



doi: <http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.38.99.AO09>

## **Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: revisão integrativa da literatura**

*Health-disease process in abstinence and harm reduction models: integrative literature review*

*Proceso salud-enfermedad en los modelos de abstinencia y reducción de daños: revisión integradora*

---

Grazielle Tagliamento

Professora do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. Email: [tgrazielle@hotmail.com](mailto:tgrazielle@hotmail.com) <http://orcid.org/0000-0003-4438-5806>

Adriana da Silva Souza

Estudante do curso de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. <https://orcid.org/0000-0001-5979-1407>

Renata Lopes Ferreira

Estudante do curso de psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. <https://orcid.org/0000-0003-2624-7776>

Gislei Mocelin Polli

Professora do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. <https://orcid.org/0000-0001-7254-7441>

---

### **Resumo**

O presente artigo teve como objetivo compreender o impacto que os diferentes modelos de tratamento/acolhimento, redução de danos e abstinência, têm no processo de saúde-doença da pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas, e identificar como é a prática dos profissionais nessas diferentes formas de tratamento/acolhimento. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados SciELO, PePSIC, BVS LILACS, no período

compreendido de 2001 (a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica) até 2019. Na análise dos resultados, encontramos os tratamentos baseados na abstinência fortemente representados pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) e a redução de danos representada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs), que vinham ganhando força nos últimos anos. Por meio da discussão do tema, concluímos que o modelo ideal é aquele que respeita a autonomia da pessoa sobre sua vida, suas características, seu padrão de uso e das consequências que isso traz, seja emocional, física ou social, uma vez que contribui para a promoção de saúde e garantia de seus direitos.

**Palavras-chaves:** Redução de danos. Abstinência. Substâncias psicoativas. Tratamento.

#### **Abstract**

*This article aimed to understand the impact that the different models of treatment/reception process, harm reduction and abstinence have on the health – illness process of the person who makes harmful use of psychoactive substances, and identify how is the practice of professionals in these different forms of treatments/receptions. Therefore, an integrative literature review was performed in the databases SciELO, PePSIC, BVS LILACS, in the period from 2001 (from the Psychiatric Reform) until 2019. In the analysis of the results, we found the abstinence treatment strongly represented by the Therapeutic Communities (CTs) and the harm reduction represented by the Psychosocial Care Centers (CAPS), which were gaining strength in the last years. By means of the theme's discussion, we conclude that the ideal model is that which respects the person's autonomy over his life, his characteristics, his pattern of use and the consequences that it brings, be it emotional, physical or social, since that contributes to the promotion of health and guarantee of his rights.*

**Keywords:** Harm Reduction. Abstinence. Psychoactive substances. Treatment.

#### **Resumen**

*Este artículo tiene como objetivo comprender el impacto que los diferentes modelos de tratamiento/cuidado, reducción de daños y abstinencia, tienen en el proceso de salud-enfermedad de las personas que hacen uso nocivo de sustancias psicoactivas y identificar cómo es la práctica de los profesionales en estas diferentes formas de tratamiento/cuidado. Por lo tanto, se realizó una revisión bibliográfica integradora en las bases de datos Scielo, PePSIC, VHL LILACS, desde 2001 (desde la Reforma Psiquiátrica) hasta 2019. En el análisis de los resultados, encontramos los tratamientos basados en la abstinencia fuertemente representados por las Comunidades Terapéuticas (CT) y la reducción de daños representada por los Centros de Atención Psicossocial (CAPS), que habían estado ganando fuerza en los últimos años. A través de la discusión del tema, llegamos a la conclusión de que el modelo ideal es el que respeta la autonomía de la persona sobre su vida, sus características, su patrón de uso y las consecuencias que trae, ya sean emocionales, físicas o sociales, ya que contribuye a la promoción de la salud y la garantía de sus derechos.*

**Palabras clave:** Reducción de daños. Abstinencia. Sustancias psicoactivas. Tratamiento.

---

## **Introdução**

As substâncias psicoativas estão presentes na dinâmica social desde os primórdios da história, sendo uma prática milenar. A forma como se encara e lida com esse tema se altera e muda de acordo com o interesse de cada época e contexto social (Toscano Jr., 2001). Pode-se dizer que o uso de substâncias está entrelaçado com a história da

humanidade (Carranza & Pedrão, 2005), e na antiguidade o uso dos psicoativos funcionava como um fator de subsistência (Ribeiro & Laranjeira, 2015).

Segundo Birman (1999), as substâncias psicoativas são introduzidas na sociedade através da cultura. Algumas delas, no entanto, são inseridas ao ponto de não serem consideradas como drogas. O álcool e o tabaco, por exemplo, são drogas legalmente comercializadas e aceitas pela sociedade. Porém, o que é ou não socialmente aceitável depende das características da comunidade em questão – seus valores, sua cultura – e não do risco que a substância representa.

Baseando-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Assembleia Geral da ONU, 1948), é necessário observar que os usuários tenham assegurados seus direitos, tais como: à saúde, à educação, à moradia, à assistência social, entre outros como qualquer cidadão. Os direitos fundamentais do indivíduo, principalmente a sua autonomia, liberdade e diversidade, devem ser respeitados. Para tanto, é necessária a integração das ações relacionadas à prevenção do uso prejudicial de substâncias psicoativas com a atenção e (re)inserção social de usuários; fortalecer a autonomia e responsabilidade individual ao uso; adotar ações de prevenção adequadas às diferenças sociais e de substâncias, considerando a população mais vulnerável e suas necessidades; investimento em práticas alternativas, como esportes e cultura como formas de inclusão e aumento da qualidade de vida; e respeitar o indivíduo independentemente de qualquer condição, garantindo o seu acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Ministério da Justiça, 2012).

Na década de 1970, no Brasil, com o intuito de desconstruir os manicômios, ocorreu um movimento social que reivindicava melhores condições de atendimento e tratamento nos hospitais psiquiátricos. O modelo manicomial tinha como base instituições fechadas onde o sujeito ficava sob tutela, custódia, vigilância e disciplina, promovendo o isolamento e a segregação (Nobre & Caldas, 2012). A Reforma Psiquiátrica foi um movimento histórico, de caráter político, social e econômico que preconizou a desinstitucionalização e a substituição dos manicômios por outras práticas terapêuticas (Gonçalves & Sena, 2001). Esse modelo surge com a crise do hospital psiquiátrico, visto que este não dava resultados e poderia contribuir para o agravamento da doença, devido ao uso de métodos desumanos.

No final da década de 1980, surgiram outros métodos substitutivos ao tradicional. Nessa época, houve a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs)

com o objetivo de proporcionar ao usuário um atendimento mais humanizado. Os CAPSs visam ao acolhimento de pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, e partem da premissa da territorialidade, compreendendo que os territórios, e as relações sociais estabelecidas, estão na base dos processos de “subjetivação e de sofrimento psíquico” (Schneider, 2015, p. 43).

Segundo Ferreira e Luis (2004), é muito importante evidenciar que na realidade brasileira jamais teve uma política exclusiva de saúde, em nível nacional, a respeito da questão das drogas até 1988, quando iniciou a mudança, definindo as premissas para a criação dos Centros Regionais de Referência em Prevenção e Tratamento ao uso prejudicial de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas ou ilícitas.

