



## O entendimento da dependência química por pacientes em tratamento em uma unidade de internação especializada

*The understanding of addiction from patients being treated in a specialized hospitalization unit*

**Lucas França Garcia<sup>1</sup>, Alessandra Mendes Calixto<sup>2</sup>, Gabriela de Souza Schumacher<sup>3</sup>,  
Leandra Melo de Oliveira<sup>4</sup>, Leonardo Pestillo de Oliveira<sup>5</sup>, José Roberto Goldim<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Sociólogo, Professor Permanente do PPG em Promoção da Saúde, UniCesumar. Bolsista de Produtividade do ICETI-UniCesumar. Maringá (PR), Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Serviço de Tratamento de Adições, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>3</sup> Advogada. Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, LAPEBEC-HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>4</sup> Cirurgiã-Dentista. PPG em Promoção da Saúde, UniCesumar. Maringá (PR), Brasil.

<sup>5</sup> Psicólogo, Professor Permanente do PPG em Promoção da Saúde, UniCesumar. Bolsista de Produtividade do ICETI-UniCesumar e PQ2 do CNPq. Maringá (PR), Brasil.

<sup>6</sup> Biólogo. Serviço de Bioética Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA. Porto Alegre (RS), Brasil.

\***Autor correspondente:** Lucas França Garcia – *Email:* lucasfgarcia@gmail.com

*Recebido em: 16 dezembro 2022*

*Aceito em: 05 abril 2023*

### RESUMO

A dependência química é um fenômeno social complexo, pois envolve diferentes instituições e atores sociais no seu enfrentamento. O conhecimento da perspectiva das pessoas que sofrem desse transtorno e buscam tratamento é de fundamental importância para a produção de evidências científicas visando à elaboração de políticas públicas. Analisar as percepções sobre a dependência química de pacientes em tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pacientes internados em uma unidade de internação especializada no tratamento da dependência química em um hospital universitário de alta complexidade no Sul do Brasil. Mediante a análise de conteúdo de Bardin, construíram-se quatro categorias analíticas para a compreensão das percepções sobre este problema na perspectiva dos pacientes: (1) Buscando tratamento, (2) Causas da dependência química, (3) Perdas e ganhos associados ao uso de substâncias psicoativas e (4) Ter uma vida saudável. Observaram-se quais motivos e causas apresentaram uma relação de complementaridade, na medida em que as causas do início do uso também foram os motivos para buscar tratamento. Além disso, identificou-se que os participantes reconheceram utilidade no uso de substâncias psicoativas, com predomínio das perdas sobre os ganhos, demonstrando que este é um ponto importante de ser abordado em ações de educação em saúde com essa população.

**Palavras-chave:** Bioética. Adição. Pesquisa qualitativa. Internação.

### ABSTRACT

Many institutions and social actors are involved in the struggle against addiction, making it a complex social phenomenon. Knowledge about the perspective of those who suffer this type of disorder and seek treatment is essential to produce scientific evidence to elaborate public policies. To analyze perceptions about chemical dependency of patients being treated for disorder associated with psychoactive substances. This is a qualitative, descriptive, and exploratory study. We carried out semi-structured interviews with patients hospitalized in a unit specialized in treating addiction from a high-complexity teaching hospital in the south of Brazil. Using Bardin's

content analysis, we created four analytical categories to understand the perceptions about this problem, from the perspective of patients: (1) Seeking treatment; (2) Causes of addiction; (3) Pros and cons of using psychoactive substances; and (4) Leading a healthy life. We observed which motives and causes were complementary, as the causes for starting the use of these substances were the same causes for seeking treatment. Furthermore, participants believed psychoactive substances had some utility, though there were more disadvantages than advantages. This is an important element to address in actions of education in health when dealing with this population.

**Keywords:** Bioethics. Addiction. Qualitative research. Hospitalization.

## INTRODUÇÃO

O comportamento aditivo ou transtorno por uso de substâncias psicoativas (TUSP), popularmente conhecido como “dependência química”, e o uso problemático de substâncias psicoativas produzem consequências importantes no tocante tanto aos aspectos biológicos<sup>1</sup> quanto econômicos e sociais<sup>2</sup>, atingindo diversos países do mundo. Segundo relatório publicado em 2022 pelo Office on Drugs and Crime das Nações Unidas (UNODC), 284 milhões de pessoas fizeram uso de substâncias ilícitas no ano de 2020<sup>3</sup>. No Brasil, esse número é de 1,3 milhão de pessoas (exceto uso de maconha), nos seis meses que antecederam o levantamento publicado em 2017 pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)<sup>4</sup>.

Definida como uma doença crônica e multifatorial do cérebro<sup>5</sup>, a adição é um tema polêmico em diversas esferas da vida social, com destaque para os campos científico e político<sup>6</sup>.<sup>7</sup>. As discussões a respeito da definição da adição na qualidade de doença ou transtorno do cérebro desencadearam iniciativas do governo norte-americano, como a criação de um grupo de trabalho (GT) para propor adequações na linguagem utilizada no atendimento e acolhimento de pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas<sup>7</sup>, inclusive adequando essa terminologia em relação à última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-V(DSM-V)<sup>8</sup>. A adoção desse modelo e da nova terminologia está associada a uma significativa redução no estigma relacionado ao uso problemático de substâncias psicoativas.

