

Compreensões da crise na clínica de álcool e outras drogas pelas vozes dos usuários

Understandings of the crisis at the alcohol and drug clinic in the voice of the users (abstract: p. 17)

Comprensiones de la crisis en la Clínica de Alcohol y otras Drogas por las voces de los usuarios (resumen: p. 17)

Ângela Slongo Benetti^(a)

<angel.benetti@gmail.com> 

Luciana Togni de Lima e Silva Surjus^(b)

<luciana.surjus@unifesp.br> 

Daniela Ribeiro Schneider^(c)

<danischneiderpsi@gmail.com> 

^(a) Psicóloga. Santos, SP, Brasil.

^(b) Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim, 136. Santos, SP, Brasil. 11015-020.

^(c) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Este artigo investiga a experiência da crise na clínica de álcool e drogas visando compreender como usuários de um Centro de Atenção Psicossocial a caracterizam. Considera determinações sociais que agravam o uso e discute os efeitos da exigência de abstinência. Pela Metodologia Hermenêutica Crítica e Narrativa, os resultados evidenciam que a crise se potencializa por atravessamentos psicossociais como racismo, ausência de direitos básicos e violências, exacerbadas pelo proibicionismo. Destacam-se práticas de cuidado que contemplem dimensões individuais e sociais, promovendo melhores condições de vida e indicando a ineficácia do proibicionismo. Reduzir usuários de drogas a doentes e marginais restringe a visão integral da crise ao desconsiderar os determinantes sociais e reduzir oportunidades daqueles que potencialmente fazem viver. Portanto, compreendemos crise como experiência psicossocial que exige acolhimento e legitimação das subjetividades, buscando pistas para fortalecer outras conexões com o viver.

Palavras-chave: Redução de danos. Saúde mental. Usuários de drogas. Crise.

Introdução

Historicamente, o conceito de crise tem sido restrito à clínica dos transtornos mentais graves desconsiderando suas múltiplas manifestações no contexto do uso de álcool e outras drogas. A crise em usuários de drogas pode ser compreendida como uma experiência multifacetada que envolve dimensões psíquicas, sociais e estruturais. Não se trata apenas de um momento de agravamento do uso ou de desorganização subjetiva, mas também de um reflexo das vulnerabilidades acumuladas ao longo da vida, frequentemente atravessadas por contextos de exclusão, solidão, violência, racismo e ausência de políticas públicas eficazes.

Na tradição do modelo psiquiátrico, a crise seria responsável por deixar a pessoa vulnerável ao processo de agravamento dos “transtornos mentais”, já que essa situação pressupõe um desequilíbrio emocional ao atingir o limiar da fragilidade psíquica, sendo o oposto do equilíbrio preconizado pela tradicional concepção de saúde¹. Dessa forma, os autores apontam que, nos tratamentos convencionais, se o paciente está em crise ele precisa ser estabilizado, e na linguagem médica isso quer dizer que precisa ser medicado e contido.

No entanto, novos olhares têm surgido em relação à crise, que a compreendem sob novos ângulos, como um momento de fragilidade, uma desterritorialização das experiências do sujeito, mas que busca uma reterritorialização, uma ressignificação de sentidos. Pode-se discutir, dessa forma, uma potência atrelada ao momento da crise por ser ela uma oportunidade de transformação, de desvio, pois, apesar de se consolidar como uma vivência de sofrimento e angústia, na mesma proporção ela traz um novo caminho de mudança, de reconstrução². Nessa direção, podemos explicá-la como:

uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações. Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização, mas, ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes³. (p. 35)

Dessa forma, compreendê-la como uma experiência de ruptura que, embora dolorosa, pode carregar potência de transformação permitindo ressignificar o cuidado em álcool e drogas. A crise, nesse sentido, deveria ser abordada não apenas como uma emergência a ser contida, mas como um momento de produção de sentido^{1,2}. Por isso, a temática da crise na clínica de álcool e outras drogas (AD) ganha relevância diante dos desafios ético-políticos que atravessam o campo da Saúde Mental e das políticas públicas sobre drogas no Brasil.

Compreender as sutilezas e peculiaridades das situações de crise nesse campo exige situá-la em um contexto histórico e social marcado pelo proibicionismo, pela criminalização de populações vulnerabilizadas e pela hegemonia de modelos biomédicos e moralizantes de cuidado. Desde os primórdios da regulação do uso de substâncias, consolidou-se uma lógica de exclusão e punição que atravessa a política de drogas até os dias atuais. A psiquiatria, nesse percurso, reforçou a compreensão do

uso de drogas em um viés patologizante, priorizando a abstinência, a internação e a medicalização como respostas predominantes ao sofrimento, subsidiando a articulação da política de guerra às drogas e a institucionalização asilar que atrelou o cuidado no campo AD à lógica manicomial, juntamente com os chamados transtornos mentais⁴⁻⁶.