Em 2001, foi aprovada e sancionada a lei da saúde mental ou Lei Paulo Delgado, que consolidou a efetivação dos CAPSs (Larentis & Maggi, 2012). Após 2002, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção Integrada ao Usuário de Álcool e outras Drogas, corroborando a geração de serviços exclusivos para usuários de substâncias psicoativas (Ferreira & Luis, 2004).

Visando superar o modelo centrado no hospital, houve a elaboração de uma proposta para oferecer uma rede de cuidados para ajudar o sujeito a viver na comunidade, construindo uma nova perspectiva da sociedade em relação ao indivíduo com algum sofrimento mental (Macedo, Abreu, & Dimenstein, 2017). A partir da Reforma Psiquiátrica, o modelo de tratamento mudou, passou a se preconizar a Redução de Danos (RD), onde as pessoas não ficam fora do convívio com a sociedade e sua família. Nesse período, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPSs ad) e, atualmente, há uma transição nos modelos, em que há uma priorização das comunidades terapêuticas, com um desinvestimento nos CAPSs, coexistindo, nesse sentido, dois grandes modelos de tratamento/acolhimento: redução de danos e abstinência.

O Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), criado na década de 1980 e substituído, em 2006, pelo Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), aprovou o modelo de redução de danos por dois motivos: controlar a epidemia de Aids; e cumprir o que diz o artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Começa-se a se compreender que as ações de redução de danos devem estar de acordo com o contexto sociocultural e econômico. A redução de danos nas políticas públicas foi inserida progressivamente, com aprovações de leis que objetivavam o reconhecimento do Estado como responsável pelos cuidados aos usuários de substâncias psicoativas e de transtornos psíquicos.

No modelo de RDs, as intervenções podem envolver a abstinência, a diminuição do uso da droga ou até mesmo a troca por substâncias que provoquem menos prejuízos à saúde. Seu foco é na constituição de serviços da rede assistencial do SUS, especialmente os serviços de saúde mental – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) –, como os CAPSs, os serviços de atenção primária à saúde (Vinadé, 2009).

Nesse modelo, o sujeito é visto na sua individualidade considerando o seu direito à liberdade, à cidadania, à inserção social e às decisões do seu próprio tratamento, como formas de trabalhar na redução de danos, que pode ser definida como estratégias que se orientam para minimização dos riscos e danos biológicos, psicossociais e econômicos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, sem que seja preconizada a abstinência imediata (Carvalho & Dimenstein, 2017).

No modelo de tratamento por abstinência, temos as Comunidades Terapêuticas (CTs), que foram criadas em 1979 com o objetivo de dar um retorno aos distúrbios provenientes do uso prejudicial de substâncias psicoativas, apresentando um meio livre destas e um modo de intervenção em que o paciente é cuidado como o personagem central de sua cura. Refere-se a uma estrutura com limites fundamentais e funções bem demarcadas, regras nítidas e afetos restritos, por meio de regulamentos, horários e responsabilidades. Todo sistema é organizado para que o paciente se concentre totalmente no tratamento, para isso há um grande esforço tanto da equipe multiprofissional quanto dos pacientes (Cazenave, 1999).

A CT é um padrão de tratamento de moradia usado por muito tempo para pacientes com disfunções psiquiátricas crônicas. Sua premissa é baseada na argumentação de que, quando não se é possível proporcionar mudanças na pessoa, torna-se necessário modificar a sua condição, seu meio ambiente e tirá-lo do contexto onde o uso ocorre. As particularidades desse tipo de tratamento, conforme o Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas dos Estados Unidos (NIDA, 2009), são ambientes residenciais, livres de substâncias psicoativas e que utilizam como padrão hierárquico fases de tratamento, que constituem níveis crescentes de responsabilidade social e individual. Nesse modelo, utiliza-se a influência de outros indivíduos, muitas vezes ex-usuários, para ajudar os usuários a aprenderem e assimilarem as normas sociais e fortalecerem suas habilidades (Sabino & Cazenaves, 2005).

Baseado no aqui exposto, evidencia-se a importância de se abordar e explorar os dois principais modelos vigentes no Brasil de tratamento/acolhimento, redução de danos

e abstinência. Um melhor entendimento dos impactos desses modelos nos processos de saúde-doença pode colaborar com a criação e implementação de políticas públicas mais efetivas. Nesse sentido, esta pesquisa buscou compreender, por meio de uma revisão integrativa da literatura, o impacto que os diferentes modelos de tratamento/acolhimento, redução de danos e abstinência, têm no processo de saúde-doença da pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas e identificar como é a prática dos profissionais nesses diferentes modelos de tratamento/acolhimento.

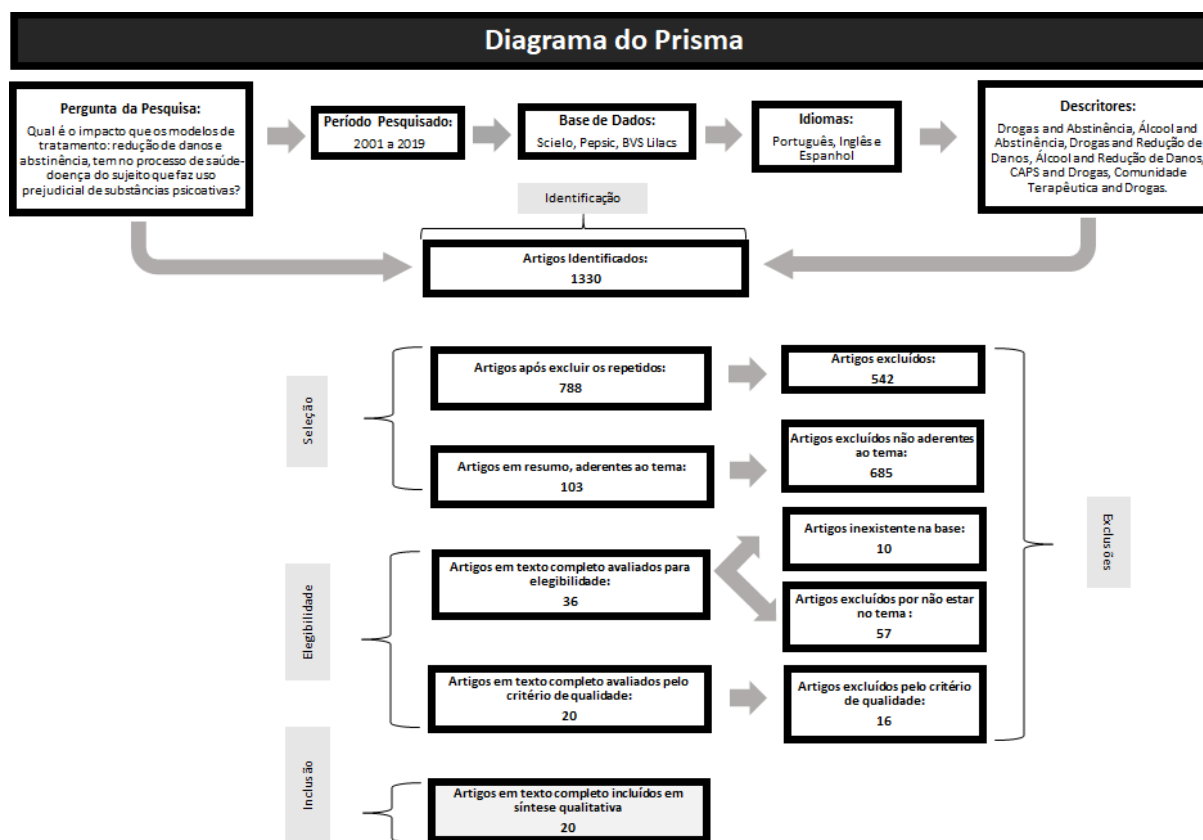
### Método

Para a construção deste artigo, foi utilizada a revisão integrativa da literatura, que é desenvolvida com base em materiais já elaborados, permitindo a cobertura de uma ampla visão dos pesquisadores da fonte primária, com pesquisas e resultados de estudos dirigidos ao tema interessado (Gil, 2009).