O modelo da adição enquanto doença do cérebro não é consenso na comunidade científica<sup>9,10</sup>. Thomas Szasz<sup>11,12</sup>, antes mesmo da proposta desse novo paradigma, argumenta que o modelo de doença ou transtorno mental não preencheria os pré-requisitos epistemológicos para definição do que é saúde-doença — em outras palavras, do que é tido como normal ou patológico. Lewis<sup>13-15</sup> também pontua que, com base nos pressupostos atuais das neurociências, não é possível afirmar que a adição seja uma doença do cérebro, já que as alterações provocadas nesse órgão pelo uso de substâncias psicoativas estão possivelmente ligadas a processos de aprendizagem e à busca de prazer, sendo o comportamento aditivo resultado desse

comportamento orientado ao prazer. Dessa forma, argumenta o pesquisador, adição ou dependência química deve ser abordada em termos da biologia do desejo ou do comportamento orientado pela busca do prazer<sup>6</sup>.

Bedrick<sup>16</sup>, por outro lado, argumenta que parece haver uma tendência ao consenso na adoção do modelo da adição como doença do cérebro. A utilização desse modelo, segundo o autor, traz importantes consequências para a prática das ciências do comportamento: por exemplo, a abordagem dos múltiplos aspectos da vulnerabilidade e da própria psiquiatria, sendo entendida, com base nesse modelo, na qualidade de neurociência clínica<sup>(16)</sup>. Não se trata, portanto, de negar os aspectos biológicos da adição, mas de discutir a adequação do modelo aos conhecimentos disponíveis<sup>13-18</sup>.

A discussão sobre a adequação do modelo da adição como doença do cérebro demonstra a importância de se pensarem os problemas relacionados à dependência química sob a perspectiva da complexidade. Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeições e enfermidades”, a saúde adquire uma concepção biopsicossocial<sup>19</sup>. Desse ângulo, não só os aspectos biológicos devem ser levados em consideração, mas as questões relativas à saúde psíquica e social, o meio ambiente e a comunidade, ou seja, é preciso refletir sobre os determinantes sociais da saúde que estão envolvidos no acolhimento e tratamento da adição. O pensamento baseado na complexidade é de grande valor para evitar tanto os reducionismos biológicos quanto os psicológicos e sociais no campo da saúde, especialmente na abordagem da dependência química<sup>20</sup>.

O modelo biopsicossocial, resultante da abordagem complexa, permite unir as diferentes perspectivas a respeito do tema. Por meio dessa definição, podemos conceber a dependência química em um contexto social mais amplo e abrangente, em que não apenas o indivíduo é o foco de análise e intervenção, mas toda a comunidade ao seu redor. Nesse sentido, é válido ressaltar os estudos que apresentam as características de reprodução da história familiar<sup>21-23</sup>, de desigualdade e pobreza<sup>18</sup> e de questões de violência associadas ao uso de substâncias psicoativas. A identificação do funcionamento dessas características no enquadramento da dependência química como um problema social complexo é essencial para a produção de evidências científicas que subsidiem a elaboração de políticas públicas ao setor, especialmente na área assistencial.

Isto posto, as representações e percepções sociais da dependência química são elementos fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. Dessa maneira,

conhecer as perspectivas dos pacientes em tratamento do transtorno do uso de substâncias psicoativas é necessário para a adequada abordagem do problema e produção de dados que possam servir de evidências para políticas públicas. O objetivo deste trabalho foi analisar as percepções sobre a dependência química de pacientes em tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **DELINEAMENTO**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório em que foi utilizada a abordagem teórica da análise de conteúdo de Bardin<sup>24</sup>. Com relação à abordagem, foram observadas as três etapas da análise de conteúdo preconizadas pela autora: (1) pré-análise, (2) construção das categorias temáticas e (c) análise e inferência com base nas categorias criadas.

### **AMOSTRAGEM**

O processo de amostragem foi de conveniência, e os pacientes foram convidados pessoalmente pelos pesquisadores para participar do estudo (LFG e AMC). Após o processo de consentimento informado, aqueles que aceitaram participar da pesquisa foram incluídos no estudo. Não houve perdas amostrais. A saturação dos dados foi discutida pela equipe de pesquisa (LFG, AMC e JRG) durante a etapa de pré-análise e leitura flutuante do material, conforme preconizado por Bardin<sup>24</sup>.

