



## Correlações entre as dimensões jurídico-política e teórico-conceitual da noção de abstinência\*

Matheus Campos Braga<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6764-1978>

Walter Melo Junior<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5755-0666>

Sanny Rhemann Baeta Melo<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3296-1335>

**Objetivo:** analisar o conceito de abstinência (dimensão teórico-conceitual) apresentado em documentos do Ministério da Saúde (dimensão jurídico-política), a saber, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Portaria n.º 3088, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, distinguindo os diferentes sentidos que tal conceito apresenta. **Metodologia:** pesquisa de natureza qualitativa, sendo a análise do conceito permeada pelo método da Análise Documental de caráter qualitativo. **Resultados:** foram encontrados três sentidos para o conceito de abstinência a partir da análise feita nos documentos escolhidos: (1) finalidade do tratamento; (2) possibilidade de tratamento; e (3) quadro clínico. **Conclusão:** o conceito de abstinência, presente nos documentos que se norteiam pela política de redução de danos, possui sentidos que não se contrapõem a tal política, mas a reafirmam. No entanto, é possível que esse conceito seja deturpado e utilizado de modo a validar, ao contrário, propostas terapêuticas pautadas na lógica proibicionista, fomentando a ambiguidade que atravessa o campo assistencial ao usuário de álcool e outras drogas.

**Descritores:** Substâncias Psicoativas; Atenção Psicossocial; Saúde Pública; Saúde Mental.

\* Artigo extraído de dissertação de mestrado "Representações sociais de profissionais da saúde e familiares de usuários de álcool e/ou outras drogas sobre o uso de drogas, seus atores e intervenções", apresentada à Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

### Como citar este artigo

Braga MC, Melo W Junior, Melo SRB. Correlations between the legal-political and theoretical-conceptual dimensions related to the notion of abstinence. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2024;20:e-214322 [cited \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_\_ <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.214322>

ano mês dia

URL

## Correlations between the legal-political and theoretical-conceptual dimensions related to the notion of abstinence

**Objective:** to analyze the concept of abstinence (theoretical-conceptual dimension) presented in documents from the Ministry of Health (legal-political dimension), namely, the Comprehensive Care Policy for Users of Alcohol and other Drugs launched by the Ministry of Health and Ordinance No. 3088, from 2011, which establishes the Psychosocial Care Network, thus distinguishing the different meanings that this concept has acquired. **Methodology:** qualitative research in which the analysis of the concept is permeated by Document Analysis, a qualitative research method. **Results:** three meanings related to the concept of abstinence were found based on the analysis carried out in the chosen documents: (1) purpose of the treatment; (2) possibility of treatment; (3) clinical condition. **Conclusion:** the concept of abstinence, present in documents guided by the harm reduction policy, has meanings that not only are not opposed to such policy, but reaffirm it. However, it is possible that this concept gets twisted and ends up being used to validate therapeutic plans based on the prohibitionist approach, promoting the ambiguity that crosses the field of health care for users of alcohol and other drugs.

**Descriptors:** Psychoactive Drugs; Psychosocial Care; Public Health; Mental Health.

## Correlaciones entre las dimensiones jurídico-política y teórico-conceptual de la noción de abstinencia

**Objetivo:** analizar el concepto de abstinencia (dimensión teórico-conceptual) presentado en documentos del Ministerio de Salud (dimensión jurídico-política), a saber, la Política de Atención Integral a los Usuarios de Alcohol y Otras Drogas del Ministerio de Salud y la Ordenanza nº 3088, de 2011, que instituye la Red de Atención Psicosocial y distinguir los diferentes significados que presenta dicho concepto. **Metodología:** investigación cualitativa, en que el análisis del concepto resulta impregnado por el método de Análisis Documental de carácter cualitativo. **Resultados:** se encontraron tres significados para el concepto de abstinencia a partir del análisis realizado en los documentos elegidos: (1) finalidad del tratamiento; (2) posibilidad de tratamiento; (3) condición clínica. **Conclusión:** el concepto de abstinencia, presente em documentos referentes a la política de reducción de daños, tiene sentidos que no se oponen a dicha política, sino que la reafirman. Sin embargo, es posible que este concepto sea distorsionado y utilizado para validar, a contrario *sensu*, propuestas terapéuticas basadas en la lógica prohibicionista, lo que fomenta la ambigüedad que atraviesa el campo de la asistencia a los usuarios de alcohol y otras drogas.

