuais mesmo que com novas configurações. Com a globalização, pessoas de outros países que vivenciam a cultura ocidental, sentindo-se desencantados pela lógica cartesiana de cura da medicina científica, tem também buscado nesses serviços de cura tradicionais alívio para os mais diversos tipos de infortúnio o que inclui o abuso de SPAs, conferindo ainda mais legitimidade àqueles que são procurados para realizarem seus trabalhos de cura. Prova disso é o prestígio que o Takiwasi goza perante a população local.

Mas o que a ciência, mais especificamente a antropologia, tem a nos falar sobre o tema? Na introdução do livro “Xamanismo no Brasil novas perspectivas”, Langdon (1996) fornece com brevidade algumas diretrizes sobre as quais podemos nos debruçar para pensarmos neste fenômeno. Para ela os xamãs são pessoas que lidam com as energias que existem por trás dos eventos cotidianos, sendo mediadores que agem em benefício do seu povo e se utilizam, para isso, de técnicas de êxtase diversas, que podem ser utilizadas com ou sem a presença de substâncias psicoativas enteógenas. (Langdon, 1996, p. 27 e 28) O xamã crê em duas dimensões distintas e complementares: o mundo visível e o invisível, sendo ele aquele que tem o poder de fazer a mediação entre esses dois mundos. Sua definição é mais abrangente e profunda do que a proposta por Eliade.

O xamanismo, como instituição, expressa as preocupações centrais da cultura e da sociedade, como a preocupação com o fluxo das energias e sua influência no bem-estar dos seres humanos. Como visão cosmológica, tenta entender os eventos no cotidiano e influenciá-los. No sentido mais amplo, o xamanismo se preocupa com o bem-estar da sociedade e de seus indivíduos, com a harmonia social e com o crescimento e a reprodução do universo inteiro. Abrange o sobrenatural, tanto quanto o social e o ecológico. Assim, o xamanismo é uma instituição cultural central que, através do rito, unifica o passado mítico com a visão de mundo, e os projeta nas atividades da vida cotidiana. (Langdon, 1996, p. 28).

A definição nativa entre curandeiro, xamã e feiticeiro perpassa pela legitimidade atribuída a cada pessoa que se dedica ao trabalho de lidar com o infortúnio e com o sucesso que adquire em sua empreitada de cura. Esse sucesso faz com que alguns curandeiros sejam mais famosos e adquiram mais prestígio que outros perante a comunidade local; e em um mundo cada vez mais globalizado a fama dos curandeiros “bons” ultrapassam fronteiras de cidades, países e continentes, arraigando cada vez mais clientes e aumentando seu poder, prestígio, fama e legitimidade.

Labate (2011) acredita que:

Do ponto de vista dos praticantes do vegetalismo, parece haver dois códigos diferentes: charlatão/médico e feiticeiro/xamã. Existem por um lado os curandeiros que podem curar e os falsos shamanes [falsos xamãs], charlatães [charlatães]. Há, ainda, os xamãs que podem fazer o mal os brujos [bruxos] ou hechizeros [feiticeiros]. Enquanto charlatães são impostores, brujos e hechizeros são autênticos; mas, diferentemente dos curanderos (ayahuasqueros, paleros, etc.) que curam, suas atividades estão voltadas para prejudicar os outros. (Labate, 2011, p. 179).

Através dessa abordagem teórica proposta por alguns antropólogos acima citados, poderia afirmar que o curandeiro (e também o feiticeiro) é um xamã, mas não o faço apoiada na observação participante no campo onde as definições antropológicas e nativas se chocam. Em resumo, de uma ótica antropológica sim, o curandeiro (e o feiticeiro) é um xamã, mas na perspectiva nativa parece não ser.

Os atributos do papel do xamã mudam de uma sociedade para outra. Também é possível que os membros de uma sociedade reconheçam mais de um tipo de xamã. É preciso explorar a definição nativa para descobrir quem é um xamã. (Langdon, 1996, p. 29).

Viertler (1981) analisa o conceito de xamã aplicado aos fenômenos xamânicos na América do sul trazendo à tona a discussão sobre as diversas nomenclaturas existentes para designar o xamã nesta região, a exemplo, vegetalista, pajé, curador, benzedor, feiticeiro, dentre outros, de modo que nos chama a atenção em relação à necessidade de um conceito que seja amplo e flexível para abarcar a heterogeneidade e especificidades do fenômeno e que, além disso, considere as condições históricas, sociais e culturais dos diversos tipos e práticas do xamanismo.

Explorando essa definição nativa, para efeito do presente trabalho, fico com as categorias nativas, embora queira, através dessa breve explanação, alertar ao leitor de que do ponto de vista antropológico podemos sim dizer que o curandeiro é um xamã e classificar os “fenômenos de cura” que acontecem em Tarapoto, e mais especificamente no Takiwasi, de xamanismo.

6.2 Médicos, curandeiros e terapeutas:

A fundação e o funcionamento do Takiwasi até os dias atuais estão intrinsecamente relacionada com a figura do seu fundador, o Dr Jaques Mabit, aliada a duas figuras centrais que atuam não só na administração como também nos trabalhos de cura e nos trabalhos terapêuticos do centro, o Dr. Jaime e a Dra Rosa.

Dr. Jaques (francês) e a Dra Rosa (peruana) são médicos formados em universidades pela medicina científica. Dr. Jaime é psicólogo. Os três exercem a função de curandeiros no centro.

Os curandeiros citados acima efetivam seus trabalhos de cura no Takiwasi de acordo com a tendência dos curandeiros nativos tradicionais: usam água florida, sopram tabaco, cantam *ícaros*, realizam purgas com plantas, banhos com ervas aromáticas, ministram sessões com ayahuasca, defumações com “*palo santo*”²⁰, dentre outras práticas. Dra Rosa possui consultório onde atende a população local nos moldes da medicina científica. Quanto a Jaques e Jaime não tenho informação sobre se eles desenvolvem atividades vinculadas à sua formação acadêmica fora do centro. Mesmo possuindo suas respectivas formações acadêmicas, eles são considerados curandeiros. Apropriaram-se desse saber demonstrando muito respeito às práticas curandeirais.

Acredito que, por receberem muitos estrangeiros ocidentais, o fato de terem cursado universidades (e de terem adquirido, também, um saber tradicional), possa ter ampliado a legitimidade dos três curandeiros em relação ao público ocidental. O público ocidental, embora busque formas alternativas de tratamento, esta inserida

²⁰ *Palo santo* - Pau santo- É uma madeira de odor agradável utilizada pelos curandeiros peruanos para fazer defumações a fim de espantar más energias ou maus fluidos.

em uma cultura onde o saber científico é enaltecido como único e verdadeiro. Tratar-se com a medicina tradicional com médicos e psicólogos, formados em universidades, pode oferecer-lhes maior segurança para realizarem o tratamento.

6.2.1 Jaques Mabit:

Entrevistando o Dr. Jaques Mabit em 27 de abril de 2010, perguntei inicialmente como surgiu a ideia de fazer um centro como o Takiwasi. Ele respondeu:

“A ideia não foi minha, veio através de uma sessão de Ayahuasca. No início, quando comecei a tomar, tive uma sessão forte recebi como uma missão. E eu estava diante de personagens que me perguntaram por que tomava Ayahuasca e eu respondi por que queria aprender. E eles disseram somos os guardiões da floresta. E isso foi muito surpreendente para mim porque eu não sou daqui nem da floresta, venho de uma cultura diferente. Então se consultaram e me disseram você está autorizado a penetrar neste território, mas seu trabalho vai ser este. E eu me via a mim mesmo tratando pacientes adictos. Foi uma proposta grande porque eu não tinha interesse nisso. Nunca tive problemas com drogas, nem minha família, então esse era um problema que não estava perto de mim, nem a medicina tampouco. Mas ao mesmo tempo isso me tranquilizou, pois eu vi que isso não era uma coisa minha, que eu havia elaborado, porque isso nunca me interessou. Bem e depois disso, eu via isso tão forte e tão real e ao mesmo tempo eu não sabia como fazer isso. Me pareceu uma coisa complicada, difícil. Os adictos são inconstantes, complicados, abandonam, recaem, depois eu guardei isso de lado, eu não sabia como fazer isso. Continuei tomando as plantas e aprendendo mais e mais técnicas, e isso durou três anos, e eu tinha me esquecido desse assunto, porque eu me sentia mal com a ideia. E depois de três anos, em uma sessão forte me apareceu uma mulher.[..]. Que me disse: - Tu queres seguir aprendendo? Então não se esqueça do seu compromisso. E eu disse, mas eu tinha me esquecido disso, e comecei a negociar: É complicado, eu não sei como fazer, não tenho experiência, e ela me disse quando uma criança vai nascer não tem treinamento. Tem uma gestação para que se prepare, mas se aprende é nascendo. Então já tiveste sua preparação em três anos, agora já tem que fazer. Eu não pude contestar mais, era muito inteligente a resposta. Eu aceitei e no dia seguinte me contactou uns amigos meus. Um psicanalista que me disse: - eu tenho um paciente que já não sei o que fazer. Tú está na selva, ai tem plantas

para purgar, de repente ele se limpa. E como eu havia me comprometido no dia anterior [...] eu disse tá, manda o paciente. Recebi esse paciente em minha casa, pois não tinha nem um centro nem nada. Eu não sabia o que fazer. Já sabia manejar as plantas e a ayahuasca, mas não sabia o que fazer com ele. Então lhe dei plantas, mas rapidamente percebi que não sabia lidar com isso, ele me roubou, me safou. Ele era muito simpático, como a maioria dos adictos, mas me manipulava como queria, pois eu não sabia como lidar com isso. Então me dei conta que era impossível fazer uma coisa assim, sem um mínimo de organização, sem um lugar especial, sem uma equipe, não tinha estruturado tudo isso. Então a cabo de três semanas esquentando minha cabeça eu disse até mais, e ele me disse: - Tu és uma boa pessoa, mas de adicção não sabes nada. Bem e ele estava certo. E eu aprendi que não se pode improvisar desse modo, que tem que se organizar. E aí eu comecei a refletir como poderia fazer esse lugar, essa equipe, como estruturar protocolo, então isso demorou três anos, eu estava me estruturando para fazer, e tomando a ayahuasca me vinha às instruções pouco a pouco. Então dois anos depois consegui esse terreno aqui, e comecei a organizar, a construir, então em 92²¹ tínhamos um pequeno círculo de pessoas, uma pequena casa para os pacientes, a maloca para as sessões e estávamos morando aqui, compartilhando com os pacientes e fomos trabalhando pouco a pouco, aprendendo com a experiência, e lendo e encontrando gente. E essa é um pouco da história. Foi mais que tudo uma resposta a inspiração que veio da ayahuasca e ao mesmo tempo eu sabia que se seguisse nesse caminho teria proteção, teria acompanhamento, tive muitas explicações de como fazer isso, de forma muito concreta. (Jaques Mabit. Entrevista).

E como surgiu a necessidade de vir ao Peru e conhecer as plantas?

“Eu não vim ao Peru para isso. Eu era médico sem fronteiras, terminei meus estudos e fui trabalhar. E havia um projeto no Peru, na serra e havia um hospital onde os médicos sem fronteiras assumiam a responsabilidades pelos peruanos que viviam lá. E na serra não havia luz de noite, era muito difícil. Então o projeto era organizar o hospital, torná-lo atrativo para que depois viessem os médicos peruanos. [...] Então trabalhei lá por três anos, e trabalhávamos nas comunidades campesinas utilizando os recursos locais. Aí conheci os curandeiros, gente que trabalha com a medicina tradicional e me dei conta que tinham muitos conhecimentos, eram muito inteligentes, e barato, e a gente os aceitava, pois fazia parte da sua cultura. Havia recurso

²¹ Ano de 1992.

barato, eficaz, aceitável para a população e que não se utilizava, porque o ministério da saúde não se confiava nessas coisas. E quando comecei a trabalhar com eles (os curandeiros) me dei conta que eles eram receptivos, mas quando lhes perguntava como funciona? Como conseguem resultados? Eles me explicavam dentro de sua cosmovisão, dentro de sua visão de mundo, que era o espírito da planta, coisas que para mim como ocidental não cabia como uma explicação racional. [...] e aí percebi que seu trabalho, como muita gente crê, não é superstição e que suas explicações eu não podia entender por não entender sua linguagem. Sua linguagem, temos que aprender, são coisas que a medicina ocidental tinham descartado. Mas eu via resultados concretos, essa gente cura. E como entender isso? Porque o que me explicam não entra na lógica ocidental, então tenho que aprender sua linguagem. E eu perguntei a eles se eu podia aprender isso, eu como ocidental, e eles disseram sim e porque não? Eu havia estudado um pouco de medicina natural e isso me dava recurso com técnicas com o barro, e eu pude trocar esses conhecimentos com os curandeiros, porque se eu lhes perguntava determinadas coisas eles também queriam aprender de mim, trabalhava com coisas que lhes interessavam. Depois disso, passei dois anos trabalhando, estive nas Filipinas, em Bangladesh, na África, e nesses diferentes países, também voltei ao Peru, percebi que essa medicina estava em diversas partes, que era eficaz, barata, e que os veículos de saúde não utilizavam, não levavam em consideração. E isso foi paralelo a uma crise pessoal. Estive com problemas pessoais, psicológico, afetivo e emocional, uma crise existencial, [...] crise com a medicina ocidental, que não levava em conta a parte emocional, psicológica ou simplesmente a alimentação. Tem pessoas que não precisam de medicamentos, ficam doentes e fracos porque não comem bem. E com isso não encontrava minha vocação. Não tinha estudado medicina só para ganhar dinheiro. Então em 1984, estive na Índia e tive uma experiência mística. Me chamaram, como médico, dizendo que alguém estava morrendo, então estive com um moribundo, e eu não tinha nada, porque não haviam ferramentas médicas, nada. O paciente já estava em estado terminal, e eu pensei, eu não posso fazer nada como médico. E a única coisa que pude fazer, ele não falava estava inconsciente, foi pegá-lo na mão e disse algumas palavras e ele morreu. E isso para mim foi um choque violento, então eu me fui ao meu hotel e aí entrei em um estado de modificação da consciência. Como se eu estivesse sentindo a morte em mim, mas não uma morte física, uma morte espiritual, psicológica. Eu via tudo cinza e negro, estava totalmente deprimido. E lá no fundo da depressão é terrível, pensava que não havia esperança, que tudo estava

perdido. Nesse mesmo momento aconteceu uma coisa curiosa, como uma recordação que em toda a escuridão sempre havia uma luz e a partir daí, a única coisa que importava era isso. E eu vi que não valia a pena viver sem essa luz. E eu disse bem, eu estudei medicina e não serve para nada essa medicina, não tem mais valor nenhum isso. [...]. E aí percebi, quero ser um curandeiro, porque essa gente sabe curar e nós não sabemos. E essa gente pode me ensinar. Se não fizer isso, o que será da minha vida? Trabalhar, comprar um carro. Vou fazer isso, muitos vão me tomar como um louco, mas não me importava com nada, não me importava com o que iam pensar de mim.

E aí eu ia me tornar um curandeiro onde e como? E aí eu vim para o Peru, porque eu já havia conhecido alguns curandeiros, conhecia o idioma, gostava do país. Sabia que tinha muita medicina tradicional. [...]. E fazendo um estudo comparativo entre a serra, a costa e a selva do peru, que são três grandes medicinas, a selva com a ayahuasca como emblema, a serra com a coca e a costa com o *San Pedro*, e fiz um projeto transversal da costa, serra e selva. Quando vim a Tarapoto e vi a cidade eu me senti que aqui era minha casa e foi uma sensação muito forte, como que estivesse voltando para casa. Quando eu vim para cá conheci muitos curandeiros que me disseram se quiser aprender, tem que tomar ayahuasca. E isso me pareceu lógico e pensei bem, eles é quem sabe. Eu não sei nada. Vou fazer o que eles dizem e depois de seis meses vou parar, tomar distância e ver o que vai ocorrer. Comecei a aprender, aprender. Na primeira sessão não senti nada, porque tive tanto medo, eu nunca tinha consumido nada, nem fumado marihuana, isso nunca me interessou, nem havia me embebedado com álcool. Não gostava de gente embriagada, repugnava isso. Bom, mas como tinha que fazer isso, ok.

Quando eu comecei a sentir a mariação eu me assustei. E eu pensei estou louco. Me pus tenso e só pensava em me controlar e terminou a sessão e eu estava assim. E eles diziam que eu tinha medo riam e brincavam e eu me senti como um idiota. Porque temia? Me senti um pouco humilhado. E eu voltei depois de dois dias para outra sessão. E essa foi a sessão que eu realmente senti. Tomei a ayahuasca e não tive tempo nem de me controlar. Pum estava dentro. E isso foi para mim terrível, porque me senti morrer. E lutei toda a noite para não morrer até que me dei conta que não podia controlar a coisa. Pensei nos meus pais que iam dizer perdi meu filho tomando um veneno com os índios da Amazônia. Que louco. Me passavam todas essas coisas. [...] e eu tomei consciência da minha insignificância. Que o mundo não depende de mim. E eu aceitei, e eu morri. E eu ouvi

Jaques você não tem importância. Como não tenho importância? [...] e pum, comecei a subir e fui retomando minha consciência e disse, nunca mais vou tomar a ayahuasca, isso não é para ocidentais, não é para mim. [...]. Percebi que a ayahuasca é uma medicina poderosa, assombrosa. Não se pode imaginar o potencial que tem. Estava fascinado. Que incrível, nunca tinha imaginado nada assim [...]”. (Jaques Mabit. Entrevista).