### **COLETA DE DADOS**

Os dados foram coletados em unidade especializada para o tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. A unidade de internação é vinculada ao Sistema Único de Saúde e dispõe de 20 leitos masculinos para o tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. O Ambulatório do Serviço de Adição também é vinculado ao sistema público e atende pacientes de ambos os sexos. Ambos fazem parte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

As técnicas de coleta de dados escolhidas foram a etnografia — sob a forma de observação participante (LFG) — e a entrevista semiestruturada. A etnografia é caracterizada como técnica de coleta de dados em que o pesquisador realiza uma imersão no campo de pesquisa, de maneira que ocorra a ambientação e aculturação do pesquisador com relação à sua presença no grupo<sup>25</sup>. A entrevista semiestruturada é definida como um instrumento de coleta de dados com um roteiro de entrevista flexível, que pode ser ajustado durante o percurso da pesquisa para adequação aos objetivos do estudo, caso necessário<sup>26</sup>.

A observação participante se deu no período de 2014-2015, e as entrevistas semiestruturadas ocorreram durante os anos de 2015-2016. Três entrevistas-piloto foram realizadas (AMC) para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados.

Uma enfermeira com mestrado em ensino em saúde (AMC) e uma psicóloga com especialização em álcool e drogas (AE) guiaram as entrevistas. Ambas tinham treinamento na condução de entrevistas para estudos qualitativos e faziam parte da equipe assistencial da unidade no momento da coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e tiveram média de 15 minutos de duração. Devido à alta rotatividade de pacientes, não foi realizado o retorno das transcrições aos participantes da pesquisa. A saturação dos dados foi discutida à medida que as entrevistas eram realizadas; e utilizou-se o critério da saturação para definir quando as coletas seriam finalizadas.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados e codificados por dois pesquisadores (LG e AMC). Utilizaram o software NVivo® (versão 11 para Windows) para a análise; desta, emergiram as categorias, ou seja, os pesquisadores não seguiram um modelo pré-definido de codificação.

## ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAEE nº 27289514.8.0000.5327 de 2019. Com a finalidade de manter a confidencialidade e privacidade dos participantes da pesquisa, os nomes foram substituídos pela letra “E”, de entrevistado, seguida por um número arábico indicando a ordem das entrevistas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 36 participantes (26 da internação e 10 do ambulatório), sendo 35 do sexo masculino (26 da internação e 9 do ambulatório) e 1 do sexo feminino (ambulatório). A idade média dos participantes foi de 44 anos, com mediana de 43 anos e desvio-padrão de 11 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 52,8% (n = 19) tinham ensino fundamental; 41,7% (n = 15), ensino médio; e 5,6% (n = 2), pós-graduação.

Mediante a análise dos dados realizadas, com o auxílio do software de métodos mistos por dois pesquisadores independentes (LG e AMC), emergiram quatro unidades temáticas: (1) Buscando tratamento, (2) Causas da dependência química, (3) Perdas e ganhos associados ao uso de substâncias psicoativas e (4) Ter uma vida saudável.

### BUSCANDO TRATAMENTO

A busca por tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas é um caminho permeado por dificuldades<sup>27-29</sup>. Perdas financeiras e familiares, prejuízos na atividade laboral, comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas devido ao uso problemático de substâncias psicoativas são alguns dos motivos apresentados para a busca pelo tratamento, seja em internação, seja em ambulatório. A convivência dos pacientes com profissionais de saúde pode ter sido a razão para o relato dessas variáveis, pelo menos em parte, pois elas estão presentes, como critérios diagnósticos para transtorno por uso de substâncias psicoativas, no DSM IV e V e no Catálogo Internacional de Doenças (CID)<sup>8, 30</sup>

Bom, o fato de que eu já não estava me aguentando mais, perdas familiares, emprego, tudo que era de ruim aconteceu nesse período. (E1)

Decidi porque eu vi que a coisa estava ficando feia mesmo e já tinha quase perdido a mulher e os filhos, quase, ainda não, aí eu decidi e vim. (E8)

Isso me atrapalhava muito no meu trabalho, porque eu deixava de trabalhar no dia seguinte, devido à quantidade que eu consumia de álcool no dia anterior, isso foi me prejudicando [...] (E13)

Começando com perdas materiais, perdas da família, desacreditado por todo mundo assim, e que eu não tinha mais controle sobre a droga [...] (E23)

A procura por ajuda, o auxílio e a pressão de amigos e familiares são fatores importantes na busca pelo tratamento. Lidz e colaboradores<sup>31</sup> observaram que, dependendo da fonte dessa pressão, os resultados referentes ao tratamento podem ser diferentes. Para esses autores e para Lorem e colaboradores<sup>32</sup>, as pressões podem ser divididas em três grupos: (1) informal, por

meio de amigos e família; (2) formal, aquela exercida pelas instituições de saúde, igrejas, escolas; e (3) legais, exercida pelas autoridades judiciais<sup>31</sup>. Observa-se também que, muitas vezes, uma pressão informal é o primeiro passo para o exercício de uma pressão formal<sup>33</sup>. Nesse sentido, a busca por tratamento passou pela ajuda de figuras relevantes no seu relacionamento pessoal (amigos e familiares), conforme frequentemente citado pelos sujeitos, ou seja, a pessoa recebeu pressões informais.

