

O ABANDONO FAMILIAR E SOCIAL NO PROCESSO DE TRATAMENTO DE PESSOAS EM USO DE SUBSTÂNCIAS ATENDIDAS NO OESTE PARANAENSE

FAMILY AND SOCIAL ABANDONMENT IN THE TREATMENT PROCESS OF PEOPLE USING SUBSTANCES IN WESTERN PARANÁ

EL ABANDONO FAMILIAR Y SOCIAL EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS EN EL OESTE DE PARANÁ

Ana Claudia Kissner Batista¹
Adrielen Nogueira dos Santos²
Kauan Martins Medeiros³
Raissa Mariana Pires Camargo⁴

RESUMO: O presente estudo investiga de que forma o abandono familiar e a exclusão social influenciam o tratamento de pessoas em uso de substâncias atendidas pelo Serviço Integrado de Saúde Mental (SIM-PR), composto por um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), uma Unidade de Acolhimento (UA) regidas por uma 10ª Regional de Saúde. Fundamentada na fenomenologia existencial, a pesquisa compreende o uso abusivo de álcool e outras drogas como um fenômeno complexo, que ultrapassa explicações biomédicas e morais, exigindo a compreensão do sujeito em sua singularidade e contexto de vida, enquanto autores como Sodelli (2010) e Barbosa (2017) defendem um cuidado baseado em vínculos autênticos, acolhimento e reconhecimento da subjetividade. Parte-se da hipótese de que o abandono familiar e a exclusão social intensificam o sofrimento psíquico e fragilizam o processo terapêutico, contribuindo para a continuidade do uso; para isso, a pesquisa adota abordagem qualitativa, de caráter exploratório, com complementação quantitativa para análise de variáveis. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 30 usuários entre 18 e 65 anos, residentes no Oeste do Paraná, buscando compreender como os vínculos afetivos e o contexto social interferem na recuperação e podem contribuir para o aprimoramento das estratégias de acolhimento e cuidado nos serviços de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Abuso de substância. Abandono familiar e abandono social.

¹Professora orientadora do trabalho Universidade Paranaense, UNIPAR - Campus Cascavel - Pós-graduanda em Clínica Existencialista Sartriana pelo NUCAFE.

²Acadêmica de Psicologia, Universidade Paranaense, UNIPAR - Campus Cascavel.

³Acadêmico de Psicologia, Universidade Paranaense, UNIPAR - Campus Cascavel.

⁴Acadêmica de Psicologia, Universidade Paranaense, UNIPAR - Campus Cascavel.

ABSTRACT: This study investigates how family abandonment and social exclusion influence the treatment of individuals with substance use disorders treated by the Integrated Mental Health Service (SIM-PR), in conjunction with the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD III), in Western Paraná. Grounded in existential phenomenology, the research understands the abusive use of alcohol and other drugs as a complex phenomenon that transcends biomedical and moral explanations, requiring an understanding of the individual in their singularity and life context, while authors such as Sodelli (2010) and Barbosa (2017) advocate for care based on authentic bonds, acceptance, and recognition of subjectivity. The hypothesis is that family abandonment and social exclusion intensify psychological suffering and weaken the therapeutic process, contributing to continued use; therefore, the research adopts a qualitative, exploratory approach, complemented by quantitative analysis of variables. The data were collected through semi-structured interviews with users aged 18 to 65, residing in Western Paraná, seeking to understand how affective bonds and the social context interfere with recovery and can contribute to improving reception and care strategies in psychosocial care services.

Keywords: Substance abuse. Family abandonment. And social abandonment.

RESUMEN: Este estudio investiga cómo el abandono familiar y la exclusión social influyen en el tratamiento de personas con trastornos por consumo de sustancias atendidas por el Servicio Integrado de Salud Mental (SIM-PR), en conjunto con el Centro de Atención Psicosocial para Alcohol y Drogas (CAPS AD III), en el oeste de Paraná. Fundamentada en la fenomenología existencial, la investigación entiende el abuso de alcohol y otras drogas como un fenómeno complejo que trasciende las explicaciones biomédicas y morales, requiriendo una comprensión del individuo en su singularidad y contexto vital, mientras que autores como Sodelli (2010) y Barbosa (2017) abogan por una atención basada en vínculos auténticos, aceptación y reconocimiento de la subjetividad. La hipótesis es que el abandono familiar y la exclusión social intensifican el sufrimiento psicológico y debilitan el proceso terapéutico, contribuyendo a la persistencia del consumo; por lo tanto, la investigación adopta un enfoque cualitativo y exploratorio, complementado con un análisis cuantitativo de variables. Los datos se recopilieron mediante entrevistas semiestructuradas con usuarios de entre 18 y 65 años, residentes en el oeste de Paraná, con el objetivo de comprender cómo los vínculos afectivos y el contexto social interfieren en la recuperación y pueden contribuir a mejorar las estrategias de recepción y atención en los servicios de atención psicosocial.

Palabras clave: Abuso de substâncias. Abandono familiar y abandono social.

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo que ultrapassa as explicações biomédicas e morais, exigindo um olhar ampliado sobre o sujeito e sua existência.