O informante contou as passagens de sua vida que o levou a construção do Takiwasi. Inicialmente acometido de uma espécie de desencantamento do mundo, atormentado pela depressão após o episódio na Índia, pôde questionar os métodos e terapêuticas da medicina científica, da qual até então era adepto e passou a se interessar por outro tipo de medicina - a medicina tradicional. Optou pelo Peru por já ter conhecido alguns curandeiros e por outras afinidades que descreve na entrevista e pôs-se a estudar as diversas metodologias tradicionais de cura envolvendo plantas enteógenas. Ao tomar ayahuasca neste contexto curandeiril recebeu uma espécie de revelação na qual foi estimulado por entidades espirituais a trabalhar com adictos. Após três anos de estudos que envolvia uma continuidade na ingestão da ayahuasca com curandeiros recebeu uma “cobrança” das entidades que o “forçaram” a levar a ideia (que afirma não ser dele) adiante.

Estruturou-se e formou, juntamente com uma equipe, o Takiwasi, cumprindo o combinado dele com as entidades espirituais. Ele declara na entrevista que para aprender a medicina tradicional dos curandeiros peruanos teria que compartilhar com a sua visão de mundo, sua cosmologia. Ele, como ocidental não era capaz de compreender como aconteciam as curas, mas convivendo com nativos, em certa medida adquiriu esse olhar, incorporou não só seu sistema medicinal como também suas crenças e valores acreditando ter se tornado um deles. Deste modo Jaques é um curandeiro, que atualmente, além dos trabalhos terapêuticos, desenvolve também práticas rituais pautadas no curandeirismo amazônico nas sessões com ayahuasca, nas purgas e dietas. Além disso, é autor de algumas publicações científicas, além de estar presente em diversas citações de pesquisadores acadêmicos. A apropriação de saberes tradicionais por médicos é uma questão polêmica em uma sociedade que em grande parte considera charlatanismo técnicas de cura dissociadas da medicina científica. Por outro lado, curandeiros poderiam ter um olhar de desconfiança em relação a um estrangeiro que se apropria de suas

técnicas de cura, se instala, ou melhor, instala um centro terapêutico no local captando seus possíveis clientes.

Essas questões levantadas envolvem conflitos reais do centro que recebe constantes investidas de ocidentais (principalmente franceses) no sentido de tecerem críticas e acusações ao trabalho que Jaques vem desenvolvendo no Peru – o que parece ser um motivo de preocupação para o mesmo. Enquanto realizava minha pesquisa de campo, conheci uma simpática advogada francesa que tinha como uma das suas atividades no centro pesquisar artigos científicos em que Jaques e ou o Takiwasi fosse alvo de críticas a fim de, também embasada em relatos científicos, defendê-los dessas críticas e acusações.

Para se defender de problemas ocidentais – advogada e artigos científicos. Para se defender de problemas nativos – usar a técnica deles em seu favor. A defesa em relação às investidas de curandeiros ditos invejosos e desconfiados se dá no plano espiritual. Protegem-se com defumações, banhos, orações, plantas e ayahuasca. Acreditam que como “*planta maestra*”, a ayahuasca está sempre orientando seus seguidores, lhes ensinando novas técnicas e plantas defensoras.

Apesar das críticas e acusações no campo material e da inveja e desconfiança no campo espiritual o trabalho realizado no Takiwasi vem se fortalecendo e se estruturando cada vez mais. Exemplo disso se dá:

- Pela demanda crescente por seus serviços a ponto de atualmente (agosto de 2012) o paciente que desejar realizar o tratamento ter que se submeter a uma lista de espera.

- Pela quantidade de pesquisadores das diversas áreas do conhecimento e de diversas partes do mundo que investigaram cientificamente e que almejam desenvolver pesquisas tendo o centro e suas atividades como objeto de estudo. (Havia também lista de espera para os interessados).

- Pelo fato do centro ter proporcionado dois congressos internacionais que reuniram conceituados cientistas e pesquisadores (médicos, antropólogos, sociólogos, botânicos, etc.) juntamente com alguns representantes das medicinas tradicionais em Tarapoto. Estes eventos atraíram turistas de diversas partes do mundo, movimentando a economia local, ampliando o prestígio do centro com as

entidades hoteleiras e turísticas e com a população em geral que, mesmo indiretamente, se beneficia com a presença de turistas na região.

- Pelos prêmios e reconhecimentos obtidos por entidades governamentais e não governamentais.



Certificados recebidos pelo Takiwasi afixados na parede no interior do centro. Foto: Gabriela Ricciardi.

Não há dúvidas que o prestígio e a fama do Takiwasi vêm se expandindo ao redor do mundo nos últimos anos, mas Jaques Mabit não pretende expandir o centro em direção a um aumento da oferta desse tipo de tratamento, pois na sua visão:

“A força espiritual não está na grandeza, está nas coisas pequenas. Tenho o pensamento de fazer uma coisa para mulheres, trabalhar com prisioneiros, fazer um centro de investigação da medicina tradicional, mas fazer o Takiwasi I, II, III, IV, isso não. Há muito que se fazer aqui. Eu prefiro as coisas pequenas e fortes. Não me importo com a quantidade, mas com a qualidade. Se não tem qualidade, a quantidade some”. (Jaques Mabit. Entrevista).

Para Jaques a adicção é um fenômeno que está inserido em um contexto ocidental e afirma que não existe adicção nas sociedades tradicionais. Estes consumiam substâncias psicoativas sem desenvolver dependência. A ocidentalização que ocorreu a partir do século XVI em que a racionalização expulsa Deus da esfera social, (“- Deus está morto pelas grandes correntes racionalistas.”) dessacralizou o mundo fazendo surgir diversos problemas sociais. A dimensão espiritual, ainda segundo ele, faz parte da natureza humana, mas está reprimida e censurada. Vive-se em um mundo funcional, sem esperança.

“Não há saída, não há outra vida, não há sentido, e então essa frustração profunda que há no mundo ocidental se manifesta no desejo de buscar, de forma espontânea, cada um como pode, buscar resposta. Um jovem atual está em conflito com a sua família, por causa também desse mundo ocidental, dessas situações econômicas, busca de algo transcendental, e se lhe dizem que não há sentido e que não há outra coisa, isso contradiz a intuição fundamental de todo ser humano que há outra coisa, que há sentido. A adicção é um intento inconsciente dos jovens em busca de uma auto-iniciação de buscar algo que lhe ajude e que lhe dê resposta. Como a sociedade não lhe dá resposta, a religião não lhe dá resposta, a política não lhe dá resposta, buscam experiências imediatas por respostas com o intento de iniciações que há nas culturas tradicionais [...]. A intenção é encontrar algo, mas frente a um montão de problemas, buscam isso de forma caótica. Não só com a droga, mas pelos excessos, excesso de sexo, de dinheiro, de loucura e de todas as coisas. Nisso há um intento que tem sentido. Não posso me contentar em um mundo sem sal e sem pimenta. Só que essa experiência [de iniciação com as drogas] é sem guia e quando passa o efeito da substância e se volta à experiência ordinária, como se faz para integrar se não há canais e estruturas que permitem isso?”. (Jaques Mabit. Entrevista).

Ele conclui, afirmando que a experiência com a ayahuasca é totalmente diferente por ser estabelecida a partir de um guia que proporciona uma experiência

integradora e atende a demanda do ser humano por conhecer esse mundo invisível e essa dimensão do sagrado.

6.2.2 Rosa Giove:

Rosa Giove, também conhecida como Doutora Rosa, é esposa do Doutor Jaques Mabit, fundador do Takiwasi. Mora em Tarapoto com sua família, local onde trabalha como médica ginecologista. Rosa recebeu-me em seu consultório médico de forma muito acolhedora. Tivemos uma longa conversa sobre cura e curandeiros, pacientes adictos e sobre o Takiwasi.

Ela nasceu em Lima - Peru. Veio para Tarapoto em 1978, por obrigação (como afirma) para trabalhar nas províncias, nas áreas periféricas, com o objetivo de prestar serviços nas áreas rurais onde não havia médicos. Este era um pré-requisito para que pudesse conseguir seu título de médica. – “Se não fosse por isso, talvez nunca tivesse vindo para Tarapoto”. Alguns anos depois, conheceu seu companheiro Jaques, que estava fazendo um estudo sobre medicina tradicional e, como dito anteriormente, recebeu em uma sessão da ayahuasca a incumbência de fundar um centro para tratar pacientes adictos. Portanto, ela acompanha o Takiwasi desde o início, desde a sua fundação.

Rosa acredita que as pessoas buscam as drogas por sentirem um vazio existencial, uma carência. O consumo de drogas tem o intuito de superar esse vazio e angústia que sentem. Buscam se sentir bem de alguma forma, querem se sentir melhor. Acredita que um tratamento eficaz contra a dependência deve necessariamente envolver, inicialmente, uma limpeza. – “As drogas sujam o corpo físico, daí a necessidade de limpar, de purgar, por que as purgas atuam não só no corpo físico, mas também a nível catártico, emocional”. Além da limpeza, é fundamental oferecer condição para que o adicto descubra sua vocação, faça ou refaça seus projetos de vida, que coisas podem ajudá-los a encontrar uma intenção, um sentido na vida, seguir e caminhar.

Para Rosa não há um destaque mais ou menos importantes nas diversas atividades que são desenvolvidas no centro, uma vez que as práticas realizadas atuam em conjunto e não isoladamente. As dietas, a ayahuasca e o trabalho

terapêutico têm grande participação no processo. É na integração de diversas práticas que se estrutura o tratamento. Cada uma tem seu lugar.

“Ayahuasca é importante, mas, se não tiver uma integração com o processo de vida de cada um, não tem tanto poder curativo. A dieta me parece muito mais importante que a ayahuasca porque permite mudanças qualitativas, permite entrar em contato com as coisas, trabalhar em um estado consciente e com estado alterado de consciência, as duas coisas”.
(Rosa Giove. Entrevista).

Para Rosa o diferencial do Takiwasi é trabalhar diferentemente das clínicas de recuperação. Trabalham nos moldes das comunidades terapêuticas com alguns diferenciais. As clínicas visam desintoxicar através do tratamento medicamentoso, ou seja, tratamento farmacológico de substituição, (tratamentos psiquiátricos que utilizam principalmente antidepressivos e tranqüilizantes). Crê que esse modelo não é muito eficiente por não trabalhar os problemas do paciente a fundo. Agem somente na superfície. Em poucos casos os pacientes são orientados a desenvolver em paralelo algum tipo de psicoterapia para resolverem ou minimizarem seus problemas existenciais. Os medicamentos fazem com que os adictos reduzam o consumo, e até mesmo deixem de consumir, mas é algo externo, se os medicamentos são descontinuados, provavelmente voltarão a consumir. As comunidades terapêuticas desenvolvem terapias no sentido de fazer com que o paciente possa ter mais controle sobre si mesmo.

Rosa faz uma crítica a algumas comunidades terapêuticas por existir corrupção e facilitadores (que são muitas vezes os próprios trabalhadores) que levam as drogas para os internos. Diz que o controle médico é mínimo e os psicólogos, quando existem, não ficam o tempo todo no local, situação próxima ao que ocorre no Brasil.

“Não é como o Takiwasi que é um centro pequeno e que tem quase a mesma quantidade de gente que atende que a de internos. Temos tratamento personalizado, uma relação mais próxima com os pacientes, e por trabalharmos com estados alterados de consciência, permitimos que o paciente se depare em primeiro lugar com a *Yawar panga*²² que é um

²² Nome científico: *Aristolochia dydima*. É vomitivo, depurativo, regulador energético, tranquilizante. (Giove, 2002, p.170).

vomitivo bastante enérgico. Porque, com as drogas, os adictos tem a sensação de poder tomar sempre mais. E com um pouquinho de planta eles sentem um efeito muito forte a nível físico. Faz sentir respeito pelas plantas por um lado e por outro lado, diminui a crise de abstinência. E com a ayahuasca também é um contato bastante forte que toca em coisas que não são lúdicas, que não são agradáveis, coisas que fazem refletir e tomar contatos com problemas pessoais que se pode resolver. Mais difícil que tomar ayahuasca é conviver com pessoas diferentes de diferentes costumes. Não são violentos, mas são pessoas complicadas, pois tem muitos problemas familiares”. (Rosa Giove. Entrevista).

A entrevistada declara que o Takiwasi nasceu da união entre o saber científico e o tradicional já que acredita que –“a medicina tradicional não é menos eficaz que a moderna e é um recurso, é uma forma de pensamento na maneira de curar que é cem por cento válida”. Apesar de desenvolver alguns trabalhos direcionados para a cura, (inclusive, nas sessões com ayahuasca tem participação, soprando e entoando ícaros de cura) Rosa não se considera uma curandeira. Diz que ainda há muito que aprender, mas que se interessa pela medicina tradicional e consome ayahuasca há muito tempo. Ela não pretende deixar de ser médica para se tornar uma curandeira por que:

“É difícil deixar meu lado médico. Tenho uma vocação pessoal e muito interesse. Ao passo que não posso ser cem por cento curandeira. Gosto da medicina tradicional, mas penso que cada um tem seu lugar, seu espaço. Seria muito gratificante para mim ser curandeira e não trabalhar com outra coisa. Isso não ajudaria a ninguém, nem a mim [se referindo à questão financeira], de repente alguns poucos pacientes e só. O lugar que estou melhor posicionada não é de deixar de ser médica e ser curandeira. Esse lugar de médica me possibilitou ir fora falar da ayahuasca, escrever artigos. Se estivesse imbuída no lugar de curandeira provavelmente ficaria difícil fazer isso”. (Rosa Giove. Entrevista).

Estar desta forma posicionada deu a Rosa a oportunidade de fazer uma ponte entre os dois conhecimentos vendo nisso uma grande vantagem por permiti-la processar melhor o tema da necessidade de articulação entre a medicina tradicional e a medicina científica. – “Um curandeiro que queira influenciar na área médica para falar da medicina tradicional está mal posicionado. Bem, se não é médico, então o que pretende fazer?”.

Durante toda a entrevista Rosa demonstra seu interesse, admiração e respeito pela medicina tradicional exercida pelos curandeiros amazônicos, bem como algumas preocupações. – “A medicina tradicional é um corpo de conhecimento muito importante, antigo, muito rico, mas também muito frágil”. Essa fragilidade advém de diversos fatores relatados por Rosa, a exemplo:

- O meio ambiente que está se deteriorando.

- Os jovens não querem mais ser curandeiro, nem as jovens querem ser parteira e isso pode levar ao desaparecimento da medicina tradicional.

- Falta de apoio do estado na proteção dos conhecimentos tradicionais. –“há leis penais que penalizam com anos de cárcere as pessoas que não são médicas e exercem medicina tradicional”.

- A ameaça da indústria farmacológica que tem desenvolvido pesquisas para transformar em medicamentos industrializados as substâncias utilizadas pelos curandeiros. – “Isso vai alimentar a indústria farmacêutica, mas não trará benefícios aos possuidores reais de conhecimento”.

6.2.3 Jaime Torres:

Jaime é um psicólogo peruano que trabalha no Takiwasi há quinze anos. Há aproximadamente dez anos se tornou diretor e atualmente desempenha diversas funções: Cuida do modelo de tratamento e do protocolo terapêutico, tarefa que está diretamente relacionada à sua formação acadêmica. Trabalha com a admissão dos novos pacientes e na etapa da reinserção e reencontro com o ambiente familiar, além de prestar auxílio aos setores administrativos e burocráticos. – “Há uma grande equipe, de quarenta pessoas, para garantir o funcionamento do Takiwasi e eu articulo essas áreas”.

Além dessas tarefas, Jaime também trabalha com plantas administrando as purgas e todo o processo de desintoxicação física. Tem participação ativa nas purgas com tabaco, nas dietas e nas sessões com a ayahuasca.

Observei diversas vezes Jaime presente nas atividades ritualísticas do centro. Já o vi cantar e soprar em alguns pacientes. Nos rituais de iniciação ele teve participação ativa. Também foi ele quem me conduziu até o sítio das dietas para que eu pudesse conhecer e acompanhar alguns trabalhos que estavam sendo realizados lá. Durante a visita ele recomendou que eu não chegasse perto dos pacientes que estavam dietando para não atrapalhar o processo de interiorização. Isso porque se acredita que eles estão muito sensíveis em virtude de estarem consumindo plantas depurativas e enteógenas e ingerindo alimentação extremamente restrita (a alimentação durante a dieta é apenas banana e arroz sem sal e sem açúcar). Desse modo os odores e ruídos, por exemplo, podem se tornar ampliados. Acredita-se também que os pacientes durante a dieta estão mais propensos a absorver as energias do ambiente e das pessoas, por isso não devem, durante esse período, ter contatos com pessoas não autorizadas.

Na ida até o sítio das dietas, Jaime fumava o mapacho para pedir proteção. Como morei em um local de muita área verde, onde recebia constantes investidas de cobras, acostumei-me facilmente a caminhar pelas áreas de mata ou floresta atenta aos movimentos no chão. Graças a esse “treinamento”, pude observar uma cobra prestes a dar o bote sobre ele, e o avisei a tempo. Jaime interpretou o ataque da cobra como sendo algum sinal espiritual. Pelo visto não muito bom.

Ele me mostrou as cabanas onde os pacientes “dietavam”, mas fui orientada novamente a manter distância do local. Cheguei a fotografar uma cabana que estava vazia e fiquei lá por alguns minutos. O local é muito simples e não tem a estrutura que as pessoas que residem nas cidades estão acostumadas. Fiquei imaginando como seria ficar ali durante nove dias tomando plantas e comendo apenas arroz com banana. Sabia que era totalmente inadequado para mim, então gestante, participar de uma dieta tão restritiva. Diferente do que aconteceu com a sessão com ayahuasca, tive consciência que não seria possível participar da dieta. Todavia, confesso que fiquei interessada em saber como me sentiria nessas circunstâncias. A partir desse interesse, não excluo a possibilidade de regressar ao Takiwasi, em outro contexto, para vivenciar essa experiência.

Apesar de estar envolvido com os trabalhos de cura, Jaime, assim como a Doutora Rosa, não se intitula curandeiro.