**Descriptores:** Agentes Psicoactivos; Atención Psicosocial; Salud Pública; Salud Mental.

## Introdução

O campo da saúde mental no Brasil pode ser caracterizado como um processo social complexo, constituído por quatro dimensões que se entrelaçam de modo convergente ou divergente: técnico-assistencial, sociocultural, jurídico-política e teórico-conceitual<sup>(1)</sup>. A dimensão técnico-assistencial aponta para uma mudança na organização dos dispositivos de saúde, pautados pelo modelo de atenção psicossocial. Neste sentido, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se constitui como um dispositivo estratégico<sup>(2)</sup>. Na dimensão sociocultural são criados mecanismos de interação social, favorecendo a mudança de concepção sobre a loucura<sup>(3-5)</sup>. A dimensão jurídico-política possui como principal aspecto a reformulação da legislação referente ao campo da saúde mental<sup>(6-9)</sup>. A dimensão teórico-conceitual se caracteriza pela ruptura em relação a teorias e conceitos estabelecidos no âmbito da psiquiatria, privilegiando noções como reabilitação psicossocial<sup>(10)</sup>, território<sup>(11-13)</sup> e redução de danos (RD), no caso específico ao campo de álcool e outras drogas<sup>(14)</sup>.

Inserida inicialmente como resposta nacional à epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre pessoas que faziam uso de drogas injetáveis, a redução de danos coloca-se hoje como uma proposta de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, tendo como centro o usuário em seu contexto familiar, educacional, de trabalho e renda, de moradia e de lazer. Encontra-se, portanto, alinhada às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração diversos fatores socioculturais que determinam e condicionam a saúde<sup>(15)</sup>. Neste estudo, abordaremos a política de redução de danos<sup>(16)</sup> e suas relações com a noção de abstinência e com as práticas proibicionistas no âmbito de duas dimensões: jurídico-política e teórico-conceitual.

Na dimensão jurídico-política, analisaremos dois documentos: a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas<sup>(16)</sup> e a Portaria 3.088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)<sup>(9)</sup>. No primeiro documento, destacam-se quatro aspectos que apontam para a integralidade da atenção ao usuário de álcool e outras drogas: (1) o aspecto clínico-político da redução de danos; (2) o uso de álcool e outras drogas com potencial para causar danos; (3) o caráter indissociável entre clínica e saúde coletiva; e (4) a redução de danos como possibilidade de tratamento pautado na clínica ampliada. Em relação à portaria que regulamenta a RAPS, trata-se de um marco para a divulgação e a aceitação das práticas de redução de danos no âmbito técnico-assistencial em nosso país, como também para a tentativa de superação de dois aspectos: a abstinência como única finalidade terapêutica e as ações proibicionistas. No entanto,

a portaria apresenta uma evidente contradição entre a proposta de desenvolver estratégias de redução de danos (Artigo 2º, Item VIII) e a inserção das chamadas Comunidades Terapêuticas (CT) na rede de atenção psicossocial (Artigo 9º, Item II).

A ambiguidade apresentada na dimensão jurídico-política entre a redução de danos e a abstinência será analisada também na dimensão teórico-conceitual. Dessa maneira, podemos notar uma variedade de concepções articuladas a práticas contraditórias, dificultando o debate entre profissionais, usuários e familiares de dispositivos de saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e a CT, que partem de princípios distintos, fundamentadas em políticas contrárias e que possuem indicações terapêuticas divergentes, instaurando verdadeiros paradoxos terapêuticos<sup>(17)</sup>. As questões relativas ao campo de álcool e outras drogas são abordadas, portanto, a partir de posicionamentos que se apresentam, invariavelmente, de maneira conflitante. As intervenções estão pautadas, por um lado, na ênfase na redução de danos e no antiproibicionismo e, por outro, em concepções proibicionistas e abstencionistas. Assim, temos um emaranhado discursivo, muitas vezes fundamentado em fatores religiosos, moralistas, criminais e patologizantes<sup>(18-22)</sup>. Diante disso, o objetivo geral deste trabalho é analisar os diferentes sentidos do conceito de abstinência (dimensão teórico-conceitual) encontrados nos documentos supracitados (dimensão jurídico-política).