Historicamente, o consumo de substâncias foi associado a modelos repressivos, nos quais o usuário era visto como desviante e perigoso. Sodelli (2010) critica essa visão proibicionista ao afirmar que, ao preconizar a abstinência e tratar o uso de drogas como patologia, tais políticas ignoram a condição existencial do ser humano, marcada pela liberdade e pela busca de sentido. Para o autor, a tentativa de erradicar o uso de drogas é incompatível com o modo de ser do homem, que é inacabado, vulnerável e sempre entregue ao próprio cuidado.

A fenomenologia existencial, inspirada em Heidegger, propõe compreender o homem como ser-no-mundo, isto é, um ser em relação com os outros e com o ambiente que o constitui (SODELLI, 2010), assim, o uso de substâncias deve ser entendido a partir da história singular e da experiência vivida de cada sujeito. Nesse mesmo sentido, Barbosa (2017) observa que a clínica fenomenológica busca acolher o indivíduo em sua totalidade, sem reduzi-lo a diagnósticos ou padrões morais. O papel do terapeuta, segundo a autora, é favorecer o encontro autêntico, no qual o sujeito possa ressignificar seu sofrimento e reconstruir o sentido de sua existência.

A exclusão familiar, frequentemente relatada entre usuários de álcool e outras drogas, intensifica esse sofrimento. O rompimento dos vínculos afetivos leva o indivíduo a um estado de isolamento e desamparo, agravando o sentimento de não pertencimento. Para Ferreira e Marx (2017), o vazio existencial e a ausência de vínculos afetivos tornam-se um terreno fértil para o uso de drogas como forma de compensação emocional. O afastamento familiar pode reforçar a ideia de fracasso e inutilidade, perpetuando o ciclo de sofrimento e de marginalização social.

Do ponto de vista social e político, Vargas e Campos (2019) demonstram que as políticas públicas brasileiras evoluíram da repressão e patologização do uso de drogas para uma abordagem voltada à saúde mental e aos direitos humanos, principalmente após a Reforma Psiquiátrica e a criação dos CAPS AD. Essa mudança representou a transição de uma lógica punitiva para uma lógica de cuidado, reconhecendo o usuário como sujeito de direitos e não mais como um criminoso. É nesse cenário que se consolida a abordagem de redução de danos, defendida por Sodelli (2010), como estratégia que reconhece a singularidade do sujeito e busca minimizar os riscos e danos associados ao uso, sem exigir abstinência imediata.

Assim, o enfrentamento do abuso de substâncias e da exclusão familiar deve basear-se em práticas que considerem o ser humano como livre e responsável por sua própria existência. A fenomenologia existencial e a redução de danos se encontram nesse propósito: ambas

valorizam o sentido, a autonomia e o vínculo como pilares do cuidado. Compreender o uso de drogas sob essa ótica é reconhecer que, por trás da dependência, há sempre um sujeito que busca, à sua maneira, reconstruir laços, reencontrar dignidade e ressignificar sua vida.

MÉTODOS

Destaca-se que por ser uma pesquisa no âmbito da ciência social é indispensável que ela abarque a percepção humana do fenômeno estudado, considerando suas diversas facetas e a atribuição de sentido pelo próprio indivíduo, seja pesquisador ou quem está sujeito à pesquisa (Araújo e Oliveira, 1997; Gasque, 2007; Nascimento, 2016). Partindo desse pressuposto, o meio de condução do tema será qualitativo, ou seja, de base interpretativa e, neste caso, acrescenta-se que de maneira mista será usada a abordagem quantitativa para levantamento de variáveis, visto que de modo integrado, esses dois meios são complementares (Gasque, 2007; Nascimento, 2016; Maia, 2020). Ademais, previamente à prática do presente estudo, um dos procedimentos aplicados dar-se-á pela revisão bibliográfica, servindo como base teórica de auxílio, a partir da análise e investigação do conhecimento formulado, com o uso de materiais escritos que fazem referência e são relevantes para a temática (Nascimento, 2016).

Participaram da pesquisa usuários do serviço SIM-PR e CAPS AD III, de ambos os gêneros, com idades entre 18 e 65 anos, residentes no oeste do Paraná e usuários de diferentes tipos de substâncias psicoativas, sendo a seleção realizada de forma aleatória, conforme o interesse e disponibilidade dos usuários em contribuir com o estudo, considerando também a rotatividade presente no serviço e a diversidade das experiências relacionadas ao fenômeno investigado. Os participantes interessados, após preencherem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), responderam a um questionário qualitativo semi estruturado acerca de como a exclusão social e parental afetava seus processos de recuperação.

A pesquisa não apresentou riscos físicos aos participantes; porém, devido ao caráter sensível da temática abordada, alguns participantes poderiam experienciar gatilhos emocionais relacionados às vivências familiares e sociais, ocasionando sofrimento psicológico, razão pela qual foi discutida a possibilidade de encaminhamento para atendimento com as psicólogas da instituição. Em contrapartida, a pesquisa proporcionou aos usuários um espaço de acolhimento, escuta e compartilhamento de sentimentos e vivências relacionados ao uso de substâncias e às relações familiares e sociais.

A coleta de dados ocorreu presencialmente por meio de entrevistas semiestruturadas, possibilitando a exploração das vivências e significados atribuídos pelos participantes ao abandono familiar e ao processo de tratamento; a investigação teve caráter exploratório e fundamentou-se no referencial teórico da fenomenologia existencial, buscando aprofundar a compreensão das experiências vividas pelos sujeitos. Inicialmente, os dados coletados foram organizados em planilhas do Google para análise e, posteriormente, classificados em gráficos para melhor visualização e interpretação dos resultados. O questionário utilizado continha 21 questões, divididas entre perguntas fechadas e abertas, destinadas à coleta de dados de identificação dos participantes e também permitindo detalhar experiências, opiniões e sentimentos relacionados ao uso de substâncias e às relações familiares.

