GRUPOS ANÔNIMOS DE AJUDA MÚTUA E POLÍTICAS SOCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE CUIDADO, APRENDIZAGEM, CIDADANIA E REDE PSICOSSOCIAL

Anonymous Mutual Aid Groups and Social Policies: An Integrative Review of Care, Learning, Citizenship, and the Psychosocial Care Network

Naurelita Maia de Melo[1]

1 Pedagoga - UNEB, Especialista em Neuropsicopedagogia, Psicolinguística e PNL aplicada à gestão de pessoas. Orientadora, Consultora em Gestão do Ensino Superior. Mestra em Ciências da Educação Cristã - Christian College of Educaler. Administradora Geral da Educcary Editora. E-mail: naurelitamaia@gmail.com.

Resumo

Este artigo apresenta uma revisão integrativa, de natureza bibliográfica e documental, sobre grupos anônimos de ajuda mútua e suas interfaces com o cuidado em saúde, os processos socioeducativos, a cidadania e a Rede de Atenção Psicossocial. O problema que orienta a análise consiste em compreender de que modo organizações como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon, Nar-Anon e grupos afins podem contribuir para trajetórias de recuperação e participação social sem que sua autonomia seja confundida com substituição das responsabilidades estatais. O corpus reuniu revisões sistemáticas, estudos brasileiros, documentos institucionais dos grupos e marcos normativos do Sistema Único de Saúde. A síntese indica que a participação voluntária, o apoio entre pares, a reorganização das redes sociais e a produção compartilhada de sentidos constituem contribuições recorrentes. As evidências disponíveis, especialmente para Alcoólicos Anônimos e programas de facilitação de doze passos, apontam resultados favoráveis de abstinência contínua em determinados contextos, sem autorizar generalizações para todos os grupos ou todos os perfis de participantes. Conclui-se que os grupos anônimos podem integrar redes territoriais de cuidado como recursos comunitários autônomos, desde que o acesso a direitos, o cuidado profissional e o enfrentamento ao estigma permaneçam como deveres públicos intransferíveis.

Palavras-chave: Grupos de ajuda mútua. Políticas sociais. Saúde mental. Cidadania. Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This article presents an integrative bibliographic and documentary review of anonymous mutual aid groups and their interfaces with health care, socio-educational processes, citizenship, and the Psychosocial Care Network. It examines how organizations such as Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, Al-Anon, Nar-Anon, and related groups may contribute to recovery pathways and social participation without being mistaken for substitutes for public responsibilities. The corpus included systematic reviews, Brazilian studies, institutional documents issued by the groups, and legal and policy frameworks of the Brazilian Unified Health System. The synthesis identifies voluntary participation, peer support, reorganization of social networks, and shared meaning-making as recurring contributions. Available evidence, particularly for Alcoholics Anonymous and twelve-step facilitation programs, indicates favourable continuous-abstinence outcomes in specific contexts, but does not justify generalizing results to every group or participant profile. The article concludes that anonymous groups can be part of territorial care networks as autonomous community resources, provided that access to rights, professional care, and anti-stigma action remain non-transferable public duties.

Keywords: Mutual aid groups. Social policies. Mental health. Citizenship. Psychosocial Care Network.

1 INTRODUÇÃO

Os grupos anônimos de ajuda mútua ocupam uma posição singular no campo do cuidado, sendo uma presença nos territórios marcados pelas dependências químicas, comportamentais e emocionais. Eles não são serviços clínicos, não realizam diagnóstico e não integram a administração pública; ainda assim, constituem espaços comunitários frequentados por pessoas que enfrentam usos problemáticos de álcool e outras drogas, sofrimento relacionado aos vínculos familiares e padrões compulsivos. Sua relevância decorre da possibilidade de encontro entre pares, de escuta de experiências e de construção de apoio em contextos nos quais o isolamento, a vergonha e a estigmatização frequentemente atravessam as trajetórias de vida.

No Brasil, a Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) reorganizou o horizonte do cuidado em saúde mental ao afirmar direitos e proteção sem discriminação e ao redirecionar o modelo assistencial. A Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011) e posteriormente incorporada à normatização consolidada do Ministério da Saúde (MS), organiza pontos de atenção para pessoas em sofrimento psíquico e para aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Nessa arquitetura, a presença de recursos comunitários para além da responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), torna mais importante discutir como diferentes apoios podem se articular de modo ético, territorial e não hierárquico.