## Metodologia

Este estudo se constitui em uma pesquisa de natureza qualitativa e, para análise de dados, utiliza a metodologia da Análise Documental de caráter qualitativo<sup>(23)</sup>. Tal técnica possibilita, por meio de documentos e a partir da seleção, coleta, análise e interpretação de dados, encontrar o que se mostra velado diante dos significados imediatos dos conteúdos, permitindo um maior aprofundamento dos diversos sentidos por trás da falsa ideia de transparência dos conceitos apresentados.

A escolha por estes dois documentos se deve, primeiramente, ao fato de ambos serem importantes norteadores do campo assistencial aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Ministério da Saúde. Um segundo ponto para a escolha reside na questão de ambos enfatizarem estratégias de redução de danos como diretriz do cuidado aos problemas oriundos do uso de álcool e outras drogas. No entanto, existe um terceiro ponto que torna essa escolha ainda mais importante: a presença da CT e, em consequência, a indicação terapêutica da abstinência de álcool e outras drogas, contradizendo as propostas de cuidado defendidas nestes documentos.

## Resultados

### A tentativa de superação da exclusividade da abstinência

No caso específico do campo de álcool e outras drogas, a dimensão jurídico-política está respaldada na política de redução de danos<sup>(16)</sup>, que oferece as diretrizes de trabalho de maneira coerente com a legislação vigente: Constituição Federal de 1988<sup>(24)</sup>, Lei 8.080/90<sup>(15)</sup>, Lei 10.216/01<sup>(6)</sup> e Portaria 336/02<sup>(7)</sup>. A Constituição Federal<sup>(24)</sup> estabelece que as ações e os serviços de saúde passem a se organizar em um sistema único (Artigo 198). Preconiza-se que o acesso seja universal e igualitário, em uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (Artigo 198). A partir do texto constitucional, as diretrizes podem ser organizadas em duas categorias: (1) diretrizes finalísticas – universalização, atenção integral e equidade; e (2) diretrizes estratégicas – descentralização, regionalização, hierarquização e participação social<sup>(25)</sup>. Essas diretrizes pautam as ações de saúde em todo território nacional, inclusive as que aludem ao campo da saúde mental, no qual está incluída a atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Os artigos da Constituição Federal referentes à área da saúde são desenvolvidos e detalhados na Lei 8.080/90<sup>(15)</sup> e as questões específicas do campo da saúde mental na Lei 10.216/01<sup>(6)</sup>, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários de serviços de saúde mental, redirecionando a atenção anteriormente centrada nos hospitais psiquiátricos para serviços territorializados, como os CAPS, que são regulamentados pela Portaria 336/02<sup>(7)</sup> e organizados por população e por clientela atendida, sendo o CAPS ad o serviço de referência para usuários de álcool e outras drogas.

Os CAPS compõem o eixo da Atenção Psicossocial Especializada da RAPS, estabelecida através da Portaria 3.088/11<sup>(9)</sup>, da qual fazem parte, também, os seguintes eixos: Atenção Básica em Saúde, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Em relação aos usuários de álcool e outras drogas, a RAPS prioriza ações de redução de danos. No eixo Atenção Residencial de Caráter Transitório estão incluídas as CT, pautadas em ações voltadas para a abstinência total de substâncias, gerando ambiguidade nas práticas e nos discursos na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

No Brasil, até o ano de 2003, as políticas preconizadas para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas baseavam-se na perspectiva proibicionista. Desse modo, as *instituições totais*<sup>(26)</sup> configuravam-se como locais privilegiados de tratamento, tendo como finalidade

a abstinência<sup>(14)</sup>. A redução de danos foi introduzida no Brasil no início da década de 1990 como resposta à epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em alguns pontos do país, tendo como público os usuários de drogas injetáveis<sup>(14,27)</sup>. Atualmente, a redução de danos foi ampliada e ultrapassa a lógica pautada exclusivamente na abstinência<sup>(16)</sup>.

A política de redução de danos está inserida no modelo de atenção psicossocial e pressupõe, portanto, serviços territorializados<sup>(2)</sup> e articulação em rede<sup>(28)</sup>. Seguindo essa lógica, em quadros agudos, a assistência ao usuário pode ocorrer em serviços de urgência e de emergência e, caso ele necessite de internação, em leitos de hospitais gerais. Nesse contexto, a redução de danos é entendida como uma ruptura com as concepções moralizantes e com as ações proibicionistas<sup>(16)</sup>, sendo esta ruptura feita desde os primeiros momentos da redução de danos no Brasil, quando defendida a dissolução do estigma e preconceito aos usuários de drogas injetáveis que se encontravam em condição de vulnerabilidade social. Como exemplo, temos as já citadas ações de redução de danos no contexto da epidemia de HIV/AIDS e os debates daí surgidos sendo levados aos congressos daquele período<sup>(27)</sup>.

