



ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](http://periodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:
<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Comunidades Terapêuticas e a Atenção Psicossocial: um estudo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) de Ceilândia, Distrito Federal

Therapeutic Communities and Psychosocial Care: a study at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD III) in Ceilândia, Federal District.

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2882
 ARK: 57118/JRG.v9i20.2882

Recebido: 15/01/2026 | Aceito: 25/01/2026 | Publicado on-line: 27/01/2026

Joice Pereira de Souza¹

<https://orcid.org/0009-0004-8781-8581>
 <http://lattes.cnpq.br/2222690336548488>
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
joice.sanchis@gmail.com

Marcelo Pereira Leite²

<https://orcid.org/0009-0008-0421-3894>
 <http://lattes.cnpq.br/3457368668509927>
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
marcelo-leite@fepecs.edu.br

Raiane Suely Vieira³

<https://orcid.org/0000-0009-9665-5311>
 <http://lattes.cnpq.br/7719713476318356>
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
raianesuely4@gmail.com.br

Karina Aparecida Figueiredo⁴

<https://orcid.org/0000-0002-8311-8025>
 <http://lattes.cnpq.br/5124440060440677>
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
karinasnzf@gmail.com

Cibele Maria de Sousa⁵

<https://orcid.org/0000-0003-0302-9047>
 <http://lattes.cnpq.br/4146804211015698>
Escola de Saúde Pública do Distrito Federal
cibele.sousa@escs.edu.br



¹ Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal e-mail: joice.sanchis@gmail.com

² Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal e-mail: marcelo-leite@fepecs.edu.br

³ Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal e-mail: raianesuely4@gmail.com.br

⁴ Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília. e-mail: karinasnzf@gmail.com.

⁵ Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola de Saúde Pública do Distrito Federal. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília e-mail: cibele-sousa@fepecs.edu.br



Resumo

Este artigo analisa a relação entre Comunidades Terapêuticas (CTs) e a Atenção Psicossocial ofertada a usuários de substâncias psicoativas acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III) do Distrito Federal, problematizando o alinhamento dessas práticas aos princípios da Reforma Psiquiátrica (RP), da Redução de Danos (RD) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, desenvolvida a partir da realização de grupo focal com usuários adultos que possuíam histórico de duas ou mais internações em CTs conveniadas ao poder público entre os anos de 2020 e 2024. Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo, possibilitando a construção de categorias analíticas: Entre a autonomia e coerção; Quando a fé deixa de ser escolha: Coerção religiosa; As dimensões da Atenção Psicossocial; Determinantes sociais do tratamento: território, desigualdade e produção do sofrimento social; Comunidades Terapêuticas: desafios, fragilidades e possibilidades. Os resultados evidenciam a predominância de práticas marcadas por controle institucional, coerção moral e religiosa, fragilidade da equipe multiprofissional e ausência de dispositivos fundamentais do cuidado psicossocial, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em contraponto, o CAPS emerge como espaço de acolhimento, vínculo e cuidado em liberdade. Evidencia-se que, embora as CTs suprem de forma precarizada uma lacuna diante da insuficiência de políticas públicas, de modo que suas práticas apresentam importantes desalinhamentos em relação ao modelo psicossocial, reforçando a necessidade de fortalecimento da RAPS e de políticas de cuidado centradas no sujeito e na garantia de direitos.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas. Atenção Psicossocial. CAPS AD. Reforma Psiquiátrica. Cuidado Psicossocial.

Abstract

This article analyzes the relationship between Therapeutic Communities (TCs) and the Psychosocial Care offered to users of psychoactive substances treated at a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD III) in the Federal District, problematizing the alignment of these practices with the principles of the Psychiatric Reform (PR), Harm Reduction (HR), and the Psychosocial Care Network (RAPS). This is a qualitative, exploratory study, developed from a focus group with adult users who had a history of two or more hospitalizations in TCs affiliated with the public sector between 2020 and 2024. The data were subjected to Content Analysis, allowing the construction of analytical categories: Between autonomy and coercion; When faith ceases to be a choice: Religious coercion; The dimensions of Psychosocial Care; Social determinants of treatment: territory, inequality, and the production of social suffering; Therapeutic Communities: Challenges, Weaknesses, and Possibilities. The results highlight the predominance of practices marked by institutional control, moral and religious coercion, a weak multidisciplinary team, and the absence of fundamental psychosocial care devices, such as the Individual Therapeutic Project (ITP). In contrast, the CAPS (Psychosocial Care Center) emerges as a space for welcoming, bonding, and care in freedom. It is evident that, although the Therapeutic Communities precariously fill gaps in the face of insufficient public policies, their practices present significant misalignments with the psychosocial model, reinforcing the need to strengthen the Psychosocial Care Network (RAPS) and care policies centered on the individual and the guarantee of rights.



Keywords: *Therapeutic Communities. Psychosocial Care. CAPS AD. Psychiatric Reform.*

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno complexo com impactos significativos na saúde pública, historicamente ligado a fatores sociais, econômicos, culturais e subjetivos. No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a RP transformaram as intervenções institucionais, superando modelos asilares e punitivos por práticas de cuidado em liberdade, territorializadas e centradas no sujeito (AMARANTE, 2007). Nesse contexto, a Atenção Psicossocial e a Redução de Danos se tornaram fundamentos ético-políticos para o cuidado integral de pessoas com transtornos por uso de álcool e outras drogas, reconhecendo a singularidade das trajetórias (BRASIL, 2003).

Entretanto, paralelamente à consolidação da RAPS, observa-se a ampliação do papel das CTs no cuidado a usuários de substâncias psicoativas, especialmente a partir do aumento do financiamento público destinado a essas instituições. As CTs, em sua maioria, configuram-se como organizações privadas, frequentemente vinculadas a matrizes religiosas, que estruturam suas propostas terapêuticas a partir da abstinência, da disciplina e da normatização dos comportamentos (CAVALCANTE, SILVA & OLIVEIRA, 2018). Estudos apontam que, embora se apresentem como espaços de acolhimento, muitas CTs operam sob lógicas morais e ideológicas que entram em tensão com os princípios da RP, sobretudo no que se refere à autonomia dos usuários, à liberdade religiosa, à qualificação das equipes e à articulação com os serviços públicos de saúde (SILVA, 2019).

A literatura nacional tem destacado preocupações e incertezas quanto à efetividade das CTs enquanto dispositivos de cuidado em saúde mental. Furtado (2017) assinala que modelos centrados exclusivamente na abstinência tendem a desconsiderar a complexidade do uso de substâncias e a diversidade das experiências dos sujeitos, podendo reforçar práticas de coerção e exclusão. Além disso, pesquisas indicam fragilidades na articulação das CTs com a RAPS, ausência de PTS e limitações no acompanhamento pós-alta, fatores que comprometem a continuidade do cuidado e a reinserção social dos usuários (MINAYO, 2015).

A problematização que dá origem a esta pesquisa emerge da vivência no campo da saúde mental, como Profissionais de Saúde Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola de Saúde Pública do DF, no acompanhamento de usuários atendidos em CAPS AD III do Distrito Federal, que apresentam histórico recorrente de internações em CTs. Observa-se, na prática cotidiana do serviço, que muitos desses usuários relatam experiências marcadas por coerção institucional, imposição de práticas religiosas, fragilização do cuidado psicossocial e dificuldades de reintegração social após a alta. Tal realidade suscita o seguinte problema de pesquisa: A modalidade de Atenção Psicossocial oferecida por CTs contribui para melhorar a qualidade de vida dos usuários de substâncias psicoativas, considerando aspectos como saúde mental, fortalecimento de vínculos sociais?