A partir de 1980, sob os ares da luta pela democracia, *pari passu* à ampliação do conceito de saúde e o movimento de reforma sanitária e construção do Sistema Único de Saúde, surge o movimento antimanicomial que questiona a lógica do tratamento hospitalocêntrico e o isolamento e a contenção social como dispositivo de cuidado, em especial em situações de crises psíquicas. No que tange às pessoas que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, na perspectiva do questionamento ao manicômio, ganha espaço a Redução de Danos (RD), uma concepção de cuidado pautada pelos direitos humanos e pelo acolhimento da diversidade das experiências dos usuários⁶⁻⁸.

A Redução de Danos respeita o desejo dos usuários ao entender que cada indivíduo tem liberdade e direito de escolher aquilo que vai fazer com seu corpo. “A RD é uma estratégia de Saúde Pública que tem como objetivo minimizar as consequências adversas do consumo de drogas, do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos, sem necessariamente reduzir este consumo”⁹ (p. 9). Desse modo, a RD não é o oposto da abstinência, nem se faz contrária a ela, mas sustenta a abstinência como possibilidade e não como única regra. “A RD inclui, num campo polarizado entre o “não às drogas!” e o “sim às drogas!”: um “como as drogas?”⁷ (p. 109), ao cuidar com direcionamento ético, político e clínico, respeitando a liberdade de cada pessoa e ampliando as possibilidades de viver de cada sujeito.

Para Oliveinstein¹⁰, deve-se pensar o uso e o abuso de drogas pela tríade sujeito, droga e contexto, apontando que se alocarmos a droga como único foco, deixando de lado as outras pontas, colocamos a droga como todo e único problema. Na mesma direção, Lancetti¹¹ aponta que as pessoas não se drogam para morrer, mas sim para viver. Já a “Pesquisa Nacional de Uso de Crack e as experiências desenvolvidas pela corrente nacional que adotou a filosofia e a práxis da redução de danos tornam flagrante que a produção social de subjetividade é decisiva para entender as pessoas que fazem uso de drogas”¹¹ (p.116). Assim, acessar a singularidade e a história de cada sujeito faz com que a complexidade do cuidado aumente sobremaneira ao considerar os atravessamentos psicossociais na construção da subjetividade e nas vivências cotidianas dessas pessoas.

A RD, portanto, vai ao encontro da clínica ampliada que se coloca disponível para a escuta do sujeito, levando em conta sua singularidade em busca da produção de saúde. Ao caminharem juntas, clínica ampliada e RD incluem pessoas de forma ativa na relação clínica, afastando-se de um ideal de cura. Assim, opera-se na multiplicação dos vínculos ao lidar com singularidades para desenvolver potencialidades e autonomia, gerando novas referências subjetivas para os usuários de drogas^{6,7}.

É nesse cenário complexo que se deve problematizar a noção de crise na clínica de AD, frequentemente invisibilizada pela influência proibicionista e, nesse sentido, interditando debates sobre as concepções e estratégias de cuidado em liberdade possíveis às pessoas que usam drogas.

Ao considerar a crise na clínica AD por esse olhar ampliado, vamos ao encontro do conceito de recursividade que expande o debate do cuidado às pessoas que usam drogas. Na perspectiva da abstinência, apenas um ‘desfecho’ é compreendido como sucesso: o ficar ‘limpo’¹². Entretanto, a compreensão da complexidade envolvida na conhecida situação da recaída, ao voltar a fazer uso de drogas após um período sem usar, traz esse olhar da recursividade que implica compreender que a pessoa não retorna ao mesmo lugar, já que as experiências se acumulam e se integram de forma peculiar aos contextos que as ajudam a se produzir. Assim, mediante uma compreensão recursiva, a experiência da recaída coloca uma nova percepção de si para o usuário. Sem essa compreensão, as novas percepções e mudanças das pessoas não serão reconhecidas e acabarão descartadas, e a potência de transformação contida na crise não será explorada, e o usuário será remetido a uma lógica de cronicidade, não ao enfrentamento de suas dores e dificuldades para abertura à transformação¹².

Este artigo busca discutir a crise na clínica AD pelo referencial teórico-prático da Redução de Danos, articulando as dimensões psicossociais, históricas e institucionais que afetam as experiências dos usuários de drogas e os modos de cuidar. Assim, parte-se da escuta dos usuários dizendo o que os atravessa perante o sofrimento gerado pela crise, no abismo da experiência de vulnerabilidade psicossocial, potencializada por abordagens patologizantes e proibicionistas. Com uma compreensão crítica dessas narrativas, esperamos contribuir para a ampliação do olhar da experiência da crise AD e, conseqüentemente, expandir as possibilidades de construção de cuidado integral e ampliado a essa população.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, hermenêutica crítica e narrativa, interessada em ouvir a voz mais frágil da história: os usuários¹³. Utilizando métodos participativos para produção de dados, a pesquisa qualitativa se detém a pesquisar uma realidade que não pode ou não deve ser quantificada, e assim se ocupa das crenças, dos valores, significados e atitudes, sendo essas parte da realidade social em que vivemos¹⁴.

