



ARTIGO ORIGINAL

FAMILIARES DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM BUSCA DE CUIDADO*

FAMILY OF USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN SEARCH OF CARE

FAMILIARES DE USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BUSCA DE CUIDADO

Lúcia Margarete dos Reis¹, Cleiton José Santana², Érica Gomes de Almeida³, Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic⁴, Magda Lúcia Félix de Oliveira⁵.

RESUMO

Objetivo: descrever as vivências de familiares de usuários de substâncias psicoativas em busca de cuidado na rede de atenção psicossocial. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal, com 29 familiares de usuários de substâncias psicoativas internados com trauma físico, notificados em um centro de informação e assistência toxicológica, utilizando um roteiro semiestruturado e entrevistas domiciliares. Compilaram-se os dados em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e os analisando pela estatística descritiva simples. **Resultados:** revela-se que os familiares conviviam, em média, há 20,8 anos com comportamento aditivo intrafamiliar, principalmente o uso de bebida alcoólica, em um contexto de períodos curtos de recaídas e abstinência e elevada violência intrafamiliar e social. Observaram-se acesso elevado a serviços hospitalares de urgência e baixo acesso e vínculo a serviços de atenção primária e de base comunitária. Relatou-se, após a internação hospitalar por trauma, por 15 familiares (51,7%), diminuição do comportamento aditivo, em média, por 30 dias. **Conclusão:** conclui-se que a oportunidade de quebra do ciclo de dependência e continuidade do cuidado, com foco na atenção psicossocial e na unidade familiar, não aconteceu nas famílias investigadas. **Descritores:** Serviços de Saúde; Apoio Social; Acesso aos Serviços de Saúde; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Enfermagem em Saúde Pública; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to describe the experiences of family members of psychoactive substance users in search of care in the psychosocial care network. **Method:** this is a quantitative, exploratory, and cross-sectional study, with 29 family members of users of psychoactive substances hospitalized with physical trauma, reported to an information and toxicological assistance center, using a semi-structured script and home interviews. Data were compiled in an electronic spreadsheet using Microsoft Office Excel 10.0 software and analyzed using simple descriptive statistics. **Results:** it is revealed that family members lived, on average, for 20.8 years with domestic addictive behavior, especially the use of alcohol, in a scenario of short periods of relapse and abstinence and high intrafamily and social violence. There was high access to emergency hospital services and low access and link to primary care and community-based services. After hospitalization due to trauma, 15 family members (51.7%) reported a decrease in addictive behavior, on average, for 30 days. **Conclusion:** it is concluded that the opportunity to stop the cycle of addiction and continuity of care, focusing on psychosocial care and family arrangement, did not happen in the investigated families. **Descriptors:** Health Services; Social Support; Health Services Accessibility; Substance-Related Disorders; Public Health Nursing; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: describir las experiencias de los familiares de los usuarios de sustancias psicoactivas en busca de atención en la red de atención psicossocial. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio y transversal, con 29 familiares de usuarios de sustancias psicoactivas hospitalizados con trauma físico, notificados en un centro de información y asistencia toxicológica, utilizando un guion semiestruturado y entrevistas domiciliadas. Los datos se compilaron en una hoja de trabajo en el software Microsoft Office Excel 10.0 y se analizaron mediante estadísticas descriptivas simples. **Resultados:** se revela que los familiares convivieron, en promedio, durante 20,8 años con comportamientos intrafamiliares adictivos, principalmente el uso de bebidas alcohólicas, en un contexto de cortos períodos de recaída y abstinencia y alta violencia intrafamiliar y social. Se observó un alto acceso a los servicios hospitalarios de urgencia y bajo acceso y vínculo a servicios de atención primaria y comunitaria. Después de la hospitalización por trauma, 15 familiares (51,7%) reportaron disminución del comportamiento aditivo, en promedio, durante 30 días. **Conclusión:** se concluye que la oportunidad de romper el ciclo de dependencia y continuidad del cuidado, centrándose en la atención psicossocial y en la unidad familiar, no ocurrió en las familias investigadas. **Descritores:** Servicios de Salud; Apoyo Social; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Trastornos Relacionados con Sustancias; Enfermería en Salud Pública; Salud de la Familia.

¹Faculdade Santa Maria da Glória, Maringá (PR), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000-0002-4837-3944> ²Faculdade Pitágoras de Londrina, Londrina (PR), Brasil. ²<https://orcid.org/0000-0002-8150-2357> ^{3,4,5}Universidade Estadual de Maringá/UEM. Maringá (PR), Brasil. ³<https://orcid.org/0000-0002-5820-823X> ⁴<https://orcid.org/0000-0001-9825-3062> ⁵<https://orcid.org/0000-0003-4095-9382>

*Artigo extraído da Tese << Repercussões do uso de drogas por longo período para a vida social e a saúde em famílias de usuários >>. Universidade Estadual de Maringá/UEM, 2016.