“No contexto do Takiwasi, outros curandeiros que passaram por aqui: Sacha, Wingston, eles dizem que eu já posso trabalhar com a ayahuasca. Meu Mestre, Solón, agora está com 95 anos. Ele me disse: -‘Tú já podes cantar os ícaros’. Mas não me disse tu és um mestre. Eu, particularmente, não digo que sou um curandeiro. Eu trabalho com a ayahuasca no contexto Takiwasi, com as pessoas que conheço no Takiwasi. Não tenho capacidade de tomar fora do contexto do Takiwasi, por exemplo, em Lima, Estados Unidos e Brasil. Não tenho autorização da ayahuasca para fazer isso”. (Jaime Torres. Entrevista).

Jaime afirma conhecer muitos curandeiros indígenas e mestiços e sempre pergunta a eles de onde vem à autorização para que se intitulem curandeiros. E um deles respondeu que quando um mestre diz que ele é curandeiro é porque ele já pode ser considerado um curandeiro. Desta forma, em última instância, para que alguém se torne um curandeiro é preciso receber autorização de um mestre que seja legitimado pela comunidade local e que o intitule assim, para poder exercer plenamente seu ofício.

Para Jaime um curandeiro pode ser comparado a um ginecologista, “que pode dar a luz ou fazer um aborto”. Há, segundo ele, curandeiros que fazem o mal e o bem:

“Os bons curandeiros você encontra nas chácaras, nunca nas cidades. É que são tão sensíveis que não conseguem ficar muito tempo lá. Os odores, os ruídos incomodam a eles. Os bons curandeiros não estão na internet, indo para a Europa. Tradicionalmente o dom de curar é um dom de Deus. Não é para ganhar dinheiro. Os curandeiros tradicionais não cobram. Mas tradicionalmente, se vives em um local que tem um curandeiro e vais até ele, é natural que leve algo para presenteá-lo, mas ele mesmo não cobra nada. Não se pode lucrar com as coisas de Deus. Mas a gente deve presenteá-lo para que viva também. Tradicionalmente um curandeiro não vive com aquilo que faz como curandeiro. Ele cria galinhas, planta bananas e outras coisas para viver. Aqui no Takiwasi é diferente. Temos que cobrar porque somos um centro. Temos trabalhadores. Um dia recebi um e-mail que dizia: - ‘Espero que não me cobre nada porque as plantas são de Deus’. Mas até as plantas temos que pagar por elas, para que um profissional vá buscá-las. Às vezes também precisamos contratar pessoas para ajudar a preparar as plantas. E temos que pagá-las depois”. (Jaime Torres. Entrevista).

Para Jaime, as pessoas desenvolvem relações problemáticas com as drogas por diversas razões, mas ressalta que:

“Existe um terreno onde possa fecundar a problemática. E esse terreno são os problemas familiares e há de algum modo condições que são de índole espiritual. Todas as pessoas de algum modo são dependentes de algo. Somos todos consumidores. Há dependências que não incluem substâncias como: sexo, compras, internet, celular, jogos. Esses problemas são de ordem psicoafetiva ou espiritual. Uma pessoa busca na substância ou no comportamento algo que lhe tranquilize, que tranquilize o mal estar. E a droga ou o comportamento lhe dá aparentemente um alívio”. (Jaime Torres. Entrevista).

E ainda crê que, para se dissociar desses comportamentos ou substâncias é preciso acalmar. Encontrar algo construtivo que preencha essa busca:

“Por isso, nesse sentido, a ayahuasca é uma planta importante por que ela modifica a consciência, mas, pode-se construir, descarregar-se, aliviar. Com a droga há só sensações, prazer, mas não se constrói nada. É um ato lúdico, sem acompanhamento e sem guia e não é construtivo. Com a ayahuasca, o contexto do ritual, da sessão, do guia, possibilita uma experiência construtiva. Temos que entender como pode ser possível encarnar essa experiência mística na experiência cotidiana. Daí a importância da terapia.” (Jaime Torres. Entrevista).

É perceptível o alinhamento ideológico dos dirigentes do centro e da equipe terapêutica ao pensar o uso problemático de substâncias psicoativas como sendo uma busca, um reflexo da evidência de problemas existenciais. Parece também haver um consenso, compartilhado pela maioria dos pacientes e integrantes da direção e equipe terapêutica do centro ao atribuírem tais problemas existenciais (que culminaram no uso compulsivo de drogas) a situações familiares difíceis para esses indivíduos.

Jaime considera a ayahuasca uma planta importante na resolução desses conflitos, mas crê que ela não atua sozinha para um sucesso no tratamento. Os três eixos (as plantas, a vida cotidiana e o ciclo terapêutico) são fundamentais. A relação da droga com a espiritualidade é retratada pelo informante como algo igualmente importante. Vê a droga como uma espécie de personificação do mal que amplia o vazio existencial sentido pelos adictos. “O espiritual não pode estar

descontextualizado de uma prática, de um ritual, de uma tradição. Aqui no Takiwasi temos uma formação católica e esse é um recurso que damos aos pacientes se quiserem. Os que não querem, nós não obrigamos, não insistimos”. Mais uma vez aparece nas entrevistas a sintonia do Takiwasi com a cosmologia católica: a eterna luta entre o bem e o mal. O bem é simbolizado pelas plantas que curam e que constroem, vivificadas, em última instância através da ayahuasca. O mal são as drogas que destroem as estruturas psicossociais, afetivas e familiares dos indivíduos que a consomem.

As recaídas são vistas por Jaime como parte do processo. Elas significam que ainda há aspectos a serem trabalhados, que estão fragilizados nesses pacientes. “As pessoas podem estar em abstinência, mas podem não ter resolvido seus problemas a fundo. Aqui, a cura significa mudar a atitude na sua maneira de ver a vida e isso se reflete até na postura corporal”.

A abstinência parece não ser o único objetivo que o centro tem para com os seus pacientes. O objetivo principal é a resolução de problemas e conflitos existenciais que levaram esses pacientes a estabelecerem situações difíceis com a droga. Acreditam que, com todo processo e serviços oferecidos, esses indivíduos tenham condições de se conhecer, e reconhecer os pensamentos, sentimentos e atitudes que podem desencadear ciclos de compulsão, evitando-os. Dessa forma, pouco a pouco, a abstinência se tornaria a consequência de uma atitude mais equilibrada e de uma nova forma de ver a existência, a vida e a si mesmos.

6.2.4 Diego:

Diego é um simpático psicólogo peruano que desenvolve diversos trabalhos no Takiwasi a cerca de dois anos e meio. Em primeiro lugar, acompanha e supervisiona o trabalho dos pacientes, observando-os inclusive nos seus labores diários. É responsável também por ministrar as reuniões de convivência, pré e pós-ayahuasca, além de entrevistar pacientes novos e acompanhar em consultas semanais dois pacientes internos. Paralelo a isso, tem desenvolvido com o Takiwasi um projeto de prevenção social, cujo destaque resultou em uma premiação, com a qual buscará apoio financeiro para levar adiante os seus projetos sociais. Ele não

desenvolve trabalhos de cura nos moldes da medicina tradicional. Mas toma plantas com frequência, faz dietas e participa das sessões com ayahuasca como espectador.

Para Diego, os adictos são pessoas que buscam afeto, uma relação que é ausente no vínculo familiar e na sociedade. Sentem um vazio e buscam estabelecer um nexos, uma relação. Para esquecer esse vazio, eles procuram prazer, emoção como forma inconsciente de buscar algo. Querem usar drogas para sair do estado atual, normal, onde não se sentem bem, sentem que a vida não tem sentido, não encontram caminhos e desejam experimentar outro tipo de sensação para encontrar algum sentido.

Ele afirma concordar com a visão do Takiwasi em que o consumo de drogas é uma iniciação de alguma maneira com o mundo transcendente. Mas não é uma boa iniciação. É uma iniciação, mas em um ritual sem controle, sem as condições necessárias. Além disso, acredita que as pessoas usam drogas para escapar de algum problema.

“O adicto é alguém que busca por si a transcendência através das plantas e por isso o tratamento funciona bem com o trabalho, as plantas, as purgas, as dietas, a ayahuasca, que a pessoa, mesmo sem saber, estava buscando também”.

- “[...] porque as drogas tapam os problemas, anestesiaram e acalmam as emoções. Quando as pessoas começam a sentir emoções difíceis: amargura, tristeza, muita raiva e sofrimento, usam as drogas para matar isso. Barram as emoções que não podem controlar e que as estão atormentando”. (Diego. Entrevista).

Diego compreende que o diferencial do Takiwasi é a maneira de fazer o tratamento. Enquanto em outros lugares esses tratamentos recebem pessoas tanto voluntárias quanto forçadas, o Takiwasi recebe apenas os voluntários, já que a condição prévia para participar do tratamento é a disposição pessoal. Os tratamentos convencionais atacam os sintomas com remédios, mas a base dos sintomas, para ele, tem a ver com outros problemas, muita coisa na base se manifesta através do sintoma consumo de drogas, mas se não resolve os problemas de base, o problema com as drogas continua ou segue por outro lado: sexualidade,

violência, etc. A terapia do Takiwasi tem como objetivo não só parar o consumo, mas trabalhar na base, entender o porquê da conduta de ser um adicto.

“Por isso, para deixar as drogas, o mais importante é poder tomar consciência do que está passando, tomar consciência que se está em um caminho equivocado e que se tem uma enfermidade. O problema não vai se solucionar se a pessoa não reconhecer que tem um problema e busque uma maneira de solucionar com tratamentos. Há muitos caminhos: uma vida espiritual, um compromisso forte. A família ou as pessoas que estão ao redor podem ajudar, apoiar, mas se isso não parte da pessoa, não há muito o que se fazer. Quando as pessoas vêm pressionadas pela família, pensam que tem um problema, mas que não é nada muito sério. Seguem com o problema e não mudam. Ficam algumas semanas e vão embora e não ficam por que a motivação não é própria, não é verdadeira”. (Diego. Entrevista).

Perguntei a Diego como o Takiwasi lidava com o consumo do *mapacho* (tabaco) por parte dos curandeiros durante os rituais; e do vinho na celebração da missa católica que era desenvolvida em uma capela localizada dentro das instalações do Takiwasi. Bem se sabe que essas substâncias são utilizadas nos respectivos rituais. Mas quando se trata dos pacientes adictos, inclusive os que estão abstinentes de bebidas alcoólicas e do tabaco, como eles se comportam tendo contato com tais substâncias?

Diego confessa que o Takiwasi é alvo de críticas constantes do tipo “tiram uma droga para colocar outra”. Mas replica essas críticas alegando que as substâncias como vinho, *mapacho* e ayahuasca são utilizadas espiritualmente, em um contexto ritual, e não lúdico. O *mapacho*, por exemplo, é usado como proteção e é uma ferramenta fundamental no curandeirismo amazônico.

“O tabaco é importante no contexto, com a intenção de fazer o ritual, por isso é menos conflituoso para os pacientes.” Os rituais tem que ser feitos com autorização. No tratamento, não podem fumar tabaco. Os pacientes entendem que a maneira que os curandeiros o fazem é espiritual, autorizados por outros curandeiros e pelo espírito da planta. Entendem o que implica um ritual de manejo. A ayahuasca, unidas com o ritual e o terapêutico, com a toma de plantas e com os psicólogos, fazem com que os

pacientes mudem as suas respectivas visões de mundo e auxilia muito no desenvolvimento da personalidade.” (Diego. Entrevista).

Ele alega que a Ayahuasca é a planta central do tratamento que permite depurar, limpar fisicamente, permite entender o passado, ter visões além de centralizar os curandeiros xamânicos. Permite uma série de entendimentos e compreensão.

“O que às vezes não conseguimos em três meses de terapia uma pessoa consegue em uma sessão. Há possibilidade de resolver questões que levariam anos em um processo terapêutico. Muitos pacientes chegam sem uma crença ou uma prática espiritual definida. Mas, quando começam a tomar ayahuasca, há uma mudança em relação ao mundo espiritual. Pelo menos os pacientes acreditam que há um mundo transcendente”. (Diego. Entrevista).

É nítida, contudo, a inclinação do Takiwasi ao catolicismo, suas concepções e práticas rituais. A observação empírica é facilmente capaz de detectar isso: a presença de capela, rituais católicos como a missa, e a presença de imagens de Jesus Cristo e da Virgem Maria nas malocas onde os pacientes tomam as plantas e a ayahuasca, evidenciam que o Takiwasi mescla elementos do curandeirismo tradicional amazônico e suas crenças, com práticas e crenças católicas, o que também é confirmado por Diego.

As transgressões e recaídas são vista por Diego como parte do processo, mas há que se por limites. Algumas transgressões são “aceitáveis” como: não respeitar horários, roubar comida, mas atitudes do tipo: cometer atos de violência contra qualquer pessoa que esteja no centro; praticar sexo e consumir álcool e drogas são atitudes tidas como problemáticas. Neste caso, o Takiwasi pode suspender o tratamento do paciente infrator de modo que o mesmo deva ficar afastado do centro por no mínimo quatro meses.

O Takiwasi também impõe outros limites aos pacientes. Cada um só deve se internar até, no máximo três vezes.

“Porque tem gente que se acostuma a ficar lá dentro, e o Takiwasi não tem esse objetivo. Muitos sentem o perigo na saída e querem ficar mais. [...]. Após o período de reinserção, os pacientes são orientados a buscar outros

ambientes, diferentes dos em que viviam para não desencadear os mesmos mecanismos que fazem a pessoa usar a droga. A família é orientada a buscar tratamento psicológico, porque muitas vezes ela tem influência na adicção dos pacientes. Toda a família tem responsabilidade com o paciente adicto”. (Diego. Entrevista).

Diego finaliza a sua fala dizendo que o sucesso do tratamento depende fundamentalmente da motivação pessoal, do fortalecimento no desenvolvimento do caminho espiritual. Essas são as bases sólidas para ter um bom caminho e evitar as recaídas.

6.3 Takiwasi e o “movimento” Nova Era:

Durante a minha estadia no campo Takiwasi, pude perceber que o doutor e curandeiro Jaques Mabit tinha uma espécie de aversão ao movimento Nova Era. Essa percepção surgiu em alguns momentos de conversas informais e se confirmou quando soube que o mesmo, chegou a expor em um folheto de divulgação do centro, que os serviços oferecidos pelo Takiwasi não estão destinados a um público consumidor de bens e serviços Nova Era.

As origens da Nova Era, dentro de uma perspectiva histórica não é muito remota. Os historiadores, apesar de divergências acreditam que, embora sua semente estivesse germinando da década de 1960, foi mesmo no início dos anos 1970 que ela brotou. Deste modo, na origem do movimento Nova Era, destaca-se o transcendentalismo, o espiritualismo, a teosofia, além de uma busca entre aspectos convergentes entre o Oriente e o Ocidente,

Após muitas dúvidas e algumas dificuldades de encontrar uma definição mais precisa sobre o fenômeno, adquiri, através da leitura de Amaral (2000) mais segurança para tratar o tema. As dúvidas e dificuldades para compreender tal fenômeno advêm da mobilidade e heterogeneidade que o caracteriza. A ausência de uma definição mais precisa gera dúvidas e preconceitos em um público leigo. Isso é consequência da mobilidade e do sincretismo existente nos métodos e nos rituais da Nova Era, cujas práticas adotadas estão alicerçadas na busca pela transformação através de experiências rituais que não estão obrigatoriamente vinculadas a doutrinas ou sistemas de crenças religiosas.

Segundo Amaral (2000), o “movimento” Nova Era surge de um cruzamento de idéias, da circulação de experiências de contatos sejam eles concretos ou desejados entre diferentes tradições culturais numa dimensão global. No universo ideológico da Nova Era, destaca-se a magia e a cura como pontos cruciais que envolvem este complexo sistema de pensamentos e práticas:

6.3.1 A magia:

A magia no movimento Nova Era é uma dádiva de Deus que é conferida a todos aqueles que desejem conhecê-la. A magia está no ar, e aquele que deseja conhecê-la precisa aprender e conhecer as técnicas para lidar com as forças extrafísicas e sobrenaturais com o objetivo de controlar e manipular essas forças. Vale ressaltar que essa manipulação poderá acontecer para o mal ou para o bem. Como ressaltava Amaral: “[...] esses movimentos mostravam-se fascinados pelos poderes da mente e sua habilidade para influenciar os outros.” (Amaral, 2000. p 22). E ainda:

Acredita-se que certos indivíduos desenvolvem poderes, conscientes ou inconscientes, para perturbar ou matar com o olhar ou com a projeção psíquica. Tais poderes mágicos expressam, pelo viés dessa teoria, uma concepção moral relativa a uma luta entre o bem e o mal. A magia, nesse caso, não lidaria apenas com forças naturais neutras, mas com forças “boas” ou “más”, “divinas” ou “demoníacas”. (Amaral, 2000. P. 37).

Se, nesse universo exotérico de pensamento, Deus mostrava seus segredos somente para alguns homens, mantendo os não iniciados ignorantes das possibilidades a serem desenvolvidas, através do conhecimento do mundo, dos seus sentidos e virtudes ocultos e secretos, no universo Nova Era esse “presente especial de Deus” está disponível no mundo para todos os homens. (Amaral, 2000. P 37).

6.3.2 A cura:

Amaral (2000) ainda aponta, caracterizando a Nova Era, uma tendência das pessoas envolvidas nesse movimento em uma busca por uma transformação de si e do mundo para além dos limites de qualquer cultura particular, ou sistema religioso.

Outra característica importante é que Nova Era é uma nomenclatura para práticas espirituais diferenciadas que se combinam e se interpenetram independente das filiações religiosas dos seus praticantes.

Trazendo essa ideologia central da Nova Era para o propósito de observar similaridades com a ideologia e práticas que acontecem no Takiwasi, podemos perceber que:

- De acordo com a história de vida do fundador do centro, Jaques Mabit, associadas às descrições das práticas do centro, é nítida a influência de sistemas culturais diferentes no modelo de tratamento proposto pelo Takiwasi. Aspectos culturais e ou religiosos extraídos de tradições orientais ou indígenas associado à psicotecnologias ganham roupagens diferentes ou pela própria interculturalidade ou por servirem a um público não nativo que deriva compreensões e associações diferentes das “originais”.