A Hermenêutica Gadameriana diz respeito a levar em consideração também a história, os preconceitos, cultura e tradições da pesquisadora como ponto de partida para as interpretações. Assim, ao ouvir os usuários em encontros no campo, também os interesses e motivações da pesquisadora são considerados¹³.

A abordagem narrativa de Paul Ricoeur entende seu caráter de reciprocidade, sendo tempo o elemento fundador de um agenciamento lógico e não linear da escrita para compreender para além dos limites históricos, reafirmando o encontro entre passado e presente^{15,16}.

O campo desta pesquisa foi um CAPSad III situado em uma cidade de grande porte do interior de São Paulo. O serviço conta com cerca de 480 usuários ativos.

A pesquisa foi desenvolvida com entrevistas individuais de 6 usuários, tendo os seguintes critérios: ser acompanhado no serviço, fazer uso abusivo de uma ou mais drogas, ser usuário que vivencia diferentes contextos e realidades – gênero, raça/cor, moradia, condição socioeconômica, comorbidade psiquiátrica. A escolha se deu em

discussão com a equipe e os convites foram feitos individualmente. Todas as exigências éticas previstas na resolução 466/2012 do CNS foram cumpridas (Parecer 6.478.401).

No espaço físico do CAPSad aconteceram cinco entrevistas, e uma outra no abrigo onde residia uma das usuárias, no período de novembro de 2023 a janeiro de 2024, com duração média de setenta minutos. As entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas pelas categorias: determinações sociais do agravamento do uso de drogas; efeitos da exigência da abstinência para o cuidado na crise; caracterização e reconhecimento da crise; práticas de cuidado na clínica AD.

Para cada categoria foram identificados núcleos argumentais – argumentos engendrados pelos participantes por meio das questões da entrevista, de modo que possamos nos aproximar de uma leitura da construção discursiva pela revisitação da experiência. Na Hermenêutica Crítica e Narrativa, os núcleos argumentais elucidam os temas propostos para discussão^{17,18}. Pelas categorias analíticas, pudemos aprofundar nossa compreensão e o diálogo com outros autores para melhor compreensão dos fenômenos e, posteriormente, construir um agenciamento lógico sob forma de narrativa. Os nomes apresentados são fictícios a fim de preservar o sigilo dos participantes.

Resultados e discussão

Determinações sociais do agravamento do uso de drogas

Ao explorar a história de vida dos usuários, emergem relatos permeados por violência, perdas, preconceitos como transfobia, capacitismo e racismo, além de precariedades materiais, estruturais e afetivas. Essas experiências revelam o impacto da violência e a ausência de direitos básicos na subjetividade. Lembranças, cicatrizes no corpo e na subjetividade, ausência de recursos básicos, preconceitos, violências, escassez de redes de suporte, tudo isso gera sofrimento, atravessa a forma de estar no mundo, a relação com as drogas e consigo mesmo.

Eu fui adotado com seis anos. Não, não me adaptei a minha família. Meu pai me bateu muito. Saí de casa com oito anos. Dali em diante eu vivi na rua. Conheci a maconha com oito, a cocaína com dez e o crack com 13. (Pedro)

Meu pai era esquizofrênico e alcoólatra, e eu vivia numa situação familiar bem caótica. Assim, era bem, como se diz... uma família disfuncional. Eles brigavam muito, ele agredia muito minha mãe. Quando eu tinha três anos de idade, eles se separaram [...] fui entregue para minha tia, minha mãe foi para um lado e ele pro outro. (Isabela)

Eu saí com seis anos [de casa]. Meu irmão, ele... minha mãe ia trabalhar, ele amarrava nós. Aí depois ele levava nós pra orozimbo maia, aí tinha uma casa

abandonada lá, aí nós pedia, se a gente não ganhasse, ele batia na gente [...] Aí ele começou a fumar crack, né, na nossa frente. Aí eu com seis anos eu comecei a fumar. (Ana)

Nasci numa família, num ambiente hostil. Como eu disse, em meio às drogas, eu cresci vendo minha mãe sendo agredida pelo meu pai. E assim foi, entendeu? Eu tentava intervir, mas criança também não dá. Também levava couro. (Daniel)

O atravessamento do preconceito e da violência estiveram presentes nas entrevistas:

Me mandaram embora, sem roupa nem nada, com a roupa do corpo. Só a vergonha comigo, eu tinha uns vestidinhos mocosado. Na época era outras regras né, o mundo... era muito preconceito. (Carolina)

Nos meus primeiros empregos que eu fui, foi, foi destacado bem certo que eu fui mandado embora antes de ser registrado por causa do racismo, entendeu? Aí eu desisti de procurar emprego. (Daniel)

Tô saindo de casa porque ele me assedia sexualmente, e tem me agredido fisicamente também. Então juntou tudo... droga, com pai fazendo isso. (Isabela)

Apanhando de polícia, rodando.... Rodando pela polícia... Em vão, inocente... apanhando inocente da polícia. (Flávio)

O conceito de Determinação Social de Saúde é construído historicamente pela Medicina Social Latino-Americana, trazendo críticas ao paradigma biomédico e ampliando as discussões sobre promoção e processo saúde/doença. Assim, traz como proposta a relação entre reprodução social, modos de vida e suas relações com o processo de saúde/doença considerado um processo dialético¹⁹.