Como citar este artigo

Reis LM dos, Santa CJ, Ameida EG de, Radovanovic CAT, Oliveira MLF de. Familiares de usuários de substâncias psicoativas em busca de cuidado. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e244356
DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244356>

INTRODUÇÃO

Constituiu-se a compreensão das políticas públicas e das relações sociais associadas à intensificação do consumo de substâncias psicoativas nos espaços urbanos em uma das grandes pautas da atualidade e a complexidade das dimensões relacionadas ao abuso (biológicas, psíquicas, sociais, culturais) demanda diferentes opções de prevenção do uso e cuidado ao usuário, que mesclam intervenções integradas de caráter cognitivo-comportamental e autoajuda, tratamento medicamentoso e medidas de reinserção social para a pessoa dependente e seus familiares, usualmente codependentes, com disponibilização de serviços de atendimento.¹⁻²

Instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de dispositivos para a assistência a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Pauta-se a rede na criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, com ênfase no cuidado em serviços de base territorial e comunitária, sendo constituída por componentes nas esferas da atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.³⁻⁴

Pode-se entender, nesse contexto, a Rede de Atenção Psicossocial como uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial. Citam-se, dentre os espaços e estratégias de enfrentamento ao abuso de substâncias psicoativas no âmbito da saúde, a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório e a Atenção Hospitalar.⁴⁻⁶

Chamam-se os familiares, no cenário das estratégias de prevenção e cuidado, a participar ativamente na implantação de projetos terapêuticos singulares ao portador de necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, pois são atores privilegiados para melhores condições de assistência. Tem-se a preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde estado cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais.⁷⁻

Considerou-se, por estudos sobre o apoio a famílias de usuários de substâncias psicoativas, o ambiente familiar muito estressante, tanto para o usuário quanto para os familiares, e o fortalecimento das famílias para a vivência desse cotidiano depende do apoio de amigos, vizinhos e profissionais das áreas social e de saúde.¹¹ Tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da Atenção Básica em Saúde, como política indutora de mudanças de modelos assistenciais, suporte ao processo de atenção à saúde, no âmbito territorial, por seu atendimento centrado no acolhimento e vínculo que é responsável pela coordenação da assistência e continuidade do cuidado, com foco na unidade familiar.¹²

Delinearam-se, a partir dessas referências, como questão de estudo, as vivências dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em busca de cuidado na rede de atenção psicossocial, considerando a importância da oferta de serviços, da acessibilidade e da continuidade do cuidado.

OBJETIVO

- Descrever as vivências de familiares de usuários de substâncias psicoativas em busca de cuidado na rede de atenção psicossocial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e transversal, por meio de entrevista domiciliar com familiares de usuários de substâncias psicoativas como informantes-chave e analisadores do cuidado recebido pelo membro familiar usuário nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, em uma amostra intencional.

Originou-se a inclusão de 29 familiares de usuários de substâncias psicoativas no estudo a partir da internação hospitalar de pessoas com diagnóstico médico de trauma físico associado à intoxicação por substâncias psicoativas de abuso notificadas junto ao Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá, no período entre abril e setembro de 2014. Tem-se considerado a ocorrência de trauma físico associado à intoxicação por substâncias psicoativas de abuso academicamente como evento sentinela em um programa para vigilância epidemiológica e monitoramento das repercussões do uso de substâncias psicoativas na saúde familiar e do acesso a dispositivos das políticas públicas sobre substâncias psicoativas.¹³

Realizou-se, para a seleção da amostra em estudo, consulta nas fichas de notificação de intoxicação por substâncias psicoativas de abuso para a identificação de casos de trauma físico associado à intoxicação por substâncias psicoativas de abuso. Encontraram-se, inicialmente, 171 notificações de intoxicação por substâncias psicoativas de abuso, das quais 100 continham o

registro de trauma físico associado, 63 eram residentes do município de Maringá, 49 apresentavam vínculo familiar e 29 familiares aceitaram participar da pesquisa. Informa-se que, de posse dos dados cadastrais, o primeiro acesso ao familiar ocorreu por contato telefônico para convite em participar do estudo, com posterior agendamento de entrevista domiciliar, em um período não superior a 60 dias após a ocorrência do trauma. Observou-se, no domicílio, o cuidado para que a entrevista fosse realizada em lugar que viabilizasse sigilo nas informações prestadas pelo familiar, evitando constrangimento para o familiar e para o usuário.

Constituiu-se o instrumento de coleta de dados de roteiro semiestruturado, com questões para a caracterização dos participantes na pesquisa, elementos associados ao abuso de substâncias psicoativas na trajetória de vida da família e os serviços acessados pelo familiar e/ou usuário de de substâncias psicoativas em busca de ajuda. Coletaram-se os dados em entrevista domiciliar, gravada na íntegra em mídia digital por áudio, com autorização prévia dos participantes da pesquisa, em um único encontro, com duração

média de 70 minutos, utilizando o enfoque narrativo.