Para o estudo, alguns passos foram seguidos, como: (1) elaboração de uma pergunta de pesquisa, buscando uma resposta ao final do trabalho; (2) definição de uma estratégia de busca, neste caso, os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: SciELO, PePSIC, BVS LILACS. Foram pesquisados artigos publicados no período compreendido de 2001 (a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei nº 10.216, de 2001) até 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol; (3) identificação de artigos por meio dos descritores, utilizados nas três línguas: Drogas AND Abstinência, Álcool AND Abstinência, Drogas AND Redução de Danos, Álcool AND Redução de Danos, CAPS AND Drogas, Comunidade Terapêutica AND Drogas. As estratégias de busca foram adaptadas a cada base de dados; (4) seleção dos estudos brasileiros de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

A análise de qualidade dos artigos foi realizada com o auxílio do *checklist* do Relatório Preferencial para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) (Figura 1). O PRISMA considera que o processo é dinâmico, que a conduta e relato de pesquisa são processos distintos, e requer uma avaliação minuciosa do risco de viés e nível de desfecho, e destaca a importância de relatar esses vieses (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015). Entre os critérios de avaliação dos artigos, foram levantados os riscos de vieses de seleção, de aderência, de citações de fontes seguras e de publicação seletiva. Os dados

sobre qualidade foram utilizados para analisar a diferença e similaridade encontradas entre os artigos e para calcular a força da evidência dos estudos.



**Figura 1** – Diagrama do PRISMA. Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos artigos.

Para a análise de dados, foi utilizada a análise categorial, onde a categorização, descrição e interpretação são etapas fundamentais desse método de análise (Minayo, 2014). Os artigos foram classificados em duas grandes categorias – Comunidades Terapêuticas/abstinência e Redução de Danos. Alguns artigos abordam as duas modalidades e, por isso, pertencem às duas categorias. Para cada uma das categorias, foram analisados a atuação dos profissionais e o impacto nas pessoas. Além disso, procurou-se apresentar uma síntese de como os artigos selecionados descrevem cada um dos modelos de tratamento.

## Resultados

Como resultado das bases e descritores pesquisados, foram encontrados 1.330 artigos, dos quais, após excluídos os repetidos, restaram 788. Após a leitura dos resumos,

resultaram em 103 artigos aderentes ao tema. Na etapa seguinte, esses 103 artigos foram lidos na íntegra e selecionados os que atendiam aos critérios de inclusão, inclusive de qualidade nos assuntos trazidos, sendo elegíveis 20 artigos, que estavam em consonância com os objetivos da pesquisa. Os artigos referentes à temática estudada encontram-se sumarizados na Tabela 1.

**Tabela 1.**

Descrição dos artigos analisados.

Título	Autor/Ano	Método	Objetivo	Modelo de tratamento
Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura	Gomes, T. B., & Vecchia, M. D. (2018)	Qualitativo/Revisão de literatura	Sistematizar as experiências de atenção à saúde a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas que têm por base a RD no Brasil e no mundo	RD
Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência	Malvezzi, C. D., & Nascimento, J. L. (2018)	Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas	Analisar as crenças e as práticas de saúde no cuidado ao usuário de álcool na atenção primária à saúde	RD
O Cuidado aos Usuários de Drogas: entre Normatização e Negação da Autonomia	Vasconcelos, M. P. N., Paiva, F. S., & Vecchia, M. D. (2018)	Qualitativo/Grupos focais	Compreender as concepções de profissionais que atuam no CAPS ad e CT acerca do cuidado	Ambos – CT/abstinência e RD
Políticas públicas e o usuário de <i>crack</i> em tratamento	Almeida, C. S., & Luis, M. A. V. (2017)	Qualitativo/Entrevista semiestruturada	Compreender se as políticas estão em conformidade com as demandas e necessidades dos usuários de <i>crack</i>	RD
Análise do discurso sobre redução de danos num CAPS ad III e em uma comunidade terapêutica	Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017)	Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas	Investigar concepções e práticas de RD em um CAPS ad e uma CT	Ambos – CT/abstinência e RD
Redução de danos: uma experiência na atenção básica	Cézar, M. A., & Oliveira, M. A. (2017)	Qualitativo/Estudo de caso	Problematizar a atenção oferecida ao usuário de álcool e outras	RD



Título	Autor/Ano	Método	Objetivo	Modelo de tratamento
Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos	Lima, H. S., & Seidl, E. M. F. (2017)	Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas	Descrever ações de RD desenvolvidas no Consultório na Rua	RD
Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação	Rêgo, N. G., Oliveira, P. R. S., Lima, A. F., & Holanda, R. B. (2017)	Qualitativo/Pesquisa documental	Compreender como a categoria pobreza apresenta-se em documentos que referenciam as Políticas Públicas específicas para o campo do Alcool e Outras Drogas	RD
Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016	Teixeira, M. B., Ramôa, M. L., Engstrom, E., & Ribeiro, J. M. (2017)	Qualitativo/Pesquisa documental	Analisar, à luz dos paradigmas do proibicionismo e antiproibicionismo, modelos que influenciaram as políticas públicas sobre drogas no Executivo Federal brasileiro	Ambos – CT/abstinência e RD
Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS	Silveira, R. W. M., & D'Tôlis, P. O. A. O. (2016)	Qualitativo/Entrevista semiestruturada	Conhecer a repercussão do trabalho do redutor de danos junto aos profissionais, equipes e serviços de saúde	RD
Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS ad II do Distrito Federal	Calassa, G. D. B., Penso, M. A., & Freitas, L. G. (2015)	Qualitativo/Entrevista semiestruturada	Discutir como os profissionais dos CAPS ad II compreendem a RD e como essa prática se efetiva	RD
O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos	Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2015)	Quantitativo/Pesquisa documental	Descrever a especificidade do tratamento nas CTs	CT/abstinência

Título	Autor/Ano	Método	Objetivo	Modelo de tratamento
As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil	Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2015)	Qualitativo/Entrevistas semiestruturadas/Observação participante/Pesquisa documental	Analisar o papel de CTs religiosas na recuperação e reabilitação de usuários de drogas	CT/abstinência
Serviços de saúde e comunidades terapêuticas: há uma relação em prol do dependente químico?	Silva, I. F. C., Souza, K. S., Batista, S. H. R., & Almeida, R. J. (2015)	Quantitativo/Questionários	Analisar o relacionamento entre as CTs e os serviços de atenção à saúde disponibilizados pelo SUS	CT/abstinência
A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?	Perrone, P. A. K. (2014)	Qualitativo/Pesquisa Bibliográfica	Demonstrar como as bases conceituais e metodológicas da Reforma Psiquiátrica se assemelham às das CTs	CT/abstinência
O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade	Shimoguiri, A. F. D. T., & Périco, W. (2014)	Qualitativo/Pesquisa documental	Analisar o CAPS ad como dispositivo social de produção de subjetividade	RD
Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil	Andrade, T. M. (2011)	Qualitativo/Revisão de literatura	Discutir sobre as políticas de drogas no Brasil	RD
O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais	Moraes, M. (2008)	Qualitativo/Grupos focais/Observação participante/pesquisa documental	Investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas	RD