É essencial reconhecer o sujeito em sua totalidade, atravessado pelas condições em que vive. Fatores socioeconômicos e acesso a saúde, educação, moradia, transporte, lazer e outros serviços devem ser levados em conta no cuidado em saúde²⁰. Ao trabalhar com pessoas que usam drogas, é crucial considerar as violências vividas no seio de suas famílias que estão, boa parte, situadas em condições de vulnerabilidade social. Somam-se a esses aspectos condições estruturais como o racismo, machismo, violências de gênero, LGBTQIAPN+fobia e a violência estatal contra pessoas em situação de rua que se materializam no campo AD pela lógica proibicionista. Esses fatores determinam as condições do uso de drogas, bem como a constituição das crises a ele relacionadas. Assim, a relação com as drogas, o contexto de vida e o local de uso, os projetos de vida e a rede de apoio devem ser considerados.

A clínica de álcool e drogas precisa ser fundamentada pelo tripé do encontro entre: um produto – a substância utilizada, sua composição, origem e efeitos; uma pessoa – sua constituição subjetiva, cultural e histórica; um momento sociocultural – momento histórico e sociocultural onde a pessoa vive. Portanto, considera-se a unicidade de cada caso, ou seja, não existe uma explicação ou uma estrutura geral, um modo de ser único entre os usuários de drogas²¹.

Exigência da abstinência para o cuidado na crise

Nos relatos, fica claro como o ideal da abstinência permeia as vivências e os sofrimentos dos usuários, refletindo o discurso proibicionista internalizado. A guerra às drogas provoca sofrimento e violência, seja por políticas conservadoras, estigma social seja por serviços de cuidado que exigem abstinência. Nas entrevistas, a exigência da abstinência como parte do cuidado é mencionada como geradora de sofrimento. Ana e Carolina relatam que a crise é agravada por essa meta de tratamento, enquanto Daniel observa prejuízos ao optar pela abstinência. Alguns usuários criticam a exigência da abstinência nos serviços de cuidado.

Às vezes a pessoa não quer recair, a pessoa quer, mas não pode. Que nem eu tenho meus filhos, né? Eu tenho que pensar neles. Porque se eu recair e eu não voltar, vou perder meus filhos. Não é isso que eu quero. (Ana)

Eu começo a chorar, dá um desespero, um vazio no coração, “eu não vou usar mais droga, eu não aguento mais, não vou usar mais!” e fico, fico, fico me remoendo. “Me faz mal, é uma porcaria, porque que eu gosto meu Deus?!” (Carolina)

Cê fica abstinente, abstinente, mas cê fica pensando todo dia naquilo, todo dia naquilo, aquilo e aquilo ali, mano, não parece que ajuda não, mas te prejudica. Porque na hora que você voltar a beber ou a usar outra, outro tipo de qualquer tipo de substância ilícita, você volta com mais força, cê volta por exemplo, cê tipo ficou seis meses sem usar, cê tem, cê usa em dois dia, querendo usar em dois dias os seis meses que você ficou sem, entendeu? (Daniel)

Quando abordada a experiência nos serviços de cuidado aos usuários de drogas, as percepções são contrárias à lógica da abstinência:

Acho que a pessoa não entende o que que é isso pra obrigar, porque não sabe como que é. Como que a pessoa, os sintomas que dá no corpo, os outros que está longe eles pensa que, que é brincadeira, que é sem vergonhice, mas não é. Só quem passa sabe. (Ana)

Na minha opinião, isso não funciona, não funciona. Ela não, ela não vai conseguir, não vai conseguir te obrigar a fazer isso, entendeu? (Daniel)

É necessário problematizar o termo “recaída”, mesmo nos modelos de Atenção Psicossocial e de RD, pois ele se baseia na noção de abstinência e no modelo biomédico. Isso se percebe na expectativa de diminuição das “recaídas” e na concepção de “dependência de drogas” como doença crônica, conforme os critérios do Manual de Diagnósticos e Estatísticas dos Transtornos Mentais (DSM). O conceito de recaída está vinculado a paradigmas em que a abstinência é o foco e a expectativa é extinguir a droga¹².

Na perspectiva “proibicionista/abstinência”, articulam-se os modelos moral, criminal, religioso, biomédico e jurídico, com internação e medicação como recursos de cuidado, direcionados por uma lógica de guerra às drogas. Por outro lado, a perspectiva “antiproibicionista/redução de danos” se aproxima da Atenção Psicossocial, considerando os determinantes psíquicos, sociais e culturais. Essa abordagem busca entender o uso de drogas de forma singular, considerando o contexto sócio-histórico e a relação do indivíduo com as drogas e seu ambiente¹².