### **Experiência em Tratamentos**

Os participantes demonstraram ter experiência em tratamentos do transtorno por uso de substâncias, na medida em que apenas quatro participantes relataram ser a sua primeira busca por tratamento. Muitos deles referiram ter experiência prévia de múltiplas internações em hospitais gerais e psiquiátricos; e em comunidades terapêuticas. A comunidade terapêutica surge nas falas dos participantes em um contexto ambíguo, ora sendo importante instrumento de auxílio para a recuperação, ora sendo percebida como instrumento de coerção. A busca, principalmente por tratamentos em ambientes fechados, é justificada por colocá-los em um ambiente protegido do uso de substâncias psicoativas. O tratamento ambulatorial e nos Centro de Atenção Psicossocial também foi referido pelos pacientes como parte de suas trajetórias de tratamento.

Essa não é a minha primeira internação, né? Já tive outras, em comunidade terapêutica, mas eu estou quase, essa não foi diferente das outras. (E02)  
Foi a primeira vez que eu decidi me internar assim, nessa última internação. As outras três foi talvez devido as crises que eu tive. (E13)

Sabino e Cavenaze<sup>34</sup> observam que 50% dos pacientes entrevistados em seu estudo em comunidades terapêuticas disseram que já haviam buscado tratamento em instituições de internação: hospitais, clínicas, entidades religiosas, entre outras. Com relação aos aspectos coercitivos da internação em comunidades terapêuticas, estudos têm demonstrado o quão controverso é a utilização desse recurso<sup>35, 36</sup>, especialmente no cenário brasileiro<sup>37, 38</sup>. As ausências de plano terapêutico, de instalações e de recursos humanos adequados mas com forte ligação com entidades religiosas são algumas das deficiências desse tipo de instrumento<sup>39, 40</sup>. Vale ressaltar que também existem relatos na literatura nacional e internacional destacando as potencialidades das comunidades terapêuticas, quando estas dispõem de ambientes e recursos adequados<sup>35, 41</sup>.

## **Sentimento de Cansaço e Esgotamento**

O sentimento de esgotamento compõe o imaginário simbólico dos pacientes que buscam o tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas, principalmente na modalidade de internação. O sentimento de cansaço com a vida que vinham levando também surgiu como motivo importante para buscar o tratamento.

Eu decidi porque eu cansei da minha vida, assim... cansei mesmo. Foi muito tempo, muito tempo sofrendo. Está certo, eu tive alguns momentos de alegria, assim, né, mas a maior parte da minha vida foi de ilusão porque eu perdi. Tudo que eu adquiri eu perdi. E chega uma certa hora, assim, que cai a ficha da gente, chega uma certa hora que a gente fica cansado. Eu estou cansado, esgotado de fazer isso. (E3)

Dessa vez eu já estava, eu já vi que já não estava aguentando mais. (E10)  
Porque eu já não estava mais aguentando aquela vida. E eu quero uma outra vida boa para mim. Eu cansei, cansei de ficar em hospital também, chega, chega dessa vida. (E16)

A percepção de esgotamento pode estar relacionada ao que Byung-Chul Han denomina de “sociedade do cansaço”<sup>42</sup>. O cansaço, segundo esse autor, é produzido pelo excesso de informação e pela dinâmica social atual de racionalização de todos os aspectos da vida social. Entretanto, ao mesmo tempo que funciona como uma dinâmica que paralisa indivíduos e sociedade, o cansaço também é gerador de resistência, pois, com base nele, novas identidades e subjetividades são produzidas. Essa lógica parece ser o caso nas falas analisadas, pois esse esgotamento, esse cansaço social, de uma vida que era levada aos seus limites, sejam eles quais forem, também é o gatilho para a busca de um dispositivo que possa ajudá-los a ver outras possibilidades.

## **O Uso Excessivo de Substâncias Psicoativas**

O uso em excesso de substâncias psicoativas também foi evidenciado como motivo para a busca pelo tratamento. A perda do controle é o principal argumento para buscar ajuda nessa perspectiva, sobretudo em um ambiente de internação, pois considera-se este um ambiente protegido, capaz de ajudar no processo de recuperação. Nesse sentido, o grupo de pacientes entrevistados referem que suas principais expectativas são: “sair curado”, reatar laços familiares, voltar a ter uma “vida normal”.



Olha, eu acho que devido à bebida demais, bebia muito, demais. E não foi só da minha parte, foi da parte de toda família. (E3)

O uso de álcool era excessivo, assim, até mesmo durante a semana. Isso me atrapalhava muito no meu trabalho, porque eu deixava de trabalhar no dia seguinte, devido à quantidade que eu consumia de álcool no dia anterior, isso foi me prejudicando aos pouquinhos [...] (E13)

Eu tinha perdido o controle total, total, tanto que meu corpo já não queria, não aceitava mais a droga, mas a vontade de usar era maior do que o corpo estava pedindo socorro [...] (E21)

Nota-se um forte viés do enfoque moralista nessa perspectiva, visto que frequentemente essa perda de controle é associada a uma falta ou desvio de caráter dos pacientes<sup>43,44</sup>. A virtude, entendida como um comportamento adequado e esperado de uma pessoa, pode ser transformada em vício por meio de um excesso ou carência dessa característica<sup>45</sup>. A utilização da palavra “vício” e, conseqüentemente, “viciado”, decorre dessa interpretação, no sentido de ser um comportamento pessoal criticado socialmente, pois pode gerar más ações<sup>46</sup>. Essa visão dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas ainda está muito presente no imaginário simbólico da população em geral<sup>47,48</sup>.