Moos (2008) e Carvalho e Ronzani (2018), ao investigar os grupos de ajuda mútua e processos de mudança mediados por pares utiliza expressões como autoajuda, ajuda mútua e apoio entre pares para designar práticas com diferenças históricas e institucionais. Neste texto, a expressão "grupos anônimos de ajuda mútua" refere-se, principalmente, às irmandades que organizam reuniões voluntárias e preservam o anonimato dos participantes. Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) estruturam-se a partir de programas de doze passos e doze tradições; Al-Anon e Nar-Anon dirigem-se a familiares e amigos; Mulheres que Amam Demais (MADA), Codependentes Anônimos (CoDA) e *Sex and Love Addicts Anonymous* (SLAA) ou Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA) apresentam propostas voltadas a experiências afetivas, relacionais ou sexuais (Alcoólicos Anônimos do Brasil, 2019; Narcóticos Anônimos, 2018; Al-Anon, 2026; Nar-Anon do Brasil, 2020; MADA Brasil, 2026; Codependents Anonymous, 2026; Sex and Love Addicts Anonymous, 2026).

O anonimato merece atenção, porque ele não equivale ao silêncio social sobre o problema. Em vez disso, funciona como regra de proteção da identidade no interior da irmandade, reduzindo a exposição individual e sustentando a igualdade entre participantes. Tal anonimato é crucial para a proteção dos direitos à dignidade da pessoa humana, preservando as suas particularidades e intimidade, podendo ser também, um fator de segurança, bem-estar e acolhimento. A condição de não se apresentar por título, profissão ou posição social pode limitar assimetrias em uma reunião, de modo a promover uma interação mais horizontal e focar no processo de autocuidado e cuidado mútuo, mas não desfaz as desigualdades materiais, raciais, de gênero, território e acesso a serviços que continuam a organizar a vida fora dela. Por isso, qualquer leitura dos grupos precisa combinar o reconhecimento de sua potência comunitária com a análise das barreiras sociais que não podem ser resolvidas apenas por relações de pares.

A evidência mais consolidada do corpus concentra-se nos grupos relacionados ao transtorno por uso de álcool. A revisão Cochrane de Kelly, Humphreys e Ferri (2020) comparou AA e intervenções de facilitação de doze passos com outras alternativas psicossociais e encontrou evidência de maior abstinência contínua em parte das comparações. Esse achado é relevante, pois avaliou programas clínicos orientados a facilitar a participação em AA, não todos os grupos anônimos, nem todas as modalidades de cuidado em saúde mental.

Campos e Andrade (2013) analisam a reconstrução de redes sociais e de identidade entre membros de Alcoólicos Anônimos. Schneider e Oltramari (2019), por sua vez, examinam a interface entre a Rede de Atenção Psicossocial e grupos de mútua ajuda, apontando potencialidades de cooperação, ao mesmo tempo que identificam limites na formalização de fluxos e na compreensão recíproca entre serviços e irmandades. Essas contribuições situam o debate no campo das políticas públicas, sem reduzir a experiência dos participantes a indicadores clínicos.

O presente estudo nasce de uma motivação pessoal, devido à convivência com amigos, familiares e colegas, adictos de álcool e outras substâncias psicoativas, bem como de dependência afetiva, que requentam ou frequentaram tais grupos de ajuda mútua, conduzindo o olhar para um período de vivência em alguns grupos há 15 anos (2010-2026). Nesse período, houve um processo de autoconhecimento associado à investigação dos aspectos psicossociais e econômicos, familiares, bem como os fatores genéticos que conduzem à dependência; também nestes últimos 15 anos houve um estudo sobre a literatura de referência utilizada nos grupos anônimos de ajuda mútua e sua interlocução com a literatura científica produzida nas áreas da saúde e

neuropsicopedagogia, encontrando lastro para dialogar com as políticas públicas de saúde e proteção dos direitos da pessoa com dependência.

Essa pesquisa justifica-se assim, por sua contribuição social, ao evidenciar o quanto tais grupos são essenciais em territórios diversos, ocupando espaços de convivência social, tais como igrejas, associações e diferentes templos de diferentes religiões, favorecendo o fortalecimento da ajuda mútua entre pessoas adictas, e entre elas e seus familiares. A autoestima, o processo de autoconhecimento, a recuperação da autonomia e a reinserção nos espaços de trabalho, família, lazer e educação passam a ser possíveis para esses sujeitos, que se educam mutuamente, se julgamento, respeitando uns aos outros.

No campo acadêmico, ressalta-se a importância de pesquisar a relação entre os grupos de ajuda mútua e as políticas públicas de saúde do SUS, como um encontro em governo e sociedade civil, de modo a produzir mais estudos que demonstrem caminhos para que os profissionais de saúde e educação possam contribuir com o auxílio a esta população.

O problema de pesquisa desta revisão, emerge enquanto um questionamento: como a produção científica e os documentos oficiais caracterizam as contribuições, os limites e as possibilidades de articulação dos grupos anônimos de ajuda mútua com as políticas sociais e com a Rede de Atenção Psicossocial?