Assim, ao contrário do que aponta a recaída – de que a pessoa recai e volta pro mesmo lugar –, o conceito de recursividade aponta que a pessoa não volta para o mesmo lugar, pois vive um processo constante, tendo na experiência a possibilidade de um novo aprendizado; dessa forma, a recursividade considera esse processo uma espiral, em que pontos se conectam em um constante processo que inclui a interação dos fatores biopsicossociais e suas intersubjetividades¹².

A guerra às drogas é geradora de violência, tanto pelas políticas proibicionistas quanto pelos meios de comunicação que abordam o tema de forma superficial com intolerância aos usuários de drogas. Esse sofrimento causa perda da liberdade colocando os usuários de drogas como errados, doentes e marginais²².

Ao trabalhar com pessoas que usam drogas, é essencial considerar o paradigma de cuidado nas redes de saúde e assistência social. Da mesma forma, elaborar estratégias de RD como caminho ético, focado na autonomia e na liberdade, respeitando tempos, individualidades e relações de cada pessoa com a droga e seu contexto.

Caracterização e reconhecimento da crise

Durante as entrevistas, os usuários compartilharam percepções variadas sobre crise, frequentemente ligada ao uso abusivo de drogas e ao sofrimento emocional. Relataram sentimentos de solidão, raiva e comportamentos agressivos. Descreveram a crise como resultado do sofrimento emocional, falta de autocuidado, descontrole no uso de drogas e ausência de recursos para lidar com as dores da vida, além do uso intensificado de drogas para evitar o contato com sentimentos dolorosos.

Eu falei tanto por crise de abstinência. O meu é mais psicológico mesmo. Eu uso droga, mas muito da droga que eu uso é para tampar um pouco do meu passado. Então tem hora que para em vez de lembrar, eu uso muita droga. (Pedro)

o que eu tô vivendo agora. É... usando descontroladamente todo dia, é... precisando, sentindo vontade, toda hora, todo dia, eu deprimida, sem me alimentar... aí eu percebo que eu to em crise. (Isabela)

Então, para falar da crise, tem também... Não é só você, não é só, a crise não vem só porque você tá sem a bebida ou, cê tá em crise. Vem por causa de gatilhos. Pode tá acontecendo alguma coisa com algum familiar seu, aí você usa de recurso a droga, entendeu? Você usa aquele tipo, aquilo como uma desculpa para você se entorpecer e esquecer aquilo [...] você tá querendo fugir daquilo. (Daniel)

De tristeza, de medo de recair no crack... Porque é muito feio para mim, né? Se eu recair. (Ana)

Vontade de usar droga misturado com raiva, tristeza. Coloca tudo no liquidificador e mistura. Coloque tudo no liquidificador e mistura. É isso que eu tinha que falar. (Pedro)

Um elemento presente foram os comportamentos agressivos e sentimentos de raiva quando em crise:

Eu fico nervosa, bate à porta, eu xingo, eu choro, eu grito. É assim que eu fico (...) dá vontade de arrebentar a cara de um. Dá vontade de xingar a pessoa, vai te irritar. Dá vontade de pega, vontade de bater a cabeça na parede. Eu já bati, já, dá vontade de socar a parede. É assim que eu fico. (Ana)

A crise para mim é, é a falta de paciência, tá ligado? Ah, o nervosismo, entendeu? Psicologicamente falando, você não raciocina, você não quer ouvir o outro (...) na experiência de crise, quando eu tenho, vem a revolta... não a revolta só comigo, é, é a revolta com tudo ao meu redor. (Daniel)

Ao falar sobre crise é preciso considerar o momento histórico e social vigente, o paradigma existente, a multidimensionalidade do sofrimento, as relações sociais e os fatos da vida. A condição de crise mostra um cenário complexo de existência, assim como devem ser os caminhos para lidar com ela²³.

Crise tem indicado processo de transformação em que a pessoa vivencia a superação de momentos decisivos, sendo esse um processo que faz parte da existência, da relação com o mundo. Assim, é entendida como um processo, um corte no tempo em construção por meio das relações da pessoa. Não é uma experiência “interna”, individual, mas sim relacional e, portanto, passa a ser fato social, com a existência de atores, contextos, relações de saber e poder. Desse modo, é importante apontar que a forma de cuidar dessas situações interfere na experiência da crise²⁴.

A crise é complexa e não se reduz ao uso de drogas. É, antes de tudo, atravessada por sofrimentos que levam a situações-limite, seja nos aspectos materiais, subjetivos seja físicos. A realidade material, como a condição socioeconômica, repercute na subjetividade; assim, “não pretendemos desconsiderar os efeitos que as condições materiais de existência têm na vida dos sujeitos, mas sim problematizar o modo pelo qual a relação com a precariedade ocorre de forma tão variada”¹¹ (p. 277).