Nessa visão, acredita-se que, por conta de um uso em excesso, acaba-se por perder o controle da vida em geral. Por meio da análise dessas falas, percebe-se que o problema relatado é o uso em excesso, ao passo que um uso controlado ou racional, ou um uso que vise atingir o “caminho do meio”, parece adequado seguindo essa linha de raciocínio. A perspectiva do usar substâncias psicoativas em “excesso” e do “perder o controle” deve ser estudada mais a fundo, sobretudo em tratamentos em ambientes fechados, nos quais a orientação principal é a abstinência. Dessa perspectiva, o uso de substâncias é inversamente relacionado ao controle pessoal, ou seja, quanto menos controle, maior o uso; ou quanto maior o controle externo imposto ao indivíduo, menor o uso de substância. A retirada total das substâncias é a resposta ao uso excessivo, como se só houvesse os dois extremos da relação uso-controle.

## CAUSAS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

### **A História Familiar**

A identificação das percepções sobre as causas da dependência química pode ajudar a orientar tanto o tratamento do transtorno por uso de substâncias quanto as próprias políticas públicas relativas ao tema. Quando perguntados sobre quais as causas da dependência química, a repetição da história familiar revela-se um importante fator explicativo. Estar em um ambiente

em que as pessoas mais próximas usam substâncias é identificado, mesmo que de forma ambígua, pelos participantes como facilitador para o desenvolvimento da dependência química.

Eu comecei com o meu pai, quando nós morávamos no interior. Lá fora se chamava de “bolicho” os armazéns, né. Então eu ia buscar. [...] Ele bebia bastante também, e foi dali que eu comecei a experimentar, mas ele não sabia, não. Dali em diante que comecei a minha [dependência do álcool]. (E01)

Na minha opinião, vem lá da infância, lá da infância. [...] já na minha infância também meu pai já bebia muito também e eu vendo também meu pai bebendo e batendo na minha mãe, aquela “coisa” toda [...] (E03)

A questão do álcool é de família. Eu sou de uma família que nós somos entre nove (cinco irmãs e quatro irmãos), e o meu pai era alcoolista, então eu acredito que esses genes eu tenha adquirido dele [...] (E12)

A dinâmica familiar tem sido considerada um dos principais meios pelos quais a dependência química se produz socialmente, ao lado da desigualdade social. A ideia da exposição a um ambiente familiar no qual o uso de substâncias psicoativas é feito desde muito cedo emergiu frequentemente nas falas dos participantes da pesquisa. Essa exposição esteve ligada às primeiras experimentações e às primeiras situações de brigas familiares<sup>23</sup>.

De acordo com Bourdieu<sup>49</sup>, a dinâmica da reprodução social tem servido como meio de perpetuação da estrutura social e do próprio sistema de poder. Ela pode ser observada também na dependência química. Por exemplo, se ampliarmos o problema do indivíduo para a família, da família para a sociedade, podemos notar que o sistema de codependência familiar serve como meio da reprodução social de uma estrutura extremamente desigual, em termos de distribuição de bens e recursos materiais e simbólicos. O reconhecimento dessa dinâmica de reprodução social da desigualdade por meio da dependência química não isenta uma perspectiva de responsabilidade pelo uso de drogas, e sim de corresponsabilidade<sup>46</sup>. Dessa perspectiva, tanto usuários quanto sociedade têm responsabilidade sobre o tema.

## **História Pessoal e Perdas**

As perdas se apresentam novamente nas falas dos participantes, quando relatam sobre a relação entre a sua história de vida pessoal e as causas da dependência. A relação ambígua entre o motivo do tratamento e a causa da dependência química demonstra o quão complexa e difusa é a percepção, por parte dos pacientes, a respeito de quais são as origens de seu problema.

Até depois do falecimento do meu irmão, a gente era uma família unida e eu tinha essa fase [...]. Depois que eu perdi ela, foi tudo por água abaixo. Aí eu não tive mais ninguém e comecei a usar mais. (E17)

Tive bastante perdas. Nestes anos, eu perdi avós, perdi mãe, perdi irmã. Perdi uma irmã com câncer com 44 anos, né. Então foram bastante coisas que eu acredito que, assim, ajudaram bastante, né, com as recaídas, assim né, que durante esse tempo eu acabei tendo umas recaídas. (E18)

Uma trajetória e história de vida pessoal marcada por diversas perdas, sobretudo familiares, emergiu enquanto variável explicativa do modo pelo qual os participantes compreendem o processo saúde-doença do transtorno por uso de substâncias psicoativas<sup>50</sup>. As perdas estavam associadas a um sentimento de isolamento, pelo falecimento de entes queridos próximos; portanto, o uso de substâncias revelava-se um meio para lidar com esse problema. A perda de uma pessoa de referência é uma alteração brusca da própria noção de futuro desse sujeito. Essa alteração, entendida como uma má notícia, gera um choque inicial e um comportamento de negação e isolamento<sup>51</sup>; isto posto, o uso de substâncias apenas reforça a lógica da negação.