Título	Autor/Ano	Método	Objetivo	Modelo de tratamento
Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos.	Nardi, H. C., & Rigoni, R. Q. (2005)	Qualitativo/Pesquisa Bibliográfica	Focalizar o trabalho dos redutores de danos, questionando como as formações discursivas sobre aids e drogas atravessam a subjetividade e o trabalho dos redutores de danos	RD
Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas	Sabino, N. M., & Cazenave, S. O. S. (2005)	Quantitativo/Questionário	Colher informações da vida pessoal de usuários de substâncias psicoativas e da sua dependência a essas substâncias, abordando como forma de tratamento as CTs	CT/abstinência

CT = Comunidade Terapêutica; RD = Redução de Danos

## Modelos de Tratamento

### *Comunidades Terapêuticas/Abstinência*

O crescimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) psiquiátricas iniciou na década de 1960 com a recuperação de usuários de álcool e outras drogas. Foram constituídas com a intenção de responder aos problemas frente ao uso prejudicial de substâncias psicoativas num ambiente protegido, tendo como responsável pelo tratamento o próprio paciente. No Brasil, a definição de CT foi tratada pelo Ministério da Saúde e regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em sua RDC nº 101/2001 (atual RDC nº 29 de 30/06/2011). As CTs realizam serviços às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência, em que o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento deverá ser a interação entre as pessoas; podendo essas instituições serem urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas, sendo que a permanência nas CTs pode ser de curta ou longa duração. O regime de internação inicialmente era de 12 a 18 meses, porém isso tem se alterado e, nas CTs filiadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), o tempo de internamento varia entre seis e nove meses (Sabino & Cazenave, 2005; Perrone, 2014).

O tratamento a partir da abstinência visa criar uma atitude de controle que deverá ser mantida, associada à ideia de que o uso prejudicial de substâncias psicoativas é uma doença incurável. Esse modelo preconiza que o uso prejudicial de substâncias psicoativas é uma doença biológica que necessita de tratamento e reabilitação, a atenção está no indivíduo e a abordagem utilizada é a da redução da demanda. O foco do tratamento é a abstinência total e o indivíduo precisa admitir que tem uma doença incurável, progressiva e fatal. Para a efetividade do tratamento, é importante a capacidade de vincular-se a um grupo com regras e limites, desenvolvendo autocontrole e habilidades sociais básicas (Perrone, 2014; Carvalho & Dimenstein, 2017; Teixeira, Ramôa, Engstrom, & Ribeiro, 2017).

A finalidade da recuperação é a inserção do indivíduo na sociedade, realizando o tratamento do transtorno, modificando seu estilo de vida, instruindo para novos valores, como responsabilidade, honestidade e amor, promovendo crescimento pessoal (Sabino & Cazenave, 2005; Ribeiro & Minayo, 2015). Tem como objetivo proporcionar recuperação, reabilitação física e psicológica, resgate da cidadania e integração do indivíduo no convívio social, por meio de seu programa terapêutico, podendo englobar laborterapia, convivência em grupo, desenvolvimento de atividades profissionalizantes, programas culturais, atividades religiosas e espirituais, atendimento às famílias, entre outros (Silva, Souza, Batista, & Almeida, 2015).

Três modalidades de CTs prevalecem, sendo estas: religiosa-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; científica, com médicos, psicólogos e assistentes sociais; e mista, que integra as duas modalidades anteriores. Alguns conceitos básicos podem ser observados em todas essas concepções, as comunidades terapêuticas se constituem de um conjunto de regras, com limites e responsabilidades. Fundamentam-se na disciplina, trabalho em equipe, terapia ocupacional, abstinência de drogas e sexo e punições aos desvios (Ribeiro & Minayo, 2015).

As CTs não seguem necessariamente os padrões do SUS, pois, em geral, são estruturadas por voluntários que nem sempre possuem formação técnica, e trabalham com internações de longa duração. Em muitas CTs, a religião é determinada como a principal estratégia de tratamento, independentemente da crença do sujeito (Fossi & Guareshi, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017). Ainda que não sigam os princípios do SUS, as CTs fazem parte da RAPS (Vasconcelos, Paiva, & Dalla Vecchia, 2018).

Diversas aderem ao modelo de tratamento do Alcoólicos Anônimos (AA), fundamentado em Doze Passos e Doze Tradições. O método é baseado na abstinência e o alicerce do tratamento é a troca da experiência entre os participantes, tendo como princípios básicos: espiritualidade, disciplina e trabalho. Proporciona, por meio das partilhas, compreender as experiências dos companheiros, além de receber e oferecer o amparo e o respeito mútuo (Sabino & Cazenave, 2005; Fossi & Guareshi, 2015).

Em algumas CTs, foi verificada a existência de uma equipe multidisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros, usuários em recuperação e voluntários. Nessas CTs, era oferecida assistência psicológica individual e em grupo, esporte e lazer, oficinas terapêuticas, laborterapia e grupos de espiritualidade e autoajuda (Fossi & Guareshi, 2015).

As CTs possuem um modelo residencial e seu princípio é de que, se não é possível mudar o indivíduo, muda-se o meio em que ele vive, ou seja, isola-o da situação de uso de substâncias. São ambientes residenciais, protegidos de substâncias psicoativas, que utilizam modelo hierárquico, ampliando cada vez mais as responsabilidades. A interação entre as pessoas é usada para auxiliar no desenvolvimento de cada um e aprender as normas sociais (Sabino & Cazenave, 2005; Fossi & Guareshi, 2015).

### *Redução de Danos*

O modelo de Redução de Danos (RD) refere-se a um plano de atenção à saúde com o intuito de reduzir os riscos e os danos consequentes pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas. A RD é fundamentada nos princípios do SUS, que são: Universalidade, Integralidade e Equidade (Silveira & D'Tólis, 2016). Trata-se de uma soma de medidas em saúde com o objetivo de reduzir as consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas, sempre respeitando a liberdade de escolha do usuário (Nardi & Rigoni, 2005).

A RD é uma política que abrange a prevenção, tratamento e a reabilitação do indivíduo como uma questão de saúde pública, viabilizando um novo entendimento voltado para a melhoria da qualidade de vida. As técnicas da RD se baseiam na importância do poder da escolha do usuário e na promoção de diálogos e consensos. Por ponderar as escolhas dos indivíduos, é considerada como uma prática mais flexível (César & Oliveira, 2017). Está pautada na desinstitucionalização, liberdade e autonomia, propondo a redução de riscos e danos. Essa abordagem foca na singularidade do sujeito

e visa à (re)inserção social, compreendendo o uso prejudicial de substâncias psicoativas como consequência do envolvimento do indivíduo com a substância em uma certa situação (indivíduo + substância + situação). Tem como princípios o respeito ao indivíduo, a valorização da sua participação na mudança de comportamento, e a implementação de medidas de proteção e promoção da saúde (Lima & Seidl, 2017), sendo pautada na garantia dos direitos humanos (Teixeira et al., 2017).