Para responder tal questionamento, este estudo delineia-se com o objetivo de analisar as interfaces entre os grupos anônimos de ajuda mútua, as políticas sociais e a Rede de Atenção Psicossocial, enquanto caminhos para o cuidado e acolhimento de pessoas com dependências de álcool e outras drogas, além de dependências comportamentais, sociais e emocionais.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Foi realizada uma revisão bibliográfica e documental. A opção por esse delineamento decorre da necessidade de reunir resultados de estudos empíricos, revisões de literatura, documentos institucionais e normas públicas que pertencem a tradições distintas de produção de conhecimento.

O corpus foi composto por publicações científicas que abordam grupos de ajuda mútua, recuperação relacionada ao uso de substâncias, redes sociais, estigma e interface com a atenção psicossocial; por documentos públicos do MS e legislação federal; e por materiais institucionais

disponíveis em canais oficiais de AA, NA, Al-Anon, Nar-Anon, MADA, CoDA e SLAA. A presença de documentos institucionais não lhes confere estatuto de prova clínica. Eles foram utilizados para descrever finalidades declaradas, princípios organizativos e público a que cada irmandade se dirige, enquanto os estudos científicos sustentam a discussão sobre evidências, mecanismos e limites.

A seleção privilegiou fontes com autoria identificável, periódico ou editora reconhecida, identificador persistente quando disponível e vínculo institucional verificável. Para tanto, foram incluídas publicações disponíveis na íntegra, nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de repositórios acadêmicos, sites do Ministério da Saúde e da literatura de referência própria dos grupos de ajuda mútua.

As fontes foram lidas segundo uma matriz com quatro categorias. A primeira, saúde e cuidado, reuniu evidências sobre continuidade da abstinência, suporte social, autocuidado e acesso à rede. A segunda, dimensão socioeducativa, abrangeu aprendizagem por pares, comunicação de experiências, autorregulação e elaboração de projetos de vida. A terceira, cidadania e reconhecimento, concentrou-se em estigma, pertencimento, voz e reconstrução de identidades. A quarta, políticas sociais e rede psicossocial, examinou limites institucionais, encaminhamentos, autonomia e complementaridade com os serviços públicos. A revisão, assim, produz uma síntese argumentativa fundamentada, e não uma meta-análise nem uma avaliação de impacto dos grupos existentes em determinado município.

A leitura documental observou ainda uma distinção ética central: o livre acesso a uma reunião não autoriza serviços, pesquisadores ou familiares a constranger pessoas a participar. A adesão voluntária, a preservação do anonimato e a não utilização das irmandades como instrumento de vigilância são coerentes com a autonomia que seus próprios documentos reivindicam. Quando há articulação com equipamentos da rede, ela deve ampliar escolhas e não converter os grupos em extensões informais de controle institucional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese do corpus evidencia que a expressão ajuda mútua reúne mecanismos de mudança situados em relações sociais, e não apenas em decisões individuais. Moos (2008) descreve processos cognitivos, comportamentais e sociais presentes em grupos voltados ao uso de

substâncias, como modelagem entre pares, ampliação de habilidades de enfrentamento, reestruturação de expectativas e participação em redes de apoio. A contribuição desse referencial é mostrar que a reunião não opera como simples transmissão de conselhos: ela pode criar condições para que os participantes observem trajetórias, comparem estratégias e formulem compromissos praticáveis no cotidiano.

Nos documentos institucionais de AA e NA, a recuperação é apresentada como processo continuado e compartilhado, organizado por princípios de participação voluntária, identificação entre pares e preservação do anonimato. Esses documentos não substituem protocolos clínicos, mas permitem compreender por que a narrativa pessoal ocupa lugar central nas reuniões. Ao ouvir alguém descrever recaídas, conflitos familiares ou reorganização da rotina, o participante encontra uma referência que é socialmente próxima e, ao mesmo tempo, não se confunde com prescrição profissional. A experiência relatada por cada participante pode favorecer identificação; não deve, porém, ser transformada em regra universal.

Kelly, Humphreys e Ferri (2020) oferecem uma contribuição decisiva ao demonstrar que o AA e programas de facilitação de doze passos podem alcançar melhores resultados de abstinência contínua do que algumas intervenções comparadas em estudos incluídos na revisão. A mesma conclusão não significa que esse grupo seja superior em todos os desfechos, em todos os tempos de acompanhamento ou para todas as pessoas. A própria comparação envolve intervenções clínicas que facilitam a participação em AA, o que exige separar a irmandade de estratégias profissionais inspiradas em seus princípios.

A discussão sobre abstinência também precisa dialogar com a pluralidade de abordagens adotadas no SUS. A esse respeito, Alves (2009) explicita que os modelos de atenção a usuários de álcool e outras drogas carregam disputas de saberes, práticas e projetos de sociedade. Nessa perspectiva, grupos orientados à abstinência podem ser recursos significativos para participantes que os escolhem, enquanto ações de redução de danos e projetos terapêuticos singulares permanecem fundamentais para acolher diferentes necessidades e momentos de vida. O cuidado em rede se enfraquece quando uma única resposta é apresentada como condição de acesso à escuta, ao tratamento ou aos direitos.