- No caso da “magia”, destaco a manipulação das forças extrafísicas e sobrenaturais para o mal, onde entra em ação a crença na existência dos feiticeiros, que vinculados a forças (energias) negativas tem como objetivo desenvolver seus poderes para fazer o mal: rogar pragas, colocar mal olhado, em coisas ou pessoas. Os curandeiros, por sua vez, manipulam a força presente na natureza e as entidades espirituais benéficas para fazer o bem, trazer alívio e cura para os necessitados. Desse modo, o princípio de “defesa psíquica e espiritual” presente na Nova Era é empiricamente verificável nas práticas rituais do Takiwasi. É notável a preocupação com o ambiente energético do lugar que é mantido positivo através de constante defumação, banho de folha nos pacientes e funcionários, além de outras técnicas de limpeza energética e espiritual do ambiente e das pessoas. Os curandeiros do Takiwasi precisam está sempre alerta para lidar com os ataques dos bruxos ou feiticeiros que emanam energias psíquicas ou espirituais perturbadoras, muito provavelmente por inveja ao destaque e prestígio que o centro adquiriu.

- Vale ressaltar também que o fundador do centro e curandeiro é um ocidental que aprendeu as técnicas de cura e manipulação de forças sobrenaturais com os curandeiros locais. Não sendo ele filho de curandeiro (ou tradicionalmente alguém que poderia exercer esta função, por ser estrangeiro e pertencencer a um sistema cultural diferente), o fato de estar exercendo o papel de curandeiro demonstra uma

“abertura” que dentro dos princípios da Nova Era que crê que a magia é para todos que queiram aprender.

- Ao unir o saber da medicina tradicional dos curandeiros amazônicos com técnicas científicas da psicologia e medicina; ao unir a crença em bruxarias, com a ingestão da ayahuasca em paralelo aos cultos e crenças católicas em prol de uma transformação dos pacientes adictos, o Takiwasi consegue se mostrar inovador, de modo a efetivar na prática os conceitos ideológicos da Nova Era: trabalhar em prol da transformação do mundo na medida em que visa transformar positivamente a vida das pessoas que buscam seus serviços.

[...] pode-se afirmar que o elemento mais importante no movimento é a possibilidade de facilitar o processo de transformação. Destacam-se, como modelo para essa transformação, as práticas de cura, associadas diretamente com o crescimento espiritual [...]. (Amaral 2000, p 30).

- A cura é o principal objetivo em todas as atividades proporcionadas pelo Takiwasi. Inicia-se com os dependentes ou adictos que, de acordo com a cosmovisão do centro, são pessoas energeticamente, psicologicamente, e muitas vezes até fisicamente doentes. Tanto que a maioria dos cânticos realizados nos rituais, inclusive as sessões com a ayahuasca evocam principalmente entidades de cura (e também entidades protetoras). Apesar de direcionar seus serviços prioritariamente aos adictos, o Takiwasi não se limita exclusivamente a esse público. Oferece possibilidade para que outras pessoas além dos dependentes conheçam algumas técnicas utilizadas por eles (como as dietas e os seminários) com o objetivo de proporcionar transformações positivas, e cura psicológica, energética ou física. Pessoas de diversas partes do mundo e com objetivos diversos se dirigem a Tarapoto para participarem dos “workshops” organizados pelo centro que tem como meta proporcionar aos participantes uma possibilidade de cura e transformação através de um período de reflexão e autoconhecimento facilitado pelas dietas e ingestão de plantas o que inclui a participação em sessões com a ayahuasca.

6.4 Outros serviços oferecidos pelo Takiwasi:

Dentre os serviços oferecidos pelo centro a um público mais amplo destacam-se os seminários de evolução pessoal – destinado a franceses ou pessoas que falem o idioma francês; o seminário de capacitação no modelo Takiwasi – oferecido pela primeira vez este ano; e as dietas que acontecem quase que mensalmente. Todos esses serviços têm um custo no qual não estão inclusas as despesas com passagens aéreas, hospedagem e alimentação. Segundo um dos informantes que faz parte da direção, o valor arrecadado com esses serviços auxilia na manutenção do centro que não se manteria caso contasse apenas do valor arrecadado pelos internos em tratamento. Segue mais alguns detalhes sobre cada um dos serviços citados:

6.4.1 Seminário de evolução pessoal:

Os seminários de evolução pessoal têm a duração de três semanas e são destinados para pessoas que falam e compreendem o idioma francês (francófonos). Por ano acontecem cerca de cinco seminários com um custo de quatro *mil nuevos solis*, algo em torno de 1.526,00 dólares ou 3077,00 reais (valor convertido em 30/07/2012)²³. Quanto aos serviços oferecidos. Leia o material de divulgação extraído em 27/07/2012 no site oficial do centro:

Seminários de evolução pessoal.

A equipe do Centro Takiwasi lhe convida a participar de uma experiência profundamente humana através de um seminário de evolução pessoal de três semanas. Esta vivência original emana do conhecimento ancestral dos curandeiros da selva amazônica do Peru.

Treinado com as práticas tradicionais e modernas de cura há mais de 10 anos, a equipe do Takiwasi oferece um acompanhamento estimulante, responsável e seguro a quem deseja prosseguir em uma busca autêntica do sentido da vida.

²³ <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/Resultado.asp?idpai=convmoeda>

O caminho proposto exerce uma ação profunda no corpo, nas emoções, na mente e também no espírito através de técnicas e exercícios de desintoxicação, purificação, regeneração e harmonização.

A terapia do Takiwasi está centrada na ingestão ritualizada de plantas sagradas que permitem uma liberação dos conteúdos emocionais. A pessoa chegará a ver-se no sentido de sua natureza profunda para abrir-se melhor para o seu mestre interior. Sem embargo, este seminário não pretende construir uma iniciação completa sim um passo neste caminho. A verdadeira consciência de cura só se adquire depois de vários anos seguindo os mesmos princípios que os utilizados neste seminário, com uma integração progressiva do eu no cotidiano.

Quem participa:

Este seminário é dirigido às pessoas adultas e motivadas que anseiam uma autêntica busca com “os pés na terra e a cabeça nas estrelas” e para o qual apresentam uma séria motivação.

Durante o seminário se roga para que os participantes tenham uma atitude respeitosa e aberta com as técnicas de cura e com os curandeiros.

Não é dado nenhum certificado de participação. O centro se exonera de responsabilidades administrativas e legais que possa implicar no uso posterior do conhecimento adquirido durante o seminário por parte dos participantes.

(<http://www.takiwasi.com/esp/se01.php>). Tradução: Gabriela Ricciardi.

6.4.2 Seminário de capacitação no modelo Takiwasi:

Este seminário está sendo oferecido pela primeira vez este ano (2012) e acontecerá no mês de setembro. Tem um custo de 500 dólares e uma duração de uma semana. Terá dois enfoques: um prático e um teórico. Na abordagem prática o centro oferece toma de plantas, sessões de Ayahuasca, retiro para dieta com ingestão de plantas de poder. Já a abordagem teórica consiste em conferências realizadas por membros da equipe terapêutica do centro.

6.4.3 Dieta Takiwasi uma instância para a auto-observação:

As dietas voltadas para atender um público externo acontecem quase que mensalmente. Este serviço tem um custo de 1.500,00 *nuevos solis* o que soma aproximadamente 1.154,00 reais ou 572,00 dólares²⁴ (convertido em 29/07/2012). Neste valor não está incluso despesas com hospedagem e com alimentação fora dos dias da dieta. Essas dietas têm a duração de dez dias e acontecem no mesmo sítio ou chácara onde os pacientes também “dietam”, embora não concomitantemente. Os interessados ficam em isolamento ingerindo plantas e seguindo uma dieta alimentar altamente restritiva, tendo contato apenas com os curandeiros durante este período em que estão isolados. Para compreender melhor o tratamento, leia o informativo abaixo retirado do site oficial do Takiwasi em 27/07/2012.

Efeitos:

Com determinadas plantas observamos, em alguns casos, mal estar, dor generalizada ou localizada, vômito, irritabilidade, tontura ou diarreia; mas em nenhum caso foram tão importantes como para interromper a dieta e são parte de manifestações de uma depuração geral transitória. É frequente a insônia, mas há um notável aumento da atividade onírica e uma amplificação sensorial, efeitos que persistirão depois de reiniciada a ingestão de sal.

Pode haver também efeitos agradáveis como visões placentárias, sensação de integração com a natureza, ampliação da consciência e conexão com a espiritualidade e com o transcendental.

Não podemos atribuir esses efeitos a um único agente especial, pois coexistem condições favoráveis que tem efeitos sinérgicos: o espaço físico em contato com a natureza, o espaço dedicado a esse retiro (se esquece a noção de tempo) o isolamento, a ausência de atividade física, a dieta alimentícia e as plantas que se ingerem.

(<http://www.takiwasi.com/esp/se01.php>). Tradução: Gabriela Ricciardi.

²⁴ <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/Resultado.asp?idpai=convmoeda>

Assim, esse conjunto de serviços oferecidos pelo centro atinge um público que está além dos dependentes de substâncias psicoativas, um público mais amplo que está em busca de autoconhecimento, de experiências místicas, de cura e de transformações, um provável público de consumidores de bens e serviços da Nova Era. É de suma importância o destaque que os trabalhos de cura adquirem nesse “movimento” Nova Era, e isso acontece, em grande parte, por estes trabalhos evidenciarem os conflitos internos e as aflições humanas, as similaridades e as fragilidades compartilhada pelos seres humanos.

Este público consumidor de bens e serviços da Nova Era estão em busca de um aprimoramento constante do bem estar e da harmonia corpo, mente e espírito. Têm um interesse especial em técnicas não ocidentais de cura o que inclui as medicinas tradicionais praticadas no oriente (principalmente na Índia) e também as medicinas tradicionais indígenas. Isso justifica, em grande parte o aumento do turismo ayahuasqueiro no Peru, que anualmente desloca milhares de pessoas dos mais diversos continentes (com um destaque para europeus e americanos), para vivenciar técnicas de cura e participar de sessões com a ayahuasca com os curandeiros locais.

Labate (2011) em sua Tese de doutorado investiga o turismo ayahuasqueiro no Peru, destacando a região de Pucallpa, local onde realizou sua pesquisa de campo. A autora neste trabalho destaca o fluxo de contingências entre ocidentais e curandeiros (que ela prefere denominar vegetalista) e os hibridismos oriundos desta relação. Cita o doutor Jaques Mabit como exemplo deste hibridismo: um ocidental que se tornou um curandeiro. E cita exemplos de curandeiros nativos que viajam frequentemente para os EUA e Europa para proporcionar *workshops* a uma clientela abastada financeiramente e ávida pelo consumo de “uma cultura diferente”, “uma cultura nativa” ou simplesmente “a cultura do outro”. Além disso, sua pesquisa contempla a interação de cientistas com os curandeiros que intercambiam saberes e práticas e como se utilizam desse intercambio para se legitimarem.

A Tese de Labate trouxe para mim dois questionamentos:

Primeiro: o que motiva ocidentais de classe média e alta sair do conforto dos seus lares, viajarem quilômetros em direção a Amazônia peruana, ingerir plantas de

sabor desagradável e enfrentar seus efeitos, nem sempre agradáveis, fazer dietas altamente restritivas e se submeterem a serem tratados por curandeiros de legitimidade desconhecida por eles? Após longo período de reflexão amparado por constantes leituras, entrevistas e conversas informais realizadas no campo, emergem algumas possíveis respostas.

Com a globalização e a ampliação tecnológica dos meios de comunicação tornou-se mais fácil o acesso a outras culturas que não a ocidental e conseqüentemente outras técnicas para tratar os infortúnios que não através da medicina científica ocidental.

O modo de vida capitalista em que o consumo exacerbado se faz presente força o indivíduo a levar uma vida estressante. Nas grandes cidades há pouco espaço para uma possibilidade de interação com a natureza, aliado a uma oferta crescente de bens e serviços que para serem adquiridos, exige que as pessoas trabalhem mais para consumir mais, deixando pouco tempo livre para realização de outras atividades ligadas ao lazer e ao contato com a natureza. Esses fatores conduzem a um constante estresse que pode culminar em quadros patológicos e diversos transtornos psicológicos que vão desde a mal estar e sensação de vazio até enfermidades como depressão, síndrome do pânico, ansiedade, etc.; Muitos dos meus informantes, pacientes do Takiwasi na sua maioria ocidentais, declararam que o uso compulsivo de drogas se iniciou como um modo de minimizar a sensação de vazio ou a tristeza que sentiam. Em paralelo, as relações sociais entre os indivíduos estão visivelmente fragilizadas. A começar pela família. Os pais e as mães já não têm mais tempo de educar, criar, acompanhar, dar amor e afeto aos filhos, pois precisam trabalhar. Muitas vezes compensam a ausência com bens materiais que não suprem as carências psicológicas e emocionais. O resultado disso se manifesta em crianças mal educadas, adolescentes sem limites e adultos problemáticos vítimas de carência afetiva. Mais uma vez, encontro nas palavras dos informantes a relação entre uma estrutura familiar desequilibrada e o uso compulsivo de SPAs. As relações afetivas, de um modo geral, também têm sofrido mudanças com a revolução tecnológica. E é questionável até que ponto essas mudanças são positivas no sentido de uma melhoria na qualidade de vida das pessoas.

As tecnologias ocidentais de cura para o estresse (e outros problemas oriundos do modo de vida capitalista, onde podemos incluir a dependência de drogas) são diversas; mas entra em destaque o tratamento com os psicofármacos. A cada ano, aumenta significativamente o número de consumidores desses medicamentos também passíveis de causar dependência.

A motivação dos ocidentais turistas ayahuasqueiros está na possibilidade de conhecer e se reconhecer, de experimentar uma cultura diferente, de experimentar o contato com uma natureza tão exuberante e tão escassa nos seus locais de origem, de experimentar plantas de poder que proporcionam expansão da consciência, de participar de rituais “exóticos” de cura, de vivenciar relações reais e não virtuais com outros indivíduos. Públicos diversos com objetivos diversos se lançam nessa empreitada: a busca da cura de males físicos, psicológicos e os dito espirituais, além de uma transformação na maneira de viver e na maneira como vêem a vida.

Sobre isso, Labate (2011) diz que:

A grande maioria de estudiosos que entrevistaram estrangeiros que consomem a Ayahuasca na América do Sul relataram que estes estão motivados por cura e transformação pessoal. (Labate, 2011, p.32).

Alguns desses turistas ayahuasqueiros retornam aos seus países de origem fascinados, completamente encantados com suas vivências, sentindo-se curados, aliviados e transformados; outros, contudo, regressam decepcionados. É comum a ilusão dos turistas em relação a uma Amazônia preservada, e a desilusão de verificar que a degradação e poluição da natureza se fazem presentes. A ilusão de ser recebido por um curandeiro indígena tribal se desfaz quando se deparam com um homem vestido com roupas de famosas grifes ocidentais ao invés das tradicionais indumentárias indígenas. Essas são algumas causas digamos “leves” da decepção. Outras envolvem charlatanismo, estupro por parte dos supostos xamãs, roubos e extorsões, dentre outras.

Segundo: quais as conseqüências oriundas da interação entre curandeiros nativos, curandeiros estrangeiros, turistas ayahuasqueiros (incluindo adictos) e cientistas nesse universo de consumo da ayahuasca?

A consequência é o contínuo fluxo de saberes intercambiados de modo que todas as categorias acima citadas se interpenetram e adquirem novas configurações. Os curandeiros nativos trocam práticas e saberes com os estrangeiros. De acordo com a entrevista concedida por Jaques Mabit, com os curandeiros peruanos ele aprendeu muitas práticas nativas, mas também ensinou técnicas de medicina natural que adquiriu em vivências em outras partes do mundo. Não obstante, ele como um médico ocidental já escreveu diversos artigos científicos enaltecendo as propriedades curativas da ayahuasca, assim como os saberes da medicina tradicional dos curandeiros peruanos. O modelo de centro Takiwasi, da forma como é organizado estruturalmente, foi absorvido e copiado por alguns curandeiros nativos que antes ministravam sessões no Takiwasi e que hoje possuem seu próprio centro e sua própria clientela formada, principalmente, por turistas ayahuasqueiros.

No período que estive realizando a pesquisa de campo havia mais três pesquisadores que como eu frequentava o centro diariamente. Todos três tomaram ayahuasca (e outras plantas) e fizeram dieta. Tinham uma atitude de respeito e reverência aos curandeiros e sua práxis. Em um dos congressos organizado pelo Takiwasi, esse trânsito se tornou evidente. Tiveram espaço para apresentar suas vivências cientistas e curandeiros (nativos e estrangeiros). Alguns cientistas, à noite, participaram das sessões com ayahuasca. (Tinham duas opções: uma era realizada por um curandeiro nativo e a outra por um curandeiro estrangeiro). De dia éramos cientistas e de noite turistas ayahuasqueiros. Não é raro que turistas ayahuasqueiros, assim como cientistas, façam breves ou demoradas excursões para o Peru e se tornem neoxamãs em seus territórios de origem.

Os curandeiros aprenderam a lidar com as tecnologias ocidentais, a exemplo, internet e redes sociais. Possuem site e perfil em redes sociais como forma de divulgar seus trabalhos, obter mais clientes e ampliar seu prestígio local e global. Chegam a facilitar a estadia de cientistas nos centros, pois sabem que o mesmo será divulgado em pesquisa científica, podendo trazer mais prestígio, legitimidade, poder e dólares. Sim. O resultado dessas interações abarca trocas de saberes e dólares.

De acordo com Labate (2011):

Existe uma intextualidade entre os vários centros criados e freqüentados por estrangeiros e por curandeiros internacionalizados. Esse território comum é formado por sujeitos com identidades híbridas, com trânsito fluente nas academias e nas sessões de ayahuasca. Há, nesse contexto, uma relação de mão dupla entre a lógica legal e científica de um lado, e a nativa do outro. Tais concepções circulam em escala global e migram de volta para a selva peruana. (Labate, 2011, p. 233).

CAPÍTULO 7: OS PACIENTES E SUAS TRAJETÓRIAS DE VIDA COMO USUÁRIOS EM BUSCA DE TRATAMENTO.