A abstinência não é um objetivo rígido nesse modelo de tratamento, que visa à atenção integral ao usuário de substâncias psicoativas, buscando o aumento das condições de saúde, tratamento e reabilitação, melhoria na qualidade de vida, resgate da cidadania e a (re)inserção social. As ações de RD são feitas em conjunto com os usuários, valorizando as mudanças em seu comportamento, estabelecendo vínculos e a responsabilização, estratégias que favorecem a voz do indivíduo (Lima & Seidl, 2017).

O modelo inclui várias ações que pretendem reduzir riscos e danos de natureza biológica, psicológica, social e econômica causados pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas, sem obrigatoriamente demandar abstinência. A abstinência nesse modelo não é ignorada, porém são traçados outros objetivos para os usuários que não conseguem suspender o uso de substâncias ou não querem parar o uso. Esse entendimento parte do pressuposto de que o indivíduo tem o direito de fazer suas escolhas de maneira autônoma e livre (Lima & Seidl, 2017; Vasconcelos et al., 2018).

Esse modelo leva em conta a individualidade, os direitos humanos e a cidadania. Considera o indivíduo como um sujeito de direitos, colocando em pauta a responsabilidade, a liberdade de escolha e o autocuidado (Gomes & Dalla Vecchia, 2018). É um campo político que ajuda a atender os usuários de acordo com as suas necessidades, pois compreende que as substâncias psicoativas são uma questão social, e o indivíduo é visto como um sujeito de direito que pode escolher o que vai usar, no entanto deve ter consciência das consequências de suas ações (Rêgo, Oliveira, Lima, & Holanda, 2017).

Buscando adotar um modelo de valorização dos direitos humanos e da cidadania, o Ministério da Saúde sugeriu, em 2003, a fundação do CAPS ad, cuja finalidade é atender pessoas em sofrimento mental consequente do uso de substâncias psicoativas de forma psicossocial e com base comunitária. Os CAPSs ad prestam serviços extra-hospitalares, possuem como modelo de tratamento a RD e precisam estar ligados à RAPS. O usuário deve ser recebido na Atenção Primária de Saúde (APS) e, caso o cuidado seja insuficiente, ser encaminhado para o CAPS ad. Os CAPS ad têm a função de sistematizar os

dispositivos de cuidado em busca da atenção integral (Almeida & Luis, 2017; César & Oliveira, 2017).

Os CAPSs ad ofertam serviços de atendimento diário com atividades terapêuticas e preventivas, e procuram lidar com a questão do estigma social sobre os usuários. Os princípios da RD que norteiam o CAPS ad são: autonomia em relação aos objetivos do tratamento; atendimento humanizado, acolhimento e (re)inserção social (Carvalho & Dimenstein, 2017; Vasconcelos et al., 2018).

### **Atuação dos Profissionais**

#### *Comunidades Terapêuticas/Abstinência*

Alguns dos artigos classificados na categoria CT/abstinência apresentam informações sobre a atuação dos profissionais nesse modelo de tratamento (Perrone, 2014; Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; Vasconcelos et al., 2018). Essa atuação está direcionada a ajudar o usuário a desenvolver competências, como: autocontrole e habilidades sociais, a fim de viabilizar o êxito de uma (re)integração à sociedade (Perrone, 2014). Os profissionais que atuam nesse modelo, algumas vezes concedidos pelo Estado e outras atuando de forma voluntária, muitas vezes balizam sua atuação em suas crenças religiosas, o que gera questionamentos sobre o atendimento oferecido (Ribeiro & Minayo, 2015).

Na época do estudo feito por Perrone (2014), ele revelou que existiam no Brasil 132 CTs associadas à FEBRACT, no entanto o número de CTs existentes já era muito maior. De acordo com o autor, o mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas no Brasil revelou que existiam de 2.500 a 3.000 CTs, revelando-se um problema, visto que a maioria destas não estava associada a nenhuma instituição regulamentadora. O autor menciona também que consta no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) a partir da inspeção de 68 instituições, diversas falhas nas CTs, como, por exemplo: a) agressão física e moral; b) constrangimento aos familiares nas visitas; c) cárcere privado; d) imposição de crença; e) negligência de cuidado com a saúde. A partir dos dados, evidenciou-se que a maioria das instituições no Brasil não obedece às condições básicas de funcionamento e não deveria ser chamada de CT.

Carvalho e Dimenstein (2017) realizaram uma pesquisa de campo em uma dessas comunidades e verificaram que a equipe da CT era constituída por cinco voluntários que ocupavam cargos de gestão, sendo na sequência hierárquica o presidente, o “padrinho” e os coordenadores, que eram internos que estavam finalizando o seu tratamento na CT, e todos ficavam encarregados pela administração do dia a dia. Esses profissionais entendiam que era importante ter a abstinência como objetivo no tratamento, visto que sua ausência poderia funcionar como mantenedora do uso prejudicial de substâncias psicoativas, e a política de RD poderia funcionar como uma forma de consentimento para seu uso.

Em outra pesquisa de campo realizada em uma CT, Vasconcelos et al. (2018) verificaram que os profissionais percebiam que o cuidado prestado deveria estar direcionado ao dever de ajustar o comportamento e torná-lo funcional. Com isso, o cuidado se tornava uma padronização e colocava a CT como controladora e os profissionais como “detentores” do saber. Nessas instituições, a religiosidade é vista como o alicerce e a droga como questão principal, o que torna necessário o ajustamento dos comportamentos. Na fala de um dos entrevistados, é possível identificar que o usuário é visto como o único responsável pelo fracasso do tratamento, assim a instituição se protegia e não se responsabilizava pelo cuidado.

### *Redução de Danos*

Os artigos que foram classificados na categoria Redução de Danos e tratam da atuação dos profissionais nesta modalidade (Moraes, 2008; Andrade, 2011; Shimoguri & Périco, 2014; Calassa et al., 2015; Silveira & D’Tólis, 2016; Almeida & Luis, 2017; César & Oliveira, 2017; Lima & Seidl, 2017; Gomes & Dalla Vecchia, 2018; Malvezzi & Nascimento, 2018) abordam como essa atuação ocorre no âmbito do SUS, na atenção primária e nos CAPSs. Nesse modelo de tratamento, a aproximação dos usuários deve ser feita por meio de visitas domiciliares e agendamento de consultas para avaliação clínica, não sendo necessário, nesse primeiro contato, tratar diretamente da questão do uso de substâncias psicoativas. O objetivo inicial é criar vínculo e construir um projeto terapêutico respeitando a autonomia do indivíduo. Outro fator importante é trabalhar o estigma que a sociedade tem sobre o uso prejudicial de substâncias psicoativas, com a finalidade de ultrapassar os obstáculos que trazem dificuldades em procurar tratamento (César & Oliveira, 2017).



De modo geral, os profissionais dos CAPSs têm uma concepção mais abrangente do tratamento, de modo a não restringi-lo à abstinência e a uma visão biológica (Silveira & D'Tólis, 2016). Para o desenvolvimento da estratégia de RD, o trabalho multidisciplinar é fundamental, assim como o vínculo e a corresponsabilização dos usuários no processo, privilegiando a comunicação e a escuta (Lima & Seidl, 2017). Os aspectos sociais são aprimorados por meio de oficinas de formação profissional, rodas de conversas e escuta terapêutica, buscando englobar cultura, lazer e educação (Gomes & Dalla Vecchia, 2018).