O apoio entre pares pode alterar a composição das redes sociais. Campos e Andrade (2013) descrevem que a participação em AA se relaciona à reconstrução de laços e da identidade, especialmente quando redes anteriores estavam vinculadas ao consumo e ao isolamento.

Entretanto, convém refletir sobre como as mudanças envolvem diversas nuances, longe de se caracterizar como algo romantizado, pois os conflitos familiares, a precariedade de renda ou exposição a violência são aspectos que podem conviver com as pessoas que sofrem das diferentes dependências, com altos e baixos de perdas e conquistas. Ainda assim, a existência de um espaço regular de convivência pode reduzir a solidão, ampliar contatos e oferecer repertórios para enfrentar situações de risco. Esse efeito relacional ajuda a explicar por que a permanência em uma irmandade pode ter significado para além de resultados imediatos de uso ou não uso.

A noção de capital de recuperação discutida por White (2012), contribui para interpretar essa dimensão. Ela chama atenção para recursos pessoais, sociais, culturais e comunitários que sustentam trajetórias de recuperação. Os grupos de ajuda mútua podem ampliar parte desse capital ao oferecer vínculos, linguagem compartilhada e oportunidades de participação. Assim sendo, a incorporação dessa noção ao debate brasileiro reforça a necessidade de políticas intersetoriais: recuperação não pode ser reduzida a adesão individual a uma reunião, pois depende das condições concretas em que uma pessoa vive.

Quanto à dimensão socioeducativa, emerge quando se observa que as reuniões criam aprendizagens não formais. Bandura (1986) propõe que a aprendizagem social envolve observação, modelagem e expectativas sobre a própria capacidade de agir. Sem transferir mecanicamente a teoria para as irmandades, é possível compreender que relatos de pares oferecem exemplos de estratégias cotidianas: evitar contextos de risco, reorganizar horários, pedir ajuda, retomar vínculos ou lidar com sentimentos difíceis. A aprendizagem não decorre de uma aula; ela é produzida em interação, por identificação e repetição de práticas que os participantes consideram significativas.

A dimensão educativa ganha consistência quando a experiência é problematizada, quando pessoas podem nomear condicionamentos e quando o diálogo não apaga diferenças. Sob essa lente, a partilha pode favorecer leitura crítica de trajetórias marcadas por culpa, estigma e isolamento. Contudo, a pedagogia dialógica não autoriza que um participante imponha sua experiência ao outro. O valor socioeducativo está justamente na possibilidade de cada pessoa construir sentidos a partir de sua própria história, em relação com as histórias dos demais. Sob esse olhar, as experiências educativas vivenciadas nas irmandades se aproximam com a concepção freiriana (Freire, 2011) de ensinar e aprender através do diálogo, havendo uma horizontalidade entre os sujeitos que convivem em diferentes contextos e se acolhem com vista a reelaborar a própria forma de viver.

Para familiares e amigos, a literatura revela outro campo de aprendizagem. Medeiros, Diehl e Rasera (2022) analisam processos socioeducativos em grupos de apoio a familiares de pessoas dependentes de substâncias psicoativas e destacam movimentos de ressignificação de vínculos, autocuidado e revisão de práticas de controle. Os Grupos Familiares Al-Anon do Brasil (2012) e o Nar-Anon (Narcóticos Anônimos, 2018) se apresentam institucionalmente como irmandades voltadas a familiares e amigos, e não como serviços de tratamento para a pessoa que usa substâncias. Essa distinção é relevante porque impede que a família seja tratada apenas como extensão do problema ou como instrumento de vigilância. Familiares também vivenciam sofrimento, sobrecarga e necessidade de apoio próprio.

A discussão familiar desloca a ideia de que a recuperação depende somente da vontade de quem usa substâncias. Relações domésticas podem ser atravessadas por medo, exaustão, violência, responsabilização desigual do cuidado e ausência de serviços. Grupos de familiares podem criar um lugar para elaborar esses conflitos e delimitar possibilidades de ajuda, mas não resolvem, por si, situações de risco grave. Nos casos de violência, ameaça à vida, crise em saúde mental ou violação de direitos, a rede pública precisa atuar com acolhimento, proteção e encaminhamentos adequados, sem transferir essa tarefa para a família ou para a irmandade.