A política de redução de danos é contraposta, portanto, à política de combate às drogas, pautada na confluência entre justiça, psiquiatria e moral religiosa<sup>(29)</sup>. Implica em uma mudança de postura dos profissionais de saúde, priorizando o acolhimento, o não julgamento, a visão integral e a centralidade no usuário. Assim, abre-se espaço para a participação engajada do usuário em seu tratamento e em sua inserção social<sup>(16)</sup>. É importante frisar que, para se alcançar a atenção integral preconizada nas diretrizes do SUS e na política de redução de danos, os profissionais de saúde devem atuar a partir de uma perspectiva interdisciplinar e os serviços devem estar articulados nas redes de saúde e intersetorial. Todos esses aspectos criam condições favoráveis para que sejam levadas em consideração as expectativas dos usuários, fazendo da abstinência uma possibilidade e não um objetivo, favorecendo a continuidade do tratamento.

Enfim, a proposta da redução de danos é de ultrapassar a lógica que impõe como finalidade a abstinência, que moraliza ou criminaliza o usuário e que o confina em instituições asilares, pois está voltada para a defesa da vida<sup>(16)</sup>. Nessa proposta, o tratamento é tido como responsabilidade mútua entre profissionais da saúde e usuários, articulando-o com a ação política de criação de redes que possibilitem o suporte social necessário para a ampliação da autonomia e do enfrentamento do uso de álcool e outras drogas.

Apesar dos embates e das contradições apresentadas, a política de redução de danos<sup>(16)</sup> é reafirmada na Portaria

3.088/11<sup>(9)</sup> que se refere à abstinência apenas como quadro clínico que deve ser tratado em enfermaria especializada de hospital geral (Artigo 10, item I). A redução de danos, por sua vez, é considerada como diretriz (Artigo 2º, item VIII), objetivo específico (Artigo 4º, item VI) e ação a ser desenvolvida em pontos de atenção da RAPS (Artigo 6º, itens I, II e III).

### Os sentidos da noção de abstinência

A partir da identificação dos modelos teóricos que norteiam as ações no campo de álcool e outras drogas é possível articular a dimensão teórico-conceitual à dimensão jurídico-política. Em nosso caso, daremos especial atenção à relação entre as noções de redução de danos e de abstinência. A partir do método de análise documental feita sobre dois documentos, a abstinência assume três grandes sentidos: (1) finalidade do tratamento; (2) possibilidade de tratamento; e (3) quadro clínico.

Identificou-se em torno da noção de abstinência os seguintes temas: “abstinência como objetivo único de tratamento, ante a falta de outras propostas”; “crítica à abstinência como única meta viável aos usuários”; “abstinência como meta não aderida por muitos usuários ou incompatível com a vida dos mesmos”; “abstinência como objetivo único de tratamento, associada às representações sociais de criminalidade e moral”; “abstinência como perspectiva limitada, ante as variadas possibilidades trazidas pela Redução de Danos”; e “abstinência como quadro clínico, decorrente da interrupção do uso de substâncias”<sup>(16)</sup>.

Na Portaria 3088/2011, a palavra abstinência surge apenas uma vez e tem como sentido a “abstinência como quadro clínico, decorrente da interrupção do uso de substâncias”. Percebe-se que a ideia de abstinência se encontra ultrapassada ante o enfoque dado à perspectiva da redução de danos nestes dois documentos analisados. Por outro lado, identificou-se a citação de termo Redução de Danos seis vezes na Portaria 3088/2011, sendo esta perspectiva sempre defendida, enquanto o termo abstinência surge em apenas um momento e localizado como um quadro clínico decorrente da interrupção do uso de substâncias<sup>(9)</sup>.