As pesquisas realizadas junto a esses profissionais indicam que a aplicação da RD na prática cotidiana é dificultada por alguns fatores. A dificuldade de formação adequada da equipe multiprofissional para atuação sob tal perspectiva é um fator dificultador. Apesar do treinamento recebido, alguns médicos ignoram outros padrões de uso existentes, baseando-se somente na dependência e não dependência (Malvezzi & Nascimento, 2018). A falta de conhecimento sobre os métodos de RD faz com que alguns profissionais avaliem a abstinência como única alternativa possível para reinserção social, já que consideram a abstinência como premissa para ser aceito socialmente (Moraes, 2008).

Alguns profissionais não possuem conhecimentos teóricos e práticos para sustentar a prática de RD. Carecem de informações sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Pública, o que faz com que o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico e medicalizador predomine entre alguns profissionais (Shimoguiri & Périco, 2014). Desse modo, mesmo os profissionais que atuam nos CAPSs e que deveriam atuar conforme o modelo de RD, algumas vezes, adotam uma postura de padronização de comportamentos, muitas vezes disfarçada por um discurso que se refere à Reforma Psiquiátrica. Os profissionais entrevistados por Vasconcelos et al. (2018) referiam que a droga impedia o usuário de pensar e viam o medicamento como necessário para o tratamento.

Nas pesquisas de campo, foi percebido que em um CAPS ad a redução de danos se limitava a técnicas e procedimentos, como a substituição de uma droga ilícita por uma lícita, compreendendo a RD de forma simplista (Vasconcelos et al., 2018). Os profissionais de outro CAPS ad se restringiam à utilização das técnicas da RD e não à sua perspectiva completa, e questionavam a efetividade das técnicas utilizadas pela RD, principalmente as de substituição de drogas ilícitas por lícitas (Calassa et al., 2015). Em grande parte dos casos, a aderência ao tratamento é pequena e os usuários vêm e vão,

muitas vezes por consequência de práticas desumanas e por discriminações por parte dos profissionais (Cézar & Oliveira, 2017). Outra pesquisa indicou que, quando os usuários entravam nos serviços de atenção primária, os profissionais lidavam de forma não receptiva e estigmatizante, mostrando a falta de conhecimento sobre o tema (Malvezzi & Nascimento, 2018).

As equipes dos CAPSs ad não possuem estabilidade nos vínculos, remuneração adequada e capacitação apropriada, o que dificulta as ações de promoção, prevenção e assistência aos usuários e integração dos profissionais, gerando dificuldades para a efetivação do modelo de tratamento de RD (Andrade, 2011). Observa-se que os profissionais da atenção primária, particularmente enfermeiros, carecem de conhecimento sobre a RD para que possam realizar a prevenção e promoção de saúde, reconhecendo o sujeito que possa estar em risco ou fazendo uso prejudicial de substâncias psicoativas (Almeida & Luis, 2017).

## **Impacto nas Pessoas**

### *Comunidades Terapêuticas/Abstinência*

Dois artigos que compõem a categoria CT/abstinência apresentam impactos do tratamento junto às pessoas que receberam os cuidados (Perrone, 2014; Carvalho & Dimenstein, 2017). Perrone (2014) verificou que os usuários de uma CT que desenvolvem a sociabilização na instituição conseguiriam repertórios para futuramente desempenhar-se melhor na sociedade. Carvalho e Dimenstein (2017) verificaram que a percepção dos usuários era que a atenção recebida foi acolhedora, pois, ao longo de sua vida de uso de substâncias psicoativas, ficaram à margem da sociedade, porém nessas instituições foram tratados com respeito pelos profissionais.

### *Redução de Danos*

Entre os artigos que compõem a categoria RD, alguns descreveram o impacto que essa forma de tratamento alcançou junto às pessoas atendidas (Moraes, 2008; Andrade, 2011; Silveira & D'Tólis, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Lima e Seidl, 2017; Teixeira et al., 2017; Gomes & Dalla Vecchia, 2018; Malvezzi & Nascimento, 2018). Alguns estudos identificaram que essa forma de tratamento foi percebida de maneira positiva pelos usuários, que destacaram que a partir do tratamento houve uma importante melhora na qualidade de vida, como hábitos do sono, da alimentação e da higiene, e que

suas vidas tiveram mudanças positivas (Lima & Seidl, 2017; Gomes & Dalla Vecchia, 2018), melhorando a relação com suas famílias e a sociedade, por se fundamentar nos direitos humanos, com cuidado integral à saúde e diminuição dos prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Teixeira et al., 2017). As pessoas se sentiram acolhidas nos CAPSs, descrevendo que foram tratadas com respeito pelos profissionais. Por sua vez, as estratégias de RD geraram mudanças efetivas na rotina, o que pode revelar que eles tinham uma percepção positiva dos efeitos desse tratamento (Carvalho & Dimenstein, 2017).

As práticas de RD contribuíram para a melhora da saúde dos usuários, no intuito de os manter dentro da rede de atenção à saúde. Essas práticas visam possibilitar a (re)inserção social e permitir que o sujeito reflita sobre a sua vinculação com as drogas. Assim, oferece diversas direções possíveis para o sujeito modificar sua relação com as substâncias (Gomes & Dalla Vecchia, 2018), resultando na aderência do usuário ao tratamento, o que colabora para a redução de usuários excluídos pelo sistema de saúde. Esse modelo possibilita aumentar a capacidade de intervenções, tendo em vista que somente 20% dos usuários mantêm-se abstinente, ou seja, a RD possibilitaria o tratamento dos 80% restantes (Silveira & D'Tólis, 2016).

Tais práticas que parecem estar bem estabelecidas no CAPS não foram verificadas na porta de entrada do sistema de saúde. Malvezzi e Nascimento (2018) pontuam que, quando os usuários de substâncias psicoativas procuram a atenção primária de atendimento visivelmente sob seu efeito, porém não com essa queixa, mas por outra demanda consequente do uso, os profissionais não trabalham de forma integral e não entendem a complexidade da questão. O profissional ainda trabalha num modelo biomédico, aguardando pela demanda espontânea do usuário, achando que o melhor é a abstinência. Os usuários de substâncias psicoativas sofrem preconceito e são estigmatizados pelos profissionais em função de como vivem.

Para o usuário de substâncias psicoativas existe um desafio ao buscar um tratamento no CAPS ad. Muitos deles passam as noites acordados, e para retirar a senha precisam chegar muito cedo e aguardar até quatro horas para atendimento, o que é agravado pelos custos com transporte. Tal situação contribui para a desmistificação da visão de que o indivíduo não quer se tratar e demonstra a ineficiência da assistência à saúde (Andrade, 2011).

## **Discussão**

Os resultados obtidos nos artigos trazem uma reflexão sobre como os modelos de tratamento têm impactado a vida do usuário de substâncias psicoativas, sistema de saúde e efetivação das políticas públicas. No que se refere às diferenças entre os modelos de RD e CT/abstinência, foi identificado que na abstinência preconiza-se o internamento e o tratamento é de longa duração, bem como a (re)socialização inicial é feita entre os internos e cuidadores e depois é feita a (re)inserção do indivíduo na sociedade; enquanto na RD o atendimento é ambulatorial e, se necessário, ocorrem internações curtas, parte-se do princípio da autonomia da pessoa e esta não é retirada da sociedade, trabalhando na criação e manutenção dos seus vínculos.