As percepções dos participantes em relação à crise apontam uma infinidade de experiências de sofrimentos, vulnerabilidades e atravessamentos que antecedem a intensificação do uso para um padrão abusivo. Essa constatação vai ao encontro do trabalho de Lima, Teixeira e Pinheiro¹² em que as reflexões dos usuários sobre a crise a apontam como o momento em que “o bicho tá pegando”, e o uso abusivo/recaída/reincidência é quando “já era”, e a experiência de “o bicho pega” antecede o “já era”. Possivelmente o momento para a intervenção de cuidado seria o que antecede o uso abusivo de drogas, no momento em que “o bicho tá pegando”²⁵.

Portanto, para uma experiência de crise sempre existe um contexto, e é preciso não atribuir a um uso abusivo de drogas sem considerar os fatores que antecedem esse momento.

Práticas de cuidado na crise AD

Os usuários destacaram a importância do cuidado intensivo no Caps incluindo a permanência diária e o leito noturno, bem como os cuidados básicos e o autocuidado. Ressaltaram a relevância da escuta, de acolhimento, vínculo e atendimentos, além de mencionarem garantia à vida promovida pelo Caps. A redução de danos também foi abordada como preferência por esse tipo de cuidado.

Os usuários trouxeram suas experiências de cuidado no Caps:

Se eu estiver na rua... Para mim fazer dinheiro é fácil. Conheço muita gente. Aqui eu sei que aqui eu to num espaço seguro, onde eu posso deitar, sossegado, porque na rua quase não durmo. Querendo ou não, é uma redução de danos, é uma ajuda muito grande. (Pedro)

Os cuidados com buscar o remédio pro HIV, porque se não for o CAPS eu não consigo ir, a busca ativa minha lá onde eu uso é um ponto positivo, porque também não consigo pegar o ônibus, porque geralmente tô maltrapilha e drogada, então como que vou entrar no ônibus [...] Leito, roupa, companhia, conversa, algumas coisas sendo resolvidas, poxa, é só aqui que acontece isso. (Carolina)

Também falaram sobre o cuidado singular, com escuta e acolhimento:

Na verdade, eu venho mais nem tanto pela droga, porque há muito tempo de droga, mas o meu psicológico... em cima de muita coisa que eu passei na rua, muita coisa que eu vi na rua, eu venho para cá mais por conta disso, para tentar pô a cabeça no lugar, para não fazer besteira de novo. A melhor parte que eles me ofertam é isso, a conversa. (Pedro)

Ele está ali para dar uma força para você, dar uma força, te dar um abraço, conversar, te ouvir, né? [...] Porque vocês têm amor, carinho. É diferente, entende? Sei lá, não parece, não parece ser enfermeiro, psicólogo? Não parece não. Vocês dá muito amor pra gente [...] A conversa, o carinho. Chega lá, eu posso conversar e vai lá, você sai mais aliviado, por poder ter alguém ali que você confia. Porque a gente não tá, não tá sozinho. (Ana)

Aqui no CAPS, as pessoas, os profissionais, eles não veem a gente como um bicho, como... tranqueira, como marginal, né? Eles acolhem você, acolhem a gente, da maneira que está. Aqui dentro é tratado, cada caso é um caso, de maneira que todo mundo fique bem. É o único lugar que eu ligo, há muito tempo, mesmo tendo aprontado lá fora alguns absurdos, né, sujeira, é... sem tomar banho, toda mijada, cagada, doente. (Carolina)

Os usuários apontaram que têm a RD como escolha por serem reconhecidos como pessoas:

É você parar para pensar em si mesmo [...] Não fala que, não te obriga a parar de uma vez... Aí você tem o acompanhamento psicológico, terapêutico e medicamentoso também. E, mas isso não é imposto, não é obrigatório. Você aceita o tratamento medicamentoso ou não. Se você quiser, aí eles, para você não ficar naquele uso abusivo, trabalham com a redução de danos. E eu me identifiquei aqui no CAPS por causa disso, entendeu? Que que eles, eles entendem uma parte da gente, entendeu, é... aqui é bem melhor que não é, aqui não é uma coisa que é imposta. (Daniel)

Ah, eu faço redução de danos, né? Em vez de você fumar um crack, fuma um beck [...] você fumar três pedra, fumar uma só, né? Fuma um beck, é assim. Reduzi... não é você parar. Tipo, você não consegue. Por enquanto você usa, mas usa uma só. Se for dez, fuma cinco. Você tem como, né? Você fumar dez. E isso é redução de danos, né? (Ana)

Um leito, vem aqui, faz uma oficina aqui, já é uma redução. Vamos supor fica o dia inteiro no intensivo, o que é? Uma redução de danos, vai fazer algum passeio que não pense em drogas, é uma redução de danos. (Carolina)

A partir da Reforma Psiquiátrica e da instituição da Raps, surgiram mudanças no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico que estão em crise. Nessa rede, os Caps enfatizam o cuidado em situações de crise nas quais as concepções contemporâneas de crise estão presentes²⁴.