Discorrendo agora sobre os três grandes sentidos da noção de abstinência identificados nos dois documentos, a abstinência como única finalidade do tratamento está diretamente vinculada às relações de poder estabelecidas na articulação entre a criminalização do usuário de drogas, a instauração de locais de internação e o discurso moralista. Assim, a justiça, a psiquiatria e a moral cristã confluem para consolidar o modelo da abstinência. O Estado implementa uma política de combate às drogas e, nesse contexto, tenta garantir locais de segregação que impeçam o consumo, ou seja, que tenham como objetivo exclusivo a abstinência ao uso de substâncias<sup>(29)</sup>.

Em consonância com essa concepção, podemos destacar que, em nossa sociedade, a divisão entre drogas lícitas e ilícitas contribui para a confusão de discursos e práticas, como também para a associação das drogas aos poderes disciplinares da medicina e da justiça<sup>(14,30)</sup>. “A perspectiva proibicionista é sustentada por duas premissas fundamentais: (1) o uso de drogas ilícitas é prescindível e intrinsecamente danoso, portanto, não pode ser permitido; (2) a denominada guerra às drogas – perseguição e punição aos produtores, vendedores e consumidores de drogas ilícitas – é considerada como a melhor forma de combate”<sup>(31)</sup>. Percebe-se que, segundo a lógica proibicionista, independente da relação que se estabeleça com as drogas ilícitas, seu uso é completamente negado. De maneira coerente a esta lógica, a proposta de tratamento pauta-se exclusivamente na abstinência como finalidade, ou seja, a política de abstinência está inserida na política de combate às drogas lícitas e ilícitas.

A abstinência como possibilidade de tratamento está inserida, por sua vez, na política de redução de danos. Em suma, temos a seguinte situação: o modelo da abstinência exclui a redução de danos, pois está inserido no ideal abstencionista e próximo à política de combate às drogas; a política de redução de danos ultrapassa a lógica centrada na abstinência, mas não retira essa possibilidade de tratamento<sup>(16)</sup>. Dessa maneira, podem ser criadas estratégias para a redução dos possíveis danos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. A abstinência, por sua vez, passa a ser uma possibilidade de tratamento para uma determinada pessoa inserida em um determinado contexto.

Na redução de danos não há necessariamente a pretensão de eliminar o uso de álcool e outras drogas da vida da pessoa. O objetivo encontra-se na melhoria do bem-estar biopsicossocial do usuário, tornando o uso de tais substâncias menos danoso<sup>(32)</sup>, na busca por modos de vida mais saudáveis<sup>(33)</sup>. Mas, subvertendo totalmente a lógica da redução de danos, o termo chega a ser utilizado no âmbito das propostas proibicionistas, a partir da alegação que a abstinência como finalidade do tratamento reduz os possíveis danos que poderiam ser causados à sociedade<sup>(34)</sup>. Dessa maneira, a redução de danos é abandonada como uma estratégia que diversifica as formas de tratamento e da promoção da saúde, e passa a respaldar a política de combate às drogas<sup>(35)</sup>.

Os defensores do proibicionismo atacam a política de redução de danos dizendo que se trata de uma maneira de incitar o uso de drogas<sup>(14)</sup>. No entanto, como o próprio nome evidencia, a redução de danos está fundamentada no reconhecimento de que o álcool e outras drogas são potenciais geradores de danos, configurando-se, assim, enquanto política e estratégia que viabiliza diversificadas formas de tratamento<sup>(16)</sup>.

O caráter terapêutico da redução de danos está diretamente relacionado a práticas em instituições, como o CAPS ad, e a condutas estabelecidas em determinadas situações. Nesse sentido, podemos destacar a abstinência como quadro clínico, denominada por síndrome de abstinência, que se caracteriza por alterações físicas e psicológicas específicas para cada droga, decorrentes da súbita interrupção após um período de consumo, devendo ser tratada em enfermaria de hospital geral<sup>(36)</sup>. Trata-se, portanto, de algo muito distinto da política de combate às drogas, que pressupõe a abstinência como finalidade do tratamento. O manejo da síndrome de abstinência a partir da administração controlada com prescrição e acompanhamento médico de opioides, como a heroína e a morfina, por exemplo, possibilitou a consolidação da proposta da redução de danos<sup>(37-38)</sup>.