Este capítulo retrata as histórias de vida de alguns dos pacientes que estavam em tratamento no Takiwasi no período da pesquisa de campo. São pessoas com as quais eu tive a oportunidade de conviver e conhecer suas histórias. São histórias que mesclam o prazer e o sofrimento numa busca de tratamento. Histórias de idas e vindas, do levantar, cair, levantar, recair, na tentativa de levantar e permanecer de pé. São as histórias de: Marcos, Paulo, Pedro, Said e Joaquim. Esses nomes foram escolhidos pelos próprios pacientes com o intuito de preservar a identidade dos mesmos, em entrevista concedida em abril de 2010.

7.1 Marcos:

Marcos é um francês de 35 anos. Tem nível superior incompleto, é solteiro e não tem filhos. Essa é a sua primeira estadia no centro. Está lá há aproximadamente sete meses. No período da entrevista cumpria a reinserção, em que já era autorizado a sair do centro em alguns momentos.

Marcos iniciou sua trajetória com as drogas com cerca de 18 a 19 anos. Usava álcool, haxixe, maconha e, depois de um ano, experimentou heroína inalada e injetável da qual se tornou dependente. A primeira vez que usou heroína, foi como uma revelação, uma solução para ouvir e responder os problemas, logo depois, comprou de novo. Quando não tinha heroína usava álcool, maconha e haxixe.

Uma vez, comprou cinquenta gramas de heroína e cento e cinquenta gramas de cocaína. A partir daí começou a se sentir dependente, pois passou a usá-las diariamente.

Ele comprava heroína na Holanda, declarando que lá era mais barato. Tinha mais dois amigos que usavam também. Ele viajava, buscava a droga e dessa maneira seu consumo saía praticamente sem nenhum custo. Como era ele quem viajava e corria os riscos, os amigos o recompensavam dando-o uma parte da droga. Para ludibriar a polícia e minimizar os riscos, ele colocava a heroína em um plástico,

amarrava com um cordão e introduzia no ânus. Depois de horas de viagem, quando chegava a um local considerado seguro ele defecava e retirava a droga das fezes.

“Eu me vici na sensação de me picar”. O ritual envolvia a heroína, água e limão. O limão era para tirar outros elementos e impurezas. - “Derretia, colocava em um pequeno algodão, sugava com a seringa, amarrava uma borracha no braço e injetava puuuu. (...) Olhe minhas veias, estão secas”.

“O único pensamento que eu tinha era onde encontrar drogas. Eu estava muito solitário. Tinha uma relação com a heroína como se fosse minha namorada, minha mulher. Tinha bons momentos, momentos dolorosos, e uma relação de prazer e dor, como homens e mulheres”.

Ele se picava em muitos lugares, mas preferia o braço esquerdo por que a veia era maior e mais fácil para aplicar. Fazia isso até para os amigos que se sentiam mal ao ver sangue.

Para Marcos, a falta da heroína é a coisa mais difícil que se pode passar com as drogas.

“[...] dor nas costas, frio e calor, a sensação permanece por uma semana. A pessoa se sente muito mal, fica de cama como um doente. A mente fica muito mal. Vomito... O mal físico dura uma semana e o psicológico, como se fosse uma depressão, dura muito mais. A heroína você precisa tomar mais e mais para ter um efeito. A quantidade sempre aumentava. Sentia muita tranquilidade, uma paz ilusória, e desapareciam todos os problemas”.

Os problemas aos quais Marcos se refere são de natureza familiar. Seu pai era alcoólatra há muito tempo e batia na sua mãe. Com cerca de doze anos ele começa a presenciar esta cena que o deixava extremamente desconfortável. A heroína o fazia esquecer tudo, mas, quando parava com a heroína, os problemas continuavam lá. Cada vez que Marcos tinha uma namorada, e que a coisa ia ficando séria ele finalizava a relação. Segundo ele, isso acontecia por possuir algo mal resolvido em seu interior. Tinha medo de construir uma família.

Nesta época Marcos vivia com os pais. (–“eles sabiam, mas inconscientemente escondiam o problema”.) e tinha um inimigo que também usava drogas. Um dia ele estava sob o efeito de drogas e foi até a casa dos pais de Marcos e contou tudo que se passava: a relação de dependência do filho do casal com a heroína. A partir desse momento Marcos passou a falar desse problema com os pais, e ele

agradeceu a esse homem por tê-lo auxiliado mesmo tendo a intenção de prejudicá-lo.

Quando seus pais descobriram, ele estava viajando. Tinha ido até a Holanda para buscar drogas. Sua mãe perguntou se ele usava e ele respondeu que sim. Neste momento ela o levou para fazer tratamento com remédios e médicos.

-“Algumas vezes eu estava fazendo a injeção para me picar e eles entravam no meu quarto. Eu dizia que ia parar. Parava um tempo e depois voltava”.

Ele sabia que ia morrer, e por um desejo de viver, iniciou um tratamento de substituição com a metadona.

“O que salvou a minha vida foi a metadona. Quando estava tomando a metadona todos os dias isso me permitia ter uma vida normal. Com a metadona comia, dormia. No início tomava muita, mas com o tempo ia diminuindo. Isso é uma droga boa, que faz você parar com as drogas. Cheguei a parar com a metadona um ano e alguns meses. Demorei um tempo sem usar mais nada, mas um dia tive uma recaída. Era um fim de semana. Fui a uma festa. Achava que podia controlar a droga, mas tomava cada vez mais”.

Marcos então parou com o tratamento de substituição com a metadona e voltou a usar heroína com frequência. Após um tempo de uso intensivo, reiniciou o tratamento com a metadona. Quando sentiu que estava próximo de recair novamente decidiu viajar para o Peru para fazer o tratamento no Takiwasi.

“Porque não adianta parar com as drogas. Se não solucionar os problemas dentro, ficará mal e recairá sempre. Não vim para cá só para parar com as drogas, vim para solucionar meus problemas. Se eu solucionar meus problemas, não uso mais drogas depois”.

Antes de ir ao Takiwasi ele já estava buscando a libertação. Estava lendo um livro sobre xamanismo e soube da ayahuasca através de um amigo francês que falou com ele sobre o Takiwasi. Este relatou que após ter participado de algumas sessões com a Ayahuasca, algo muito forte se passou, de modo que seu corpo e a sua mente tinham se transformado. Marcos quis saber um pouco mais sobre o assunto e seu amigo o forneceu o endereço eletrônico do centro. Quatro anos depois, Marcos decidiu entrar em contato com o Takiwasi para buscar tratamento.

Marcos tem uma aparência saudável. Afirma estar em paz consigo mesmo e com sua identidade:

“Em nosso mundo tem muita gente que tem um trabalho que não gosta. A sociedade é muito pesada. Tem que isso, tem que aquilo. A verdadeira liberdade é ter sua própria identidade. Se diferenciar dos outros. Temos que perceber nossa verdadeira vocação. A verdadeira vida é fazer o que se gosta. Com as dietas e a ayahuasca penso que estou a ponto de encontrar minha verdadeira vocação, e isso é o mais importante para viver em paz, fazer aquilo que toca o meu coração”.

Atualmente, Marcos deseja construir sua própria família e pensa que conseguiu resolver seus problemas internos que o impedia de realizar tal empreitada. Com a ayahuasca vislumbrou a possibilidade de escrever um livro contando sua experiência e deseja auxiliar pessoas que têm problemas. Provavelmente tal desejo advém do trabalho que está desenvolvendo atualmente na sua reinserção. Marcos trabalha como voluntário com crianças abandonadas que tem entre quatro e doze anos. Ele ajuda a professora nas aulas e a apoia em pequenas coisas. Volta ao final da tarde para o Takiwasi cansado, mas se sente bem ao reconhecer que tem uma família e que tem uma boa condição material. Pretende ainda fazer um curso de arte marcial quando voltar ao seu país.

O próprio Marcos afirma financiar seu tratamento. Economizou durante um tempo e gasta 800 euros por mês para manter-se no Centro. Em relação a este, Marcos diz estar satisfeito. A única coisa que o incomoda é a falta de mulheres. Ficará nove meses sem sexo, até regressar a França.

“Não é bom fazer masturbação durante o tratamento, Jaques diz que não é bom. Quando vem mulher para cá, mulheres bonitas como você e Cris, fica mais difícil concentrar no tratamento”.

Marcos diz que para deixar as drogas o principal é querer parar. É dizer eu quero parar, ajudem. –“Muitos amigos que me falavam, mas eu não escutava porque não queria parar. Se não quer parar, é difícil”. Atribui sua melhora ao seu querer parar e a ajuda que tem recebido do Takiwasi com as dietas, purgas, terapia, trabalho, ayahuasca, tudo.

7.2 Paulo:

Paulo tem trinta e oito anos, é casado e tem três filhos. Nasceu na Malásia e com oito meses foi para o Peru. Viveu em Lima e mais recentemente morava em Cusco. Esta já é a segunda internação de Paulo no Takiwasi. A sua primeira estadia durou apenas três meses. Paulo teve que sair do centro antes do tempo previsto por que:

“Fiz amizade com um brasileiro aqui, ficamos bem amigos. Ele já não estava mais aguentando fazer o tratamento e disse que queria ir embora. Eu pedi para ele comprar uma carteira de cigarros para mim. Ele não comprou a carteira, comprou apenas seis cigarros e jogou para cá para dentro. Um mototaxi que passava na hora viu e voltou aqui, pois pensou que ele tinha jogado drogas. Mas era só cigarro. Então me chamaram e disseram você não está entendendo as regras. Porque eu tinha escapado duas vezes antes para ligar para a minha mulher. Disseram é melhor ir embora e depois de seis meses, se realmente quiser, podemos te receber de novo no Takiwasi. E nesses três meses me sentia desintoxicado. Já havia tomado consciência de algumas coisas e me fui”.

Paulo iniciou sua relação com as drogas através da maconha aos dezesseis anos e com a cocaína aos vinte. Não gostava de álcool, afirmou que lhe caía mal e que lhe doía a cabeça. Chegou a ter um gasto mensal de mil a mil e quinhentos dólares para consumir cocaína. Um ano e meio antes de iniciar o primeiro tratamento no Takiwasi consumia cocaína diariamente.

“Eu comecei como todos começam, com os amigos. Usava três a cinco vezes em um ano, não era muito. Isso foi aumentando com o passar dos anos e virou um hábito.”

Nos primeiros quatro meses, depois que foi convidado a se retirar do centro, Paulo afirma ter ficado “limpo”, até que teve uma recaída forte: - “[...] comprei cinquenta gramas de cocaína e fiquei quatro dias metendo cocaína pelo nariz”. Paulo declara que em sua casa ninguém percebia quando usava cocaína, pois ele conseguia trabalhar e fazer todas as coisas de modo que seu consumo passava despercebido daqueles que estavam próximos. Depois desta forte recaída, ele esteve por quarenta e cinco dias em Tarapoto com um curandeiro de nome Juan Flores tomando Ayahuasca e plantas e fazendo dietas. Nesse período Paulo tomava

Ayahuasca a cada dois dias e declara ter vivenciado uma experiência incrível. Ficou “limpo” por mais um ano após esse segundo tratamento com o curandeiro até que um amigo viajou dando-lhe a incumbência de guardar cinco quilos de cocaína. Resultado: “Eu me sentei e não parei nem um segundo. Passaram-se dois meses e eu ralando, consumindo cocaína e eu pensei: se não for ao Takiwasi vou morrer.” Paulo entrou em contato com o Takiwasi, realizou todos os exames pré-admissionais e em pouco mais de uma semana estava novamente no centro.

Paulo nunca buscou tratamentos convencionais para adicção. Ele acredita na medicina tradicional porque – “ela realmente é capaz de fazer a pessoa mudar”. Ele foi ao Takiwasi recomendado por sua esposa, mas não sabe quem a indicou.

O informante relaciona seu consumo de drogas aos problemas familiares com os quais teve que conviver. Seu pai tinha depressão e por isso era extremamente ausente. Morreu de câncer quando Paulo tinha vinte e dois anos. Paulo não acredita na cura. Ele crê em uma tomada de consciência e encara a recaída como parte do processo. Agora, em tratamento, ele diz que vive entre altos e baixos – “Há momentos em que me sinto estranho. Sinto saudades dos meus filhos, mas pensando neles, desejo ficar mais para encontrá-los melhor”.

Paulo afirma estar gostando muito do tratamento.

“As plantas me limpam fisicamente e mentalmente e a dieta me faz pensar muito. A Ayahuasca me ensinou muita coisa, me explicou muita coisa. Fazia perguntas que nunca tinha tido respostas e a planta me dava essas respostas de maneira muito sensível e muito simples. Com a Ayahuasca comecei a tomar consciência de muita coisa”.

Paulo declara estar se sentindo melhor. Atribui a sua melhora a muitos fatores, mas em primeiro lugar está a motivação em realizar o tratamento que tem origem na sua família: mulher e filhos. Se puder dar uma ordem de importâncias às práticas oferecidas pelo Takiwasi, diz que em primeiro lugar estão as dietas que permitem limpar o corpo e clarear a mente, seguido pela Ayahuasca, as purgas e por último, as terapias e os psicólogos que tornam as coisas mais claras. Mas não é só isso. Ele afirma que a rotina estruturada, as regras e a convivência com outras pessoas são também de extrema importância ao ensiná-lo a lidar com as dificuldades sem ter necessariamente que recorrer às drogas para resolvê-las.

Quanto às suas insatisfações Paulo diz que:

“Não gosto de limpar o banheiro e cozinhar também era difícil. Com a ayahuasca tenho aprendido a aceitar as coisas. Não tomo mais como ofensa limpar o banheiro. Tenho que tirar proveito do que não gosto também”.

Paulo faz planos para o futuro. Deseja reconquistar a sua mulher e reestabelecer a sua relação antes desgastada pelo uso abusivo que fazia da cocaína, para isso, pretende fazer ritos com a sua família para uni-la mais. - “O psicólogo me disse que ela quer continuar a relação, essa notícia me deixou muito feliz, e muito mais animado.” Diz estar pensando em estratégias do que fazer quando sair de lá. Faltam apenas três meses.

7.3 Pedro:

Pedro nasceu em Lima, no Peru, tem 26 anos, é solteiro e não tem filhos. Chegou ao Takiwasi recentemente. Acompanhei sua chegada, sua saída do isolamento e o seu ritual de iniciação, em que ele atirou na fogueira o cartão de crédito, fato já mencionado anteriormente. Pedro iniciou sua carreira de usuário de drogas aos treze anos, com a maconha. Aos quinze já fumava diariamente. Aos dezesseis experimentou cocaína, em pouco tempo se tornara dependente. Usava cerca de quatro vezes na semana, e muita quantidade. Crê que neste período a família já sabia, mas não queriam aceitar a sua condição. Ele sumia de casa durante dias. Seus pais, ao constatar o envolvimento de Pedro com as drogas, sugeriram que ele fizesse um tratamento com psiquiatra.

Pedro diz ter reduzido muito seu consumo com as medicações que lhe eram receitadas. Porém, na Semana Santa de 2009, ele teve uma forte recaída:

“A princípio não me dava conta que estava mal, mas no verão de 2009 eu estava na praia e os meus pais não estavam lá. Passei todo final de semana consumindo e segui consumindo por mais alguns dias. Meus amigos da praia se deram conta que eu estava mal e falaram para eu falar com meus pais. Me deu um pouco de vergonha. Se deram conta porque eu estava muito drogado, estava muito mal e aí foi quando eu decidi pedir ajuda [...] gastei todo o dinheiro que os meus pais tinham me dado para minha

matrícula com a cocaína neste feriado. Meus pais e o psiquiatra queriam me internar, mas eu não queria. Resolveram me dar mais uma chance”.

Pedro inicia um tratamento ambulatorial. Ele ficou dois meses e meio praticamente sem sair de casa, até que teve outra recaída que durou quase duas semanas.

“[...] quando cheguei em casa todos viram a minha cara. Aí tive que me internar em uma clínica psiquiátrica para drogadictos. Estive lá por dois meses e meio tomando remédio, comendo e dormindo. Eu tinha um quarto próprio e podia fumar seis cigarros por dia”.

Após a internação, ele ficou por aproximadamente três meses “limpo”, mas, em dezembro de 2009, comprou bastante cocaína, reiniciou o uso diário em grandes quantidades e os seus pais tiveram que interná-lo à força:

“Estava em casa. Estava dormindo e me deram uma injeção e me amarraram. Nunca fui agressivo. Não gostei que me pegaram e me amarraram e me levaram a uma casa de repouso. Quando voltei, fiquei na Semana Santa com meus pais e vim direto para cá [...]. Eu já tinha ouvido falar no Takiwasi porque tinha um amigo que veio para cá em 2006 e se curou. Ele me contou tudo: o esquema da ayahuasca, das plantas. Eu queria vir para cá porque não queria tomar remédios. No fundo estava trocando uma droga pela outra. Eu quis vir para cá porque me sentia dopado lá. Estava mal lá”.

Pedro afirma que as internações de alguma forma o fizeram bem, pois possibilitaram que pensasse em mudar a sua vida e reconhecer que “eu não poderia seguir consumindo daquele jeito”. Ao chegar ao Takiwasi Pedro se deparou com a dificuldade inicial de se adaptar à nova internação devido à abstinência que dizia sofrer das medicações que estava acostumado a tomar, prescritas pelo psiquiatra das quais fazia uso constante e contínuo, principalmente nos períodos em que estivera internado.

“Eu quando cheguei aqui tive abstinência dos remédios. Minhas pernas tremiam muito e eu não conseguia dormir. Eu tomava Diazepan, um remédio que tomas e dormes profundo. Eu não conseguia dormir pela falta dos remédios”.

De fato era notável o quanto ele tremia. As pernas, as mãos. Parecia olhar para os lados, a todo o momento, como se estivesse assustado. Nas aulas de artesanato era visível que os tremores de sua mão tornavam as tarefas difíceis para ele. Com algum tempo de tratamento pude perceber que as suas mãos não tremiam mais, e ele perdera o hábito de olhar para os lados a todo o momento.