### **Perdas e Ganhos Associados ao uso de Drogas**

O uso de drogas pode acarretar perdas e ganhos à vida e ao viver de uma pessoa. As pessoas reconhecem que a droga afeta negativamente a sua vida biológica. Contudo, o uso de substâncias psicoativas também pode ser considerado um comportamento orientado pela busca ao prazer<sup>52</sup>. Esse uso representa um papel ou uma função no viver dos participantes, assumindo, consequentemente, uma utilidade prática. Nesse sentido, compreender tal utilidade é importante para identificarmos o sistema de valores e a hierarquia empregados na orientação desse comportamento.

Os pacientes relataram duas utilidades vinculadas ao uso de substâncias psicoativas: (1) meio para se atingir determinado fim (2) e consequência de algum acontecimento marcante em suas vidas.

Dessa maneira, a essência do uso de substância parece estar ligada com questões relacionadas a melhor socialização com as pessoas, com a felicidade momentânea orientada por um comportamento guiado pela busca de prazer — proporcionado pela droga. Os pacientes reconhecem utilidade no uso de substâncias psicoativas em suas vidas, com predominância de uma visão negativa sobre essa mesma utilidade.

Para mim, quando eu usava o álcool, eu achava que eu podia tudo né, que eu era melhor que os outros, que eu podia ser uma pessoa que podia mandar nisso, naquilo, enfim, foi isso que aconteceu. (E01)

É. Eu usava muito para me alegrar, me deixar alegre, mas isso aí não é vida. (E16)

Eu acho que é o prazer, o prazer que ela proporciona. A principal causa, eu creio que seja o prazer. (E26)

Os participantes identificam, em sua maioria, os aspectos negativos que o papel da droga desempenhou em suas vidas, apresentando a negação como principal forma de reflexão sobre a função dela na vida dessas pessoas<sup>53</sup>. Vargas observa que, para analisarmos o uso de drogas na atualidade, não é mais necessário fazer as perguntas sobre o motivo por que as pessoas usam drogas e qual o significado do uso de drogas em suas vidas, e sim buscar entender o próprio viver dessas pessoas<sup>54</sup>. Portanto, as experiências associadas ao uso de substâncias psicoativas constituem-se a forma mais adequada para pensar a complexa relação sujeito-droga.

### **Uma Vida Saudável**

O estar em tratamento, seja na modalidade de internação, seja em ambulatório, representa um momento de reflexão e de possibilidade de mudanças. No tratamento da dependência química, a mudança de comportamento mostra-se uma variável importante no processo de recuperação. Uma vida saudável associa-se à ideia de não retorno aos hábitos do passado, a levar uma vida “normal”, no sentido de abstinência do uso de substâncias psicoativas e de “sair curado”<sup>55</sup>.

A minha vida, a minha saúde agora saudável vai ser difícil, não, difícil não é, mas com a função do vírus, né, mas é, para mim vem junto, pelo esforço que eu já tentei há muito tempo, tento até hoje, não desisto e de ter uma vida normal como todo mundo, todos têm. (E01)

Eu espero sair daqui curado, né, recuperado e ser o que eu era antes, né? Trabalhava e estava em casa com [a família], agora o álcool quase me dominou, né... eu vou sair dessa com ajuda aqui, né? (E08)

Olha, ter uma vida saudável para mim [...] é, ter responsabilidade, né, trabalhar, me alimentar nas horas certas, dormir na hora certa e não é só trabalho: a vida também é feita de lazer, sabe [...]. É a coisa essencial para tu manteres uma vida normal. (E21)

As percepções de qualidade de vida e de viver estiveram ligadas à busca de um resgate do convívio com suas famílias e amigos, de maneira que possa haver uma religação dos laços perdidos devido ao uso de substâncias psicoativas, demonstrando a importância da família no

processo de recuperação<sup>21</sup>. Além disso, o retorno a uma atividade laborativa evidencia-se como considerável aspecto relacionado ao processo de recuperação, sendo o trabalho uma forma de se reintegrar à sociedade e uma valiosa ferramenta na reabilitação<sup>56, 57</sup>.