Procedeu-se, na etapa posterior à coleta de dados, a sua exploração, compilando-os em planilha eletrônica no software Microsoft Office Excel 10.0 e os analisando pela estatística descritiva simples (frequências absolutas e relativas).

Convidaram-se os familiares a participar após serem informados e esclarecidos quanto à natureza da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aprovou-se o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 06218713.0.0000.0104.

RESULTADOS

Destaca-se que a idade dos usuários de substâncias psicoativas variou entre 20 e 65 anos conforme a tabela 1.

Tabela 1. Características dos usuários de substâncias psicoativas. Maringá (PR), Brasil, 2014.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	28	96,6
Feminino	01	3,4
Estado civil		
Solteiro	22	75,9
União estável	06	20,7
Divorciado	01	3,4
Situação ocupacional		
Desempregado	15	51,7
Autônomo	12	41,1
Afastamento médico	02	6,9
Tempo de estudo em anos		
0	02	6,9
1 a 4	08	27,6
5 a 8	10	34,5
9 a 12	09	31,0
Total	29	100,0

Apresentam-se os elementos associados ao abuso de substâncias psicoativas e que marcaram a vivência das famílias na tabela 2.

Tabela 2. Elementos associados ao abuso de substâncias psicoativas na trajetória de vida da família. Maringá (PR), Brasil, 2014.

Variável	n	%
Substâncias psicoativas utilizadas		
Álcool	15	51,7
Álcool e outras substâncias psicoativas	13	44,8
Maconha	01	3,4
Motivo da iniciação do uso		
Convivência com outros usuários na família	12	41,4
Convivência com outros usuários na vizinhança	10	34,5
Não soube dizer	07	24,1
Comportamento aditivo familiar		
Sim	16	55,2
Não	13	44,8

Violência recorrente na infância		
Sim	12	41,4
Não	17	58,6
Usuário com comportamento agressivo		
Sim	22	75,9
Não	07	24,1
Total	29	100,0

Aponta-se que 22 familiares acreditavam que a iniciação ao uso de substâncias psicoativas foi motivada pela convivência com outros usuários de substâncias psicoativas, na família ou na vizinhança e, em 16 famílias, o comportamento aditivo familiar foi informado. Registrou-se a ocorrência de violência recorrente na infância em 12 usuários e 22 familiares narraram a continuidade de violência intrafamiliar e comportamento agressivo do usuário.

Marcou-se o longo período de uso de substâncias psicoativas por fases de abstinência, recaídas e convivência com a violência social; dezessete usuários nunca conseguiram ficar mais de seis meses sem usar a droga e vinte e quatro tiveram algum trauma físico anterior à internação notificada: agressão física (10); queda (9) e acidente de trânsito (5).

Descreve-se, em relação à ocorrência de trauma físico e ao acesso aos serviços da Rede de Atenção às Urgências, na tabela 3.

Tabela 3. Acesso aos serviços da Rede de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção e Apoio da Dependência Química. Maringá (PR), Brasil, 2014.

Variável	n	%
Trauma físico anterior à internação		
Sim	24	86,2
Não	05	17,2
Local da ocorrência		
Via pública	21	72,4
Residência	08	27,6
Acesso ao serviço de saúde para tratamento do trauma		
SAMU/SIATE	25	86,2
Demanda espontânea	04	13,8
Total	29	100,0

Averiguou-se, no serviço hospitalar, que o tempo médio de internação foi de 4,9 dias e a assistência prestada ao usuário foi avaliada como boa/ótima por 22 familiares. Encaminharam-se, após a alta hospitalar, 15 usuários para serviços de base comunitária: Unidade Básica de Saúde (14) e Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Substâncias psicoativas (01).

Verificou-se que quinze familiares relataram *turning point* ou diminuição do comportamento aditivo para padrão controlado após a alta hospitalar por cerca de 30 dias, com diminuição dos conflitos familiares e oportunidade de abordagem para o tratamento.

◆ Pontos da rede de saúde mental acessados pelos familiares em busca de ajuda

Pontua-se que, embora o tempo médio de uso de substâncias psicoativas tenha sido de 20,8 anos, o tempo para reconhecer a nocividade do uso e a dependência pelas famílias foi, em média, de 4,1 anos e, após o reconhecimento da gravidade da

situação individual e familiar, 16 famílias afirmaram iniciar imediatamente a “busca de ajuda” no sistema público de saúde, mas 13 não acessaram os serviços, afirmando que os usuários se recusaram a aceitar o tratamento.