As atividades oferecidas pelos CAPSs ad e pelas CTs atendem de forma diferente às necessidades dos usuários, acreditando em caminhos distintos para o tratamento (Vasconcelos et al., 2018). As CTs podem ser vistas como espaços fechados que compreendem a saúde pela concepção unicausal, para tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. A institucionalização dos usuários é o dispositivo para uma conduta não humanitária, tornando-os pessoas insignificantes. A religião não deve ser obrigatória no tratamento, no entanto nas CTs a moral cristã é utilizada como a essência do método, e isso traz uma limitação das vivências, impedindo que os usuários tenham outras opções de escolha na vida além da religião (Fossi & Gareschi, 2015).

Nas CTs, é possível observar que o tratamento se pauta na abstinência. Nesse contexto, pode-se avaliar que essa prática foca no modelo biomédico, concentrando nos fatores biológicos, com olhar apenas na doença e cura, tendo como foco principal as crenças religiosas. Conforme Deslandes (2014), um dos conceitos de desumanização seria enxergar as pessoas como objeto, não reconhecendo a pessoa em sua integralidade. Desse modo, a autora considera que as pessoas são comumente vistas como um composto de necessidades, atendidas por serviços protocolados que tiram a sua autonomia e não reconhecem a sua singularidade. O modelo biomédico impossibilita responder satisfatoriamente aos problemas psicossociais e subjetivos que estão associados às doenças.

De acordo com o que foi apresentado nos artigos pesquisados, as CTs buscam a modificação do comportamento, a instituição de novos valores e a (re)inserção social da

pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas, não seguindo os princípios do SUS, pois são organizadas por voluntários que nem sempre possuem formação técnica, as internações são longas e têm como base a religião, constituindo, muitas vezes, uma violência institucional em decorrência das violações dos direitos humanos (CFP, 2011). Isso posto, a aplicação desse modelo inviabiliza a promoção da saúde.

Até o início do ano de 2019, a Política Nacional sobre Drogas adotada pelo Brasil era a de Redução de Danos, por meio do Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, o qual instituiu a Política Nacional Antidrogas e deu outras providências, reforçada também pela Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005 (Ministério da Saúde, 2005), que considerava que as ações de saúde voltadas às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas deveriam estar fundamentadas na melhoria da qualidade de vida, estabelecendo estratégias de saúde pública dirigidas para reduzir as situações de risco e as consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

De acordo com a literatura pesquisada, essa política, na prática, enfrentava dificuldades na implementação, tais como falta de verbas, falta de profissionais, falta de treinamento e supervisão, e funcionamento inadequado do sistema de saúde para que esse modelo atingisse o desempenho esperado. No que tange aos principais desafios enfrentados para concretização da RD, foram citados: conhecimentos insuficientes, resistência das pessoas envolvidas e estigma que essa estratégia sofre no contexto da saúde mental e da sociedade em geral.

Para a psicologia, faz-se necessário pensar no indivíduo como um todo e verificar se o tratamento irá funcionar para cada pessoa em suas particularidades e não se basear apenas em um tratamento que funciona para a sua maioria. Ao pensar dessa forma, deve-se levar em conta o Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada paciente, abordando a singularidade do indivíduo. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), os PTSs devem ser singulares, respeitando as diferenças, as “contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações”. Os autores pesquisados consideram um desafio a transição do modelo biomédico para este, pois o biomédico ainda hoje é dominante.

Conforme os resultados deste estudo, os CAPSs deveriam respeitar a singularidade de cada pessoa. A RD em seu conceito tem como foco o indivíduo e a promoção de um estilo de vida saudável, trabalhando com objetivos escalonados e intermediários. Contudo, como observado por Vasconcelos et al. (2018) em sua pesquisa,

os CAPSs ad podem trabalhar como instituições que padronizam os comportamentos ainda que mascarados por uma fala baseada na Reforma Psiquiátrica, e os profissionais entrevistados ainda trabalhavam com a visão de que a droga impedia o usuário de pensar, sendo necessário o medicamento. Moraes (2008) cita que os profissionais precisam de informações sobre a RD e compreendem que a melhor forma de se reintegrar à sociedade seria tornando-se abstinente. Desse modo, entende-se que não é suficiente somente mudar a política, mas é preciso mudar a forma de comunicá-la, e a compreensão e a ética do tratamento/acolhimento.

O modelo de RD, conforme apresentado, preconiza a autonomia, a liberdade, os direitos humanos e o respeito ao indivíduo, sendo fundamentada nos princípios do SUS. Com isso, pode-se constatar que esse modelo tem potencial para promover a saúde atendendo o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990). No entanto, enfrenta obstáculos no dia a dia, devido à falta de capacitação dos profissionais e estrutura adequada.

Nesse sentido, a RD é uma teoria distante da realidade encontrada, na qual é possível observar que mesmo no SUS ainda se preconizava a abstinência, com uma visão hospitalocêntrica e medicalizadora. Conforme De Marco (2006), o modelo biomédico se cristalizou nos últimos anos, atuando a partir de uma visão biológica, no entanto o interesse recente pela humanização tenta incorporar aspectos psicossociais, que compreendem as dimensões psicológica e social. Isso traz a necessidade de que o profissional melhore não somente nas habilidades técnico-instrumentais, mas também nas relações interpessoais, permitindo a criação de vínculos e comunicação eficaz.

### **Considerações finais**

Este artigo teve como objetivo principal compreender o impacto que os diferentes modelos de tratamento/acolhimento, redução de danos e CT/abstinência, têm no processo de saúde-doença da pessoa que faz uso prejudicial de substâncias psicoativas. Quanto ao modelo da abstinência utilizado nas CTs, a institucionalização é premissa do tratamento, tendo ainda a moral cristã como a essência do método, o que limita as escolhas do usuário. Retira-se o sujeito da sociedade e da convivência familiar, em algumas vezes, compulsória e involuntariamente. Além disso, algumas CTs não possuem psicólogos e médicos em sua equipe, inviabilizando um tratamento mais eficaz. Sendo assim, a pessoa

torna-se alienada a uma religião, recebe um tratamento padrão e muitas vezes não tem acesso à medicação e acompanhamento psicológico.

Quanto à RD, pode-se considerar que é percebida como estratégia de garantia dos direitos de pessoas que usam substâncias psicoativas, independentemente de quererem ou não interromper o uso, permitindo que o usuário participe de seu tratamento. Nas práticas de RD, houve melhora na qualidade de vida dos usuários, o que por sua vez os manteve inseridos na rede de atenção à saúde, evitando a exclusão social. Os objetivos são mais amplos do que no proibicionismo, pois a meta não é somente a abstinência total, mas um conjunto de possibilidades no sentido de minimizar os prejuízos que possam advir do uso prejudicial. No entanto, há a necessidade de alteração na formação dos profissionais que trabalham com esse tema, bem como mudanças na forma de compreender o usuário, vendo-o como sujeito de direito implicando-o no seu processo de saúde e doença.

No que diz respeito ao atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, não há uma legislação brasileira estabelecendo o papel de cada profissional. Além disso, os profissionais que trabalham com essa temática, hoje, não possuem uma formação sobre o assunto, o que dificulta a aplicação dos cuidados, seja em qualquer uma das abordagens de tratamento.