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre os desafios intrínsecos ao processo de Atenção Psicossocial oferecido pelas CTs a usuários de substâncias psicoativas acompanhados pelo CAPS AD III de Ceilândia. Busca-se conhecer as propostas terapêuticas desenvolvidas pelas CTs, compreender, a partir da percepção dos usuários, como o tratamento é vivenciado, e analisar se tais práticas estão alinhadas aos princípios da RP. A justificativa da pesquisa fundamenta-se na relevância social e científica do tema, uma vez que os resultados podem contribuir para o aprimoramento das políticas públicas de saúde mental, para o fortalecimento da RAPS e



para a construção de práticas de cuidado mais éticas, humanizadas e centradas no sujeito, qualificando o debate sobre o papel das CTs no contexto da Atenção Psicossocial brasileira.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O modelo oficial de cuidado: a Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A política brasileira de saúde mental consolidou-se a partir do paradigma da Atenção Psicossocial, orientado pela superação do modelo manicomial e pela afirmação do cuidado em liberdade, territorializado e centrado no sujeito. A Reforma Psiquiátrica brasileira constitui um movimento ético-político que propõe a substituição de práticas de isolamento por estratégias de cuidado que promovam autonomia, cidadania e reinserção social (AMARANTE, 2007). Nessa perspectiva, o sofrimento psíquico deixa de ser compreendido exclusivamente como fenômeno individual ou patológico e passa a ser reconhecido como experiência atravessada por determinantes sociais, culturais e históricos.

A RAPS foi instituída para materializar esse paradigma no âmbito do SUS, organizando serviços e ações voltados ao cuidado integral às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). A RAPS fundamenta-se nos princípios da integralidade, da intersetorialidade e do respeito aos direitos humanos, buscando articular diferentes pontos de atenção no território. Contudo, a literatura aponta que a implementação da rede ocorre de forma desigual no país, marcada por insuficiências estruturais e lacunas assistenciais, especialmente no que se refere a dispositivos residenciais transitórios (PASSOS et al., 2020).

2.2 A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001)

A Lei nº 10.216/2001 representa o principal marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira ao assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. A legislação estabelece que o tratamento deve ocorrer, preferencialmente, em serviços comunitários, sendo a internação considerada recurso excepcional e de curta duração (BRASIL, 2001). Ao afirmar o direito à liberdade, à dignidade e à convivência social, a lei rompe com a lógica manicomial historicamente baseada no isolamento e na segregação.

No campo do uso de substâncias psicoativas, a Lei nº 10.216/2001 sustenta a crítica a práticas que reproduzem contenção e tutela como estratégias centrais de cuidado. Conforme argumenta Amarante (2007), a RP não se limita à mudança de espaços físicos, mas implica a transformação das relações de poder e das concepções de tratamento, o que exige atenção permanente aos dispositivos que, mesmo fora dos hospitais psiquiátricos, podem reproduzir práticas similares.

A nova legislação estabelece a internação como um recurso de último caso e de curta duração, a ser empregado apenas quando as abordagens extra-institucionais se mostrarem insuficientes. Esse novo paradigma legal assegura diversos direitos às pessoas com transtornos mentais, enfatizando: O tratamento em um ambiente terapêutico com o mínimo de invasividade, a prioridade no tratamento em serviços comunitários de saúde mental, a proteção contra qualquer modalidade de abuso ou exploração e o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis (BRASIL, 2001). Portanto, a lei promove um modelo de cuidado fundamentado na autonomia, na cidadania e no respeito aos direitos humanos, distanciando-se do antigo padrão de isolamento e exclusão social.



2.3 A estrutura da RAPS e o papel do CAPS AD

A RAPS foi estabelecida no SUS pela Portaria MS/GM nº 3.088/2011, com o propósito de concretizar os princípios da RP. Esta rede de serviços é articulada e integra diferentes níveis de atenção, como a atenção básica, de urgência e emergência, e a hospitalar, visando assegurar um cuidado completo e ininterrupto.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são componentes assistenciais cruciais que se destacam na organização da RAPS, sendo dispositivos estratégicos para o cuidado comunitário. Dentre eles, os CAPS AD são serviços especializados para o acompanhamento de pessoas com necessidades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Esses serviços operam sob a lógica do cuidado contínuo, de "portas abertas" e da construção conjunta do PTS (BRASIL, 2011).

O PTS é um instrumento fundamental na Atenção Psicossocial, pois permite a criação de estratégias de cuidado individualizadas, pactuadas com o usuário e conectadas ao seu contexto de vida. A literatura aponta que o CAPS AD se distingue de modelos de tratamento fechados ao adotar a Redução de Danos como princípio central, o que significa que a abstinência não é uma condição obrigatória para o acesso ao cuidado (PASSOS et al., 2020). Desse modo, o cuidado psicossocial enfatiza o fortalecimento de vínculos, a autonomia e a integração territorial, em contraste com abordagens que se concentram apenas no controle do uso de substâncias.

2.4 O modelo alternativo: a proposta das Comunidades Terapêuticas

As CTs têm sua origem no pós-Segunda Guerra Mundial, no contexto europeu e norte-americano, inicialmente associadas a experiências de cuidado em saúde mental baseadas na convivência entre pares, na corresponsabilização e na reorganização do cotidiano como recurso terapêutico (DE LEON, 2003). Ao longo das décadas de 1950 e 1960, o modelo foi progressivamente apropriado para o tratamento de pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas, especialmente nos Estados Unidos, incorporando elementos como disciplina, trabalho, hierarquia e espiritualidade, com forte influência do modelo dos Doze Passos (SCADUTO, BARBIERI & SANTOS, 2014). No Brasil, as CTs passam a se expandir de forma mais expressiva a partir das décadas de 1980 e 1990, sobretudo vinculadas a organizações religiosas e iniciativas filantrópicas, em um contexto marcado pela insuficiência de políticas públicas estruturadas para o cuidado em álcool e outras drogas (IPEA, 2017).

Nas últimas décadas, observa-se a crescente institucionalização dessas entidades no âmbito das políticas públicas, com ampliação do financiamento estatal e inserção nos fluxos da rede de atenção, processo que tem sido criticamente analisado pela literatura como parte de uma reconfiguração do campo da saúde mental, marcada por tensões entre o paradigma da Atenção Psicossocial e modelos de cuidado baseados no isolamento, na abstinência e na normatização moral do comportamento (MATSUMOTO et al., 2019). Elas oferecem um modelo de acolhimento residencial que atrai famílias e usuários em busca de uma solução para o uso problemático de substâncias. No Brasil, as CTs são majoritariamente privadas e, em grande parte, vinculadas a organizações religiosas, estruturando suas propostas terapêuticas a partir da abstinência total, da disciplina e do afastamento do contexto social anterior (IPEA, 2017). Esse modelo alternativo passa a ganhar centralidade no debate público diante das fragilidades da rede estatal de cuidado, o que tem suscitado questionamentos quanto à sua compatibilidade com os princípios da RP e da Atenção Psicossocial (MATSUMOTO et al., 2019).