Informou-se, no entanto, por 18 (62,1%) familiares, que estavam em constante processo para a busca de estratégias de cessação/redução de danos do abuso de substâncias psicoativas pelo usuário. Acessaram-se, por essas famílias, serviços de saúde e social de base comunitária, como a Unidade Básica de Saúde (01 - 3,4%), o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Substâncias psicoativas (05 - 17,2%) e o Centro de Referência de Assistência Social (02 - 6,9%), mas, sobretudo, serviços de atenção em regime de internação e acolhimento, como o hospital psiquiátrico (10 - 34,5%), comunidade terapêutica (11 - 37,9%) e hospital geral (01 - 3,4%), além de serviços não governamentais: igreja (03 - 10,3%) e grupos de mútua ajuda (04 - 13,8%).

DISCUSSÃO

Corroborou-se a literatura pelas características dos usuários estudados nos aspectos sexo, idade e conjugalidade. Tornam-se os homens usuários de substâncias psicoativas 2,4 vezes mais propensos que as mulheres a serem vítimas de trauma e estão mais predispostos a comportamentos de risco. Apresentavam-se, considerando as particularidades do grupo estudado, os usuários e as famílias características de vulnerabilidade social: desempregados; comportamento aditivo familiar e convivência com o uso de substâncias psicoativas na família e na vizinhança.¹⁴⁻⁶

Sabe-se que o álcool, pelo fácil acesso e pelo valor social que esta droga exerce na sociedade, está presente nos contextos familiares e seu uso por um membro da família pode estimular o outro e, quanto maior o número de etilistas no domicílio, maior o risco aos impactos negativos nos familiares.¹⁷ Pode-se proporcionar, pela forte associação entre antecedentes familiares de uso de substâncias psicoativas e o abuso de substâncias psicoativas na juventude e na fase adulta da vida, com padrão intergeracional de agravamento e inclusão de outros tipos de substâncias psicoativas no âmbito familiar, a expansão do uso nocivo de substâncias psicoativas na família.¹⁸

Indica-se, pelos elementos associados ao abuso de substâncias psicoativas na vivência das famílias, como contextos de violência intrafamiliar e social e convivência com comportamento aditivo familiar, que a circulação de substâncias psicoativas, na maioria das famílias, alcança padrões intergeracionais, com décadas de convivência com o abuso de substâncias psicoativas e suas repercussões e um padrão de descontinuidade do cuidado, embora haja descontinuidade do uso, com períodos de abstinência e recaídas.⁹ Prejudica-se, pela violência intrafamiliar, projetada em forma de comportamento agressivo e agravada pelas alterações comportamentais decorrentes da intoxicação pela droga de abuso e a violência social, com episódios recorrentes de acidentes de trânsito, quedas e agressão física em ambiente externo, o bem-estar de membros das famílias.

Pode-se indicar, nesses episódios, pela facilidade para acessar o serviço pré-hospitalar móvel no dia do evento e o tempo transcorrido entre a busca de atenção e a provisão de serviço, avaliado pelos familiares como positivo, que o componente de assistência pré-hospitalar se encontra em consonância com as diretrizes para a atenção a pessoas em situação de urgência e emergência e para as pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, considerando que a maioria também apresentava quadro clínico compatível com intoxicação aguda

por substâncias psicoativas, tendo a agressividade como principal sinal. Constroem-se, por usuários, critérios de avaliação associados a seus juízos de valor e sua percepção é complexa, pois vários fatores a afetam, como as experiências anteriores de cuidado em saúde recebidas, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde.^{11,13}

Infere-se, quanto à gravidade do uso da droga, objeto ampliado deste estudo, que todos os usuários apresentavam um tipo intensificado de relação com a droga e danos à saúde, comportando aspectos subjetivos, familiares, orgânicos, sociais, econômicos e culturais, que acompanham uma transformação da família de modo radical, alterando as relações do indivíduo consigo, com os outros e com a vida. Constituía-se, pelo abuso de substâncias psicoativas, uma condição crônica no âmbito familiar, porém, sinais de agudização dessa condição, como o padrão descontrolado e o uso de bebida alcoólica em *binge*, estavam fortemente relacionados à ocorrência de violência, agressividade e repetição de ocorrências de traumas e violências.^{15,17}

Repetiu-se esse ciclo de consumo problemático nas experiências de abstinência e recaída que podem ser atribuídas a contextos experienciais, como a consciência do problema aditivo por parte do dependente, resgate de vínculos familiares, recomposição de autoestima, afastamento de ambientes que favorecem à droga ou envolvimento em práticas religiosas. Revela-se, no entanto, que os elos essenciais à experiência de abstinência foram as redes interpessoais de apoio, constituídas por familiares e novos amigos, o envolvimento como colaboradores na recuperação de outros dependentes químicos, bem como o vínculo com serviços de saúde e profissionais.^{9,15} Define-se a recaída como um retorno ao uso de substâncias psicoativas após um determinado período de abstinência, associando-a à falta de apoio familiar - não verificado neste estudo - e à falta de acompanhamento profissional apropriado.