Temos, portanto, a abstinência como finalidade do tratamento (inserida na política de combate às drogas), como possibilidade de tratamento (inserida nas estratégias da redução de danos) e como quadro clínico. Em determinadas situações, a síndrome de abstinência evidencia a proposta da redução de danos e a necessidade de articulação entre clínica e saúde coletiva<sup>(16)</sup>, apontando para uma clínica do sujeito concreto, do sujeito em contexto, denominada como clínica ampliada<sup>(39-40)</sup>. Muitas vezes, ocorre uma cisão entre esses dois campos, dificultando o diálogo e inviabilizando ações efetivas. A busca pela atenção integral na saúde passa, principalmente, pelo trabalho conjunto entre esses dois domínios.

## Discussão

O estudo sobre a política de redução de danos, a partir da correlação entre as dimensões jurídico-política e teórico-conceitual, permite-nos reconhecer os conflitos teóricos e práticos no campo de álcool e outras drogas, as contraposições entre os modelos da redução de danos e de combate às drogas e os diferentes sentidos da noção de abstinência. Esses aspectos criam um emaranhado discursivo que dificulta o diálogo entre profissionais, usuários e familiares. Criam, ainda, paradoxos terapêuticos<sup>(17)</sup>, marcados pela implementação de instituições com propostas distintas e até mesmo contrárias, como o CAPS ad e a CT. Enquanto o CAPS se instaura como um serviço territorializado<sup>(2)</sup>, a CT se caracteriza como instituição de segregação social, garantida por aparatos jurídicos e médicos, articulados a julgamentos morais<sup>(29,41)</sup>, possuindo características semelhantes às prisões, aos manicômios e aos claustros religiosos<sup>(42)</sup>. Essa evidente contradição com as diretrizes do SUS aponta para um movimento de retrocesso no Movimento de Luta Antimanicomial: "tais instituições oferecem um modelo de tratamento contrário aos princípios da Reforma Psiquiátrica, reproduzindo algumas das piores práticas do

modelo manicomial, ao isolar as pessoas do convívio social e praticar violações sistemáticas de direitos"<sup>(43)</sup>.

A política de redução de danos<sup>(16)</sup> é reafirmada pela Portaria 3.088/11<sup>(9)</sup> em seu caráter de estratégia no âmbito da atenção à saúde e na importância do trabalho em rede. No entanto, a duplicidade de políticas concomitantes (de redução de danos e de combate às drogas) e a falta de clareza acerca da abstinência como uma possibilidade de tratamento inserida no modelo da redução de danos contribuem para a cisão entre os campos da clínica e da saúde coletiva. Esses aspectos da correlação entre as dimensões jurídico-política e teórico-conceitual refletem em duplicidades e ambiguidades na organização dos serviços e na formação das equipes profissionais, ou seja, estão presentes também na dimensão técnico-assistencial.

Os aparatos legais e teóricos são de suma importância para os avanços no âmbito da saúde pública e é nesse sentido que se inscreve a redução de danos, enquanto política e estratégia. Nota-se, no entanto, um descompasso na Portaria 3.088/11<sup>(9)</sup>: a defesa da política de redução de danos encontra-se lado a lado com a inclusão da CT na rede de atenção psicossocial. Assim, temos uma possibilidade de desdobramento deste estudo, pois o termo *comunidade terapêutica* também se insere nesse emaranhado discursivo que, em seu sentido original, aponta para um vetor comunitário<sup>(44)</sup> e, no contexto atual, há uma apropriação do termo<sup>(45)</sup> que passa a designar instituições de reclusão, tendo a abstinência como objetivo exclusivo.

## Conclusão

A presente pesquisa permitiu-nos identificar de modo claro e objetivo os sentidos do conceito de abstinência presentes em dois documentos norteadores do campo assistencial brasileiro em álcool e outras drogas. A partir da análise feita, percebe-se que em nenhum momento há a ênfase pela abstinência como política, mas apenas como uma das possibilidades de proposta terapêutica, inserida na política da redução de danos, e como um quadro clínico proveniente da interrupção abrupta do uso de determinadas substâncias. Deste modo, os sentidos dados ao conceito de abstinência não se contrapõem à política de redução de danos, mas a reafirmam. Apesar disso, destaca-se a possibilidade de que este conceito esteja sendo deturpado e utilizado de maneira a validar propostas terapêuticas voltadas à lógica proibicionista, fomentando a ambiguidade que atravessa o campo assistencial ao usuário de álcool e outras drogas.

Este estudo permitiu circunscrever o campo de compreensão e atuação da perspectiva da redução de danos, destacando-a enquanto uma proposta terapêutica capaz de articular o tratamento ao usuário com as

esferas familiar, comunitária e social, pautando-se nos pressupostos da clínica ampliada.

