



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia (IP)

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)

Mestrado Acadêmico

**“Só pra não ficar na rua”: Uma investigação sobre o papel das Comunidades Terapêuticas
para/contra a População em Situação de Rua**

Elisa de Pennafort Rabelo

Brasília

2025



Universidade de Brasília (UnB)

Instituto de Psicologia (IP)

Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC)

Mestrado Acadêmico

**“Só pra não ficar na rua”: Uma investigação sobre o papel das Comunidades Terapêuticas
para/contra a População em Situação de Rua**

Elisa de Pennafort Rabelo

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa.

Brasília

2025

Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de
Brasília, sob orientação do Prof.º Dr.º Pedro Henrique Antunes da Costa

Banca Examinadora

Pedro Henrique Antunes da Costa (Universidade de Brasília)

Presidente

Maria Inês Gandolfo Conceição (Universidade de Brasília)

Membra Titular Interna

Ana Luísa Coelho Moreira (Ministério da Igualdade Racial)

Membro Titular Externa

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Pedro Costa, pela oportunidade, paciência e, sobretudo, pela confiança, inclusive quando eu mesma não a tinha. Cruzar seu caminho transformou minha trajetória não apenas profissional, mas pessoal e comunitária. Aprendi com suas palavras, mas especialmente acompanhando sua práxis. Sua atuação me devolveu horizontes possíveis dentro da Psicologia quando eu já me encontrava desacreditada.

À minha coorientadora, Kíssila Mendes, que, mesmo com poucos encontros presenciais, foi presença constante por meio de sua escrita. Seus trabalhos foram mais que referências teóricas: foram companhia, direção e inspiração para minha prática.

Aos membros da banca, Ana Luísa Coelho Moreira e Maria Inês Gandolfo Conceição, pela disponibilidade e cuidado na leitura e no diálogo com este trabalho

Às companheiras de mestrado, Allice, Clara, Maria e Vitória, que atravessaram essa jornada comigo. Este trabalho também é fruto das trocas, do apoio e das reflexões e frustrações compartilhadas. Agradeço, em especial, à Clara, que caminha comigo há cerca de quinze anos, antecedendo inclusive nosso vínculo com a Psicologia, e que foi irmã, abrigo e força nesse processo. Dividir mais esse ciclo da vida com você foi uma das maiores honras desse percurso.

Ao grupo Saúde Mental e Militância, espaço que me recebeu e me mobilizou a repensar tudo o que eu achava que sabia sobre saúde mental e luta coletiva, transformando sentimentos de impotência em movimento.

Ao meu namorado, melhor amigo e porto seguro, Lucas Bispo. Faltam palavras para nomear o que você foi para mim nesta travessia. Obrigada por permanecer, por acolher e por sustentar a presença, inclusive quando eu tentava afastar.

Aos amigos da Psicologia, Ana Clara, André, Augusto, Fernanda, Rafael e Talita, que permanecem como parte constitutiva de quem eu sou. Agradeço especialmente a Tita e Augusto, por serem rede de apoio concreta nos momentos de urgência, pelos colos e pela disponibilidade generosa, inclusive diante dos meus sumiços.

À minha alma gêmea e cantora preferida, Natália Carreira, por ser afeto, aprendizado e presença, mesmo na saudade. Sua voz foi uma das poucas capazes de silenciar meus próprios pensamentos neste processo.

À minha mãe, Suzana, pelo amor, apoio incondicional e pela disposição de crescer junto comigo. Há coisas que só o colo de mãe resolve e sou profundamente grata pelo seu.

Ao meu pai, por seu compromisso inabalável com a ética e a justiça, inspiração que atravessa este trabalho. Nas tentativas de “resolver” o que nem sempre tem como resolver, sempre fez com que eu me sentisse a filha mais amada.

À Izabel, minha querida madrastra, pela paciência e cuidado firme e amoroso que nunca me deixou esquecer que sou lembrada e querida.

Aos meus irmãos, Luíza, Pedro e Vinicius, por serem leveza e distração nos momentos mais difíceis.

A todas e todos os professores que atravessaram minha formação, pela generosidade no compartilhamento de conhecimento e que fizeram despertar em mim a admiração e o respeito à docência, especialmente após a prática do estágio em docência.

Aos alunos com quem convivi no estágio em docência, pela confiança, trocas, aprendizados, paciência e, principalmente, pela experiência desafiadora e transformadora que só a prática permite.