CONCEITO DE FAMÍLIA

A família é parte da constituição primária do ser. Comumente, os seres humanos nascem no meio familiar e se desenvolvem dentro dele, embora, ao longo da existência, possam ocorrer mudanças nessas configurações, não se prolongando da mesma forma durante toda a vida.

Somos um “ser-aí”, conforme Heidegger (1997), mas também um “ser-aí da família”, nesse contexto, estamos nos referindo à posição que cada um ocupa em relação aos outros, em um movimento em que eu me constituo a partir deles e eles a partir de mim. É a partir dessas relações que, posteriormente, se alcança o mundo para além do seio familiar; é nesse primeiro contato com o outro que se torna possível existir, sendo também nesse espaço que se constrói o sentimento de pertencimento.

Certamente, cada ser humano, cada um de nós desde sua origem teve, tem e terá uma família que definiu e/ou define as possibilidades de ser, de existir. Existência que encontramos evidenciada em vivências e experiências individuais e grupais, que gera “sentimento de pertença” primária, que se promove ao longo da vida individual e familiar, vai consolidando-se o significado atribuído à família por parte de cada um de seus membros. (Delgado, 2003. Pág. 121)

Destarte, a relação familiar independe de como e por quem ela é constituída, abrangendo diferentes configurações, como famílias monoparentais, homoafetivas, entre outras. Nessa perspectiva, os autores consideram mais a forma como os sujeitos se colocam e se relacionam nesse contexto do que propriamente quem a compõe ou como ela se forma.

Nesse sentido, ao pensar a família na contemporaneidade, é possível compreender que não existe uma definição única ou fixa para esse conceito, sendo este influenciado por diferentes áreas do conhecimento e pelas transformações sociais (AMAZONAS; BRAGA, 2006).

Além das configurações já mencionadas, observam-se múltiplos arranjos familiares na sociedade atual, que vão desde a família constituída pelo casamento até aquelas formadas por apenas um dos responsáveis ou por diferentes vínculos estabelecidos ao longo da vida, evidenciando a pluralidade das estruturas familiares (AMAZONAS; BRAGA, 2006).

Dessa forma, mais do que sua estrutura, a família contemporânea pode ser compreendida como um espaço de convivência, construção de vínculos e produção de sentidos, acompanhando as transformações da sociedade e reafirmando seu papel fundamental na constituição do sujeito.

Sartre discute em “O ser e o nada”, que o ser-para-outro não é uma estrutura ontológica do para-si, pois não se pode pensar em derivar o ser-para-outro do ser-para-si. No entanto, o para-o-outro é parte da facticidade do para-si, ou seja, é fato inelutável que se vive em um mundo onde se encontram outros sujeitos que, por sua vez, também são para-si. Dessa forma, o para-si e o para-o-outro são simultâneos. (Schneider, 2011. Pág. 147)

Ao situarmos a família no contexto do uso de álcool e outras drogas, torna-se possível compreendermos que as relações estabelecidas nesse espaço são atravessadas por diferentes experiências que podem tensionar e transformar os vínculos existentes. O uso de substâncias psicoativas, portanto, não se restringe a um fenômeno individual, mas se insere em uma dinâmica relacional mais ampla, na qual a família também é afetada e mobilizada por esse processo; tal perspectiva exige que se considere essas experiências a partir de suas múltiplas determinações, envolvendo dimensões sociais, relacionais e de acesso ao cuidado (Paiva et al., 2013). Além disso, as situações de exclusão e desigualdade que atravessam esses sujeitos podem intensificar o sofrimento vivenciado, que não se reduz à esfera individual, mas se constitui nas relações sociais e nas condições concretas de vida (Sawaia, 2001).

Nesse cenário, torna-se relevante analisarmos de que modo essas transformações podem se expressar em processos de ruptura e fragilização dos vínculos, tanto no âmbito familiar quanto social, aspectos que serão aprofundados no decorrer deste trabalho.

ABANDONO FAMILIAR E SOCIAL

Configurando-se como uma das expressões das rupturas dos vínculos sociais na contemporaneidade, o abandono familiar não se limita à ausência física, mas envolve a fragilização de laços afetivos, o distanciamento emocional e a negligência nas relações familiares. Tais processos, podem ser compreendidos a partir da constituição histórica e social do sujeito, considerando que as relações familiares e comunitárias desempenham um papel fundamental na formação da subjetividade (Lane, 1994).

A subjetividade se constitui a partir de suas experiências concretas de vida, especialmente no que se refere às relações familiares e sociais (Lane; Codo, 1984). O abandono familiar não se apresenta apenas como uma condição objetiva, mas como uma vivência subjetiva, marcada por sentimentos de desamparo, não pertencimento e sofrimento psíquico.

Nesse processo, emergem sentimentos como solidão, rejeição, culpa e vergonha, os quais atravessam a experiência subjetiva dos sujeitos em situação de uso de substâncias psicoativas. Tais afetos estão profundamente relacionados à fragilização dos vínculos familiares e sociais, não podendo ser compreendidos de forma isolada das condições concretas de vida desses indivíduos (Lane; Codo, 1984).