Muitos usuários trouxeram a importância da escuta, implicando uma postura de abertura para compreender as experiências, reconhecendo sua autonomia e singularidade. Pela escuta é possível estabelecer vínculo para construção de relações terapêuticas sólidas, baseadas no respeito, na confiança e na valorização das experiências individuais²¹.

O espaço do Caps como estratégia de redução de danos também aparece. Muitos usuários não têm moradia, o que os faz recorrer ao Caps como espaço protegido. É possível compreender essa busca como acesso a um direito social básico negado, sendo essa uma forma de cuidado também incluída nos espaços de Atenção à Saúde e, dessa forma, sustentar a composição de recursos construídos pelos usuários em suas próprias necessidades²⁶.

O CAPSad é um espaço que contribui para reduzir barreiras de acesso, ampliando-o a direitos sociais básicos ao melhorar suas condições de saúde. Entretanto, marca a insuficiência de outros direitos – alimentação, proteção, higiene –, sendo necessário estar atento para não cair em práticas manicomiais e de instituições totais.

A perspectiva da abstinência exige, do corpo das pessoas, uma regra socialmente imposta; e exige, dos mecanismos de cuidado, respostas burocráticas, institucionais e supostamente resolutivas. A guerra às drogas e o olhar somente para a droga nos coloca em uma lógica de cuidado manicomial, exigindo movimento contra-hegemônico e de práticas de baixa exigência disparadoras de transformação subjetiva ancoradas nos princípios da clínica ampliada e nos dispositivos de RD.

Com isso, é necessário olhar para os recursos de cuidado que vão desde o contorno mais concreto, como o cuidado em permanência dia ou leito noite, mas também a potência de lançar mão de estratégias que ampliam a vida. Assim, ao considerar a liberdade e a autonomia dos sujeitos como objetivo primordial no cuidado em Saúde Mental, trabalhar com suas potencialidades e criatividade vai ao encontro do fortalecimento da subjetividade e de descobertas dessas pessoas.

Considerações finais

Pelos resultados da pesquisa, propõe-se que a concepção de crise na clínica AD não seja circunscrita apenas à intensificação do uso de drogas, mas a uma série de experiências que antecedem e justificam a condição do abuso de substâncias, ainda que a pessoa saiba dos prejuízos que isso traz. A crise é, portanto, um processo complexo, não apenas individual, mas psicossocial. Ademais, o sofrimento emocional que antecede o uso abusivo de drogas deve ser reconhecido como parte de um processo contínuo de transformação. A crise, dessa forma, não é um momento isolado, mas um ponto de inflexão dentro da trajetória de vida repleta de desafios e vulnerabilidades.

Portanto, é essencial considerar as condições de vida da população como fator para compreender e estabelecer propostas de cuidado. A análise dos relatos dos usuários revela como experiências de violência e exclusão impactam a subjetividade e o uso de drogas. As determinações sociais exacerbam o uso abusivo, e a abordagem da RD destaca-se por respeitar a individualidade dos usuários e reconhecer suas necessidades de forma articulada com os diferentes usos.

Ao tratar do proibicionismo e da guerra às drogas, pudemos perceber atravessamentos subjetivos que escancaram a ineficácia dessa abordagem. Nos relatos apresentados, a exigência da abstinência que aparece como meta do cuidado nos tratamentos convencionais pode, na verdade, agravar situações de crise ou impedir seu reconhecimento. A pressão por ficar abstinente, sem considerar o contexto de vida e as condições psíquicas dos sujeitos, gera sofrimento e não reconhece a complexidade dos processos envolvidos no uso de drogas e nas crises enfrentadas pelos usuários.

Historicamente, aponta-se para a população marginalizada quando se pensa no estabelecimento de uma política intervencionista e punitiva sobre drogas. Da mesma forma, o SUS segue em disputa com a privatização e a mercantilização do sofrimento das pessoas que têm problemas com drogas. Assim, reduzir usuários de drogas a doentes, marginais e vagabundos corrobora com a redução do entendimento dos elementos e dimensões da experiência da crise, que submetem, constroem e diminuem as oportunidades daqueles que potencialmente sobrevivem. Dessa forma, compreendemos crise como experiência psicossocial que, em vez de contenção, nos orienta a agir no acolhimento e na legitimação de subjetividades forjadas na proibição para buscar pistas rumo a outras conexões possíveis com o viver.

A experiência da crise traz consigo algo de insuportável, sendo então um momento em que é preciso dar suporte, sustentando sua potência de destruição para encontrar recursos criativos de vida. Assim, apostamos no cuidado que não olha para a crise apenas como algo pontual, mas que considera a complexidade daquela pessoa em crise – uma pessoa com história, contexto e uma infinidade de possibilidades de existência.