## Agradecimentos

Agradecemos a Bruno Bertolin Pereira pela colaboração em todas as fases do estudo.

## Referências

1. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Cézar MA, Melo W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos*. 2018;25(1):127-42. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100008>
3. Melo W. Nise da Silveira, Fernando Diniz e Leon Hirszman: política, sociedade e arte. *Psicol USP*. 2010;21(3):633-52. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000300011>
4. Melo W. Nise da Silveira, Antonin Artaud e Rubens Corrêa: fronteiras da arte e da saúde mental. *Gerais Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2010 [cited 2023 Aug 14];2(2):182-91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n2/v2n2a13.pdf>
5. Melo W. O efeito dominó: a relação entre a obra de Nise da Silveira e a arte concreta no Brasil. In: Melo W, Ferreira AP. *A Sabedoria que a Gente Não Sabe* [Internet]. Rio de Janeiro: Espaço Artaud; 2011 [cited 2023 Aug 14];79-94. Available from: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Livro%20Sabedoria%20Walter.pdf>
6. Brasil. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2001 Apr 09 [cited 2021 Sept 09]; 138 (seção 1):2. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2021 Sep 09]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
8. Brasil. Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2003 Aug 01 [cited 2021 Sep 09];147(seção 1):37-8. Available from: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10708.htm)
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2021 Sep 09]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
10. Sanches LR, Dalla Vecchia M. Reabilitação psicossocial e reinserção social de usuários de drogas: revisão de literatura. *Psicol Soc*. 2018;30:1-10. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30i178335>
11. Santos M. *Da Totalidade ao Lugar*: São Paulo: EdUSP; 2005.
12. Bissacotti AP, Gules AM, Blümke AC. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. *Hygeia*. 2019;15(32):41-53. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153247115>
13. Faria RM, Bortolozzi A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *Raega*. 2009;17:31-41. <https://doi.org/10.5380/raega.v17i0.11995>
14. Machado LV, Boarini ML. Política sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol Cienc Prof*. 2013;33(3):580-95. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>
15. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 1990 Sep 20 [cited 2021 Sep 09]. Available from: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
16. Ministério da Saúde (BR). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
17. César EAF, Rodrigues LB. Os CAPS ad, as comunidades terapêuticas e o "usuário de drogas: polêmicas e paradoxos. *Rev Cor Letras*. 2013;14(1):209-20. <https://doi.org/10.13102/cl.v14i1.1459>
18. Marques ACPR. O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Rev IMESC* [Internet]. 2001 [cited 2023 Aug 14];(3):77-86. Available from: <http://www.tratamentodrogas.curitiba.br/wp-content/uploads/2016/01/O-uso-do-alcool-e-a-evolucao-do-conceito-de-dependencia.pdf>
19. Carneiro H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: Labate BC, Goulart S, Fiore M, Macrae E, Carneiro H, organizators. *Drogas e cultura: novas perspectivas* [Internet]. Salvador: Editora