Nesse sentido, entendemos que o sofrimento vivenciado transcende a dimensão individual, configurando-se como um sofrimento ético-político, produzido e intensificado pelas dinâmicas de exclusão social (Sawaia, 2001), além de estar relacionado às experiências de vulnerabilidade e sofrimento psíquico associadas ao uso de álcool e outras drogas no contexto brasileiro (Borges; Schneider, 2021).

A partir de uma perspectiva fenomenológica-existencial, o abandono familiar pode ser compreendido como uma experiência vivida que ultrapassa a simples ausência ou ruptura, manifestando-se nas relações concretas entre os sujeitos. No contexto do uso de substâncias, observa-se que o sofrimento não se restringe ao indivíduo, mas se estende à família como um todo, configurando-se como uma experiência intersubjetiva, marcada por ambivalências, tensões e afetos contraditórios (Reis; Moreira, 2013).

Nesse cenário, a convivência com um membro dependente químico revela uma sobrecarga constante, tanto em nível objetivo, como mudanças na rotina e conflitos, quanto subjetivo, evidenciado por sentimentos de impotência, sofrimento e desgaste emocional. No entanto, essa experiência não se reduz apenas à ruptura dos vínculos, pois também é atravessada por manifestações de cuidado e amor, que sustentam, ainda que de forma fragilizada, a permanência das relações. Assim, o abandono familiar apresenta-se de forma complexa, coexistindo com tentativas de manutenção do vínculo (Reis; Moreira, 2013).

A fragilização das relações é ainda, intensificada pela perda de confiança e pelo distanciamento emocional, frequentemente associados aos comportamentos decorrentes do uso compulsivo da substância, ainda assim, a experiência familiar permanece como um espaço de produção de sentidos, no qual elementos como a fé e a esperança emergem como estratégias de

enfrentamento diante do sofrimento. Dessa forma, o abandono familiar, sob uma ótica existencial, revela-se como um fenômeno ambivalente, no qual coexistem ruptura e permanência, sofrimento e cuidado, evidenciando a complexidade das relações humanas em contextos de vulnerabilidade (Reis; Moreira, 2013).

Já o abandono social, no contexto do uso de álcool e outras drogas, pode ser compreendido como um desdobramento das fragilizações dos vínculos familiares e das dificuldades de pertencimento no mundo compartilhado. Mais do que a exclusão objetiva de espaços sociais, trata-se de uma experiência vivida, na qual o sujeito se percebe deslocado, não reconhecido e, muitas vezes, reduzido à condição de usuário. Nesse sentido, a ruptura de laços não se limita ao âmbito familiar, mas se estende às relações sociais mais amplas, atravessando as possibilidades de encontro, reconhecimento e construção de sentido na existência (Rodrigues et al., 2020).

Sob essa perspectiva, o abandono social não pode ser compreendido apenas como consequência do uso de substâncias, mas como parte de um processo mais amplo, no qual o sujeito, já inserido em contextos de vulnerabilidade, vivencia a exclusão como forma de ser-no-mundo. Os estigmas e práticas sociais que o desqualificam reforçam experiências de solidão, vergonha e não pertencimento, intensificando o sofrimento existencial. Assim, pensar o abandono social implica reconhecer essas vivências para além de explicações moralizantes ou reducionistas, abrindo espaço para práticas de cuidado que considerem o sujeito em sua totalidade, suas relações e suas possibilidades de reconstrução de sentido (Rodrigues et al., 2020; Karam, 2009).

Quando falamos do tratamento de usuários de álcool e outras drogas, é preciso recordar que os mesmo são pessoas comuns, com sua subjetividade construída por meio das relações que estabelecem, não apenas no âmbito familiar, mas também no social. Para o trabalho efetivo faz-se não dicotomizar o sujeito, tendo em vista que ele é um ser social, influenciado constantemente pelo meio em está inserido e pelas relações que estabelece.

Ao longo do processo terapêutico, torna-se fundamental a reinserção desses usuários na comunidade, entretanto, há dificuldades relacionadas à forma como a sociedade os percebe, muitas vezes reduzindo o sujeito apenas à condição de usuário de álcool e outras drogas, o que dificulta o processo de tratamento. Como aponta Schneider (2011), “quando o outro me olha, torno-me objeto aos seus olhos, pois sou visto ao modo do em-si, na medida em que o outro me

confere qualidades objetivas”. Esse fenômeno acaba afetando diretamente o tratamento, pois o sujeito passa a se limitar diante da forma como é percebido, sendo colocado em uma espécie de “caixa” socialmente determinada, como se fosse um ser fixo e imutável.

Ao mesmo tempo em que a relação humana e comunitária é essencial no processo terapêutico, também é perceptível a exclusão vivenciada por esses usuários. Muitas vezes, eles carregam um estigma social, como se estivessem permanentemente marcados pela doença, o que provoca desvalorização pessoal e interfere na forma como percebem a si mesmos. Esse estigma pode resultar no afastamento do usuário do convívio social e dificultar ainda mais sua permanência no tratamento (Rozani; Furtado, 2008).