À Universidade de Brasília, um dos meus lugares preferidos do mundo, no qual vivi

algumas das minhas melhores experiências. É uma honra imensa fazer parte desta instituição, principalmente quando o acesso ainda é negado a tantos. Encerrar mais um ciclo aqui é motivo de gratidão e luto.

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB, pela recepção e suporte.

Ao CAPSad III Candango e ao Café com Escuta, por me receberem de forma aberta e acolhedora, permitindo que concepções e certezas fossem tensionadas e que eu aprendesse com a realidade concreta do território.

Às pessoas do território do SCS com quem tive o privilégio de conviver, especialmente àquelas que aceitaram o convite de coproduzir esta pesquisa. Nada do que está escrito aqui existiria sem vocês. Se há densidade, é porque houve encontro. Se há reflexão, é porque houve partilha. Se há verdade, é porque houve confiança. Vocês foram – e são – professores. Professores da escuta, da resistência, da contradição, da sobrevivência cotidiana. Ensinarão-me mais sobre saúde mental, política, violência e dignidade do que qualquer livro poderia. Este trabalho não é sobre vocês, ele é atravessado por vocês. Que estas páginas sejam, ao menos em parte, dignas da generosidade com que me receberam.

À CAPES, pela bolsa de Mestrado concedida.

Por fim, agradeço a todos que, de formas diversas, sustentaram esta travessia. Esta dissertação é fruto de trabalho coletivo, como tudo que importa.

RESUMO

A presente dissertação investiga o papel das Comunidades Terapêuticas (CTs) no “atendimento” à população em situação de rua (PSR) do Distrito Federal (DF). Fundamentado em perspectivas antimanicomial e antiproibicionista, o estudo ancora-se em concepções críticas de saúde mental, e do consumo de drogas. É composta, assim, por quatro capítulos: um com um breve resgate histórico sobre as drogas, a situação de rua e a expansão das CTs em território brasileiro; uma revisão bibliográfica; outro com o percurso metodológico da pesquisa empírica e, por ultimo, um capítulo com apresentação dos resultados e discussão. Os dados foram produzidos a partir observação participante, de inspiração etnográfica, realizada no território do Setor Comercial Sul, assim como entrevistas semiestruturadas com seis sujeitos em situação de rua ou com trajetória de rua e passagens por CTs, todos vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas III (CAPSad III) no momento da pesquisa. Já a análise se deu por meio de Análise de Conteúdo temática, com inspiração na tradição marxista. Os resultados indicam que as CTs têm sido “acionadas” pela PSR majoritariamente para suprir necessidades básicas e de afastamento, mesmo que provisório, das ruas, porém por meio de práticas marcadas pela violência. O acesso à essas instituições não se configura como escolha livre, mas como efeito de sua centralidade nas políticas públicas e nos territórios, onde se impõem como uma das poucas ou únicas respostas disponíveis. Sua expansão e financiamento público, se faz nas/pelas ausências e limitações das políticas públicas e, ao serem incorporadas a elas, contribuem para obstaculizar sua efetivação. Conclui-se, assim, que, antes mesmo da PSR recorrer a às CTs, é esta população que é recorrida por tais instituições.

Palavras-chave: população em situação de rua; Comunidades Terapêuticas; saúde mental, álcool e outras drogas; políticas públicas; higienismo

ABSTRACT

This research aims to investigate the role of Therapeutic Communities (Tcs) in the “care” provided to people experiencing homelessness in the Federal District of Brazil. Grounded in anti-asylum and anti-prohibitionist perspectives, the study draws on critical conceptions of mental health and drug use. It is organized into four chapters: the first presents a brief historical overview of drugs, homelessness and the expansion of TCs in Brazil, the second consists of a literature review, the third outlines the methodological path and the last one presents the results of an empirical study. Participant observation, inspired by ethnographic approaches, was conducted in the South Commercial Sector, along with semi-structured interviews with six individuals who live or have lived on the streets and have had experiences in Tcs, all of whom were assisted by the Alcohol and Other Drugs Psychosocial Care Center III at the time of the research. The collected data were categorized and analyzed through thematic Content Analysis, inspired by the marxist tradition. The findings indicate that TCs have been “resorted to” by people experiencing homelessness mainly to meet basic needs and to provide, even if only temporarily, an escape from street life, though through practices marked by violence. The access to these institutions does not constitute a free choice, but rather an effect of their centrality within public policies and local territories, where they impose themselves as one of the few or only available responses. Their expansion and public funding take place through and within the absences and limitations of public policies and, once incorporated into them, ends up contributing to obstruct their effective implementation rather than addressing their gaps. It was possible to conclude, finally, that even before the homeless population turns into these institutions, it is in fact this population that is sought out by the CTs.