“Já posso sentir que as minhas mãos não tremem tanto, tremia muito pela abstinência às drogas e aos remédios. Meu corpo está mais limpo. Até a comida. Em Lima eu comia mal, muito sal, muito condimentado. Aqui não há condimento nas comidas. Quando estava consumindo muito, estava com sessenta e cinco quilos. Agora peso oitenta e cinco. Consegui ganhar um montão de peso. Minha aparência está melhor agora, estou melhor fisicamente”.

Pedro ainda não participou da sessão com a Ayahuasca, fará isso daqui a duas semanas. Já purgou três vezes com plantas diferentes. Vomitou muito. Estive presente em duas das suas purgas. Pedro ficou pálido, suava frio. No outro dia, porém parecia bem mais disposto e animado.

Ele declara que não tem muita vontade de realizar os trabalhos nem de fazer nada. Nas clínicas em que esteve internado anteriormente só dormia e não precisava desenvolver nenhum tipo de atividade. “O trabalho é duro, mas aqui você pode fazer no seu ritmo. Não tem ninguém que te apressa, você pode descansar.”.

7.4 Said:

Said já está no Takiwasi em tratamento pela segunda vez. Nasceu em Lima, no Peru e iniciou sua carreira de usuário de drogas aos catorze anos. Ele declara que vivia em um lugar onde quase todos os jovens que ele conhecia fumavam maconha. Por curiosidade, começou a fumar com os primos. Em pouco tempo já fumava todos os dias. Aos quinze anos, Said começa a usar, além da maconha, a cocaína. “No início usava pouco. Cocaína só nos finais de semana. Mas depois de seis meses, um ano, eu me enganchei e passei a seguir usando”. Dos quinze aos dezoito anos Said consumia cocaína diariamente: uma a dois gramas por dia. Durante os finais de semana seu consumo aumentava um pouco mais.

Para Said, dinheiro para comprar drogas nunca foi problema. Seus pais sempre tiveram boa condição material, e algumas vezes ele furtava coisas em sua

própria casa como, por exemplo, dinheiro da carteira dos seus pais, sapatos, roupas, “coisas que eles não se davam conta”.

Aos dezesseis anos, seus pais encontraram maconha no seu quarto. Pouco tempo depois, ainda menor de idade, teve problemas com a polícia ao ser flagrado com cocaína. Seus pais tiveram que ir buscá-lo na delegacia. Quando os pais de Said tomaram conhecimento do envolvimento do filho com drogas encaminharam-no aos cuidados de um psicólogo. “No psicólogo mentia e seguia fazendo minhas coisas”.

Quando estava prestes a completar dezoito anos, Said experimentou a pasta básica da coca. Rapidamente tornou-se um consumidor assíduo. “Fumei pasta por três ou quatro meses e aí disse ao meu pai que precisava me internar porque tinha um problema forte.” Em relação à sua primeira internação ele declara:

“Me internaram por dois meses. Não era um trabalho com plantas. Era de confronto. Grupo psicológico e um pouco de remédios também. Eu fui ao centro com a motivação de querer ficar. Este centro não é igual ao Takiwasi que fica com as portas abertas e se quiser ir vá. Lá era com portas fechadas com cadeado e tudo. Depois desse tratamento fiquei cinco anos limpo, sem consumir nada. Entrei na faculdade, concluí. Comecei a trabalhar. Namorei, tive uma filha. Chegamos a viver juntos um par de anos”.

Said diz que se sentia bem nesta época. Porém, visando melhoria das suas condições financeiras para garantir o sustento da sua filha, viajou para Miami na tentativa de ganhar mais dinheiro. Passou três meses trabalhando em um estacionamento e regressou para Lima. Pouco tempo depois, voltou aos Estados Unidos, agora para trabalhar na Califórnia. A relação com a mãe da sua filha já não estava indo bem.

“Lá convivia com muita gente que fumava maconha e que tomava ecstasy. E depois de pouco tempo recaí. Eu tinha interesse em voltar com a mãe da minha filha. Na Califórnia me interei que ela estava com outra pessoa e isso me deprimiu bastante e comecei de novo a consumir. Rapidamente comecei a tomar muito ecstasy, fumar muita maconha e cocaína também. Eu ganhava super bem e saía muito. Quando voltei da Califórnia para o Peru, fiquei um mês fazendo toda a preparação para vir ao Takiwasi. Nesse mês segui usando muita droga. Gastei muito dinheiro. Como sabia que ia me internar, usava muita droga”.

Em Dezembro de 2007, Said foi internado pela segunda vez, primeira no Takiwasi. Lá passou dez dias no isolamento, fez três dietas e ficou durante dez meses em tratamento. “Foi uma experiência muito boa. Aprendi muitas coisas que em um tratamento normal eu não poderia ter. O trabalho com a ayahuasca tem me ensinado muitas coisas”.

Concluindo o tratamento, o informante regressa para Lima. Começa a trabalhar. Durante dez meses após o tratamento não consumiu drogas. Até que:

“Eu fui super bem e a recaída foi muito suave. Eu comecei consumindo álcool, mas eu considero que o álcool é um estímulo que te leva diretamente às drogas outra vez. E comecei a fumar maconha. [...] me dei certas liberdades. Tomar álcool saía com garotas. Agora eu me dou conta que um dos motivos que usava drogas é que me sentia muito só. Porque depois da mãe da minha filha estou muito só e estou em busca de uma garota com quem eu possa ficar bem. Que seja minha companheira e que me acompanhe. Estava saindo com uma e com outra e pouco a pouco fui aumentando o consumo”.

Said decide voltar ao Takiwasi. Aproximadamente duas semanas antes de chegar, Said volta a consumir pasta básica de coca. “A diferença é que tenho outra mentalidade. As plantas mudaram o chip que eu tinha antes. Eu já tenho trinta anos também. Minha filha já está grande e a minha vida pessoal com problemas”.

Quando estava nos períodos de consumo excessivo de drogas, ele declara que sentia prazer, mas esse prazer era sequenciado por forte depressão. Saíd está no Takiwasi pela segunda vez, completa três semanas de tratamento e diz: “- Agora estou super bem. Penso que foi uma decisão boa ter vindo para cá. Eu gostaria de ter tido um pouco mais de fortaleza para deixar de ver meus amigos que me levam diretamente ao consumo. E isso é difícil”.

Said acredita que as plantas são as maiores responsáveis pela sua melhora já que “elas estão me limpando, me fazendo ser eu mesmo. Tirando do meu corpo as coisas que me fazem mal”. Afirma também que está satisfeito com o tratamento. Mas na primeira vez em que esteve internado no Takiwasi:

“Tinha muitas coisas que eu não gostava. Porque aqui não é um centro perfeito: a comida queria um pouco mais de carne. O principal, agora compreendo melhor, era a alimentação. Porque com as purgas e com as

dietas se passa muita fome. Na ayahuasca, toma o desjejum, uma sopinha na hora do almoço e só vai comer no outro dia às dez horas da manhã. Agora compreendo. Tudo isso faz parte do tratamento”.

Said ainda não participou de nenhuma sessão com ayahuasca desta vez. Quando sair pretende recuperar o tempo com a sua filha “a droga me deixou longe dela. Eu não gosto que ela sinta a energia de quando estou usando drogas”. Além disso, deseja arranjar um trabalho o mais rápido possível para sanar suas dívidas.

7.5 Joaquim:

Joaquim tem 29 anos. Nasceu em La Paz, na Bolívia. É solteiro e não tem filhos. Já trabalhou como ator de teatro e em comerciais e novelas, chegou a cursar a faculdade de teatro, mas não concluiu. Ele é um ex-interno. Está em liberdade, mas mora ainda em Tarapoto frequenta regularmente o centro, às vezes toma plantas e participa das sessões com ayahuasca.

A trajetória de Joaquim como usuário de drogas iniciou-se quando ele tinha quinze anos, com a maconha. Já usou haxixe, LSD, Cogumelos e diversos medicamentos: ansiolíticos, antidepressivos, remédios para hiperatividade e déficit de atenção, dentre outros.

“Eu tinha uma busca muito forte. Não me sentia dependente de uma droga. A dependência foi depois. Eu estava no último ano da escola e fumava muita maconha. Aí provei a cocaína. Aí eu comecei a gostar de música eletrônica. Gostava de ecstasy, anfetaminas, nitrôgeno e todo tipo de droga sintética me encantava. Eu passei um ano assim e depois tive uma experiência ruim com cogumelos na Bolívia. Procurei um psicólogo pois pensei que estivesse louco. Eu não podia me distanciar da viagem com cogumelos e já tinha passado um dia, dois dias, uma semana, um mês, dois meses, e eu seguia com o estado de ansiedade e pânico como tive na viagem.

Joaquim decide então procurar um psicólogo amigo da família para conversar sobre a sua situação. O psicólogo o encaminhou para um psiquiatra. “[...] ele me disse que há dois tipos de sobredoses. Uma que tem imediatamente e a outra que se tem em longo prazo. - Vamos passar quatro dias em uma clínica para

desintoxicar e depois vamos entrar com o medicamento [palavra do psicólogo para Joaquim]”.

Joaquim fez tratamento com o psiquiatra durante um mês. Teve que contar aos seus pais sobre o acontecido com os cogumelos porque “não poder contar a ninguém estava me deixando mais nervoso, mais asilado. Não podia estar com gente porque sentia medo e não podia ficar só porque começava a ver coisas. Estava distorcida a minha percepção da realidade”.

Na clínica ele ficou durante três noites e quatro dias. Tomava soro, antipsicóticos e antidepressivos.

“Foi uma mudança da noite para o dia. Foi como essa angústia, tristeza, pânico que eu sentia na primeira noite búuuu desapareceu. O que aconteceu comigo não foi só pelo cogumelo, mas o abuso de todos esses anos e de todas essas drogas. Não era uma coisa de usar uma vez a cada quinze dias. Usava de segunda a sexta. Ficava sem dormir, sem comer direito. Misturava cocaína, anfetamina, tudo. Não havia freio”.

Quando saiu da clínica, Joaquim continuou o tratamento com ansiolítico, antidepressivo e antipsicótico durante nove meses, mas ele afirma que não cumpria as regras estabelecidas pelo psiquiatra. Fumava maconha, cheirava cocaína e consumia bebidas alcoólicas. Nesta época estava com vinte anos. Sentia-se mal novamente e decidiu contar aos seus pais das suas recaídas. Influenciado pela sua mãe, internou-se em um centro de reabilitação católico na Colômbia. Ficou internado neste centro por dez meses. “Era um lugar onde aprendi muita coisa, mas não estava madura a convicção em uma renúncia séria. Eu conheço gente que se transformou neste centro. Mas eu não”.

Joaquim voltou à Bolívia e no dia em que chegou fumou maconha, tomou cervejas e remédios. “Voltei às drogas, mas de forma mais tranquila”. Passado algum tempo, ele decidiu morar em Nova York. Lá fumava maconha e usava cocaína de vez em quando “[...] a coca de lá era ruim, me caía muito mal”. Este foi um período em que ele se controlou mais, teve mais disciplina e amor ao que fazia. Até que se deparou com problemas legais. “Fui comprar drogas e pensaram que eu estava vendendo e me colocaram na prisão por duas semanas. Fiquei em liberdade provisória. Tinha que ver um oficial a cada semana”. Joaquim decidiu então voltar

para a Bolívia. Lá se encontrou com um psiquiatra que foi a primeira pessoa que falou sobre o Takiwasi com ele. Este psiquiatra receitou medicamentos que fizeram seu consumo diminuir mais uma vez. Ele tinha uma namorada em Nova York que veio morar com ele na Bolívia. Entretanto, após três meses de convívio ela foi embora. Decepcionado, Joaquim foi morar com traficantes e passou a vender cocaína também.

“Não sou nem nunca fui traficante. Eu vendia para usar e nunca tinha dinheiro. Eu usava muita droga. Fiquei assim sete, oito meses. Um dia eu me envolvi em uma briga com o marido da minha mãe. Ele me amarrou com gravatas e me levou para o hospital. Não sei o que se passou comigo. Disseram que eu tive uma sobredose, mas eu não sei. Fiquei no hospital por nove dias em uma espécie de sonoterapia ou cura do sono para desintoxicar. Eu não sei se eu tive uma sobredose ou se me enganaram e me levaram ao hospital para fazer a cura do sono. Porque neste ano eu também estava usando crack muitas vezes. No hospital eu pensava que estava em um lugar fumando crack, mas eu acordava e não tinha ninguém. Só minha mãe, meu pai e meu irmão. Depois de nove dias, voltei a Colômbia para um hospital psiquiátrico onde estive internado por seis meses”.

Duas semanas após ter deixado o hospital psiquiátrico na Colômbia, Joaquim recaiu: cocaína, crack. Como forma de financiar seu consumo, voltou a vender. “Injetava a cocaína pura e fumava o resto das impurezas que ficava. Eu ficava muito agressivo. Roubei dinheiro da minha mãe e do meu pai. *Play station*, filmadora... empenhava e resgatava depois”.

Joaquim sentia-se muito mal. Um dia envolveu-se em uma briga e foi golpeado com uma garrafa. Ao chegar ao hospital entrou no banheiro e fumou crack. “Estava desesperado para fumar e entrei no banheiro e fumei. A anestesia não pegou e eles fizeram o serviço sem anestesia”. Após esse episódio, Joaquim decide voltar à sua terra natal. Com o apoio da sua mãe, resolveram apelar para mais uma tentativa de melhora: desta vez no Takiwasi. Duas semanas antes de iniciar um novo tratamento com plantas, ele passa a usar drogas direto, sem interrupção. “Quando cheguei, meu corpo se curvava todo. Tinha tomado purgas. Não sei se foi pelas purgas ou se foi porque tiraram meu medicamento [o antipsicótico Audol], mas eu me entortava todo”.

Após a primeira sessão com a ayahuasca, Joaquim declara que alguma coisa mudou dentro dele “[...] e fiz tudo que me orientaram a fazer”. Findado o tratamento, o paciente viaja mais uma vez, buscando apoio para continuidade do tratamento. Segue para a Argentina, para o centro Hunawasi. “O Hunawasi não é como aqui. Não há internação. Ninguém vive lá. É um tratamento ambulatorial com plantas. E aí eu gostava muito das sessões com Sacha”. Entretanto, quinze dias após a sua chegada, Joaquim mais uma vez recai.

“Depois de duas semanas lá foi terrível. Comecei a consumir muita pasta básica. A cocaína que tinha lá era péssima. Me caía muito mal. Vendi tudo o que tinha no apartamento que eu alugava lá: geladeira, lavadora. Vendi tudo pela droga. Queriam me chamar a polícia. Me colocaram na rua”.

Contando com o auxílio de uma psicóloga que o acompanhava no Hunawasi, Joaquim consegue conter-se através da ingestão de plantas e regressa ao Takiwasi para uma nova desintoxicação.

“Fiquei dois ou três meses para fazer uma dieta e me desintoxicar. Já tive muitas internações e já não aguentava mais. Jaques teve muita paciência comigo. Conversou muito. Tomei uma purga e fui dietar. Fiquei depois trabalhando fora e dormia aqui. Voltei à Lima. Passei um mês e meio limpo e recaí. Voltei para cá. Me deram purgas e estou aqui”.

Em relação aos tratamentos a que foi submetido, ele diz:

“Veja, todos me ajudaram de alguma maneira, mas a mudança que estou tendo aqui no Takiwasi, não tive em nenhum outro lugar a nível corporal, psicológico e espiritual”.

O paciente afirma não ter nenhuma insatisfação com o tratamento que lhe é oferecido no Takiwasi. Em relação ao futuro planeja poder voltar sempre para fazer dietas, tomar plantas e fazer reforços.

“Estou muito melhor. Curado de muitas coisas, sim. Mas o caminho de estar livre de todas as coisas é um caminho de toda a vida. Com quem devo estar e com quem não devo. É um trabalho de todo dia”.

7.6 A experiência dos pacientes com a ayahuasca:

O contato com os pacientes e equipe terapêutica do Takiwasi aliados às entrevistas concedidas apontam que a ayahuasca é uma planta central no tratamento oferecido pelo Takiwasi. Como relatado no respectivo capítulo, a ayahuasca é conhecida por suas propriedades purgativas e visionárias. Lembro que:

- A criação do Takiwasi se dá durante uma visão que o Dr. Jaques Mabit vislumbrou durante uma sessão com a ayahuasca. Deste modo, a fundação e a história do centro estão intrinsecamente atreladas às visões proporcionadas pela ingestão da planta.

- Diego, o psicólogo, declarou que a ayahuasca é uma planta central no tratamento que permite depurar, limpar fisicamente e permite entender o passado e ter visões:

“Essa planta centraliza os curandeiros xamânicos. Permite uma série de entendimentos e compreensão. O que às vezes não conseguimos em três meses de terapia uma pessoa consegue em uma sessão. Poderia levar anos em um processo terapêutico. A ayahuasca é uma porta para o mundo espiritual. Com muitos pacientes que pude conversar muitos deles chegam sem uma crença ou uma prática espiritual definida. Mas quando começam a tomar ayahuasca há uma mudança em relação ao mundo espiritual. Pelo menos os pacientes acreditam que há um mundo transcendente”.

- O Padre Cristian diz que a ayahuasca é uma forma que Deus encontrou de tornar o homem mais consciente do seu lado escuro, para conhecer o caminho do bem.

A pesquisa de campo, alicerçada na observação participante e nas entrevistas me permite afirmar que, o trabalho com plantas psicoativas, especialmente com a ayahuasca, em um ambiente considerado seguro e supervisionado por um curandeiro que possui formação acadêmica (em medicina), é um atrativo para muitos adictos.