OS SERVIÇOS DE CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Destaca-se que os participantes ademais entrevistados são acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III), o qual atua de forma integrada ao SIM PR. Dessa forma, torna-se fundamental apresentar brevemente esses dois dispositivos da rede de atenção psicossocial (RAPS), a fim de compreender o contexto de cuidado no qual os sujeitos estão inseridos.

Segundo Paulo Amarante (2007), os modelos de tratamento em saúde mental passaram por diferentes períodos ao longo do tempo, sendo constantemente transformados conforme mudanças sociais, políticas e científicas. Nesse percurso, observa-se que a família frequentemente ocupou um papel secundário nos tratamentos psiquiátricos, sendo considerada mais como coadjuvante do que como participante ativa no cuidado. O autor também resgata episódios históricos e narrativos que contribuíram para a criação das colônias e instituições de isolamento, que, na época, eram compreendidas como soluções adequadas. No entanto, essas práticas mostraram-se limitadas, pois não consideravam o sujeito em sua singularidade nem o sofrimento psíquico em sua complexidade, o que fez com que esses modelos precisassem ser revistos e transformados.

O desenvolvimento da psiquiatria foi moroso e, em muitos momentos, marcado por práticas excludentes e desumanizantes, contudo, foi também esse percurso que possibilitou chegar às transformações e condições atuais. Nesse contexto, destaca-se a contribuição de Franco Basaglia (2005), que iniciou o movimento antimanicomial na Itália, propondo o fechamento dos hospitais psiquiátricos e um modelo de cuidado em liberdade; suas ideias repercutiram em outros países, incluindo o Brasil.

A ideia antimanicomial e a criação de novos serviços substitutivos voltados ao cuidado em saúde mental foram fruto de estudos e lutas sociais. No Brasil, esse processo teve início com a Reforma Sanitária Brasileira, no contexto pós-ditadura militar. Um marco importante foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que trouxe uma nova definição de saúde, deixando de se restringir ao modelo biologicista e passando a considerar também os aspectos sociais e culturais (Paim 2008).

A partir dessas mudanças, foi instituído o Sistema Único de Saúde, que organiza até hoje a rede de atenção à saúde no país. Nesse sistema, serviços como o CAPS AD e sistemas de integração como o SIM-PR atuam de forma articulada, possibilitando o acompanhamento dos usuários e a construção de estratégias de cuidado mais integradas.

A instauração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil se deu a partir de 1987, em São Paulo. Já os Caps AD passaram a ser implementados em 2003, após discussões sobre a política de álcool e outras drogas. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde assume a responsabilidade pela prevenção e pelo cuidado relacionado ao uso de substâncias. Em um primeiro momento, esses serviços foram implantados prioritariamente em regiões metropolitanas e cidades de fronteira, considerando o contexto epidemiológico (BRASIL, 2007).

O CAPS configura-se como um serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, realizando um trabalho que não exclui o paciente e que integra a família ao processo de tratamento, atuando na promoção da autonomia, independência e reinserção social do sujeito (Schrank; Olschowsky, 2008, apud Ferreira et al., 2016). A reestruturação do serviço psiquiátrico no Brasil possibilitou mudanças importantes, permitindo que o paciente permanecesse inserido no contexto familiar, no entanto, para que esse processo ocorra de forma efetiva, é necessário que o serviço esteja articulado em uma rede de atenção bem estruturada, garantindo a continuidade do cuidado (Amarante, 2003, apud Ferreira et al., 2016).

Dito isso, o CAPS AD III integrado nessa região com o Sim PR, funciona hoje da seguinte forma: é pautado na clínica ampliada, no acolhimento, na construção do Projeto Terapêutico Singular, no apoio matricial e conta com atividades grupais, bem como funcionamento em situações de crise.

O conceito de clínica ampliada propõe uma relação horizontalizada de cuidado articulando saberes e reconhecendo a singularidade de cada sujeito, criando a possibilidade de integração entre equipes multiprofissionais de saúde na busca de estratégias para um cuidado

singular, propondo a desierarquização do processo; O acolhimento diz sobre o primeiro contato do psicólogo com aquele que procura o serviço. Este processo garante a acessibilidade universal prevista pelo SUS, além de reorganizar o processo, deslocando o eixo central do médico para a equipe multiprofissional, que se compromete com a escuta.

Já o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar destinada a indivíduos, grupos ou famílias. É desenvolvido com base na definição situacional e de metas, na divisão de responsabilidades e tarefas e na reavaliação. O PTS, se necessário, pode ser realizado com apoio matricial que permite a ampliação da rede de serviços substitutivos, melhorando seu funcionamento e capacitando profissionais para que se amplie o acesso aos cuidados em saúde mental.

O Apoio Matricial é um regulador de fluxos que promove a articulação entre serviços de saúde mental e as UBS, demonstrando que o processo saúde-doença-intervenção não é exclusivo de nenhuma especialidade, mas pertence a todo o campo da saúde.

As ações coletivas realizadas no CAPS, como oficinas e grupos, são os principais recursos para o desenvolvimento cognitivo e social, propiciando um espaço em que o sujeito pode explorar sua subjetividade e reproduzir os papéis que ocupa no seu dia a dia.

11

Tal atividade caracteriza-se como estratégia de cuidado podendo se apresentar com tipos e objetivos diversos, sendo uma de suas modalidades o grupo terapêutico que é direcionado à saúde, englobando tanto as dimensões biológicas, psicológicas quanto as demais. O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria quanto aos modos de vida individual e coletivo (CREPOP, 2022, p. 89).