Acredita-se que o período de internação hospitalar, para tratamento do trauma, pareceu ter atuado como um momento considerado marcante na vida da pessoa que favorece a interrupção do consumo da droga e proporciona um período de abstinência ou padrão controlado de uso pós-alta hospitalar, visto que a maioria dos usuários apresentou sinais e sintomas de crise de abstinência durante os dias de internação e foi manejada clinicamente no hospital para a diminuição desse evento. Informou-se essa situação por familiares, como a melhora do comportamento aditivo no mês subsequente à alta hospitalar, com diminuição do uso de substâncias psicoativas e a consequente diminuição dos conflitos familiares.

Representar-se-ia, considerando a importância desses momentos de abstinência para ações ou

implementação de projeto terapêutico, com foco na redução de danos/cessação da drogadição, a continuidade do cuidado, com foco na atenção básica em saúde e na atenção psicossocial especializada, assim como na unidade familiar, coordenada pela Estratégia Saúde da Família, uma oportunidade de quebra do ciclo de dependência.^{4,6,12}

Facilita-se, pela Estratégia Saúde da Família, com sua imersão territorial e cultural, o trabalho sobre as relações familiares e sociais, a exploração dos vínculos terapêuticos e o uso de recursos comunitários.¹² Pode-se a família ser um fator de proteção ou risco para o uso de substâncias psicoativas na fase da prevenção da recaída. Defende-se que a melhor comunicação com as famílias seria intensificar informações sobre o estado de saúde do familiar e o tratamento adequado. Dever-se-ia, além disso, a relação com os profissionais de saúde advir do atendimento cuidadoso e do interesse pela saúde familiar, explicações sobre dúvidas (sinais, sintomas, agravos), podendo construir a partir desse momento um vínculo.^{10,19}

Encaminhou-se a maioria dos usuários à continuidade da atenção e intervenção em unidades básicas de saúde, mas a assistência nessas unidades teve como foco as alterações físicas relacionadas ao trauma, como tratamento de feridas e avaliação do tratamento medicamentoso, sem relacioná-los aos problemas psicossociais. Dever-se-ia a atenção nessas unidades significar um momento centrado na dimensão familiar e oportuno ao empoderamento da família, com vistas ao enfrentamento do abuso de substâncias psicoativas em serviços de base comunitária, evitando o padrão de uso de recaídas e traumas.²⁰

Podem-se modificar padrões de consumo de substâncias psicoativas por intervenções em saúde, no entanto, os fatores críticos na abstinência não estão relacionados apenas ao tratamento ou mesmo ao ajustamento pessoal, mas à gravidade da dependência e às ações propostas no tratamento. Torna-se o aumento do risco de recaída proporcional ao tempo de intervenção ou à abordagem profissional.⁹⁻¹⁰

Consiste-se a extensão dos cuidados de saúde mental à atenção primária em uma estratégia de expansão do acesso e de ampliação da capacidade de identificação e resolubilidade das equipes frente às necessidades de saúde mental que, geralmente, são acompanhadas por outras demandas clínicas, as quais não devem ser negligenciadas. Diminui-se, além disso, pelo atendimento dessas necessidades, o estigma do transtorno mental, permitindo a detecção de fatores de risco e a contextualização da demanda no local em que o usuário vive, contribuindo para resultados clínicos e sociais mais efetivos.¹⁹

Pautou-se, em relação à busca de serviços sociais e de saúde, em algumas famílias envolvidas nesta pesquisa, a falta de motivação em buscar ajuda externa à família, principalmente, na recusa do usuário em aceitar o tratamento, na crença da cessação espontânea e no abuso de substâncias psicoativas como uma condição de marginalidade e não como transtorno mental. Acredita-se, ainda que não tenham buscado ajuda externa, com base nas narrativas, que se apoiaram em outros familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, configurando uma rede de apoio informal.

Pontua-se que, embora exista uma rede de assistência psicossocial com diretrizes e objetivos estabelecidos, os caminhos percorridos pelos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados. Expressam-se, pelas suas escolhas, construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos. Definir-se-ão ações por essas escolhas que, passo a passo, constituirão um determinado percurso ou trajetória.¹⁰

Indica-se que, apesar de existirem protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial de Maringá, os indivíduos podem desenhar, por meio de suas escolhas, pautadas em suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais, seus caminhos singulares para o sistema oficial. Observou-se, nesse aspecto, uma “preferência” pelos dispositivos hospitalares de atenção e narrativa de pressupostos do modelo hospitalocêntrico, prevalecendo o modelo psicossocial, com grande parte das famílias buscando internação em hospitais exclusivamente psiquiátricos. Contradiz-se, por essa narrativa de utilização de dispositivos hospitalares, o que fora preconizado para a Rede de Atenção e Apoio à Dependência Química no âmbito da saúde.⁴⁻⁶