2.5 A filosofia de acolhimento e recuperação nas Comunidades Terapêuticas

As mudanças legislativas e normativas no Brasil configuraram um processo de "contrarreforma psiquiátrica". A inclusão das CTs na RAPS e a realocação de recursos públicos para essas instituições são interpretadas como um retrocesso que resgata o paradigma asilar e proibicionista, em oposição direta aos progressos conquistados pela Luta Antimanicomial.

A Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019 denominada a nova lei de drogas formalizou a "Comunidade Terapêutica Acolhedora" como um dispositivo de cuidado. Essa legislação incluiu as CTs como equipamentos da rede suplementar de atenção e reinserção social de usuários de substâncias psicoativas, integrando-as ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) dando centralidade ao tratamento no modelo de abstinência e isolamento social. Essa abordagem diverge dos princípios da RP (Lei nº 10.216/2001), que prioriza o tratamento em ambientes abertos, a liberdade e a estratégia de redução de danos. Enquanto o movimento antimanicomial advoga por serviços comunitários e descentralizados (como os CAPS e as Unidades de Acolhimento - UAS), a legislação em questão reforça o isolamento como método terapêutico principal.

A filosofia de funcionamento das CTs é geralmente sustentada por três pilares: o acolhimento voluntário, o ambiente residencial e a espiritualidade. O acolhimento voluntário é apresentado como princípio fundante, pressupondo adesão consciente ao tratamento; contudo, autores problematizam essa noção ao considerar contextos de vulnerabilidade social, pressão familiar e ausência de alternativas de cuidado, que podem limitar o exercício pleno da autonomia (CFP, 2017).

O ambiente residencial é concebido como estratégia de afastamento do contexto de uso, justificando o isolamento como condição para a recuperação. Já a espiritualidade ocupa lugar central no cotidiano das CTs, sendo frequentemente apresentada como elemento indispesável ao processo terapêutico. Entretanto, relatórios técnicos e estudos acadêmicos apontam que a imposição de práticas religiosas pode configurar coerção simbólica e violar o princípio da liberdade de crença, especialmente em instituições financiadas com recursos públicos (MPF, 2025).

2.6 Evidências das inspeções nacionais: direitos, cuidado e limites do modelo

As inspeções nacionais realizadas em CTs têm contribuído para o aprofundamento do debate teórico sobre o modelo. Relatórios produzidos por órgãos como o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o Ministério Público Federal (MPF) indicam recorrentes fragilidades relacionadas à privação de liberdade, ao isolamento prolongado e à imposição de rotinas disciplinares e religiosas (CFP, 2017; MPF, 2025).

Um aspecto amplamente problematizado refere-se à ausência ou fragilidade do cuidado em saúde propriamente dito, bem como à limitada articulação das CTs com a RAPS. A inexistência de PTS e a padronização das práticas terapêuticas são apontadas como elementos que distanciam essas instituições do modelo psicossocial e reforçam lógicas tutelares (PASSOS et al., 2020). No modelo de Atenção Psicossocial, o PTS é crucial para a organização do cuidado, visando singularidade, autonomia e corresponsabilização do usuário. Deve orientar toda prática de saúde mental articulada ao SUS, inclusive em residenciais, substituindo intervenções padronizadas por estratégias baseadas nas necessidades do sujeito (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011). Contudo, inspeções e análises críticas indicam que, nas CTs, o PTS é frequentemente negligenciado, sendo substituído por rotinas homogêneas e regras disciplinares, desvinculadas da trajetória do usuário (CFP, 2017; MPF, 2025). Essa ausência é um indicador do distanciamento das CTs do



paradigma psicossocial, comprometendo o cuidado em liberdade e reforçando práticas institucionalizantes.

Inspeções nacionais em CTs têm revelado violações de direitos em desacordo com a RP e a legislação. Os achados recorrentes incluem privação de liberdade (impedimento de saída, retenção de documentos, comunicação restrita), imposição religiosa, uso de laborterapia análoga a trabalho forçado, punições disciplinares (isolamento, contenções físicas/químicas) e precariedade do cuidado em saúde (equipes insuficientes, ausência de PTS). A literatura indica que estas práticas reproduzem lógicas asilares, comprometendo a autonomia e a dignidade dos acolhidos (CFP, 2017; MPF, 2025).

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa constitui-se como um estudo qualitativo, exploratório e descriptivo, cujo objetivo foi compreender as percepções e experiências de usuários de substâncias psicoativas acerca do acolhimento em CTs e de sua articulação com a Atenção Psicossocial. A escolha desse delineamento justifica-se pela necessidade de apreender dimensões subjetivas do cuidado em saúde mental, considerando os sentidos atribuídos pelos próprios sujeitos às suas trajetórias de tratamento.

O estudo insere-se no campo da pesquisa qualitativa, entendida como uma abordagem voltada à compreensão dos significados, valores, crenças, práticas e interpretações construídas socialmente pelos sujeitos envolvidos no fenômeno investigado. Conforme Minayo (2015), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos sentidos, motivos, aspirações e atitudes, permitindo a análise de processos sociais complexos que não podem ser reduzidos a variáveis mensuráveis. No campo da saúde mental, essa abordagem mostra-se particularmente pertinente, pois possibilita compreender as experiências subjetivas, as relações de poder e os contextos socioculturais que atravessam o sofrimento psíquico e os itinerários de cuidado. Ao privilegiar a escuta dos participantes e a interpretação contextualizada de suas falas, a pesquisa qualitativa contribui para uma análise aprofundada das práticas institucionais e dos sentidos atribuídos ao cuidado em saúde mental.

O estudo foi realizado no CAPS AD III de Ceilândia/DF, serviço de referência em cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A população incluiu usuários adultos (≥ 18 anos) em acompanhamento no serviço, com histórico de duas ou mais internações em CTs conveniadas entre os anos de 2020-2024.

Amostragem intencional, foi composta de participantes com condições cognitivas preservadas. Excluíram-se menores de 18 anos, indivíduos em crise psíquica aguda, com risco iminente de suicídio ou comprometimento cognitivo grave. A coleta de dados utilizou a técnica de grupo focal, conduzido por roteiro de perguntas semiestruturado em um encontro de aproximadamente duas horas no CAPS AD III, com gravação em áudio. Durante o grupo focal, um moderador e dois observadores estavam presentes para capturar e registrar insights.

A coleta de dados foi realizada por meio de um grupo focal, o qual foi conduzido com base em um roteiro semiestruturado. Este encontro único, que ocorreu nas instalações do CAPS AD III e teve duração de aproximadamente duas horas, foi gravado em áudio, após a obtenção de autorização prévia dos participantes. A sessão contou com a presença de um moderador e dois observadores, cuja função era acompanhar a dinâmica do grupo e registrar os aspectos relevantes do processo de interação.

O grupo focal constitui-se como uma técnica de pesquisa qualitativa baseada na interação entre os participantes, que favorece a produção de dados a partir do diálogo e da construção coletiva de sentidos. Segundo Gatti (2005), essa técnica possibilita a



emergência de representações sociais, percepções e experiências compartilhadas, sendo especialmente adequada para a investigação de fenômenos sociais complexos, logo o uso do grupo focal permitiu apreender as percepções dos usuários acerca das práticas de cuidado em saúde mental, valorizando a dimensão relacional e coletiva das experiências analisadas.