Para sucesso grupal, é de extrema importância o seu planejamento, que envolve a seleção de tema, o enquadre adequado, avaliação e objetivos das demandas.

O CAPS AD III configura-se como um ponto estratégico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo responsável pela oferta de cuidado integral e contínuo a pessoas que apresentam demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). O cuidado integral oferecido pelo CAPS inclui ações de manejo e atenção a situações de crise, onde opera de forma ininterrupta, durante 24 horas por dia, o que possibilita não apenas o acompanhamento prolongado dos usuários, mas também o manejo de situações de crise, quadros de abstinência e momentos de maior vulnerabilidade psicossocial. Os participantes desta pesquisa foram e são acompanhados por todos esses meios de articulação, para ser possível a recuperação ou a redução de danos relativos ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Tal

característica reforça a proposta de substituição ao modelo hospitalocêntrico, garantindo cuidado em liberdade, ainda que em contextos de maior complexidade (Amarante 2007).

Nesse sentido, o CAPS AD III mantém-se alinhado aos princípios já discutidos anteriormente, como a clínica ampliada, o acolhimento e a construção do PTS, porém incorporando uma dimensão mais intensiva do cuidado (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013). O funcionamento em regime de “porta aberta” reafirma o compromisso com a acessibilidade e com a escuta qualificada, permitindo que o sujeito seja atendido no momento de sua demanda, sem a necessidade de encaminhamentos burocráticos prévios (BRASIL, 2013).

No contexto do estado do Paraná, essa organização do cuidado ganha uma especificidade com a implementação do SIM-PR, que articula o CAPS AD III com outros dispositivos, como as Unidades de Acolhimento (PARANÁ, [s.d.]). Essa integração amplia a rede de atenção, especialmente para usuários provenientes de municípios de menor porte, que não dispõem de serviços especializados próprios, assim, o SIM-PR não se limita a uma estrutura física, mas se configura como uma estratégia de organização do cuidado que busca garantir continuidade, acesso e integralidade nas ações em saúde mental.

A Unidade de Acolhimento, inserida nessa lógica, apresenta-se como um recurso complementar importante, possibilitando a permanência temporária do usuário em um espaço protegido, favorecendo processos de estabilização e reorganização da vida cotidiana (BRASIL, 2011). No entanto, é fundamental problematizar que, embora se trate de um dispositivo da atenção psicossocial, há desafios no sentido de evitar a reprodução de práticas institucionalizantes, mantendo o foco na autonomia e na reinserção social do sujeito, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Amarante 2007). A humanização do cuidado, nesse contexto, não se restringe às práticas técnicas, mas envolve também a construção de vínculos, o reconhecimento da subjetividade e o respeito à trajetória de cada usuário.

Assim, esses dispositivos representam, na prática, a consolidação dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, ao mesmo tempo em que evidenciam os desafios ainda presentes na construção de um cuidado que seja, de fato, integral, territorializado e centrado no sujeito.

Diante das múltiplas demandas apresentadas pelos usuários atendidos nos serviços de saúde mental, como o CAPS AD III e SIM PR, torna-se necessário compreender a dependência química em sua complexidade, considerando não apenas o uso da substância, mas também os

atravessamentos emocionais, familiares e sociais presentes nesse processo. O comportamento relacionado à dependência química passa a ser compreendido como adoecimento quando a relação entre indivíduo e substância se torna problemática e intensa, dificultando o estabelecimento de outros vínculos e relações, enquanto os comportamentos adictivos costumam ocorrer em situações percebidas como estressantes, funcionando como uma tentativa de obtenção de alívio ou satisfação imediata.

Tal dinâmica pode ser observada em diferentes padrões de uso de drogas ilícitas, frequentemente associadas à tentativa de amenizar sentimentos como ansiedade, solidão, angústia, frustração e tédio, fazendo com que a dependência química produza impactos expressivos em diversas dimensões da vida do sujeito, abrangendo aspectos familiares, sociais, físicos, emocionais, profissionais de autonomia e qualidade de vida. Esses prejuízos podem ainda ser potencializados pelas transformações constantes nos padrões de consumo, pelo surgimento contínuo de novas substâncias psicoativas e pelo envolvimento cada vez mais precoce de jovens com o tráfico de drogas (SZUPSZYNSKI e OLIVEIRA, 2008).

ANÁLISE DOS DADOS

Esse segmento tem como objetivo explicar os dados e discuti-los, destacando as implicações visualizadas. Em primeiro momento, através da revisão literária foi possível identificar a existência de um consenso entre os autores de que o abandono familiar e social pode afetar o processo de recuperação dos usuários atendidos.

As entrevistas foram realizadas de forma semi-estruturada com o total de 30 participantes com idade entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos, dentre eles, 18 (dezoito) acolhidos e 12 (doze) em acompanhamento pelo CAPS AD III, sendo 8 (oito) mulheres e 22 (vinte e dois) homens, habitantes da região Oeste do Paraná.