Essa rede de apoio deve ser compreendida como uma articulação territorial e intersetorial, formada pelos serviços do SUS, especialmente a atenção primária, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de urgência e emergência e os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial; pelos equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), os serviços de acolhimento e os benefícios socioassistenciais; e, quando necessário, pelos órgãos do sistema de justiça e de garantia de direitos (Brasil, 1990; Brasil, 2001; Brasil, 2011). A atuação em rede exige comunicação responsável entre os serviços, definição de responsabilidades e acompanhamento continuado, considerando as necessidades da pessoa que usa substâncias e de seus familiares. Estudos sobre a interface entre a Rede de Atenção Psicossocial e os grupos de mútua ajuda mostram que essa articulação pode ampliar o cuidado quando preserva a autonomia das irmandades e evita a transferência de atribuições próprias das políticas públicas (Schneider; Oltramari, 2019). Grupos de ajuda mútua podem integrar essa rede ampliada como recursos comunitários voluntários, oferecendo escuta e convivência entre pares, mas o atendimento em situações de crise, a proteção diante de violências, o cuidado em saúde mental e a garantia de

direitos sociais permanecem atribuições intransferíveis das políticas públicas (Medeiros; Diehl; Rasera, 2022).

Os grupos voltados a dependência emocional, codependência ou compulsões relacionais exigem cautela conceitual adicional. MADA, CoDA e SLAA ou DASA divulgam propostas de ajuda mútua para pessoas que reconhecem sofrimento em padrões afetivos, relacionais ou sexuais. A existência dessas irmandades evidencia demandas por escuta e pertencimento, que muitas vezes não encontram linguagem pública adequada. Ao mesmo tempo, categorias como dependência emocional e adicção sexual não podem ser usadas para moralizar sexualidades, patologizar dissidências ou substituir avaliação profissional quando há sofrimento intenso. A análise deve preservar o direito à autonomia, à diversidade e ao cuidado não estigmatizante.

Carvalho e Ronzani (2018) alertam que os grupos de ajuda mútua são recursos de baixo custo e potencial longitudinal, embora possam apresentar barreiras de adesão. A identificação com a linguagem do grupo, a relação com espiritualidade, o gênero, a experiência prévia com instituições e o medo de exposição podem influenciar a entrada e a permanência. A expressão espiritual, presente em várias irmandades de doze passos, não deve ser tratada como religião obrigatória nem invisibilizada como se fosse irrelevante. Para algumas pessoas, ela oferece linguagem de esperança; para outras, pode produzir estranhamento. Serviços públicos precisam respeitar ambas as posições e apresentar alternativas de cuidado. Entretanto, convém destacar que considerar o aspecto da espiritualidade se uma adesão a uma religião em específico, tem demonstrado grande relevância enquanto dimensão humanística do acolhimento também prevista no SUS.

A cidadania constitui outra dimensão decisiva. Nunes e Torrenté (2017) discutem como o estigma associado ao uso de substâncias e ao sofrimento mental restringe reconhecimento e acesso a direitos. A pessoa passa a ser lida a partir de um rótulo, como se sua experiência se resumisse ao consumo, ao diagnóstico ou à recaída. Nessa situação, a participação em grupos de pares pode contribuir para a reconstrução de uma identidade menos capturada pela culpabilização. Não se trata de substituir uma identidade por outra, mas de criar condições para que alguém volte a se reconhecer e seja reconhecido como sujeito de direitos, vínculos e escolhas.

A teoria do reconhecimento de Honneth (2009) ilumina esse ponto ao mostrar que experiências de desrespeito atingem a relação prática do sujeito consigo mesmo. A escuta entre pares pode oferecer formas de solidariedade e estima social, especialmente quando participantes

encontram pessoas que não reduzem sua trajetória a uma falha moral. Entretanto, reconhecimento no grupo não basta quando direitos são negados fora dele. Acesso a saúde, assistência social, educação, trabalho, moradia e justiça requer instituições públicas capazes de acolher sem discriminação. A contribuição das irmandades é mais consistente quando se soma, e não quando é convocada a suprir, essas garantias.

A perspectiva de Santos (2013) reforça a importância de valorizar saberes produzidos na experiência sem romantizar sua autonomia. Conhecimentos de sobrevivência, recuperação e cuidado compartilhados por participantes podem revelar limites de políticas concebidas apenas de cima para baixo. Escutá-los não significa dispensar evidência científica, mas reconhecer que a formulação de respostas públicas melhora quando inclui aqueles que vivem as consequências das decisões. A participação social, nesse sentido, não pode ser reduzida a consulta episódica. Ela exige espaços estáveis em que usuários, familiares, trabalhadores e organizações comunitárias possam expor necessidades e negociar prioridades.

A interface com a Rede de Atenção Psicossocial deve ser construída a partir da complementaridade. A Portaria nº 3.088/2011 (Brasil, 2011) a define como rede de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e para aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A finalidade legal e sanitária da rede não é terceirizar o cuidado para grupos comunitários, mas assegurar acesso a atenção básica, CAPS, urgência, atenção residencial transitória, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, entre outros componentes previstos na normatização.

Schneider e Oltramari (2019) identificam que encaminhamentos entre serviços e grupos de ajuda mútua ocorrem, mas nem sempre são acompanhados por pactuações claras. Essa constatação exige uma abordagem cuidadosa. Um trabalhador pode informar sobre reuniões existentes e discutir com o usuário se a participação faz sentido para ele. Não deve, contudo, condicionar atendimento à frequência em determinado grupo, exigir comprovação de presença ou solicitar informações protegidas pelo anonimato. Da mesma forma, as irmandades não devem ser confundidas com unidades de atendimento, prontuários paralelos ou espaços de triagem clínica.