Uma vida saudável parece estar ligada à ideia de (re)integração na sociedade. O reconhecimento, na perspectiva de Axel Honneth<sup>58</sup>, mostra-se um importante motor na explicação do fenômeno da dependência química, pois muitos dos usuários que fazem uso problemático de substâncias psicoativas são invisíveis socialmente ou são tratados como se não tivessem vontade própria. Dessa maneira, uma vida saudável passa pela busca por reconhecimento mediante uma (re)integração na sociedade, via família, principalmente. O resgate dos vínculos familiares parece ser a primeira dinâmica de recuperação visando ao reconhecimento do indivíduo, na qualidade de partícipe da sociedade. Nesse sentido, destaca-se que o “normal” aparece com frequência nas falas dos participantes, pois “ser normal é fazer parte da sociedade”.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações do estudo são: (1) amostra composta majoritariamente de pessoas do sexo masculino; (2) pacientes com história de múltiplos tratamentos, sobretudo na modalidade de internação hospitalar ou em comunidades terapêuticas, portanto, com uma exposição prévia aos objetivos e pressupostos básicos do tratamento do transtorno por uso de substâncias. Esses tratamentos prévios podem instrumentalizar, pelo menos em parte, as respostas dadas pelos participantes da pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química é um fenômeno complexo e deve ser abordado com base em diferentes perspectivas. A compreensão adequada sobre as percepções de pacientes em tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas faz-se necessária para o entendimento adequado do tema e produção de evidências qualitativas que subsidiem a elaboração de políticas públicas nesse setor.

Das entrevistas realizadas, emergiram quatro categorias: (1) Buscando o tratamento, (2) Causas da dependência química, (3) Perdas e ganhos associados ao uso de drogas e (4) Ter uma vida saudável.

Buscar o tratamento esteve relacionado com: (a) dificuldades, em diferentes níveis (p.ex., acesso a recursos adequados ao sistema de saúde); (b) auxílio e pressão de familiares, amigos, igreja e do trabalho; e (c) com um sentimento de esgotamento e cansaço social pelo uso excessivo de substâncias.

As causas da dependência química apareceram associadas às consequências do uso em excesso. Entre as causas, podemos identificar: (a) a repetição da história familiar, (b) uma história pessoal marcada por perdas marcantes; e (c) a dinâmica da reprodução social no desenvolvimento da dependência.

Com relação às perdas e ganhos, observa-se um comportamento orientado pela busca do prazer, sendo este classificado como (a) meio para atingir determinado fim e (b) consequência de algum evento marcante na sua vida. Observou-se uma predominância da percepção de perdas sobre os ganhos.

Já uma vida saudável é reconhecida como parte importante do processo de recuperação. A busca pela “normalidade” e pela cura e a reintegração familiar e social destacam-se enquanto dispositivos de grande valia no processo de recuperação.

Pode-se observar que a família está presente em todas as categorias. Ora revelando-se um motivador, ora causa, ora perda, ora importante peça no complexo processo de recuperação, a família desempenha papel relevante e ambíguo no desenvolvimento da dependência química. Ela emerge não só enquanto causa significativa da (re)produção da dependência química, mas também como fator importante no processo de recuperação, na perspectiva dos pacientes.

Esse modelo demonstra a importância de pensar a estrutura de reprodução da dependência química na elaboração de políticas públicas, pois somente superando esse problema é que uma melhor assistência ao usuário de substâncias psicoativas e um melhor uso dos recursos materiais e simbólicos serão atingidos.

## REFERÊNCIAS

1. Olsen Y. What Is Addiction? History, Terminology, and Core Concepts. *Med Clin North Am.* 2022;106(1):1-12.
2. Maldonado R, Calve P, Garcia-Blanco A, Domingo-Rodriguez L, Senabre E, Martin-Garcia E. Vulnerability to addiction. *Neuropharmacology.* 2021;186:108466.
3. UNODC. UNODC World Drug Report 2022. New York; 2022.
4. FIOCRUZ. III Levantamento Nacional Sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro; 2017.

5. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremmani I, et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):446.
6. Heilig M, MacKillop J, Martinez D, Rehm J, Leggio L, Vanderschuren L. Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacology*. 2021;46(10):1715-23.
7. Botticelli MP, Koh HK. Changing the Language of Addiction. *JAMA*. 2016;316(13):1361-2.
8. American Psychiatry Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ARTMED; 2014.
9. Satel S, Lilienfeld SO. Addiction and the brain-disease fallacy. *Front Psychiatry*. 2013;4:141.
10. Heather N, Best D, Kawalek A, Field M, Lewis M, Rotgers F, et al. Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory*. 2018;26(4):249-55.
11. Szasz TS. *Ceremonial chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. New York,: Anchor; 1974.
12. Szasz TS. The ethics of addiction. *Am J Psychiatry*. 1971;128(5):541-6.
13. Lewis M. *Memoirs of an Addicted Brain: A Neuroscientist Examines his Former Life on Drugs*. New York: Public Affairs; 2012.
14. Lewis M. Why it's high time that attitudes to addiction changed | Aeon Essays: AEON Essays; 2016 [Available from: [https://aeon.co/essays/why-its-high-time-that-attitudes-to-addiction-changed?utm\\_term=0\\_411a82e59d-cc05178cc4-68761957&utm\\_content=buffer67189&utm\\_medium=social&utm\\_source=twitter.com&utm\\_campaign=buffer](https://aeon.co/essays/why-its-high-time-that-attitudes-to-addiction-changed?utm_term=0_411a82e59d-cc05178cc4-68761957&utm_content=buffer67189&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer)].
15. Lewis M. *The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease*. New York: Public Affairs; 2016.
16. Bedrick JD. Mental Illness and Brain Disease. *Folia Med (Plovdiv)*. 2014;56(4):305-8.
17. Harl CL. *High Price: A Neuroscientist's Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. New York: Harper Collins; 2014.
18. Hart CL. Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nature Human Behaviour*. 2017;1(3):0055.
19. WHO. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO; 1946.