A respeito do uso da substância as respostas foram plurais, o álcool foi a principal substância sendo que 20 (vinte) dos participantes afirmaram terem feito o uso em algum momento da vida; a cocaína apareceu em 19 (dezenove) respostas, o crack em 8 (oito) e a maconha em 8 (oito). Verifica-se que 16 (dezesesseis) respostas relataram fazer a combinação com mais de uma substância. Para melhor visualização desses dados também descreve-se por meio da tabela a seguir:

Tabela 1: Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes entrevistados

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	22	73,33%
Feminino	8	26,67%
Idade		
18-30	3	10%
31-40	12	40%
41-65	15	50%
Usuários do serviço		
Sim PR	18	60%
Caps AD	12	40%
Substância		
Álcool	20	66,67%
Cocaína	19	63,33%
Crack	8	26,67%
Maconha	8	26,67%
Combinações	16	53,33%
Total de entrevistas	30	

Fonte: SANTOS AN, MEDEIROS KM, CAMARGO RMP, BATISTA ACK, 2026.

Além das perguntas mencionadas acima, também foram realizadas perguntas específicas, com o intuito de aprofundar a percepção do impacto familiar e social nas pessoas que estão em tratamento por uso abusivo de álcool e outras drogas. Quando questionados sobre o início do uso é perceptível que, em sua maioria, esse se deu no meio familiar e social, iniciando, por exemplo, por certa influência e curiosidade como destacado na fala a seguir por um dos entrevistados: “*todos estavam usando...*”.

Também foi relatado pelos entrevistados que o início do uso foi para amenizar a dor psíquica de algum fenômeno ocorrido, como o abandono dos pais na infância, a perda de um ente querido, a não aceitação de um diagnóstico que o fez “*querer usar substância até morrer*”; essas pessoas não relataram explicitamente que teve início no meio social ou familiar, mas pelas

respostas obtidas fica claro o quanto o meio que estavam inseridos desencadeou de alguma forma o sofrimento que ocasionou o uso.

Ademais, parte dos entrevistados relatam que a relação familiar é boa, porém limitada a poucos familiares, em sua maioria sendo mães, irmãos(ãs) ou filhos(as). Os que não recebem apoio familiar nenhum, relatam desconfianças dos familiares, desgaste por apoiá-los e acabam por voltar ao uso, gerando abandono ou exclusão.

Consequente, foi observado que a maioria dos familiares desses entrevistados fazem uso de algum tipo de substância sendo que 25 (vinte e cinco) responderam de forma positiva e 5 (cinco) responderam negativamente.

Tabela 2 - Dados contextuais e familiares dos participantes entrevistados

Variável	N	%
Alguém da família faz uso?		
Sim	25	83,33%
Não	5	16,67%
Como é sua relação com a família?		
Boa	13	43,33%
Regular	9	30%
Ruim	8	26,67%
Total de entrevistas	30	-

Fonte: SANTOS AN, MEDEIROS KM, CAMARGO RMP, BATISTA ACK, 2026.

É possível perceber a normalidade do uso de substância, porém, à medida que o usuário ultrapassa o “limite” determinado familiar e/ou socialmente ocorre exclusão e o afastamento dessas pessoas em uso. Com a entrevista revela-se que em sua maioria, a família acaba se afastando não só pelo consumo, mas por como essa pessoa se mostra com o efeito da substância, além de que alguns escolhem se afastar da família para não ocasionar mais danos.

Contextualizando o meio social, alguns dos entrevistados relataram ter dificuldades em socializar com pessoas de fora do convívio familiar, evidenciando afastamentos, julgamentos e verbalizando a inexistência dessas relações. Outros também mostram que tem dificuldades em se relacionar com o meio social quando estão sob efeito da substância, como indica a seguinte resposta relatada por uma das entrevistadas: “Legal, quando não estou em uso. Pois quando estou, fico grosseira...” mostrando que quando está em uso de substâncias a relação com as pessoas fora

do seu convívio familiar não é boa, evidenciando a dificuldade que algumas pessoas têm de lidar com a situação, diferentemente de quando está sem o uso de substâncias.

Ainda sobre a busca por entender a relação com o meio social, observa-se nas respostas que a maioria relata ter bons amigos, convívio com vizinhos e colegas do SIM-PR, entretanto, foi notado que no decorrer das entrevistas que os mesmos quando questionados sobre “de quem eles recebem o apoio”, dizem, em sua maioria, ter apenas o apoio da própria instituição e da família.

Encerramos a entrevista com a seguinte pergunta: “o que significa o abandono para você?”. A partir das respostas percebemos o quanto a angústia é perceptível diante do abandono, seja ele familiar ou social como podemos visualizar a seguir: “*O que sinto hoje... não recebo visita, não fazem esforço para vir me ver mesmo tendo condições*”; “*Para mim não tem significado, me sinto abandonado quando estou longe da família. Fico pensando como teria sido se eu não tivesse experimentado nada.*”; Em raras exceções respondiam de forma esperançosa, como é possível verificar a seguir: “*Abertura de uma nova possibilidade, depende do seu objetivo*”

O abandono pode ser interpretado de diversas formas por quem o vivencia, causando inúmeras dores; as respostas nos mostraram que essas pessoas se sentem inexistentes ou muitas vezes não conseguindo nem explicar o significado de abandono para elas. Em algumas respostas notamos a experiência de traumas passados, evidenciando mais uma vez o quanto o abandono pode perdurar durante sua existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender que a exclusão familiar e social influencia no processo do tratamento de pessoas que fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas, permitindo a reflexão da necessidade de profissionais da saúde mental fortalecerem esses vínculos durante e após o tratamento. A construção familiar pode gerar bons resultados, quando engajadas e recebendo apoio em executar o manejo para que a pessoa escolha não voltar ao consumo excessivo.