Os dados coletados foram transcritos e analisados pela Análise de Conteúdo de Bardin (2016), essa metodologia possibilita a apreensão dos sentidos manifestos e latentes presentes nos discursos, ultrapassando a simples descrição do conteúdo para alcançar uma interpretação fundamentada do material empírico. O procedimento analítico desenvolve-se em três etapas principais: a pré-análise, caracterizada pela leitura flutuante, organização do corpus e definição das unidades de análise; a exploração do material, momento em que ocorre a codificação, categorização e agrupamento das unidades de significado; e, por fim, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, etapa em que os dados são analisados à luz dos objetivos da pesquisa e do referencial teórico adotado. As categorias analíticas foram construídas pela articulação entre referencial teórico e núcleos de sentido emergentes das falas.

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 87034625.4.00005553. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos e possíveis riscos do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo aos participantes, assegurando o respeito à dignidade, à autonomia e aos direitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Entre a autonomia e coerção

Para refletir sobre a tensão entre autonomia e coerção no contexto da CTs, utilizaremos os conceitos de biopoder e instituição total, desenvolvidos por Michel Foucault e Goffman. Nota-se, por meio dessa categoria, que os participantes do estudo relatam que os processos de tratamento das CTs são marcados pela negação de suas subjetividades, resultando na objetificação e a violação de seus espaços, assim como a limitação de suas individualidades, são questões importantes a serem consideradas. Para melhor ilustrar, apresentamos algumas declarações que não são exaustivas, mas que podem ajudar a refletir sobre a eficácia dos tratamentos oferecidos nas CTs de Brasília.

Segundo Foucault (2008), o biopoder refere-se a um conjunto de estratégias modernas de controle e regulação da vida, que incidem sobre os corpos e as populações por meio de práticas relacionadas à saúde, à disciplina, ao trabalho e à normatização dos comportamentos. Já Goffman (2016) define as instituições totais como espaços nos quais um grande número de indivíduos, em condições semelhantes, vive isolado da sociedade por períodos prolongados, submetido a rotinas rígidas e a um controle contínuo de suas atividades cotidianas. Esses referenciais permitem compreender as CTs como dispositivos institucionais nos quais o cuidado frequentemente se confunde com práticas de controle.

A coerção no contexto das CTs manifesta-se de forma explícita nas falas dos participantes, especialmente no que se refere ao processo de ida para a comunidade e à restrição de liberdade durante a permanência nas CTs. A afirmação “[...] Fui obrigado pela família a me internar [...]” e o relato “[...] A família pressionou para eu ir. Eu fui, mas assim, não fui conformado, fui obrigado, mas devido à pressão [...]” evidenciam que a decisão pela



internação não se deu a partir da autonomia do sujeito, mas por imposição familiar, configurando uma forma de coerção social mediada pelo vínculo familiar. Além disso, a fala “[...] *Em nenhum momento, durante o tratamento, podia ir [...]*” revela a restrição da circulação e da possibilidade de saída, indicando que a internação, ainda que formalmente classificada como voluntária, assumiu características de privação de liberdade. Tais práticas se aproximam do que Foucault (1979; 1987) descreve como tecnologias disciplinares, nas quais o controle do corpo e do tempo é exercido como estratégia de normalização. No campo da saúde mental, Amarante (2007) aponta que a coerção constitui uma violação dos princípios do cuidado em liberdade e da responsabilização do sujeito pelo cuidado. (BRASIL, 2011).

A afirmação do participante “[...] *então, você precisava falar coisas que eles gostassem de ouvir [...]*” revela a restrição da autonomia individual nesses contextos. Essa dinâmica sugere uma lógica institucional em que os indivíduos são moldados e supervisionados unicamente para atender aos interesses do serviço. Dessa forma, as CTs limitam a liberdade de expressão e a privacidade das pessoas, aproximando-se do conceito de instituição total de Goffman (2016). Isso ocorre na medida em que a vida diária é totalmente administrada pela instituição, reduzindo o indivíduo à condição de objeto de gestão e disciplina.

De acordo com Michel Foucault (2008), o poder não é limitado a uma única instância ou centralizado, mas é composto por uma série de mecanismos e procedimentos que operam continuamente para mantê-lo em funcionamento. A análise desses mecanismos ajuda a entender como o poder se manifesta nas relações diárias, influenciando comportamentos, discursos e subjetividades, mesmo quando não atinge completamente suas metas.

Outra fala que revela como as CTs controlam a vida das pessoas, gerenciando suas relações sociais e afetivas. “[...] *havia um limite de 10 minutos por semana para falar com a família [...]*” Essa prática evidencia a objetificação do indivíduo, que é considerado um corpo controlado e disciplinado. Essa característica aproxima essas organizações do conceito de instituição total, descrito por Goffman (2016) como um ambiente em que pessoas em condições semelhantes ficam isoladas da sociedade por longos períodos, vivendo sob uma rotina estritamente controlada.

De acordo com Lane (2006), a convivência igualitária constitui um desafio mesmo no contexto das relações familiares, marcadas por assimetrias de poder e papéis sociais definidos. Em instituições fechadas, como as CTs, esse desafio tende a se intensificar, uma vez que a organização do cotidiano se estrutura a partir de relações hierárquicas e normativas. Nesse contexto, a fala é dirigida a um membro pelo coordenador da Comunidade Terapêutica “[...] *O coordenador perguntou: Quem estava dormindo durante a reunião? [...]*” evidencia práticas de vigilância e exposição pública que reforçam mecanismos de controle e hierarquização. Tal dinâmica revela que o confronto entre os sujeitos não ocorre de forma horizontal, mas é produzido por processos de subjugação institucional. Conforme destaca Lane (2006), a força da ideologia dominante manifesta-se não apenas nas representações de mundo, mas também nas práticas cotidianas que delas derivam. Assim, as CTs reproduzem uma lógica institucional que submete e controla os indivíduos envolvidos no processo de tratamento, distanciando-se da construção de espaços efetivamente comunitários e dialógicos.

[...] *Pois agora não vai relaxar depois do almoço! "Você não vai lavar as bandejas?" [...]*”. A fala do participante permite entender que as CTs operam não apenas sob a lógica do biopoder e como instituições totalizantes, mas também como espaços onde o desejo do homem se sobrepõe ao próprio homem. De um lado, temos o oprimido, o indivíduo que



busca abrigo, amparo, acolhimento e esperança de um tratamento digno. No entanto, ao ingressar nesse espaço, que geralmente está situado longe dos centros urbanos, ele se vê obrigado a aceitar regras autoritárias impostas não apenas pela instituição, mas também pelos funcionários que se tornam parte dessa institucionalização.

Esta declaração foi feita por um participante: “[...] *O ambiente em torno da alimentação era extremamente opressivo. [...]*” Mostra como as CTs operam subjugando o homem. Podemos entender que parte dessas práticas coercitivas usadas nessas instituições vem da história criada sobre as drogas e sobre as pessoas que as consomem. Nesse contexto, o espaço deixa de ser um local de reabilitação, tratamento humanizado e abordagem holística do indivíduo, passando a ser visto apenas como um lugar para tratar pessoas dependentes químicos que precisam se livrar do vício. Como resultado, as práticas e ações que deveriam priorizar o cuidado com a saúde e a reabilitação psicossocial transformam-se em um ambiente hostil e punitivo, marginalizando os indivíduos e violando seus direitos garantidos pelo Estado de soberania e dignidade. Isso é reforçado na fala de outro participante, que durante o grupo denuncia o tratamento desumano recebido por algumas CTs: “[...] *Quem falava algo considerado inadequado recebia penalização ali mesmo. [...]*” explicita a existência de punições imediatas como forma de controle do comportamento e do discurso. Tais práticas reforçam uma lógica punitiva e moralizante, sustentada por uma narrativa histórica que associa o uso de drogas à falha moral e à necessidade de correção. Nesse contexto, o espaço institucional deixa de se configurar como local de cuidado humanizado e reabilitação psicossocial, passando a operar como ambiente hostil e disciplinador, que viola direitos fundamentais e se distancia dos princípios de dignidade, liberdade e cidadania assegurados pela política pública de saúde mental.