20. Morin E. From the concept of system to the paradigm of complexity. *Journal of Social and Evolutionary Systems*. 1992;15(4):371-85.
21. Paraskevopoulou M, van Rooij D, Schene AH, Batalla A, Chauvin RJ, Buitelaar JK, et al. Effects of family history of substance use disorder on reward processing in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Addict Biol*. 2022;27(2):e13137.
22. Castaldelli-Maia JM, Silva NR, Ventriglio A, Gil F, Torales J, Bhugra D, et al. Relationship between family history of alcohol problems and different clusters of depressive symptoms. *Ir J Psychol Med*. 2022;39(1):45-53.
23. Vallgård K. Introduction: The Politics of Family Secrecy. *Journal of Family History*. 2022;47(3):239-47.
24. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2015.
25. Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J. *Handbook of Ethnography* 2001. Available from: <https://methods.sagepub.com/book/handbook-of-ethnography>.
26. Alasuutari P, Bickman L, Brannen J. *The SAGE Handbook of Social Research Methods*. London 2008. Available from: <https://sk.sagepub.com/reference/the-sage-handbook-of-social-research-methods>.
27. Nyashanu T, Visser M. Treatment barriers among young adults living with a substance use disorder in Tshwane, South Africa. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2022;17(1):75.
28. Sarkar S, Thakur A, Sood E, Mandal P. Barriers and Facilitators of Addiction Treatment: a Qualitative Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022;20(2):672-90.
29. Tavakoli Ghouchani H, Armat MR, Akbari H, Hojjat SK, Lashkardoost H, Asghari D, et al. Perceived barriers to addiction treatment: an inductive qualitative content analysis. *Journal of Substance Use*. 2022;27(5):550-5.
30. WHO. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019. Geneva: WHO; 2019.
31. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(1):73-9.
32. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(3):231-40.
33. Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*. 2006;101(1):40-9.



34. Sabino NDM, Cazenave SdOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2005;22.
35. Thurnell-Read T, Monaghan M. *Addiction, Treatment and Recovery*. In: Thurnell-Read T, Monaghan M, editors. *Intoxication: Self, State and Society*. Cham: Springer International Publishing; 2023. p. 125-52.
36. Kaloterakis P. *Current Therapeutic Communities Around the World*. In: Avery JD, Kast KA, editors. *The Opioid Epidemic and the Therapeutic Community Model: An Essential Guide*. Cham: Springer International Publishing; 2019. p. 87-111.
37. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19.
38. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2015;22.
39. Ribeiro FML, Minayo MCdS. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19.
40. Raupp LM, Milnitisky-Sapiro C. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008;24.
41. Song EA, Kim HK, Lee M. Effectiveness of Therapeutic Community Program on Resilience and Change in Lifestyle in People With Alcohol Use Disorder. *Journal of Addictions Nursing*. 2022;33(4).
42. Han B-C. *Sociedade do Cansaço*. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
43. Earp BD, Skorburg JA, Everett JAC, Savulescu J. *Addiction, Identity, Morality*. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10(2):136-53.
44. Rise J, Halkjelsvik T. Conceptualizations of Addiction and Moral Responsibility. *Front Psychol*. 2019;10:1483.
45. Du Plessis G. An existential perspective on addiction treatment: a logic-based therapy case study. *International Journal of Philosophical Practice*. 2019;5(1):1-32.
46. Abelard P. *Ethical Writings: ‘Ethics’ and “Dialogue Between a Philosopher, a Jew and a Christian*. Indianapolis: Hackett Publishing; 1995.
47. Sussman S. Commentary: Addiction, Stigma, and Neurodiversity. *Evaluation & the Health Professions*. 2021;44(2):186-91.

48. McCarron K. Morality and Addiction. In: McCarron K, editor. Narratives of Addiction: Savage Usury. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 63-86.
49. Bourdieu P. The Social Structures of the Economy. Berlim: Polity Press; 2018.
50. Raikhel E, Garriott W. Addiction Trajectories. New York: Duke University Press; 2013.
51. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: WMF Martins Fontes.; 2017.
52. Kennett J, Matthews S, Snoek A. Pleasure and addiction. *Front Psychiatry*. 2013;4:117.
53. Melo JRF, Maciel SC. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2016;36.
54. Vargas EV. Uso de drogas: a alteração como evento. *Revista de Antropologia*. 2006;49.
55. Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*. 2012;5:62-72.
56. Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15.
57. Santiago E, Yasui S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental: trajetória histórica e reflexões sobre a sua atual utilização. *Revista da Psicologia da UNESP*. 2011;10(1):195 -210.
58. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: Editora 34; 2003.