Formou-se a rede de apoio externa às famílias, principalmente, por serviços de atenção em regime de internação, ainda com a presença do paradigma excludente do indivíduo com transtorno mental, por meio da assistência focada no âmbito hospitalar, bem como por comunidades terapêuticas e hospital geral, embora esses tenham sido citados com menos frequência. Torna-se possível julgar, ao considerar os princípios da assistência à saúde em nível comunitário, os atributos da Atenção Primária à Saúde e que o município estudado possui uma cobertura adequada da Estratégia Saúde da Família, que poucas famílias elegeram os serviços e instituições de base comunitária como apoiadores do processo de enfrentamento do abuso de substâncias psicoativas na família.²¹⁻²

Tem-se ressaltado, por alguns pesquisadores internacionais, a questão do vínculo aos serviços e cuidados de saúde mental como aspecto crucial, pois a existência dos recursos por si só não garante a igualdade de acessibilidade desses serviços, ou seja, necessidade e acesso tendem a variar inversamente. Incluem-se, na concepção de acesso, tanto a perspectiva geográfico-espacial quanto a resolutividade das ações, que é determinante para a confiança dos usuários no auxílio/cuidado que será proporcionado pelo serviço de saúde.^{18,23}

Desconheciam-se, ainda, pela maior parte das famílias, os serviços de base comunitária, utilizando apenas aqueles de atenção às urgências em saúde, de urgências psiquiátricas e hospitais psiquiátricos. Poder-se-ia representar o acesso das famílias aos serviços de saúde a oportunidade para o profissional de saúde programar ações voltadas à prevenção do uso de substâncias psicoativas e projetar uma diminuição das repercussões do uso nocivo no âmbito familiar.^{7,10}

Chama-se a atenção que não houve relato dos familiares sobre o cuidado prestado por agentes comunitários de saúde ou outros profissionais da Estratégia Saúde da Família. Pode-se esse fato indicar desconhecimento da realidade das famílias do território ou que são atendidas nos serviços públicos. Percebe-se que a ação desses profissionais seria subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua, propiciando vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, conseqüentemente, adesão ao tratamento proposto.^{10,24}

Pode-se a ausência do vínculo na Atenção Primária à Saúde e em outros serviços públicos de baixa e média complexidade ter contribuído para que as famílias procurassem serviços de alta complexidade, como unidades de pronto-socorro, emergência psiquiátrica e hospital psiquiátrico, em busca de assistência para as conseqüências graves do abuso de substâncias psicoativas, não apenas as ocorrências recorrentes de traumas físicos. Alerta-se, no entanto, que o processo de atenção às urgências/hospitalização não permite o estabelecimento de vínculo terapêutico, pois os usuários acessam esses serviços por problemas episódicos e, após a assistência resolutiva da queixa, recebem alta, melhoram e permanecem sem dar continuidade ao cuidado relacionado ao abuso de substâncias psicoativas.

Envolvem-se, no acesso a comunidades terapêuticas não SUS, com pagamento direto pelo tratamento, a interface da deficiência das políticas públicas, repercussões do abuso de substâncias psicoativas e sofrimento familiar, pois mesmo as famílias relatando impacto no orçamento familiar, pagavam pelo tratamento,

que era visto como o único recurso disponível e com possibilidade de resolubilidade do problema.

Precisa-se manter, quanto aos vínculos que precisam ser mantidos, fortalecidos e rompidos no processo de cuidado, o apoio social e informal, pois foi essencial para as famílias investigadas. Identificou-se, na vivência familiar, que várias pessoas influenciaram as decisões sobre a prevenção e o cuidado: familiares; vizinhos; amigos e membros da comunidade. Forma-se, por esse círculo social, uma teia que une as pessoas, podendo ser modificada com o tempo e com as mudanças da vida, tornando-se um auxílio que pode ser mobilizado em situação de adoecimento.^{14,24}

Precisam-se fortalecer vínculos que favorecem o processo de cuidado, como a continuidade do cuidado em serviço de base comunitária e centro de atenção psicossocial para álcool e substâncias psicoativas, a utilização do centro de referência de assistência social e da unidade básica de saúde nos grupos familiares estudados, pois são a base da Rede de Atenção Psicossocial e do subsistema Rede de Atenção e Apoio à Dependência Química.^{4,6}

Entende-se que o cuidado inicial e a continuidade de utilização de hospital psiquiátrico, a sobrecarga financeira familiar com o pagamento de “tratamento” em comunidades terapêuticas não SUS e o acesso a serviços de saúde somente no evento traumático e intercorrências clínicas precisam ser enfraquecidos, devido à baixa resolutividade frente ao abuso de substâncias psicoativas, pois são acessados somente nos momentos de agravamento do caso e representam uma falha de políticas públicas de enfrentamento às substâncias psicoativas.^{12,14}

Representam-se, por esta análise, possibilidades de compreensão do objeto em estudo, pois recorreu somente a narrativas procedentes de familiares dos usuários de substâncias psicoativas, porém, a satisfação ou insatisfação dos familiares deve ser valorizada e entendida como um processo de movimento rumo à qualificação da atenção à saúde. Possibilitou-se, além disso, a descrição de fragilidades na identificação e acesso a serviços e os familiares relataram estar satisfeitos com alguns pontos da rede de cuidados, por exemplo, quando o encaminhamento e o conseqüente atendimento à situação de urgência foram rápidos, aliviando a sobrecarga familiar.