4.1.1 Quando a fé deixa de ser escolha: Coerção religiosa

As CTs organizam, de modo recorrente, suas práticas a partir do tripé trabalho, disciplina e oração, conferindo centralidade à dimensão religiosa como elemento estruturante do tratamento ofertado (SANTOS & MARQUES, 2017). No Brasil, a dimensão religiosa é frequentemente mobilizada no cuidado a usuários de substâncias psicoativas. Essa abordagem é caracterizada pela ênfase na abstinência e pela incorporação de elementos religiosos ou espirituais como pilares centrais da proposta terapêutica.

Essa centralidade da religiosidade aparece de forma explícita na fala “[...] *A fé é muito importante nesses lugares [...]*”, indicando que a religião ocupa posição estruturante no cotidiano das comunidades. A literatura especializada aponta que grande parte das CTs adota a religião não apenas como suporte subjetivo, mas como eixo organizador da rotina e do tratamento, materializando-se em atividades como cultos, leituras bíblicas, orações e reuniões espirituais obrigatórias. Tal configuração produz tensões com os princípios da atenção psicossocial, especialmente no que se refere à autonomia do sujeito, à laicidade do Estado e ao respeito à diversidade de crenças no cuidado em saúde mental.

Observa-se, ainda, que a abordagem de abstinência total é frequentemente fundamentada em preceitos bíblicos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, difundindo a ideia de que o consumo é incompatível com a fé professada nas comunidades. Nesse modelo, a libertação do uso é associada à adesão religiosa, produzindo uma leitura moralizante do sofrimento. A fala “[...] *A fé me ajudou, mas era obrigado a orar [...]*” evidencia que a prática religiosa não se configurava como escolha subjetiva, mas como exigência institucional, desconsiderando a vontade do indivíduo. Tal imposição compromete processos de emancipação e reconhecimento da alteridade, aproximando-se de práticas coercitivas que limitam a autonomia no exercício da fé.



A coerção religiosa também se expressa quando práticas espirituais se sobrepõem às necessidades básicas dos acolhidos. A fala “[...] *A minha primeira internação era um barracão... não tinha alimentação; era meio que um jejum forçado, de segunda, quarta e sexta. Não tinha café da manhã para ninguém [...]*” revela que o jejum era imposto como prática institucional, não como escolha voluntária de fé. Nesse contexto, o jejum assume caráter disciplinar e moralizante, subordinando necessidades físicas às diretrizes religiosas da instituição. Tal prática evidencia coerção espiritual articulada à negligência material, configurando violação de direitos fundamentais e afastamento dos princípios éticos do cuidado em saúde.

As falas dos participantes também indicam que a vivência de outras crenças não é plenamente respeitada nas CTs. A afirmação “[...] *Cara! É difícil, sabe? Até eu notei uma religiosidade [...]*” e “[...] *Eu sou espírita [...]*” sugere desconforto diante da imposição de práticas religiosas alheias à experiência subjetiva do indivíduo. De forma ainda mais explícita, a fala “[...] *Primeiro, eu não queria ir naqueles cursos, minha religião era outra, né? E assim, né... era obrigado, tá? Então, não é obrigado. Não é obrigado, mas é obrigado [...]*” evidencia a contradição entre o discurso da voluntariedade e a vivência concreta da coerção religiosa, colocando em xeque a garantia da liberdade de crença e o respeito à diversidade religiosa.

Embora alguns participantes reconheçam aspectos subjetivamente positivos da dimensão espiritual, como expresso em “[...] *E também à questão da doença espiritual, que existia ou potencialmente poderia existir dentro de cada um, né? Então, assim, isso foi um ponto positivo, né? [...]*”, a literatura aponta que a utilização da religião no cuidado pode produzir efeitos benéficos apenas quando respeita a singularidade e a liberdade do sujeito (DALGALARRONDO, 2004). Quando imposta, a religiosidade deixa de operar como recurso de sentido e passa a funcionar como tecnologia de controle moral e comportamental.

Por fim, a fala “[...] *eu até queria falar sobre isso: a questão das ideologias. Porque, na realidade, existem muitas ideologias, e o preconceito é muito grande [...]*” revela que a imposição religiosa se articula a processos de deslegitimação da subjetividade e de silenciamento da diferença. Nesse cenário, a liberdade religiosa, princípio fundamental em um Estado laico, mostra-se fragilizada, comprometendo o reconhecimento do sujeito como portador de direitos, responsabilidades e capacidade de participação social, conforme orienta o Conselho Federal de Psicologia (2011).

4.2 As dimensões da Atenção Psicossocial

As experiências subjetivas relatadas pelos participantes conferem materialidade ao conceito de cuidado psicossocial, entendido como um modelo de atenção centrado na escuta, no vínculo e na produção de autonomia, conforme preconizado pela RP e pela RAPS (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011). A fala “[...] *No CAPS eu fui acolhido de verdade [...]*” expressa de forma direta a vivência do acolhimento enquanto prática relacional contínua, e não apenas como porta de entrada ao serviço. Esse achado dialoga com a lógica da RP, que comprehende o acolhimento como eixo organizador do cuidado em saúde mental, responsável por sustentar o vínculo terapêutico e reconhecer o usuário como sujeito de direitos, em oposição a práticas centradas na contenção e na normatização do comportamento.

A dimensão da aprendizagem e do protagonismo do sujeito emerge de maneira consistente nas falas, evidenciando o CAPS como espaço de reabilitação psicossocial. A afirmação “[...] *Eu aprendi aqui, eu aprendi aqui no CAPS a enfrentar meus problemas [...]*” revela que o cuidado psicossocial não se restringe à interrupção do uso de substâncias,



mas envolve a construção de estratégias subjetivas de enfrentamento do sofrimento. Tal experiência confirma o entendimento teórico de que a reabilitação psicossocial está associada à ampliação da autonomia e da capacidade de lidar com conflitos, e não à simples obediência a regras institucionais (PASSOS et al., 2020). A continuidade do vínculo também aparece como elemento central do cuidado, conforme expresso na fala “[...] Pra mim, é surpreendente [...] a cultura do CAPS, eu fiquei muito feliz. O primeiro lugar que eu fiquei bem mesmo foi aqui no CAPS [...]”, reforçando a noção de território e permanência como componentes estruturantes da Atenção Psicossocial.