Alguns pacientes afirmam que foram inicialmente atraídos a conhecer o modelo de tratamento do Takiwasi em virtude da possibilidade de experimentar diferentes estados alterados de consciência proporcionados pelas plantas e suas propriedades psicoativas. Entretanto, ao entrarem em contato com a cosmologia do grupo,

passaram a incorporá-la e perceberam que essas plantas estão sob um rígido mecanismo de controle, de modo que estabelecem outro tipo de relação para com elas. Paulatinamente, observam o respeito que os curandeiros têm para com as mesmas e, sendo influenciados por eles, aprendem também a respeitar e utilizar essas plantas com o objetivo de adquirirem um aprendizado que os permita livrar-se da adicção.

Mas em que sentido a ayahuasca tem auxiliado esses pacientes?

Marcos:

“Com as dietas e com a ayahuasca, penso que estou a ponto de encontrar a minha verdadeira vocação. E isso é o mais importante para viver em paz: fazer aquilo que toca o meu coração”.

Paulo:

“A ayahuasca me ensinou muita coisa, me explicou muita coisa. Fazia perguntas que nunca tinham respostas e as plantas me davam a resposta de maneira muito sensível, muito simples. Comecei a tomar consciência de muita coisa.

[...]

Agora estou me dando conta de onde vem esse ódio e esse rancor. Sentia ódio do meu pai porque ele me deixou, morreu de câncer. O meu pai teve uma depressão forte quando eu tinha dez anos. Foi um pai ausente. Mesmo vivo, não estava lá. Isso é o que mais tenho trabalhado. A ayahuasca me ensinou, tem curado essa ferida, me permitiu ver meu pai e chorar por ele.

[...]

Já tive muitas visões importantes com a ayahuasca. Começava a pensar e a resposta vinha”.

Pedro:

Pedro ainda não tinha participado de uma sessão com a ayahuasca no Takiwasi. Entretanto, já vivenciou uma vez a experiência com a planta através de um

curandeiro que conheceu em Lima: “[...] me pareceu muito bom. Sei que vai ser difícil essa experiência, pois me fará ver as coisas que não quero encarar. Creio que vai ser mais duro que a outra vez”.

Said:

Nesta internação (esta já é a segunda vez que Said está internado no Takiwasi), ele não participou de sessões com a ayahuasca. Mas em relação às experiências vividas em sua primeira internação declara:

“Da vez anterior vi muitas coisas minhas. Coisas que aconteceram e me fizeram ser a pessoa que sou. Coisas que me passaram na infância. Eu tive ausência paterna. [...] eu sempre fiz o que quis e isso me deu muitas liberdades. Isso eu vi com a ayahuasca. Depois, minha mãe perdeu um filho que nasceu antes de mim e ele faleceu quando tinha quase um ano de nascido. Depois eles tiveram a mim. E na ayahuasca eu vi um bebê que era a imagem do meu irmão que eu não conheci, pois ele faleceu antes de eu nascer e é como se eu tivesse muita carga dele em mim. Eles me colocaram o mesmo nome do bebê que perderam. Isso causou em mim certa superproteção de minha mãe, dos meus pais, e certa carga que não era minha [...] daí fiz um ritual para desprender-me, desenlaçar-me dessa alma que não me pertencia. Tive algumas sessões vendo isso.[...]. As visões que tenho na ayahuasca, depois fazendo dietas e tomando plantas é importante para pensar muitas coisas”.

Joaquim:

“A ayahuasca mostra coisas, inspira. A ayahuasca é melhor que psicólogos porque faz com que você veja o que tem dentro de ti”.

A partir da declaração dos pacientes, é notável a importância da ayahuasca no tratamento. Através das visões proporcionadas pelas plantas, muitos pacientes entraram em contato com conteúdos adormecidos e com respostas até mesmo causas para justificarem a adicção.

Segundo diversos cientistas e pesquisadores sobre o tema existem algumas explicações a respeito de como o uso ritual da ayahuasca pode minimizar o uso

compulsivo por substâncias psicoativas. Essas explicações, pautadas na neurobiologia lidam com a questão do aumento na captação de serotonina minimizando o estresse e proporcionando a sensação de bem estar. Partindo dessas explicações conclui-se que: “[...] a ayahuasca modifica os sistemas cerebrais implicados no uso de substâncias de uma maneira saudável em indivíduos dependentes ou que abusam de substâncias”. (Labate, Santos, Strassman, Anderson e Mizumoto, 2013, p. 307). Creio que as propriedades farmacológicas da ayahuasca aplicada para o tratamento da drogadependência no Takiwasi são potencializadas através dos rituais e sua eficácia simbólica, proporcionando o reestabelecimento da ordem, auxiliando no processo de reabilitação dos pacientes.

7.7 A experiência de transformação: o querer se transformar.

Muito embora a ayahuasca e as suas propriedades farmacológicas, visionárias e purgativas forneçam subsídios para a reabilitação dos pacientes, eles não acreditam que sua ação, exclusiva, seja plenamente suficiente nesse processo. Desse modo, na perspectiva dos pacientes, qual é o fator que mais contribui para que uma pessoa deixe de se tornar um adicto? Abaixo, as declarações dos pacientes entrevistados respondem a essa pergunta.

Marcos:

“A primeira coisa é querer parar. É dizer eu quero parar, ajudem. Tinha amigos que me falavam, mas eu não escutava porque não queria parar. Se não quer parar, é difícil”.

Paulo:

“Para deixar às drogas a primeira coisa é querer sair. Ter o amor da família e motivação ajuda muito”.

Pedro:

“O mais importante é querer deixar. Se não quer parar pode vir ao Takiwasi um montão de vezes. Tem que querer. Eu quero parar com a coca, pelo menos com a coca sim. Para mim que sou adicto, não posso seguir com o uso controlado, pois não controlo. Tem que ser forte, ter força de vontade. Eu tenho que ser mais responsável”.

Said:

“Para deixar as drogas o principal é estar no fundo. É ter passado fome na rua, ter sofrido, ter chorado, é ter consciência do sofrimento que ela deixou. A convicção pessoal. Se tem a convicção, pode se curar. Por mais que tenha família, terapia, dinheiro, se não estiver convicto, não muda”.

Joaquim:

“[...] é à vontade e o querer da pessoa. Se não há isso, não importa se tem a melhor planta, o melhor curandeiro, o melhor psicólogo ou o melhor centro do mundo. Mais de cinquenta por cento do trabalho depende de querer. Quando está neste estado extremo de angústia, é difícil encontrar essa vontade, mas quando alguém te ajuda parece como um empurrão. Parece que desperta, que alguma coisa te ativa”.

Todos os pacientes reconhecem a importância das diversas etapas do tratamento:

- As sessões com ayahuasca possibilitam visões e respostas;
- Nas dietas, ficam isolados, refletindo, tomando plantas e fazendo planos para o futuro;
- Os terapeutas e as terapias auxiliam na compreensão dos conteúdos vislumbrados nas sessões com a ayahuasca e nas dietas, tornando as coisas mais claras.
- As oficinas e reuniões auxiliam no convívio grupal, na lida com emoções como raiva, medo, solidão, carências.

Mas todos os pacientes entrevistados acreditam que o que realmente possibilita essa transformação tão desejada por eles, o reestabelecimento da ordem nas suas vidas é o querer se transformar. O querer é o desejo profundo por uma melhoria na qualidade de vida comprometida pelo abuso de drogas. E é a partir desse querer é que o tratamento e suas técnicas agem, como coadjuvantes, auxiliando no processo de reabilitação do paciente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da dependência de drogas tem sido alvo de inúmeros debates, principalmente nas últimas décadas. Em diferentes partes do mundo as autoridades e a comunidade científica se articulam na tentativa de compreender, justificar e traçar diretrizes para o problema. Além disso, alguns setores da sociedade buscam formas de minimizar as consequências da drogadependência no âmbito do próprio indivíduo, da sua família, da sociedade, da saúde pública, etc..

As autoridades, embasadas em uma ideologia moralista, utilizam-se dos recursos midiáticos para disseminar um verdadeiro estado de pânico social em relação às drogas. Difundem a ideia de que a droga é a grande responsável por mazelas sociais como, por exemplo, a violência e a criminalidade. O objetivo é deslocar o olhar da população ao responsabilizar os usuários de drogas como os verdadeiros culpados por tais mazelas, que são de responsabilidade da sociedade como um todo ou do sistema socioeconômico vigente. Deste modo, os dependentes tornam-se cada vez mais estigmatizados e marginalizados pela sociedade. Tudo isso contribui para agravar o problema no âmbito do próprio indivíduo dependente.

A comunidade científica se divide. Até mesmo dentro das áreas voltadas especificamente para o estudo e terapia do abuso de drogas, observa-se que não há consenso para perguntas como: Porque as pessoas buscam as drogas? Porque algumas desenvolvem relações difíceis com as drogas e outras não? Existe uma pré-disposição genética que determine uma maior ou menor probabilidade de uma pessoa se tornar um dependente? Existe um tipo de personalidade específica para que a drogadependência se desenvolva? Qual a influência e em que medida há interferência dos fatores econômicos, sociais e culturais na dependência de drogas? Quais métodos são mais eficientes para apoiar, acolher, tratar e fornecer subsídios para que esses indivíduos e suas famílias se reestabeleçam dos problemas gerados pela drogadependência?

Desde o início do século XX, as ciências biomédicas vêm tentando monopolizar o debate em torno das drogas, enfatizando apenas a atuação das substâncias no corpo através de suas propriedades químicas. Essa visão tende a fomentar uma desconsideração dos aspectos psicológicos, sociais e culturais que estão ativamente presentes na esfera do indivíduo e na relação que ele estabelece com as drogas.

Diferentes grupos sociais, institucionalizados ou não, (religiões, governos, cientistas sociais, profissionais da área de saúde, etc.) frequentemente apontam possíveis soluções para minimizar a aflição da sociedade, dos familiares e dos próprios usuários diante das consequências oriundas da dependência. Nessa perspectiva emergem formas de tratamento e assistência aos dependentes. Os governos atuam com prevenção; políticas públicas repressoras ao consumo e ao tráfico; e na oferta de tratamento que, a partir da luta manicomial e da reforma psiquiátrica, tem assumido uma nova configuração: os centros de assistência psicossociais e os tratamentos ambulatoriais. A ideia é reintegrar esse indivíduo à sociedade (como se ele não estivesse fazendo parte dela por ser usuário de drogas). As religiões atuam pelo poder transformador da fé e também através de comunidades terapêuticas de cunho religioso que tem apresentado um crescimento vertiginoso nos últimos anos.

Escutamos as teorias das autoridades, da comunidade científica e da sociedade em torno da problemática abordada. Mas e os dependentes, o que pensam? Qual a sua visão do problema? O que desejam? Pouca escuta tem se dado a esses atores sociais. Esse trabalho foi desenvolvido na busca de compreender melhor esse fenômeno a partir da escuta daqueles que sofrem com o problema (os dependentes) e de um pequeno grupo que presta assistência a esses dependentes em uma comunidade terapêutica peruana.

Para melhor entender como alguém chega a desenvolver um quadro de dependência é importante levar em conta a sua percepção do processo e dos fatores que ele acredita terem contribuído para ele. Segundo os pacientes acompanhados e entrevistados, as situações conflituosas no âmbito familiar têm especial destaque. Se partirmos do pressuposto de que a família é uma célula da sociedade, famílias com problemas refletem uma sociedade com problemas. O modo de produção capitalista, que tem como sustentação o consumismo, impulsiona as pessoas para uma busca constante rumo a aquisições de bens materiais. Para conquistar e ter acesso a essas aquisições é necessário trabalho e esforço. O ritmo de trabalho que a sociedade tem imposto aos indivíduos, aliado à tecnologia da comunicação parecem levar a uma “virtualização” das famílias. A educação, o amor e o carinho que os pais devem dispensar aos seus filhos estão sendo terceirizadas para escolas, creches e babás. Na tentativa de compensação, os pais presenteiam

os filhos com artigos tecnológicos de última geração. Tudo isso leva muitas crianças a se habituarem a recorrer ao consumismo como forma de minimizar suas carências.

Essas crianças crescem. Tornam-se adolescentes e adultos. Ao transpassar a esfera familiar em um engajamento com uma sociedade mais ampla tecem seus primeiros contatos com as drogas. A relação que passam a estabelecer com essas substâncias são variadas, dependendo de fatores biológicos, psíquicos e socioculturais pertinentes ao indivíduo no momento do consumo de algum psicoativo. Assim, são relativamente poucas as pessoas que entram em contato com as drogas que acabam se tornando dependentes. Mas estas podem ser encontradas em todas as esferas da sociedade, tanto nas menos favorecidas economicamente quanto nas mais privilegiadas. A ênfase sensacionalista que a imprensa vem dando à questão só contribui para o desenvolvimento de uma percepção simplista e estigmatizante por parte da família do usuário e da sociedade, que passam a conceber o sujeito como preso numa armadilha sem saída.

Na tentativa de entender como a equipe terapêutica do Takiwasi concebe e trata a dependência busquei estabelecer um paralelo com a cosmologia do centro, que está fortemente associada ao curandeirismo tradicional e que, por sua vez, tem suas raízes na cultura indígena. A equipe terapêutica, conforme constatado no corpo do trabalho crê que a dependência de drogas ocorre por uma falta de instituições capazes de oferecer respostas e ritos de passagem eficientes que proporcione ao indivíduo uma experiência de encantamento com o mundo. O mundo ocidental, com ênfase no materialismo, perdeu a dimensão de encantamento presente nas sociedades mais tradicionais. Isso tem gerado uma espécie de “vazio existencial”. Alguns tentam preencher esse vazio através da busca pelo prazer no consumo de substâncias psicoativas, que proporcionam alteração de consciência e a possibilidade de adentrar nessa dimensão de encantamento. Os dirigentes do centro acreditam que o consumo e a dependência de drogas ocorrem na tentativa de buscar o encantamento espiritual, pouco valorizada pela sociedade ocidental, cientificista e positivista.

Funcionando nos moldes de uma comunidade terapêutica, o Takiwasi oferece uma diversidade de técnicas para tratamento e retorno dos pacientes para a sociedade além dos limites do centro. Ao conceber que a dependência de drogas é decorrente de relações familiares conflituosas e de falta de ritos que reestabeleça a dimensão de encantamento do mundo, o centro atua nessas duas esferas.

Psicoterapia e convivência de um lado e a dimensão sagrada e espiritual do outro, a partir da ingestão de plantas depurativas e psicoativas, onde se destaca a ayahuasca.

Penso que, a localização do centro em uma pequena cidade da Amazônia peruana, cercada por uma cosmologia nativa de feiticeiros, bruxos e curandeiros, virotes e lutas espirituais de poder, aliada a exuberância da fauna e flora local, por si só já proporcione uma dimensão de encantamento. Estamos tratando de um ambiente físico e cultural completamente diferente dos locais de origem de onde vivem à maioria dos pacientes: as grandes cidades respaldadas pela cultura ocidental.

A dimensão de encantamento atinge o auge com as sessões com a ayahuasca, as purgas e as dietas. Essas práticas aliam funções rituais e terapêuticas de modo que os limites entre ambos não são nem estão rigidamente definidos. A ayahuasca é uma planta central no curandeirismo tradicional amazônico. A ela, atribuem-se propriedades curativas, terapêuticas, espirituais e visionárias. Através das visões e experiências proporcionadas pela ingestão do chá, muitos pacientes conseguiram vislumbrar e acessar conteúdos internos que os fizeram reconhecer sentimentos e traumas, auxiliando na percepção de uma dimensão espiritual e até mesmo mágica antes desconhecida.

Através da eficácia simbólica presente na dimensão ritual, a sensação de desordem e de caos vivenciada pelos pacientes desaparece pouco a pouco, dando lugar a uma reordenação da vida. Os rituais em si são considerados curativos e transformadores. Ao associar plantas psicoativas enteógenas e purgativas aos rituais, vislumbramos uma potencialização no processo de cura e transformação. Isso se dá graças às propriedades farmacológicas que a medicina tradicional atribui a essas plantas (algumas confirmadas pela ciência moderna), e também graças às experiências catárticas e visionárias propiciadas pelas mesmas.

A proposta de uma reordenação da vida, também se dá pela reestruturação no dia a dia desses indivíduos: horário para acordar, para dormir, para realizar as atividades físicas, laborais, rituais e recreativas, etc. Isso é considerado um verdadeiro exercício de organização do tempo diário, na tentativa de estabelecer limites. Acredita-se que senso de limites é um atributo que os adictos geralmente precisam desenvolver e aprimorar. A psicoterapia atua como forma de integrar as visões e sensações proporcionadas pelos rituais com plantas, aliando as

experiências do dia a dia, almejando uma possível transformação nas atitudes e na visão de mundo dos pacientes.

As atividades físicas, as oficinas e reuniões servem como espaço de convivência para exercitar, na prática o aprendizado adquirido. No convívio com os demais pacientes surgem conflitos e insatisfações que, com o auxílio da equipe terapêutica, são examinados para que possam ser resolvidos de forma pacífica.

As dietas têm um destaque em relação às demais práticas oferecidas. O isolamento em uma pequena e simples cabana, em uma floresta, por nove dias, com uma alimentação extremamente restrita, serve como uma espécie de retiro mental, físico e espiritual. Alia-se à tomada de plantas purgativas e visionárias. Esse é auge da experiência da dimensão de encantamento que lembra os ritos de passagem das sociedades tradicionais, tão ressaltados por antropólogos que estudam tais sociedades, em que o indivíduo se isola do meio social e após ter passado por provas, retorna ao seu respectivo ambiente social, sentindo-se renovado e fortalecido.

Ao tentar unir o saber tradicional com o saber científico ocidental, o Takiwasi inova na forma e no modelo de tratamento e assistência aos dependentes de drogas que buscam os seus serviços, destacando-se das demais comunidades terapêuticas que, aliás, tem sido alvo de constantes críticas por serem acusadas de violarem os direitos humanos através de tratamentos inadequados e instalações precárias.