CONCLUSÃO

Marcou-se a vivência do abuso de substâncias psicoativas por essas famílias pela continuidade/descontinuidade, por curtos períodos e comportamento aditivo por longo período, por elevada ocorrência de violência

intrafamiliar e social e por eventos traumáticos recorrentes do familiar usuário de substâncias psicoativas investigado.

Observaram-se elevado acesso a serviços hospitalares de urgência e baixo acesso e vínculo a serviços de atenção primária e de base comunitária, embora estes sejam os mais indicados para a continuidade da atenção ao usuário de substâncias psicoativas e seus familiares. Relataram-se, após a internação hospitalar por trauma, por 15 familiares (51,7%), *turning point* e diminuição do comportamento aditivo, em média, por 30 dias, mas essa oportunidade de quebra do ciclo de dependência e continuidade do cuidado, com foco na atenção psicossocial e na unidade familiar, não aconteceu.

Precisam-se fortalecer os vínculos e comportamentos familiares que favorecem o processo de cuidado, como o acesso a redes de apoio social, requerendo que as famílias não percam o contato com o seu meio social, mas existe a necessidade de vincular e acolher essas famílias em serviços de base comunitária em uma rede articulada e resolutiva de atenção psicossocial. Acredita-se que as famílias necessitam ser incluídas nessa rede antes do agravamento dos casos e posterior inserção em serviços de urgência.

Poder-se-ia incluir, da mesma forma, pela assistência prestada na internação hospitalar por agravos associados ao uso de substâncias psicoativas, na orientação de alta hospitalar, uma referência para o usuário e para a família de serviços de base comunitária para a continuidade do cuidado, com foco na redução de danos/abstinência e integralidade do cuidado.

Recomenda-se, aos profissionais de saúde e para aqueles que atuam na Rede de Atenção Psicossocial e em serviços de apoio às famílias de usuários de substâncias psicoativas, que assumam uma postura compreensiva e inclusiva a fim de evitar o uso precoce de substâncias psicoativas, auxiliar aqueles já envolvidos a não se tornarem dependentes e, aos já dependentes, oferecer meios para o abandono da droga ou padrões de uso com menos prejuízos. Deve-se a Enfermagem, na perspectiva de seu núcleo de atuação profissional, promover o acesso e o acolhimento qualificado ao usuário de substâncias psicoativas e à sua família e fortalecer práticas de enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas de forma contínua e integral.

CONTRIBUIÇÕES

Informa-se que todos os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo com contribuição intelectual e na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *Lancet*. 2016 Mar; 387(10026):1427-80. DOI: [10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)
2. Siniak DS, Pinho LB. Emotional support received by families state of the crack users. *J Nurs UFPE on line*. 2015 Apr; 9(Suppl 3):7656-63. DOI: [10.5205/1981-8963-v9i3a10505p7656-7663-2015](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i3a10505p7656-7663-2015)
3. Costa PHA, Medeiros AX, Loures BP, Silva WMD, Ronzani TM, Colugnati FAB. Survey of the care network for drug users: an exploratory study. *Estud Psicol*. 2017 June;22(2):160-71. DOI: [10.22491/1678-4669.20170017](https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170017)
4. Vieira FS, Minelli M, Corradi-Webster CM. Drug use among psychiatric diagnosed persons: possible pathways in a psychosocial network. *Physis*. 2017 Oct/Dec;27(4):1243-63. DOI: [10.1590/S0103-73312017000400020](https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400020)
5. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Mental health care actions in the psychosocial care network viewed by users. *Saúde Soc*. 2017 Apr/June;26(2):462-74. DOI: [10.1590/S0104-12902017171154](https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154)
6. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. "On paper it is nice, but in practice..." Analyzing the care network for drug users in policies and normative instruments of the área. *Saúde Soc*. 2017 July/Sept;26(3):738-50. DOI: [10.1590/s0104-12902017170188](https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170188)
7. Siqueira DF, Backes DS, Moreschi C, Terra MG, Soccol kls, Souto VT. Social reintegration of crack addicts: actions taken by the family. *Texto contexto-enferm*. 2015 Apr/June;24(2):548-53. DOI: [10.1590/0104-07072015001332014](https://doi.org/10.1590/0104-07072015001332014)
8. Ribeiro JP, Gomes GC, Bonow FC, Mota MS, Santos EO, Eslabão AD. Analysis of the components of the Psychosocial Care Network in the care of the adolescent crack user. *Evidentia [Internet]*. 2019 [cited 2020 Apr 10];16. Available from: <http://ciberindex.com/c/ev/e12362>
9. Sanches JFA, Almeida KPB, Magalhães JM. The meaning of users of alcohol and other drugs on relapses. *R Interd [Internet]*. 2015 May/June [cited 2020 Apr 10];8(2):53-9. Available from: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/503/pdf_211
10. Rigotti D, Garcia APRF, Silva NG, Mitsunaga TM, Toledo VP. Drug users hosting in a Basic Health Unit. *Rev Rene*. 2016 May/June;17(3):346-55. DOI: [10.15253/2175-6783.2016000300007](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000300007)
11. Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causes of addiction and its consequences for the user and the family. *J Nurs UFPE on line*. 2014 Mar; 8(3):641-8. DOI: [10.5205/1981-8963-v8i3a9720p641-648-2014](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i3a9720p641-648-2014)