Em contraposição, outros relatos evidenciam experiências marcadas pela fragmentação do cuidado e pela redução do sujeito à condição de “dependente químico”, processo que a literatura crítica denomina como coisificação do sujeito. A fala “[...] Aí vem a questão sexual, vem a questão financeira, vem tudo [...]” indica que dimensões fundamentais da vida são negligenciadas em determinados contextos institucionais, especialmente nas CTs. Esse achado dialoga com análises teóricas que apontam que modelos centrados exclusivamente na droga e na abstinência tendem a desconsiderar a complexidade do sofrimento psíquico e os determinantes sociais da saúde, reforçando práticas moralizantes e despersonalizadas (MATSUMOTO et al., 2019).

Ainda que as CTs sejam socialmente apresentadas como espaços de cuidado integral, as falas dos participantes evidenciam limites estruturais importantes. A necessidade de acessar serviços externos de saúde, expressa na fala “[...] Eu precisei algumas vezes pra ir ao dentista [...]”, revela a incapacidade das CTs de responder de forma abrangente às necessidades de saúde dos sujeitos. À luz do referencial da RAPS, esse achado explicita a ausência de cuidado integral e de articulação intersetorial, elementos considerados indispensáveis para a Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

Ao compararem diretamente os modelos de cuidado, os participantes constroem um paralelo explícito entre o cuidado psicossocial oferecido pelo CAPS e o cuidado vivenciado nas CTs. A fala “[...] Mas também tem uma diferença entre comunidade terapêutica e clínicas, né? Porque a abordagem delas é compulsória e voluntária [...]” evidencia a percepção de ambiguidade presente nas CTs, que se autodeclararam voluntárias, mas operam sob coerção moral, familiar ou institucional. Esse dado empírico confirma as críticas teóricas que apontam para a coexistência de discursos de acolhimento com práticas de controle e disciplina, configurando tensões entre autonomia e coerção no interior dessas instituições (CFP, 2017).

A ausência de dispositivos estruturantes da Atenção Psicossocial, especialmente do PTS, aparece de forma explícita nas falas dos participantes ao descreverem a organização do cotidiano nas CTs. Relatos como “[...] Levantava e todo mundo participava de uma reunião [...]”, “[...] Depois, íamos fazer a terapia. Cada um pegava um rastelo e fazia um trabalho de terapia [...]” e “[...] A gente acorda, toma café, vai para uma reunião espiritual, né? Lá é uma comunidade terapêutica evangélica [...]” evidenciam uma rotina homogênea, estruturada por atividades coletivas padronizadas, nas quais não se identificam espaços de escuta individual ou de construção singular do cuidado. À luz do referencial teórico, o PTS é compreendido como instrumento central da Atenção Psicossocial, orientado pela singularização das intervenções, pela corresponsabilização do usuário e pela articulação em rede (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011).

Por fim, os relatos evidenciam que a centralidade das CTs no itinerário de cuidado não decorre necessariamente de sua adesão ao modelo psicossocial, mas da insuficiência de outros dispositivos da rede e das condições sociais que atravessam a vida dos usuários. A fala “[...] “E eu fui para a comunidade terapêutica justamente por causa disso, porque eu



falei assim: 'Na rua, eu não vou conseguir'. Entendeu? Indo no CAPS uma vez por semana, eu não ia conseguir." [...] e "Mas, na realidade, ela tem sua funcionalidade."

Os relatos dos participantes indicam que a decisão pela internação em CTs está associada à busca por estabilidade, rotina e contenção frente a contextos de intensa vulnerabilidade cotidiana, especialmente quando os serviços territoriais não conseguem responder a essas demandas. Falas que descrevem um cotidiano previamente desorganizado, como "*[...] Aqui fora eu acordava e ia para a rua como quem acorda de manhã e vai comprar pão e leite para tomar café. Café da manhã já era droga [...]*" nesse sentido, a CT não é necessariamente escolhida por adesão ao seu modelo terapêutico, mas ocupa um espaço deixado pela insuficiência das políticas públicas em garantir cuidados contínuos, intensivos e territorializados. Esse achado empírico dialoga com a literatura que aponta a tendência do Estado de se eximir parcialmente de sua responsabilidade na formulação e implementação de políticas de cuidado em álcool e outras drogas, terceirizando essa função para CTs, que passam a ser vistas como opção possível diante da ausência ou fragilidade de outros contextos de cuidado alinhados aos princípios da RAPS (IPEA, 2017; PASSOS et al., 2020).

4.3 Determinantes sociais do tratamento: território, desigualdade e produção do sofrimento social

A compreensão do processo saúde-doença no campo da saúde mental exige uma abordagem ampliada, que considere os determinantes sociais que atravessam a vida dos sujeitos e condicionam suas possibilidades de cuidado. Conforme a Organização Mundial da Saúde (1946), a saúde não se restringe à ausência de doença, mas envolve o bem-estar físico, mental e social. Nessa perspectiva, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como renda, território, escolaridade, trabalho, acesso a políticas públicas e relações sociais influenciam diretamente o adoecimento, o acesso aos serviços e os percursos terapêuticos (BUSS; FILHO, 2007).

Os relatos dos participantes evidenciam que o território constitui um elemento central na decisão pela internação em CTs. A fala "*[...] A gente mora aqui na Ceilândia, e acabava que a gente tinha que ir meio que forçado pelas situações sociais que nos condicionam [...]*" revela como as condições de vida em territórios marcados por pobreza, violência, segregação urbana e vigilância estatal limitam a autonomia dos sujeitos e reduzem o leque de alternativas de cuidado. Esse achado dialoga com estudos que apontam que populações residentes em regiões periféricas do Distrito Federal apresentam maior dependência do SUS e maior exposição a vulnerabilidades sociais, o que impacta diretamente a saúde mental e a capacidade de permanência em tratamentos territoriais (DISTRITO FEDERAL, 2024; OBSERVA DF, 2025).

A desigualdade socioeconômica aparece de forma explícita nas falas ao situar o sofrimento psíquico e o uso de substâncias no interior de um sistema social excludente. A afirmação "*[...] O sistema em que vivemos é o capitalismo... se baseia na competição, na meritocracia, quem tem dinheiro é quem manda [...]*" explicita uma leitura crítica dos participantes sobre a forma como as relações sociais são organizadas, produzindo exclusão, precarização do trabalho e negação de direitos. À luz do referencial teórico, esse contexto reforça a compreensão de que o uso problemático de substâncias não pode ser analisado como fenômeno individual ou moral, mas como expressão de desigualdades estruturais que produzem sofrimento ético-político (AMARANTE, 2007; BUSS; FILHO, 2007).

A meritocracia, ideologia burguesa que emergiu após o declínio da aristocracia, substituiu o privilégio de nascimento pelo "privilégio do esforço". Contudo, essa transição



é percebida como sedutora e manipuladora por disseminar a falsa ideia de uma "competição equitativa", onde o sucesso seria unicamente determinado pelo talento e pela dedicação individual. Na realidade da nossa sociedade, a meritocracia não se configura como um sistema justo e igualitário; pelo contrário, ela intensifica o fosso socioeconômico entre as populações mais pobres e as mais ricas (SANTOS, 2022).

De acordo com Souza (2021), a pobreza e a exclusão social no Brasil são fenômenos estruturais e históricos, indissociáveis da lógica de acumulação do sistema capitalista. A desigualdade no país não é um subproduto acidental, mas um projeto construído ao longo de diferentes regimes e formas de governo, fundamentado na exploração da mão de obra de grupos historicamente vulneráveis, como negros e indígenas.