A pesquisa demonstra através da reconstrução de fatos importantes na trajetória de vida dos pacientes, que muitos deles recorreram a outros tipos de tratamento antes de ter passado pelo centro. Mesmo aqueles que são reincidentes, ou seja, que já estão fazendo o tratamento pela segunda ou terceira vez, reconhece o diferencial do centro por ter proporcionado a eles uma alteração na forma de pensar e de ver o mundo. Muito embora essa alteração pareça não ter sido suficiente para que eles atingissem a meta proposta que é a da abstinência total, eles reconhecem os benefícios do tratamento. Aliás, parece-me que a proposta da abstinência total é um caminho a ser percorrido. As recaídas são vistas como parte do processo, como obstáculos a serem transpostos rumo à meta final. Esse caminho rumo à abstinência se estrutura quando o centro busca deslocar o lugar essencial que a droga ocupa na vida psíquica dos pacientes. Esse deslocamento se dá na experiência de transformação vivenciada durante o tratamento ao possibilitar

resolução de conflitos internos através das sessões com a ayahuasca, convívio, terapias, oficinas e dietas.

Penso que o tratamento oferecido pelo Takiwasi e a ideologia da equipe terapêutica se aproxima de algumas das estratégias adotadas na Redução de Danos por que:

- Primeiro: ao trabalhar com psicoativos enteógenos como coadjuvantes ao tratamento, acreditam minimizar as crises de abstinência que, a depender da intensidade, culminam em fugas e desistências.

- Segundo: acreditam que a proposta de abstinência total é uma meta, mas que nem sempre é alcançável. Assim, o Takiwasi busca fundamentalmente fornecer subsídios para que o paciente resolva seus conflitos internos a fim de que descubram a verdadeira motivação para a compulsão. Ressalto que essa associação (Takiwasi e Redução de Danos) não é explicitamente apregoada pela equipe terapêutica, cuja proposta oficial é estruturada a partir da abstinência, e o consumo de psicoativos enteógenos se dá através de rígidos mecanismos de controle, dentro de um contexto ritualizado.

Foi constatado que a estrutura material e de funcionários do centro não consegue manter-se financeiramente apenas com o pagamento das mensalidades cobradas. A solução encontrada é a abertura dessa experiência ritual, terapêutica e integradora para um público mais amplo de pessoas que não são dependentes, mas que buscam estabelecer vínculos com essa dimensão de encantamento. Buscam a cura de diversas aflições físicas, psicológicas e espirituais ou simplesmente buscam melhorar o conhecimento acerca de si mesmo. Desse modo, o centro aproxima-se do ideário da Nova Era, embora seus dirigentes não gostem muito da aproximação com um movimento que acreditam ser superficial e demasiadamente voltado para o mercado. Oferecendo seus serviços a um público mais abrangente tem conseguido assegurar a sua manutenção.

Outro aspecto que me chamou a atenção foi a quantidade de pesquisa realizadas e de pesquisadores interessados em investigar as práticas do centro. Este tem aberto suas portas à comunidade científica de maneira louvável, sem impor condições desnecessárias e sem pressionar os investigadores a adotar suas perspectivas. Aqui devo, mais uma vez, deixar registrado o meu agradecimento e reconhecimento a essa instituição que vem contribuindo com a comunidade científica para uma melhor compreensão a respeito do tema. Não é a toa que o

Takiwasi se intitula como um centro de investigação. Além da acessibilidade em investigar suas práticas, o centro tem organizado congressos e conferências reunindo parte da comunidade científica que tem se debruçado a estudar o tema.

Mas os pacientes, como se sentem durante o tratamento, como concebem a transformação e o que buscam com o tratamento?

As entrevistas aliadas a observação participante apontam que os pacientes estão relativamente satisfeitos com o tratamento ofertado. Nota-se uma incorporação da cosmologia do centro de modo a permitir que compartilhem a ideologia da equipe terapêutica sem maiores conflitos. Para eles, a transformação depende em grande parte do querer se transformar. Lembro que, o ingresso na comunidade terapêutica (Takiwasi) depende, em primeira instância, de entrevistas em que os responsáveis tentam captar se existe uma real motivação do candidato em querer fazer o tratamento. A partir desta constatação, iniciam-se os trâmites exigidos para a admissão do paciente. O “querer”, dessa forma, já deve anteceder o tratamento.

Sem o atributo do querer, os pacientes e equipe terapêutica do centro acreditam que todas as técnicas e todos os tratamentos juntos não teriam valor. A transformação, então, parte do indivíduo, que ao encontrar o apoio da comunidade terapêutica, das plantas curativas e psicoativas e seus rituais de manejo, ao descobrir como lidar com as carências e conflitos, encontram os instrumentos necessários para arrancar as raízes da dependência, ou simplesmente podá-las para que não alcancem maiores proporções. Acreditam que a responsabilidade da transformação está no indivíduo, que através de alguns instrumentos e técnicas se desloca do lugar de vítima e se coloca no lugar de ser possuidor de condições para tomar decisões. A comunidade terapêutica Takiwasi funciona como instrumento, uma vez que, a verdadeira possibilidade de transformação, segundo os pacientes e equipe terapêutica, está centrada no querer se transformar.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACHTERBERG Jeanne. Imagery in Healing-Shamanism and Modern Medicine. Boston and London, Shambala, 1985.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2001). Resolução da Diretoria Colegiada, maio de 2001, nº 101. São Paulo: ANVISA/SENAD. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS (Livro Azul). São Paulo, CLAAB, 1994.

AMARAL, Leila. Carnaval da alma. Comunidade, essência e sincretismo na Nova Era. Editora: Vozes. Petrópolis, 2000.

ANDRADE, E. N., BRITO, G.S., ANDRADE, E.O., NEVES, E.S., MCKENNA, D., CAVALCANTE, J.W., OKIMURA, L., GROB, C., CALLAWAY, J.C..Farmacologia humana da hoasca: Estudos clínicos. *In*: O Uso Ritual da Ayahuasca. Orgs. LABATE e SENA, Mercado das Letras. São Paulo, 2002.

ANDRADE. Tarcísio Matos. Redução de danos: Um novo Paradigma? *In*: Drogas tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo. ALMEIDA, NERY, MAC RAE, TAVARES e FERREIRA (Orgs.). Edufba. Salvador, 2004.

BANCO CENTRAL DO BRASIL. Disponível em:

<http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/Resultado.asp?idpai=convmoeda>

Acesso em 30/07/2012.

BECKER, Howard. Uma teoria da ação coletiva. Ed. Zahar. Rio de Janeiro, 1976.

BECKER, Howard. Outsiders. Estudo de sociologia do desvio. Ed. Zahar. Rio de Janeiro, 2008.

BIANCHI, A.. Ayahuasca e o xamanismo indígena na selva peruana: o lento caminho para a conquista. *In*: O uso ritual das plantas de poder. Orgs. LABATE e GOULART. Mercado das letras, campinas, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. ISBN 978-85-334-1444-0 – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Decreto nº 6117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm> Acesso em 05 de Nov. de 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>

Acesso em 05 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.197/GM Em 14 de outubro de 2004. Disponível em:

< <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/6009-2197?format=pdf>>

Acesso em 05 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 03 de maio de 2002. Disponível em:

<<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php>>

Acesso em 28 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.

Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>

Acesso em: 28 de ago. 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 101 de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de maio de 2001.

Disponível em:

<<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1188>>

Acesso em 01 de set de 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

Acesso em 05 de abril de 2008.

BUENO, Silveira. Minidicionário da Língua Portuguesa. São Paulo, FTD, 2000.

CARNEIRO, Henrique. Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas. Rio de Janeiro: Editora ELsevier. 2005.

CARVALHO, Ariane. Processo de desinstitucionalização em CAPSad. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFSE. São Cristóvão, 2010.

CARVALHO, José Jorge. Prefácio. In: Música brasileira de ayahuasca. Labate e Pacheco (Orgs.). Mercado das Letras. Campinas, 2009.

CARVALHO, Tatiana Barbosa. "Em Busca do Encontro. A demanda numinosa no contexto religioso da União do Vegetal". Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC- Rio. Rio de Janeiro, 2005.

CENTRO ESPÍRITA BENEFICENTE UNIÃO DO VEGETAL: Hoasca Fundamentos e Objetivos. Brasília, 1989.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10. Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas - Coordenação da Organização Mundial de Saúde; trad. Dorgival Caetano Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.

CLIFFORD, James. A Experiência Etnográfica: Antropologia e literatura no século XX. Editora UFRJ. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO/ ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Usuários de substâncias psicoativas, abordagens, diagnósticos e tratamentos. São Paulo: Cremesp/ab. 2003.

CUEVA, Rafael Navarro. ÑaÑa Comunidade Terapêutica Peruana. Lima - Perú. Editora Cedro, 1997.

DARIO, Sergio e TOSCANO JR., Alfredo. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In Dependência de drogas. (Toscano Jr. e vários colaboradores). Ed. Atheneu. São Paulo. 2001.

DOUGLAS, Mary. Pureza e perigo. Ed Perspectiva. São Paulo, 1976.

DURKHEIM, Émile. As Formas Elementares da Vida Religiosa: O Sistema Totêmico na Austrália; tradução Paulo Neves - São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ELÍADE, Mircea. Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy. Translated by Willard R. Trask. Princeton, New Jersey: Princeton University Press and the Bollingen Foundation, 1964.

ESCOHOTADO, Antônio. História elementar das drogas. Ed. Antígona. Lisboa. 2004.

ESPINHEIRA, Gey. Os Limites do Indivíduo: Mal-estar na Racionalidade: os limites do indivíduo na medicina e na religião. Fundação Pedro Calmon, Centro de Memória e Arquivo Público da Bahia. Salvador, 2005.

FERREIRA, Montezuma Pimenta. Tabaco. In: In: Dependência de Drogas. Orgs: Dario, Sérgio; Toscano, Alfredo. Ed. Atheneu. São Paulo. 2001.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel Historia da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANK, J. Persuasion and Healing - Baltimore e Londres, Johns Hopkins University, 1985.

FREUD, Sigmund. O mal- estar na civilização. Ed. Imago. Rio de Janeiro. 1974.

GIOVE, Rosa. La liana de los muertos al rescate de la vida. Takiwasi, Tarapoto-Peru. 2002.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. Ed. Perspectiva. São Paulo, 1961.

GROB, C. S. et al, Human pharmacology of hoasca. Journal of Nervous and Mental Disease, 1996.

GRUND, Jean Paul. Drug use as a social ritual. Institut voor Verslavingsonderzoek. Rotterdam. 1993.

HELMAN, Cecil. G. Cultura, Saúde e Doença. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LABATE, Beatriz Cauby. Dimensões legais, éticas e políticas da expansão do consumo da ayahuasca. In: O uso ritual das plantas de poder. Labate e Goulart (Orgs.). Mercado das letras. Campinas, 2005.

LABATE, et al. Efectos de La afiliación AL Santo Daime sobre La dependencia a sustâncias. In: Ayahuasca y salud. Orgs: Labate e Bouso. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2013.

LABATE, Beatriz Cauby. Ayahuasca Mamancuna Mercy Beaucoup: Internacionalização e diversificação do vegetalismo ayahuasqueiro peruano. Tese de Doutorado- Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, 2011.

LABIGALINI, Eliseu Junior. “O uso da Ayahuasca em um contexto religioso por ex-dependentes de álcool – um estudo qualitativo”. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1998.

LAGNESS, Lewis Leroy. A História de Vida nas Ciências Antropológicas. Tradução de Heloísa Previdello. São Paulo, EPU, 1973.

LANGDON, E. Jean. Org. Xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas. Editora da UFSC. Florianópolis, 1996.

LANGDON, E. La eficácia simbólica de los rituales: Del ritual a La performance. In: Ayahuasca y salud. Orgs: Labate e Bouso. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2013.

LEACH, Edmund. Ritual. Um Resumo das Diversas teorias Antropológicas do Ritual: *in*: International Encyclopedia of the Social Sciences. Nova York: Free Press/Macmillan, 1968.

LEWIS, Ioan. Êxtase Religioso. Editora perspective. São Paulo, 1971.

LUZ, Pedro. O uso ameríndio do Caapi. *In: O Uso Ritual da Ayahuasca*. Orgs. Labate e Sena, Mercado das Letras. São Paulo, 2002.

MABIT, Jaques. Takiwasi: Ayahuasca and Shamanism in Addiction Therapy. MAPS Bulletin 9 (3). Newsletter, 1994.

MABIT, Jaques. The Takiwasi Patient's Journey. MAPS Bulletin 3(6). Newsletter, 1996.

MABIT, Jaques. ? Marihuana, Àngel o demônio? *In: Revista publicada por Takiwasi, Centro de Rehabilitación de Toxicómanos y investigación de las Medicinas Tradicionales*. N°- 5. Año 3. Ed. Gráfica Offset Acacia. Tarapoto, Perú. 1997.

MABIT, Jaques. Produção visionária da ayahuasca no contexto curanderil da Alta Amazônia peruana. *In: O Uso Ritual da Ayahuasca*. Orgs. Labate e Sena, Mercado das Letras. São Paulo, 2002.

MACHADO, Ana Regina e MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas: da Justiça à Saúde Pública. *Revista História, Ciência, Saúde*. Manguinhos, vol. 14, nº 03, Rio de Janeiro, 2007.

MACRAE, Edward. *Guiado Pela Lua: Xamanismo e Uso da Ayahuasca no Culto do Santo Daime*. São Paulo, 1992.

MACRAE, Edward. A metodologia qualitativa na pesquisa sobre o uso de psicoativos. *In: Entre riscos e danos. Uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. ACODESS. Paris, 2002.

MACRAE, Edward. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. *In: Drogas e cultura: novas perspectivas*. Edufba. Salvador, 2008.

MACRAE, Edward. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos. *In: Drogas: Clínica e cultura. Toxicomanias incidências clínicas e socioantropológicas*. Edufba. Salvador, 2009.

MACHADO, Laura Paes. Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais. UFBA, 2011.

MARRAS, Stelio. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. In: Drogas e Cultura: Novas perspectivas. Labate, Goulart, Fiore, Mac Rae, Carneiro (Orgs.). Edufba. Salvador, 2008.

MEYER, Marlo y MEYER, Matthews. Los niños de la Reina – Ayahuasca y Embarazo. In: Ayahuasca y salud. Labate y Bouso (Eds.). La Liebre de marzo. Barcelona, 2013.

MILLER, W. R. Researching the spiritual dimension of alcohol and other drug problems. *Addiction*. 1998.

MOURE, W. El acompañar em Las terapêuticas de tradición indígena amazônica peruana. In: Ayahuasca y salud. Orgs: Labate e Bouso. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2013.

NARANJO, P. Ayahuasca etnomedicina e mitologia. Libri mundi. Quito, 1983.

OMS - World Health Organization. Combating the tobacco epidemic. 1999.

OTT, J. Ayahuasca Analogues: Pangaean Entheogens. Kennewick, WA: Natural Products, 1994.

OTTO, Rudolf. O sagrado. Edições 70. Lisboa, 2005.

PELAEZ, Maria Cristina. Santo Daime, Transcedência e Cura. Interpretações Sobre as Possibilidades Terapêuticas da Bebida Ritual *in*: O Uso Ritual da Ayahuasca, Labate e Sena (Orgs.). Mercado das Letras. São Paulo, 2002.

44 PERGUNTAS. JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil. 2000.

PERU. Ministerio de la Salud. Lei 29.765/12. In: www.minsa.gob.pe Acesso em: 29/07/2013.

PRANDONI, R., PADILHA, M., SPRICIGO, J.. A reforma psiquiátrica possível e situada. In: R Enferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2006.

RELATÓRIO DA 4ª INSPEÇÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS: Locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. 2ª Ed. Brasília, 2011.

REVISTA VEJA. Edição 2157 de 24 de março de 2010.

RICCIARDI, Gabriela. O uso da ayahuasca e a experiência de transformação, alívio de cura na União do Vegetal. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFBA. Salvador, 2008.

RICHARD, A. J.; Bell, D. C.; CARLSON, J. W. Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. Journal of the Cientific Study of Religion. 2000.

ROMANI, O.. Las drogas, sueños y razones. Editorial Ariel. Barcelona, 1999.

ROMERO, Jaime Torres. El docente frente a La drogadicción. Publicado por: EDUCANDO nº 34, 2000.

SABINO, Nathalí Di Martino e CAZENAVE, Silvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. Estudo de Psicologia, vol. 22, nº 2. Campinas. 2005.

SANCHES, Z. M.; OLIVEIRA, L. G. e NAPPO, S. A.- Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Ciência e saúde coletiva. 2004.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A.. Revisão de Literatura. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Revista de Psiquiatria Clínica. 2007.

SHUTLES, R. E. Some impacts of Spruce`s explorations on modern phytochemical research Rhodora 70, 1968.

SAPIR, Edward. Symbols. In: Seligman, Edwin R. A. Encyclopaedia of the Social Science. New York: Macmillan, 1934.

SILVEIRA, D. X. Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências. São Paulo:Casa do Psicólogo. 1995.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; GONSALVES, S.E.; MIELKE, F.B.; GUADALUPE, D.B. Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. In: R ENferm. UERJ. Rio de Janeiro, 2007.

SULLIVAN, W. P. It helps me to be a Whole person: the role of spirituality among the mentally challenged. Psycosocial Rehabilitation Journal. 1993.

TAKIWASI. Disponível em: (<http://www.takiwasi.com/esp/se01.php>). Acesso em 27/07/2013.

TAUSSIG, Michael. Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem. Um estudo sobre o terror e a cura. Ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1993.

TURNER, Victor. Floresta de Símbolos. Aspectos do Ritual Ndembu. Tradução Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto. Editora da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 2005.

VIERTLER, Renate Brigitte. Implicações em alguns conceitos utilizados no estudo da religião e da magia nas tribos brasileiras. In: Contribuições à antropologia em Homenagem ao Professor Egon Schaden. Coleção Museu Paulista, Série Ensaios, Vol. 4. São Paulo – USP, 1981.

VILLAESCUSA, Manoel. Proyecto Idea: terapia integrativa de sustancias visionarias y disciplinas psicoespirituales em El tratamiento de toxicomanias. S. D.

ZIMBERG, Norman. Drug, set and setting. Yale University Press, New Haven. 1984.

ZOJA, Luigi. Nascer não basta. Axis Mundi. São Paulo, 1992.