12. Lima AIO, Dimenstein M. Consumption of Alcohol and Other Drugs in Primary Care. *Cad Bras Saúde Mental* [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Apr 10];10(26):46-65. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69044>
13. Santana CJ, Silvino MCS, Rosa NM, Almeida EG, Reis LM, Oliveira MLF. Potentiality of a sentinel event for epidemiological surveillance of drug abuse. *J Nurs UFPE on line*. 2014 Dec;8(12):4337-44. DOI: [10.5205/1981-8963-v8i12a10181p4337-4344-2014](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i12a10181p4337-4344-2014)
14. Cavalcante LP, Falcão RST, Lima HP, Marinho AM, Macedo JQ, Braga VAB. Social support net for chemically dependents: ecomap as instrumental in health assistance. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 10];13(2):321-31. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3920/3112>
15. Sakiyama HM, Padin MFR, Canfield M, Laranjeira R, Mitsuhiro SS. Family members affected by a relative's substance misuse looking for social support: who are they? *Drug Alcohol Depend*. 2015 Feb;1(147):276-9. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2014.11.030](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.030)
16. Mussi FC, Portela PP, Barretto LES, Gama GGG, Mendes AS, Macêdo TTS. Alcohol consumption and smoking among hypertensive men. *Rev Baiana Enferm*. 2018 Jan;32:e20383. DOI: [10.18471/rbe.v32i1.20383](https://doi.org/10.18471/rbe.v32i1.20383)
17. Kuntsche E, Kuntsche S, Thrul J, Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017 May; 32(8):976-1017. DOI: [10.1080/08870446.2017.1325889](https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325889)
18. Capaldi DM, Kerr DCR, Tiberio SS. Intergenerational Transmission of Risk for Behavioral Problems Including Substance Use. *Clin Psychol* [internet]. 2017 Mar [cited 2019 Aug 10]. DOI: [10.1093/acrefore/9780190236557.013.42](https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.42)
19. John WS, Zhu H, Mannelli P, Schwatz RP, Sbramianiam GA, Wu LT. Prevalence, patterns, and correlates of multiple substance use disorders among adult primary care patients. *Drug Alcohol Depend*. 2018 June;187(1):79-87. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2018.01.035](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.035)
20. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users. *Saúde Debate*. 2014 Oct;38(Spe):252-64. DOI: [10.5935/0103-1104.2014S019](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019)
21. Hirdes A, Marcon G, Branchi RN, Vivian AG. Prevention of alcohol and other drugs use and treatment in primary health care in a southern Brazilian city. *Aletheia* [Internet]. 2015 Jan/Apr [cited 2020 Apr 10];46:74-89. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n46/n46a07.pdf>
22. Siqueira DF, Terra MG, Soccol KLS, Canabarro JL, Moreschi C. Reasons attributed by users seeking treatment in a psychosocial care center

- alcohol and drugs. *REME Rev Min Enferm*. 2018 Feb;22:e-1082. DOI: [10.5935/1415-2762.20180012](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180012)
23. Macedo JP, Abreu MM, Dimenstein M. Regionalization of psychosocial care of alcohol and other drug addiction in Brazil. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2018 Mar;11(3):144-62. DOI: [10.18569/tempus.v11i3.2432](https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2432)
24. Silveira EAA, Oliveira PP, Correio PM, Sanros WJ, Rodrigues AB. The care for chemically dependent: with words from health professional of centers of psychosocial on alcohol and drugs. *J Res Fundam Care Online*. 2016 Apr/June;8(2):4347-64. DOI: [10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4347-4364](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4347-4364)

Correspondência

Lúcia Margarete dos Reis
E-mail: luciamargarete@gmail.com

Submissão: 27/02/2020

Aceito: 15/06/2020

Copyright© 2019 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.