- da UFBA; 2008 [cited 2023 Aug 14]. p. 65-90. Available from: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
20. Mota L. Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença? Curitiba: Juruá; 2009.
21. Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, Laranjeiras R. Política de drogas no Brasil: uma abordagem de saúde pública baseada em pesquisas realizadas em um país em desenvolvimento. *Public Health Rev [Internet]*. 2014 [cited 2023 Aug 14];35(2):1-56. Available from: [https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2014/11/pdf\\_Ribeiro-et-al-Brazilian-Drug-Policy-port-Public-Health-Reviews-2014.pdf](https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2014/11/pdf_Ribeiro-et-al-Brazilian-Drug-Policy-port-Public-Health-Reviews-2014.pdf)
22. Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicol Teor Pesqui*. 2009;25(2):203-11. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008>
23. Lima ED Junior, Oliveira GS, Santos, ACO, Schneckenberg GF. Análise Documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. *Cad Fucamp [Internet]*. 2021 [cited 2023 Aug 14];20(44):36-51. Available from: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2356/1451>
24. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016 [cited 2023 Sept 22]. 496 p. Available from: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)
25. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. <https://doi.org/10.7476/9788575413425>
26. Silveira PS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estud Psicol*. 2011;16(2):131-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200003>
27. Petuco D. As três ondas da Redução de Danos no Brasil. *Bol Inst Saúde*. 2020;21(2):94-103. <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34622%20>
28. Baeta SR, Melo W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(6):2289-95. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>
29. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicol Soc*. 2011;23(1):154-62. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
30. Gomes-Medeiros D, Faria PH, Campos GWS, Tófoli LF. Drug policy and Collective Health: necessary dialogues. *Cad Saude Publica*. 2019;35(7):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242618>
31. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estud CEBRAP*. 2012;9-21. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>
32. Moreira FG, Silveira DX, Andreoli SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(3):807-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300028>
33. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. *Cad Saude Publica*. 2009;25(11):2309-19. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
34. Braga MC. Representações sociais de profissionais da saúde e familiares de usuários de álcool e/ou outras drogas sobre o uso de drogas, seus atores e intervenções [Thesis]. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei; 2021 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/DISSERTACAO%20MATHEUS%20FINAL.pdf>
35. Campos MA, Siqueira DJR. Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos. *J Bras Psiquiatr [Internet]*. 2003 [cited 2023 Aug 14];52(5):387-93. Available from: [https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos\\_restritos/files/migrados/File/Projeto\\_Semear/Temas\\_Revelantes/Reducao\\_de\\_danos\\_e\\_terapias\\_de\\_substituicao\\_em\\_debate\\_contribuicao.pdf](https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/Projeto_Semear/Temas_Revelantes/Reducao_de_danos_e_terapias_de_substituicao_em_debate_contribuicao.pdf)
36. Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Management of patients with substance use illnesses in psychiatric emergency department. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(Suplemento II):104-11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>
37. Fonsêca CJB. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicol Saberes [Internet]* 2012 [cited 2023 Aug 14];1(1):11-36. Available from: <https://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/redua%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos%20uma%20proposta%20%C3%A9tica.compressed.pdf>
38. Santos VE, Soares CB, Campos, CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis (Rio J)*. 2010;20(3):995-1015. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300016>
39. Souza TP, Carvalho SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polis Psique*. 2012;2(Sp Iss):37-58. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40319>
40. Costa EF. Consultório na rua: construindo uma clínica ampliada com a população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. *REASE*. 2023;9(2):1308-29. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i2.8624>
41. Fossi LB, Guareschi NMF. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estud Pesqui Psicol*.



2015;15(1):94-115. <https://doi.org/10.12957/epp.2015.16062>

42. Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. Comunidades terapêuticas: “novas perspectivas” e propostas higienistas. *Hist Cien Saude Manguinhos*. 2015;22(4):1231-48. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>

43. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: CFP; 2017.

44. Sommer M. As comunidades terapêuticas – história, evolução e a modernidade no tratamento das dependências químicas. *Psique (Belo Horizonte)* [Internet]. 2011 [cited 2023 Aug 14];(7):135-66. Available from: <https://cip.autonoma.pt/wp-content/uploads/2020/11/As-comunidades-terapeuticas-Historia-evolucao-e-a-modernidade-no-tratamento-das-dependencias-quimicas.pdf>

45. Brandão B, Carvalho J. Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência. *Rev Ingesta*. 2019;1(1):268-82. <https://doi.org/10.11606/issn.2596-3147.v1i1p268-282>

### Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Matheus Campos Braga, Walter Melo Junior, Sanny Rhemann Baeta Melo. **Obtenção de dados:** Matheus Campos Braga, Walter Melo Junior, Sanny Rhemann Baeta Melo. **Análise e interpretação dos dados:** Matheus Campos Braga, Walter Melo Junior, Sanny Rhemann Baeta Melo. **Análise estatística:** Matheus Campos Braga, Walter Melo Junior, Sanny Rhemann Baeta Melo. **Redação do manuscrito:** Matheus Campos Braga, Walter Melo Junior, Sanny Rhemann Baeta Melo. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Matheus Campos Braga, Walter Melo Junior, Sanny Rhemann Baeta Melo.


**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 14.07.2023

Aceito: 15.01.2024

Editora Associada:  
Carla Aparecida Arena Ventura

Autor correspondente:  
Matheus Campos Braga  
E-mail: [matheus08cbraga@gmail.com](mailto:matheus08cbraga@gmail.com)  
 <https://orcid.org/0000-0001-6764-1978>

**Copyright © 2024 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença 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 a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.