Entretanto, foi possível observar que alguns usuários já perderam totalmente o vínculo familiar, mostrando ser mais fácil mediar novas relações sociais do que voltar ao meio familiar que pode causar mais estresse, ansiedade e vulnerabilidade.

Diante dos dados e relatos analisados, conclui-se que o abandono familiar e social não representa apenas a perda de uma rede de apoio, mas uma ruptura na própria existência do sujeito. Após a análise das entrevistas observamos que quando os laços afetivos são rompidos pelo estigma e pela desconfiança, o sujeito é confrontado com a angústia da solidão e com a perda de sentido para a sua vida. Neste cenário de desamparo, os serviços psicossociais vão além do papel institucional e adquirem maior relevância para a continuidade do tratamento, evidenciando que o cuidado deve ir além do modelo tradicional, exigindo tanto da equipe quanto dos próprios usuários uma atenção corresponsável voltada para o acolhimento da subjetividade e à reconstrução do sentido de vida para o sujeito.

Compreende-se que o sofrimento psíquico relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas tende a se intensificar diante da fragilização dos vínculos familiares e sociais, especialmente quando o sujeito vivencia situações de abandono, rejeição e julgamento. O estigma associado ao uso de substâncias contribui para processos de exclusão e isolamento, dificultando não apenas a permanência no tratamento, mas também a reconstrução do sentimento de pertencimento e existência. Torna-se fundamental refletir não apenas sobre a existência de uma rede de apoio, mas também sobre a qualidade do suporte oferecido ao sujeito durante seu processo terapêutico e o meio que se encontra.

Concluir este estudo, implica em reconhecer e valorizar que o cuidado em saúde mental voltado a usuários de álcool e outras drogas ultrapassa intervenções pontuais, isoladas ou que não realizem um acompanhamento mais amplo do sujeito; esse cuidado exige uma rede que seja articulada, humanizada e contínua. Levantar dados e propor reflexões neste estudo, reforça a ideia de que serviços como o SIM-PR integrado ao CAPS AD III mostram-se fundamentais para a construção de práticas de cuidado que favorecem o acolhimento, a escuta qualificada, a redução de danos e a reconstrução de vínculos sociais e afetivos, contribuindo para que o sujeito encontre novas possibilidades de sua existência para além do uso de substâncias.

Espera-se que este estudo possa contribuir para futuras reflexões e pesquisas em saúde mental que considerem não apenas o sujeito em uso de substâncias, mas também sua dinâmica familiar, rede de apoio e contexto social, buscando desenvolver estratégias de suporte e orientação que auxiliem as famílias e a sociedade a lidarem de forma acolhedora e humanizada com os usuários de álcool e outras drogas reconhecendo sua singularidade, suas vivências e suas

possibilidades de reconstrução de sentido por meio de vínculos mais humanizados e acolhedores.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. 3. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; BRAGA, Maria da Graça. Família: transformações e permanências. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 36-45, 2006.

BARBOSA, M. D. Um olhar clínico diante do alcoolista: a fenomenologia existencial e suas contribuições. *Revista Sítio Novo*, Palmas, v. 1, 2017.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

BORGES, Claudia Daiana; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Vulnerabilidade, família e o uso de drogas: uma revisão integrativa de literatura. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 9-34, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CREPOP). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. ed. rev. Brasília: CFP, 2022.

DELGADO, Josefa Aida. Aproximação à compreensão ontológica da família no pensamento de Heidegger. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FERREIRA, F. N.; MARX, R. B. O vazio existencial em interface com o uso de drogas sob a ótica da Logoterapia e Análise Existencial. *Faculdade Sant'Ana em Revista*, Ponta Grossa, v. 1, p. 86-98, 2017.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N.; SILVA, T. A.; SILVA, V. F.; LUCAS, W. J.; BATISTA, E. C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Revista Saberes, Rolim de Moura*, v. 4, n. 1, p. 72-86, jan./jun. 2016.

KARAM, M. L. Um olhar sobre a política proibicionista. *Revista Diálogos, São Paulo*, n. 12, 2009.

LANE, Silvia T. M. *O que é Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LANE, Silvia T. M.; CODO, Wanderley (org.). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PAIM, Jairnilson Silva. *A Reforma Sanitária Brasileira*. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIVA, Vera, et al. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Linha de cuidado em saúde mental / SIM-PR*. Curitiba: SESA-PR, 2024

REIS, H. F. T.; MOREIRA, T. O. O crack no contexto familiar: uma abordagem fenomenológica. *Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis*, v. 22, n. 4, p. 1115-1123, 2013.

RODRIGUES, T. F. C. S. et al. Exclusão social vivenciada por pessoas dependentes de drogas e seus familiares: revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva, Barueri*, v. 10, n. 54, 2020.

ROZANI, C. N.; FURTADO, J. R. Estigma e dependência química. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 13, n. 3, p. 549-556, 2008.

SAWAIA, Bader Burihan. *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes, 2001.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. *Sartre e a psicologia clínica*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 29, n. 3, p. 382-388, 2008.

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SZUPSZYNSKI, Karen Priscila Del Rio; OLIVEIRA, Margareth da Silva. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo*, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, 2019.