Em relação ao momento atual, em 11 de abril de 2019, foi assinada a Nova Política Nacional sobre Drogas, sob Decreto nº 9.761, tendo como principais pontos o tratamento baseado na abstinência, apoio às comunidades terapêuticas e visão diferenciada entre usuário e traficante com base no contexto do flagrante e não na quantidade de drogas. O documento prevê que todas as ações (programa, projetos, atividades, cuidado, tratamento, capacitações etc.) têm como objetivo que os indivíduos se mantenham abstinentes em relação ao uso de substâncias psicoativas. Também pretende estimular e apoiar a estruturação, o aperfeiçoamento e a funcionalidade das CTs (Decreto nº 9.761, 2019).

É possível concluir que a atual política nacional de drogas no Brasil não leva em conta a singularidade, a autonomia e a (re)inserção social da pessoa na sociedade, uma vez que postula unicamente a abstinência e o internamento como possibilidades de tratamento/acolhimento para pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. Dessa forma, contraria o que a literatura tem postulado como forma de promover uma melhor qualidade de vida e saúde aos usuários de substâncias psicoativas; ou seja, o modelo mais eficiente é a redução de danos, que é aquele que respeita a autonomia da pessoa sobre sua vida, suas características, seu padrão de uso e das

consequências que isso traz, seja emocional, física ou social, contribuindo para a promoção de saúde e garantia de seus direitos.

### Referências

- Almeida, C. S., & Luis, M. A. V. (2017). Public Policies and Crack User in Treatment. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7(1447), 1-9. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1447>
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, 16(12), 4665-4674. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>
- Assembleia Geral da ONU (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Genebra: Nações Unidas. Recuperado [http://declaracao1948.com.br/declaracao-universal/declaracao/?gclid=Cj0KCOjwxbzdBRCoARIsACzIK2mgaJyv9yEX6X0zlVIS4-VhubKIYYuUIo7-26NvaLbvj2wJGU1j6aEaAm20EALw\\_wcB](http://declaracao1948.com.br/declaracao-universal/declaracao/?gclid=Cj0KCOjwxbzdBRCoARIsACzIK2mgaJyv9yEX6X0zlVIS4-VhubKIYYuUIo7-26NvaLbvj2wJGU1j6aEaAm20EALw_wcB)
- Birmam, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as várias formas de subjetivação* (2a. ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Calassa, G. D. B., Penso, M. A., & Freitas, L. G. (2015). Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 177-187. <https://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020008>
- Carranza, D. V. V., & Pedrão, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(spe), 836-844. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700011>
- Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647-660. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- Cazenave, S. O. S. (1999). *Prevalência do uso de drogas na região de Campinas* (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade Estadual de São Paulo. Recuperado de <https://bdpi.usp.br/item/001048369>
- Cézar, M. A., & Oliveira, M. A. (2017). Redução de danos: uma experiência na atenção básica. *Mental*, 11(21), 486-500. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000200012&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200012&lng=pt&tlng=pt)
- Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos*. Brasília, DF: CFP. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60-72. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000100010>
- Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. (2002, 27 ago.). Institui a Política Nacional Antidrogas (PNAD). *Diário Oficial da União*. Recuperado de <http://www.normasbrasil.com.br/norma/?id=54235>
- Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. (2019, 11 abr.). Aprova a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e revoga o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)



- Deslandes, S. F. (2014). *Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, P. S., & Luis, M. A. V. (2004). Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. *Texto & contexto enferm*, 13(2), 209-216. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-458741>
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94-115. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000100007&lng=pt&tlng=pt)
- Galvão, T. F., Pansani, T. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
- Gil, A. C. (2009). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Gomes, T. B., & Dalla Vecchia, M. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2327-2338. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. de. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007>
- Larentis, C. P., & Maggi, A. (2012). Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. *Aletheia*, (37), 121-132. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000100009&lng=pt&tlng=pt..](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100009&lng=pt&tlng=pt..)
- Lima, H. S., & Seidl, E. M. F. (2017). Consultório na Rua: percepção de profissionais e usuários sobre redução de danos. *Psicologia em Pesquisa*, 11(2), 33-41. <https://dx.doi.org/10.24879/2017001100200164>
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da atenção psicossocial em álcool e outras drogas no Brasil. *Revista eletrônica Tempus, Actas de saúde coletiva*, 11 (3), 144-162. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2432>
- Malvezzi, C. D., & Nascimento, J. L. (2018). Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1095-1112. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>
- Minayo, M. C. S. (2014). *Correntes do pensamento. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora: Hucitec.
- Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2012). *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. Recuperado de <http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacitação-SUS-SUAS.pdf>
- Ministério da Saúde (MS). Área Técnica de Saúde Mental (2002). *CAPS: Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02*. Brasília, DF: MS.
- Ministério da Saúde (MS) (2005, 2 jul.). Portaria no 1.028, de 1 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial da União*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)
- Moraes, M. (2008). Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners. *Ciência &*

- Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100017>
- Nardi, H. C., & Rigoni, R. Q. (2005). Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 273-282. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200014>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2009). *Director's Report to the National Advisory Council on Drug Abuse*. Recuperado de [https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/directors\\_report\\_9-09.pdf](https://archives.drugabuse.gov/sites/default/files/directors_report_9-09.pdf)
- Nobre, J. C. A., & Caldas, A. A (2012). Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais. *Cadernos UniFOA*, 7(20), 71-83. Recuperado de <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/66/7>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1990). Declaração De Caracas. Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990. In *Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde*. Recuperado de [http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao\\_caracas/view](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas/view)
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569-580. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- Rêgo, N. G., Oliveira, P. R. S., Lima, A. F., & Holanda, R. B. (2017). Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. *Revista Psicologia Política*, 17(38), 72-89. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2017000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000100006&lng=pt&tlng=pt).
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 515-526. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2015). Evolução do conceito de dependência química. In A. Gigliotti & Â. Guimarães (orgs.), *Dependência, compulsão e impulsividade* (cap. 2). Rio de Janeiro: Rubio.
- Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 167-174. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>
- Schneider, D. R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (orgs.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção* (pp. 34-53). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Shimoguri, A. F. D. T., & Périco, W. (2014). O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 33-51. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442014000100004&lng=es&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100004&lng=es&tlng=pt).
- Silva, I. F. C., Souza, K. S., Batista, S. H. R., & Almeida, R. J. (2015). Serviços de saúde e comunidades terapêuticas: há uma relação em prol do dependente químico? *Revista Saúde e Pesquisa*, 8(3), 533-540. Recuperado de <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/4404/document/view/6ud2r>

- Silveira, R. W. M., & D'Tôlis, P. O. A. O. (2016). Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 22(1), 79-88. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672016000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100010&lng=pt&tlng=pt).
- Teixeira, M. B., Ramôa, M. L., Engstrom, E., & Ribeiro, J. M. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1455-1466. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>
- Toscano Jr., A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.
- Vasconcelos, M. P. N., Paiva, F. S., & Dalla Vecchia, M. (2018). O cuidado aos usuários de drogas: entre normatização e negação da autonomia. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 363-381. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110212>
- Vinadé, T. F. (2009). Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro. In F. Minozzo & S. P. França (orgs.), *A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.

Recebido: 11/11/2019

Aprovado: 23/05/2020