Sob a égide da ideologia capitalista, a "questão social" é alimentada por preconceitos e pelo racismo estrutural, que relegam grandes parcelas da população à margem dos direitos básicos e da dignidade humana. Essa realidade tem sido enfrentada pela organização das chamadas minorias sociais, que se mobilizam na luta por políticas públicas e direitos sociais (SOUZA, 2021).

O estigma social emerge como um determinante central no aprofundamento da exclusão e na ruptura dos vínculos sociais. A fala "[...] *Quem não tem oportunidade ou recursos acaba ficando à margem... taxado de vagabundo, desonesto ou criminoso [...]*" evidencia o processo de rotulação moral que incide sobre pessoas em situação de vulnerabilidade e uso de substâncias psicoativas. Conforme analisa Mota (2009), a associação entre drogas, criminalidade e desvio moral transfere o peso da ilegalidade da substância para a identidade do usuário, produzindo estigmatização e desqualificação social. Esse processo contribui para a internalização do estigma, reduzindo a autoestima e dificultando a busca por serviços de saúde e apoio psicossocial (SOARES et al., 2015; CAMA et al., 2016).

A marginalização social também se expressa nas estratégias de sobrevivência adotadas pelos sujeitos em contextos de extrema precariedade. A fala "[...] *As pessoas acabam usando o próprio sistema a seu favor de formas ilegítimas, como o roubo, apenas para sobreviver [...]*" revela como a ausência de oportunidades formais de trabalho e de proteção social empurra indivíduos para práticas criminalizadas, reforçando ciclos de exclusão, estigma e punição. Esse achado dialoga com a literatura que comprehende o uso problemático de substâncias e a criminalização da pobreza como fenômenos articulados às condições materiais de existência e à negação de direitos sociais básicos. Conforme Buss e Pellegrini Filho (2007), os determinantes sociais da saúde produzem iniquidades que afetam diretamente a saúde mental, especialmente em contextos de pobreza e exclusão. Do mesmo modo, Mota (2009) aponta que a associação entre drogas, crime e desvio moral opera como mecanismo de controle social, deslocando para o indivíduo a responsabilidade por condições estruturais de desigualdade. Assim, o sofrimento relacionado ao uso de substâncias deve ser compreendido como expressão de um processo contínuo de vulnerabilização social, e não como falha individual ou moral.

Nesse contexto, a busca por CTs não pode ser compreendida como escolha livre ou exclusivamente terapêutica, mas como resultado de um conjunto de condicionantes sociais que restringem alternativas de cuidado em liberdade. A fragilidade das políticas sociais, a insuficiência de dispositivos territoriais da Rede de Atenção Psicossocial e a ausência de ações intersetoriais efetivas acabam por deslocar para as CTs a responsabilidade pelo cuidado de sujeitos socialmente indesejados. Conforme apontam Buss e Filho (2007), a redução das iniquidades em saúde depende do enfrentamento estrutural dos determinantes sociais; quando isso não ocorre, modelos institucionais



substitutivos passam a ocupar o lugar deixado pelo Estado, ainda que distantes dos princípios da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica.

4.4 Comunidades Terapêuticas: desafios, fragilidades e possibilidades

Os achados revelam que as CTs ocupam um lugar de ambiguidade no itinerário de cuidado de pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas, sendo assim, são simultaneamente reconhecidas como benéficas e necessárias ao processo de cuidado, mas estão fortemente permeadas por desafios e fragilidades de ordem estrutural. Essa ambivalência emerge de forma consistente nos relatos, que oscilam entre a percepção da CT como recurso emergencial diante da exclusão social e a vivência de práticas distantes do modelo psicossocial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No que se refere aos benefícios atribuídos às CTs, os participantes reconhecem que essas instituições assumem uma função substitutiva ao cuidado estatal em contextos de extrema vulnerabilidade. A fala “[...] *E, querendo ou não, as comunidades, são a emergência que o dependente químico hoje tem, porque, na realidade, muitas vezes, a sociedade não aceita. [...]*”, “[...] *Ele não tem estrutura psicológica, nem física para manter um emprego. Então, querendo ou não, a comunidade é uma emergência [...]*” deixa explícito que a CT é percebida como resposta imediata à ausência de suporte social, econômico e institucional.

Os participantes indicam que o tratamento pode ser avaliado positivamente quando a CT oferece acolhimento e alternativas terapêuticas. A fala “[...] *Quando o adicto encontra uma comunidade que está pronta para acolhê-lo e dá opções bacanas, é muito bom [...]*” esta fala mostra que a percepção de benefício está relacionada à experiência subjetiva de acolhimento e não, necessariamente, à adesão a um modelo alinhado à Atenção Psicossocial. Conforme destaca Amarante (2007), em contextos de fragilidade da rede pública, práticas institucionais não alinhadas à RP podem ser vivenciadas como benéficas por responderem a necessidades imediatas de contenção e cuidado.

No entanto, ao analisar as atividades e rotinas das CTs, emergem de forma contundente elementos de controle do corpo, da conduta e da comunicação. A fala “[...] *não podia fumar. Aí eu acabei fumando escondido lá, e é horrível, cara. Tem algumas, que você chega e não pode pegar uma fruta que caiu no chão. Tem lá uma mangueira recheada, e tu não pode pegar uma que caiu no chão [...]*” evidencia práticas disciplinares rígidas, que extrapolam o cuidado em saúde e se aproximam de mecanismos de vigilância e punição. Esse dado empírico sustenta as críticas presentes nos relatórios de inspeção e na literatura, que identificam nas CTs a reprodução de lógicas asilares contemporâneas, baseadas no controle moral e comportamental (CFP, 2017).

O controle da comunicação também aparece como elemento estruturante da rotina institucional. As falas “[...] *Esse tempo podia ser dividido em duas ou três ligações durante a semana [...]*” e “[...] *Você podia fazer tantas chamadas [...]*” revelam que o contato com a relação com familiares e com o território é rigidamente regulada. À luz do referencial da RP, tais restrições se contrapõem ao cuidado em liberdade e à valorização dos vínculos sociais como parte constitutiva do processo terapêutico, princípios centrais da RAPS (BRASIL, 2011; AMARANTE, 2007).

No campo das propostas terapêuticas das CTs, as falas indicam uma organização do cuidado marcada pela padronização e pela coletivização das condutas. A descrição “[...] *Levantava e todo mundo participava de uma reunião [...]*” revela um início de dia estruturado por atividades coletivas obrigatórias, com pouca margem para escuta singular. Esse achado confirma análises teóricas que apontam que o cuidado nas CTs se organiza prioritariamente a partir do grupo enquanto dispositivo de controle, distanciando-se da lógica do PTS, central na Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).



O uso do trabalho manual como recurso terapêutico é exemplificado nas falas “[...] Depois, íamos fazer a terapia. Cada um pegava um rastelo e fazia um trabalho de terapia” e “[...] Por exemplo, fazer uma laborterapia para tentar tirar o foco da dependência [...]”. Esses relatos evidenciam que a “terapia” é compreendida como atividade laboral, associada à ocupação do tempo e à disciplina do corpo. A literatura aponta que, quando desvinculada de um projeto singular e de acompanhamento técnico, a laborterapia tende a reforçar uma lógica moralizante de regeneração pelo esforço físico, afastando-se das práticas clínicas e psicossociais preconizadas pelo SUS (CFP, 2017; PASSOS et al., 2020).