Disponibilidade de dados

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no SciELO Data e pode ser acessado em:

<https://doi.org/10.48331/SCIELODATA.LD7LAP>

Contribuição das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Rosana Teresa Onocko-Campos 

Editor associado

Alberto Rodolfo Velzi Diaz 

Submetido em

08/10/24

Aprovado em

18/06/25

Referências

1. Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicol Rev.* 2007; 13(1):169-90.
2. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin ML. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol Unesp.* 2007; 6(1):31-44.
3. Knobloch F. O tempo do traumático. São Paulo: Educ; 1998.
4. Abreu GHM. Repercussões do proibicionismo e alternativas à proibição: política de redução de danos [monografia]. Brasília, DF: Faculdade de Direito, Universidade de Brasília; 2018.
5. Petuco D. O pomo da discórdia? Drogas, saúde, poder. Curitiba: CRV; 2019.
6. Souza TP. Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2007.
7. Tedesco S, Souza TP. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica das drogas. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME. *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 141-56.
8. Mesquita F. Redução de danos. In: *Boletim do Instituto de Saúde. Drogas e 30 anos de redução de danos*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2020. p. 10-7. (v. 21. n. 2.).
9. Oliveira R, Sampaio SS, Saldanha WS. Redução de danos no atendimento a sujeitos em situação de rua. *Argumentum.* 2015; 7(2):221-34.
10. Olievenstein C. A clínica do toxicômano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
11. Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015.
12. Rahme-De-Albuquerque RC. Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam drogas. Curitiba: CRV; 2020.
13. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
14. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29a ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
15. Ricoeur P. Tempo e narrativa. Campinas: Papirus; 1994.
16. Campos RTO, Palombini AL, Serpa OD Jr, Ferrer AL, Diaz AG, Xavier MAZ. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(10):2847-57.
17. Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(6):1090-6.
18. Campos RTO. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *Physis.* 2011; 21(4):1269-86.
19. Almeida CS. Determinação social do uso de álcool e outras drogas na visão dos adolescentes [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
20. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007; 17(1):77-93.

21. Ronzani TM, Furtado EF. Tratamento do uso de drogas em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): revisão sistemática da literatura. *Saude Soc.* 2012; 21(2):422-35.
22. Silva BSB, Pessoa PJBA. Sofrimento e violência que a lógica proibicionista gera na vida de usuários de drogas ilícitas. *Estud Pesq Psicol.* 2019; 19(1):187-205.
23. Dell'aqua G, Mezinna R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizador. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha; 1991. p. 53-79.
24. Kinker FS, Moreira MIB. Abertura de possíveis no cuidado em saúde mental, em momentos de crise. *Saude Debate.* 2021; 45(128):178-90.
25. Lima SS, Teixeira RM, Pinheiro CM. O conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. *Saude Debate.* 2012; 36(93):275-81.
26. Machado AR. Práticas de saúde às pessoas que usam drogas: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas? [tese]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2019.

This article investigates the experience of the crisis in the alcohol and other drug clinic, with the aim of understanding how users of a Psychosocial Care Center (CAPS) characterize it. It considers social determinants that aggravate alcohol and drug use and discuss the effects of the requirement of abstinence. Using Critical Hermeneutic and Narrative Methodology, results show that crisis is magnified by psychosocial intersections of racism, lack of basic rights, and violence, exacerbated by prohibitionism. Care practices that integrate individual and social dimensions are emphasized, promoting better living conditions and exposing the limits of prohibitionist models. Reducing drug users to sick people and outcasts reflects a limited understanding of the crisis, disregarding social determinants and reducing opportunities for those who potentially survive. Therefore, we understand the crisis as a psychosocial experience that requires welcoming and the legitimization of subjectivities, seeking ways to strengthen other connections with living.

Keywords: Harm reduction. Mental health. Drug users. Crisis.

Este artículo investiga la experiencia de la crisis en la clínica de alcohol y drogas con el objetivo de comprender como la caracterizan los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Considera determinaciones sociales que agravan el uso y discute los efectos de la exigencia de abstinencia. A partir de la Metodología Hermenéutica Crítica y Narrativa, los resultados dejan claro que la crisis se potencializa por factores psicosociales tales como racismo, ausencia de derechos básicos y violencias, exacerbadas por el prohibicionismo. Se subrayan prácticas de cuidado que incluyan dimensiones individuales y sociales, promoviendo mejores condiciones de vida e indicando la ineficacia del prohibicionismo. Reducir usuarios de drogas a enfermos y personas marginales restringe la visión integral de la crisis, puesto que desconsidera los factores determinantes sociales y reduce oportunidades de aquellos que hacen vivir. Por lo tanto, comprendemos la crisis como experiencia psicosocial que exige acoger y legitimar las subjetividades, buscando pistas para fortalecer otros vínculos con el vivir.

Palabras clave: Reducción de daños. Salud mental. Usuarios de drogas. Crisis.