A autonomia institucional dos grupos é uma condição de sua própria existência. Documentos de AA e NA organizam a vida das irmandades por tradições que buscam evitar vinculações externas capazes de comprometer sua finalidade. Em termos de política pública, isso

sugere que a parceria mais ética é a que reconhece fronteiras: o serviço apresenta opções, cuida de demandas clínicas e sociais, assegura direitos e mantém acompanhamento quando necessário; o grupo acolhe pessoas que voluntariamente desejam participar, segundo suas regras internas. A cooperação não depende de captura administrativa e pode ser mais sustentável quando preserva a identidade de cada parte.

A articulação territorial também precisa considerar desigualdades de acesso. Reuniões podem não existir em todos os municípios, podem ocorrer em horários incompatíveis com trabalho e cuidado de crianças ou podem ser inacessíveis a pessoas com deficiência, dificuldades de transporte ou restrição de conexão digital. A expansão de reuniões on-line ampliou possibilidades para alguns participantes, mas não eliminou a exclusão digital nem os riscos de privacidade. Uma política orientada pela equidade deve mapear recursos locais sem presumir que sua simples existência garante acesso. Onde não há grupos, a obrigação de oferta de cuidado público permanece integral.

O desafio do estigma atravessa ainda a relação entre as próprias políticas e os grupos. Linguagens que apresentam pessoas como irrecuperáveis, perigosas ou incapazes de decidir reforçam afastamento dos serviços e das redes de convivência. A Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001) oferece um parâmetro contrário a essa redução ao assegurar direitos sem discriminação. Grupos de pares podem ser aliados na construção de narrativas de dignidade, mas a transformação institucional depende de formação permanente de trabalhadores, revisão de práticas coercitivas e garantia de participação dos usuários nas decisões sobre o próprio cuidado.

A análise dos limites impede que o texto converta a ajuda mútua em resposta total. A literatura (Carvalho; Ronzani, 2018; Kelly; Humphreys; Ferri, 2020) aponta contribuições importantes dos grupos para apoio social e continuidade de trajetórias de recuperação, mas também registra barreiras de adesão, diferenças entre participantes e limites para generalizar resultados a todos os grupos ou contextos. A frequência em reuniões, portanto, não pode ser tomada isoladamente como indicador suficiente de recuperação. Pessoas em crise aguda, com risco de suicídio, intoxicação, abstinência física importante, violência doméstica ou comorbidades precisam de avaliação e cuidado profissional oportunos, no âmbito da RAPS e das demais políticas de proteção (Brasil, 2001; Ministério da Saúde, 2011). Os grupos também não são responsáveis por resolver violações de direitos, desemprego, insegurança alimentar ou ausência de moradia. Sua

contribuição é mais consistente quando se articula à rede pública, sem substituí-la em atribuições que lhe são próprias (Schneider; Oltramari, 2019).

Outro limite é o da generalização entre grupos. A evidência de maior qualidade sintetizada por Kelly, Humphreys e Ferri (2020) diz respeito a AA e à facilitação de doze passos para transtorno por uso de álcool. O NA, grupos de familiares e irmandades voltadas a questões afetivas possuem histórias, públicos e bases empíricas diferentes. Há também uma tensão produtiva entre padronização e singularidade. Políticas públicas necessitam de fluxos, responsabilidades e critérios de acompanhamento; grupos anônimos valorizam regras de pertencimento e experiências pessoais que não cabem em prontuários. A resposta não está em escolher um dos polos, mas em construir interfaces mínimas, transparentes e voluntárias. Informações públicas sobre horários e formas de contato podem ser divulgadas; experiências compartilhadas dentro de reuniões devem permanecer protegidas. A rede pode acolher a pessoa antes, durante ou depois de sua participação em um grupo, sem transformar esse vínculo em objeto de fiscalização.

Do ponto de vista socioeducativo, a principal contribuição dos grupos é a produção de espaços de fala e escuta nos quais a experiência tem valor. O participante ocupa simultaneamente a posição de receptor de orientação e de aquele que acolhe alguém recém-chegado uma narrativa de sobrevivência, uma estratégia de autocuidado ou simplesmente presença. Essa reciprocidade diferencia a ajuda mútua de intervenções verticalizadas. Ela não elimina a necessidade de profissionais, mas convida os serviços a reconhecer que o cuidado pode ser fortalecido quando usuários e familiares têm oportunidade de participar ativamente da construção de sentidos e de redes.