A fragilidade das equipes multiprofissionais nas CTs é evidente, com participantes reconhecendo a ausência de preparo técnico e de profissionais qualificados. A predominância de ex-acolhidos “[...] os monitores e administrativos são todas pessoas que já foram reabilitadas e estão em processo de reabilitação [...]” em funções de cuidado desloca o tratamento do campo da saúde para a lógica da experiência pessoal e moralização. Essa carência se agrava em situações de crise “[...] O pessoal desespera às vezes. Você não está preparado para fazer aqueles primeiros socorros ali, de repente [...]”, expondo a falta de capacitação para manejo de emergências. A própria percepção de que “[...] Ele precisa ter técnica profissional [...]” reforça a falta de fundamentos técnicos. À luz da Atenção Psicossocial, a ausência de equipes qualificadas compromete a avaliação clínica, a escuta, o manejo de crises e a construção de PTS. Amarante (2007) e o CFP (2017) alertam que a substituição do cuidado técnico por práticas de monitores sem formação favorece abordagens disciplinares e morais, afastando as CTs dos princípios da RP e da RAPS (BRASIL, 2011).

Por fim, a ausência de dispositivos estruturantes da Atenção Psicossocial, especialmente do PTS, aparece de forma explícita nas falas que descrevem o cotidiano institucional. Relatos como “[...] Levantava e todo mundo participava de uma reunião”, “[...] Depois, íamos fazer a terapia. Cada um pegava um rastelo e fazia um trabalho de terapia [...]” e “[...] A gente acorda, toma café, vai para uma reunião espiritual, né? Lá é CTsuma comunidade terapêutica evangélica [...]” evidenciam uma rotina homogênea, centrada em práticas coletivas e religiosas, nas quais não se identificam espaços de pactuação individual do cuidado. À luz do referencial teórico, o PTS é compreendido como instrumento central para a singularização das intervenções e para a corresponsabilização do usuário; sua ausência configura um dos principais indicadores de distanciamento das CTs em relação ao paradigma da Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2011; CFP, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcança seus objetivos ao analisar criticamente, a partir da percepção dos usuários, a modalidade de cuidado ofertada pelas CTs e sua articulação com a Atenção Psicossocial desenvolvida no CAPS AD III. Os achados permitem afirmar que a atenção ofertada pelas CTs, embora socialmente reconhecida como recurso emergencial em contextos de vulnerabilidade extrema, apresenta importantes desalinhamentos em relação aos princípios da RP, da RAPS e da Redução de Danos.

A pesquisa demonstra que o cuidado psicossocial, conforme vivenciado no CAPS, se estrutura a partir do acolhimento, do vínculo, da escuta e da construção de autonomia, configurando-se como prática centrada no sujeito e em sua singularidade. Em contraposição, as CTs operam majoritariamente por meio de rotinas padronizadas, práticas disciplinares, coerção moral e religiosa e ausência de dispositivos fundamentais do modelo psicossocial, especialmente o PTS, o que compromete a individualização do cuidado e a corresponsabilização do usuário.



Os resultados evidenciam que a centralidade das CTs no itinerário terapêutico dos participantes não decorre de sua adesão ao paradigma psicossocial, mas da insuficiência das políticas públicas e da fragilidade dos dispositivos territoriais de cuidado. Nesse sentido, as CTs passam a ocupar o espaço deixado pelo Estado, sendo percebidas como única alternativa possível diante da ausência de serviços capazes de ofertar cuidado contínuo, intensivo e territorializado, especialmente para sujeitos atravessados por múltiplos determinantes sociais da saúde.

A análise revela que os processos de ingresso e permanência nas CTs são frequentemente marcados por coerção familiar e institucional, restrição de liberdade, controle da comunicação e imposição de práticas religiosas, configurando tensões diretas com os princípios do cuidado em liberdade e da garantia de direitos. Além disso, a fragilidade das equipes multiprofissionais e a substituição do cuidado técnico por práticas baseadas na experiência pessoal reforçam abordagens moralizantes e disciplinadoras, distanciando essas instituições do campo da saúde mental propriamente dito.

Nota-se que, embora as CTs possam produzir efeitos subjetivos percebidos como positivos em situações específicas, seus modos de funcionamento revelam limites estruturais que impedem sua plena integração ao modelo psicossocial. O estudo contribui teoricamente ao reforçar a compreensão de que o cuidado em saúde mental não pode ser reduzido à contenção, à disciplina ou à abstinência, devendo necessariamente articular subjetividade, território, direitos e determinantes sociais. No plano prático, os achados indicam a necessidade urgente de fortalecimento da RAPS, ampliação de dispositivos territoriais de cuidado intensivo e revisão crítica do financiamento público destinado a modelos institucionais que reproduzem práticas asilares contemporâneas.

Como limitação do estudo, destaca-se o número restrito de participantes e a realização em um único serviço, o que não permite generalizações. Sugere-se que pesquisas futuras ampliem o número de contextos investigados, incorporem análises longitudinais e explorem estratégias de cuidado psicossocial capazes de responder às demandas de sujeitos em situação de alta vulnerabilidade, sem recorrer à institucionalização coercitiva.

Dessa forma, o estudo responde à questão de pesquisa ao evidenciar que a atenção ofertada pelas CTs, na forma como se apresenta no contexto investigado, não contribui para a melhoria da qualidade de vida dos usuários quando analisada à luz dos princípios da Atenção Psicossocial, é fundamental reforçar a centralidade do CAPS, dos demais dispositivos da RAPS (UAs, Caps ad III e Serviço Residencial Terapêutico) e das políticas públicas de cuidado em liberdade como horizonte ético e técnico para a saúde mental no Brasil.



REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- 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, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.
- BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Altera a Lei nº 11.343/2006 para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&language=pt>> acesso em: 12.jan.2026.
- CAMA, Viviane Alves et al. **Estigma e dependência química: implicações para o cuidado em saúde mental**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, p. 1–9, 2016.
- CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: CFP, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011.
- DALGALARRONDO, Paulo et al. **Religião e uso de drogas por adolescentes**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82–90, 2004.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Planejamento. **Perfil socioeconômico da Região Administrativa de Ceilândia**. Brasília: GDF, 2024.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.
- GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Liber Livro, 2005. (Série Pesquisa em Educação, v. 10).
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2016.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017.
- LANE, Silvia Tatiana Maurer. **Psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.
- MATSUMOTO, Alice Emy et al. **A introdução das comunidades terapêuticas na rede de atenção psicossocial como expressão da contrarreforma psiquiátrica**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, p. 126–143, 2019.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- MOTA, Ronaldo. **Drogas, estigma e exclusão social**. São Paulo: Cortez, 2009.



MPF – MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL; MPT – MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: MPF/MPT, 2025.

OBSERVA DF. Desigualdades territoriais e sociais no Distrito Federal. Brasília:

Observatório de Políticas Públicas do DF, 2025.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitution of the World Health

Organization. Geneva: WHO, 1946.

PASSOS, Eduardo et al. Políticas de drogas no Brasil: cuidado, controle e resistência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

SANTOS, Rayane Silva dos; MARQUES, Silvia Badim. Direitos humanos, saúde e espiritualidade: um olhar sobre uma comunidade terapêutica no Distrito Federal. 2017.

SOARES, Cecília de Almeida et al. Estigma, drogas e saúde mental: impactos sobre o acesso ao cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2861–2870, 2015.