A circulação de narrativas não deve ser confundida com ausência de conhecimento. Ao relatarem como enfrentaram uma situação de consumo, uma ruptura familiar ou um retorno ao serviço de saúde, os participantes organizam saberes práticos sobre o cotidiano. Esses saberes são situados: podem ser úteis para quem reconhece semelhanças na experiência, mas não substituem avaliação em situações que exigem intervenção especializada. A postura integrativa mais consistente é aquela que acolhe a experiência vivida como fonte de compreensão e, simultaneamente, mantém aberto o diálogo com práticas profissionais, evidências científicas e direitos sociais.

O caráter gratuito ou de baixo custo das reuniões costuma ser apresentado como vantagem. De fato, ele pode reduzir barreiras financeiras de entrada e permitir continuidade de participação

depois do término de atendimentos breves. Contudo, gratuidade não equivale a acessibilidade plena. Transporte, segurança do deslocamento, tempo de trabalho, responsabilidade de cuidado, alfabetização digital e receio de reconhecimento público continuam sendo obstáculos concretos. Uma análise de políticas sociais precisa olhar para essas condições, porque a possibilidade formal de participar não garante que a reunião seja materialmente acessível a todos os que poderiam desejá-la.

As diferenças de gênero merecem atenção específica. Mulheres podem enfrentar maior vigilância moral sobre o uso de substâncias e sobre experiências afetivas, além de assumirem desproporcionalmente tarefas de cuidado que dificultam frequência regular a reuniões. Homens, por sua vez, podem encontrar barreiras para nomear sofrimento e pedir ajuda em contextos marcados por expectativas de autossuficiência. Tais questões não autorizam pressupor que grupos homogêneos atendam melhor a todas as pessoas, mas recomendam que serviços e organizações reflitam sobre acolhimento, linguagem, horários e segurança. A garantia de direitos exige considerar como desigualdades se expressam nos percursos de acesso.

Da mesma forma, a racialização e a desigualdade territorial atravessam a experiência de cuidado. Pessoas negras, populações periféricas, indígenas, migrantes e pessoas em situação de rua podem vivenciar abordagens mais punitivas e menor continuidade de atenção. O anonimato pode atenuar a exposição dentro da reunião, mas não neutraliza discriminações presentes nos serviços, no mercado de trabalho, no sistema de justiça ou na vizinhança. Uma articulação qualificada entre grupos comunitários e políticas públicas precisa reconhecer essas assimetrias, evitando discursos de responsabilidade individual que ocultem os determinantes sociais do sofrimento e do acesso desigual aos recursos.

A participação de pessoas com deficiência também requer planejamento. Reuniões presenciais dependem de condições de mobilidade, comunicação e acessibilidade arquitetônica; reuniões remotas exigem plataformas compatíveis, conectividade e, quando necessário, recursos de acessibilidade comunicacional. Não cabe atribuir às irmandades, isoladamente, toda a responsabilidade por tais adaptações, mas é legítimo que políticas públicas e redes locais cooperem para reduzir barreiras, preservando a autonomia dos grupos. A equidade no acesso à ajuda mútua deve ser tratada como parte mais ampla do direito à participação social.

A interface com a assistência social merece ser mencionada sem confundir atribuições. O SUAS pode atuar diante de vulnerabilidades relacionadas a renda, vínculos, violências e acesso a

benefícios, enquanto o SUS organiza o cuidado em saúde. Grupos anônimos podem fortalecer redes de convivência, mas não são equipamentos de assistência nem podem assumir acompanhamento familiar compulsório. O diálogo intersetorial é mais protetivo quando identifica necessidades concretas e faz encaminhamentos responsáveis, com consentimento e informação, em vez de deslocar pessoas entre serviços sem acompanhamento. Por essa razão, a avaliação de uma articulação territorial não deve se limitar a contar encaminhamentos. Indicadores qualitativos, como respeito à escolha, continuidade do cuidado, redução de barreiras de acesso e percepção de acolhimento, são igualmente importantes. Um encaminhamento pode ser formalmente realizado e, ainda assim, não produzir vínculo se a pessoa não recebeu explicação, se a reunião é inacessível ou se a indicação foi vivida como imposição. A qualidade da rede se expressa na capacidade de acompanhar decisões, rever rotas e manter portas abertas para retornos, sem punição diante de recaídas ou interrupções.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão mostra que grupos anônimos de ajuda mútua podem constituir recursos comunitários relevantes para trajetórias de recuperação, reorganização de vínculos e enfrentamento do estigma. Sua principal contribuição não reside em ocupar o lugar de um serviço de saúde, mas em oferecer participação voluntária, identificação entre pares e continuidade relacional. As evidências sobre AA e programas de facilitação de doze passos sustentam a importância de levar essas experiências a sério no debate público, sem utilizar os resultados como justificativa para reduzir a oferta estatal de cuidado.

A articulação com a RAPS deve respeitar autonomia, anonimato e livre escolha. Serviços podem informar, acolher e facilitar acesso quando a pessoa desejar, mas não podem impor frequência, requisitar informações internas nem condicionar direitos à adesão. A rede pública precisa permanecer responsável por acolhimento em crise, cuidado clínico, redução de danos, reabilitação psicossocial e proteção social. Nessa perspectiva, grupos e serviços não se substituem: podem dialogar a partir de responsabilidades distintas e complementares.

Destaca-se a dimensão socioeducativa, que aparece como eixo transversal às relações e ações desenvolvidas nessas irmandades. Ao compartilharem histórias e estratégias, participantes produzem aprendizagens situadas sobre autocuidado, vínculos e enfrentamento de dificuldades. A

dimensão cidadã, por sua vez, recorda que reconhecimento não pode ficar restrito à reunião. O enfrentamento ao estigma e a efetivação de direitos exigem políticas que considerem pessoas que usam substâncias, familiares e outros participantes como sujeitos de dignidade, e não como objetos de tutela ou controle.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras realizem estudos qualitativos e avaliações de implementação em diferentes territórios, preservando rigorosamente o anonimato. Também é necessário ampliar a produção sobre grupos de familiares, relações afetivas e compulsões comportamentais, áreas em que a evidência disponível é mais fragmentada. Uma agenda pública consistente deve combinar evidência científica, escuta de experiências e compromisso com direitos, de modo que a ajuda mútua seja reconhecida como parte viva da comunidade, sem ser sobrecarregada por funções que pertencem ao Estado.

REFERÊNCIAS

AL-ANON. **Al-Anon e Alateen no Brasil**. 2012. Disponível em: https://www.al-anon.org.br/. Acesso em: 19 out. 2025.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS DO BRASIL. **Alcoólicos Anônimos**: o relato de como muitos milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo. 5. ed. São Paulo: JUNAAB, 2019. Disponível em: https://www.aa.org.br/. Acesso em: 19 out. 2025.

ALVES, V. S. Modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001100002.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 10.216, 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**: Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_comp.html. Acesso em: 19 out. 2025.

CAMPOS, P. H. F.; ANDRADE, A. G. Alcoólicos Anônimos e a reconstrução de redes sociais e identidade de seus membros: uma leitura psicossocial. **Psico-USF**, Itatiba, v. 18, n. 3, p. 433-442, 2013. DOI: 10.1590/S1413-82712013000300009.

CARVALHO, T. R.; RONZANI, T. M. O papel dos grupos de ajuda mútua na recuperação de dependentes de substâncias: revisão integrativa da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 23, e38421, 2018. DOI: 10.4025/psicolestud.v23i0.38421.

CODEPENDENTS ANONYMOUS. **Co-Dependents Anonymous**. Disponível em: https://coda.org/. Acesso em: 19 out. 2026.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

KELLY, J. F.; HUMPHREYS, K.; FERRI, M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD012880, 2020. DOI: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.

MADA BRASIL. **Mulheres que Amam Demais Anônimas**. Disponível em: https://grupomadabrasil.com.br/. Acesso em: 19 out. 2025.

MEDEIROS, C. F.; DIEHL, A.; RASERA, E. F. Processos socioeducativos e construção de sentidos em grupos de apoio a familiares de adictos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 14, n. 38, p. 112-131, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/83942. Acesso em: 19 out. 2025.

MOOS, R. H. Active ingredients of substance use-focused self-help groups: cognitive, behavioral, and social processes of change. **Addiction**, v. 103, n. 3, p. 387-396, 2008. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02111.x.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Funciona**: como e por quê: os doze passos e as doze tradições de Narcóticos Anônimos. Chatsworth: Narcotics Anonymous World Services, 2018. Disponível em: https://www.na.org.br/. Acesso em: 19 out. 2025.

NAR-ANON DO BRASIL. **Manual de serviços da família Nar-Anon**: esperança para familiares e amigos de adictos. Rio de Janeiro: Nar-Anon Brasil, 2020. Disponível em: https://www.naranon.org.br/. Acesso em: 19 out. 2025.

NUNES, M. O.; TORRENTÉ, M. Estigma e cidadania: os desafios da inclusão e reconstrução de sujeitos no campo da saúde mental e adicções. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 615-626, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0381.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SCHNEIDER, D. R.; OLTRAMARI, L. C. A interface entre a Rede de Atenção Psicossocial e grupos de mútua ajuda: articulações, impasses e potencialidades nas políticas de álcool e drogas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 23, n. 2, p. 815-832, 2019. DOI: 10.18764/2178-2865.v23n2p815-832.

SEX AND LOVE ADDICTS ANONYMOUS. **Sex and Love Addicts Anonymous**. Disponível em: https://slaafws.org/. Acesso em: 19 out. 2025.

WHITE, W. L. **Recovery/remission from substance use disorders**: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011. Philadelphia: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services, 2012. Disponível em: https://williamwhitepapers.com/. Acesso em: 19 out. 2025.