Keywords: people experiencing homelessness; Therapeutic Communities; mental health, alcohol and other drugs; public policies; hygienism

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACDF	Associação Comercial do Distrito Federal
AI	Acolhimento Integral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CcE	Café com Escuta
CentroPop	Centro de Referência para a População em Situação de Rua
CEP/CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e
Sociais CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIAMP-Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política
Nacional para a População em Situação de Rua	
CLP	Centro de Liderança Pública
CODHAB	Companhia de Desenvolvimento Habitacional
CODEPLAN	Companhia de Planejamento do Distrito
Federal CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializados de Assistência
Social CTs	Comunidades Terapêuticas
DF	Distrito Federal
Fecomércio-DF	Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Distrito
Federal FJP	Fundação João Pinheiro

GDF	Governo do Distrito Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INS	Instituto No Setor
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPEDF	Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
LD	Lei de Drogas
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à
Fome	
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MNPR	Movimento Nacional da População em Situação de Rua
MPF	Ministério Público Federal
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
MTST	Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto
OSC	Organização da Sociedade Civil
PCD	Pessoa com Deficiência
PDAD-A	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada
PM	Polícia Militar
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNUD	Programa das Nações Unidas do Desenvolvimento

PP	Plano Piloto
PSR	População em situação de rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RA	Região Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SCS	Setor Comercial Sul
Sedes-DF	Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal
SLU	Serviço de Limpeza Urbana
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – <i>Procedimentos de Seleção dos Artigos</i>	52
Tabela 1 - <i>Apresentação dos Eixos “Sem a voz dos internos/egressos” e “Com a voz dos internos/egressos” e suas respectivas categorias de análise</i>	54
Tabela 2 - <i>Apresentação das Dimensões Analisadas nos Artigos do eixo “Sem a voz dos internos/egressos sobre CTs”</i>	56
Tabela 3 - <i>Apresentação das Dimensões Analisadas nos Artigos da Categoria “Com a voz dos internos/egressos sobre CTs”</i>	84

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO I – ENTRE RUAS E DROGAS, HÁ GENTE E HISTÓRIA.....	26
1.1 A situação de rua no Brasil e como é abordada nas políticas.....	26
1.2 As drogas e o avanço da manicomialização: as CTs e a violência contra a população em situação de rua.....	36
CAPÍTULO II – “O QUE ACHA QUEM USA”: PERSPECTIVAS DOS PRÓPRIOS INTERNOS/EGRESSOS SOBRE OS SERVIÇOS OFERECIDOS PELAS CTs.....	47
2.1 Método.....	48
2.2 Resultados e discussão.....	50
2.2.1 Eixo 1 – Sem a voz dos internos/egressos.....	53
2.2.1.1 Aspectos gerais.....	54
2.2.1.2 Mapeamento do perfil sociodemográfico: naturalização da população que acessa as CTs	59
2.2.1.3 As críticas produzidas: instruções para “humanizar” um serviço essencialmente desumanizador.....	69
2.2.1.4 A questão da reincidência: falha individual ou do tratamento? Ou para além da “falha” (e do moralismo)?.....	79
2.2.2 Eixo 2 – Com a voz dos internos/egressos.....	82
2.2.2.1 Aspectos Gerais.....	83
2.2.2.2 Disputa por hegemonia no campo de atenção em álcool e outras drogas (e na academia).....	87
2.2.2.3 A realidade das CTs a partir da perspectiva dos internos/egressos.....	97
2.2.2.3.1 O pilar da disciplina.....	100
2.2.2.3.2 O pilar da espiritualidade.....	108
2.2.2.3.3 O pilar do trabalho.....	112
CAPÍTULO III – NAS RUAS, COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA EMPÍRICA.....	119
3.1 A formação socioespacial de Brasília.....	121
3.1.1 O Setor Comercial Sul.....	126
3.2 Primeiros mediadores.....	133
3.3 A imersão no campo.....	136
CAPÍTULO IV – “CENTRO DE RECUPERAÇÃO NÃO RECUPERA NINGUÉM. ELES ESTÃO ALI PORQUE QUEREM GANHAR EM CIMA DE VOCÊ”. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA E CONTRA A PSR.....	163
4.1 Apresentação dos participantes.....	164
4.2 A relação com as drogas.....	173
4.3 A relação com o estar em situação de rua.....	202
4.4 A relação com as CTs.....	226
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	257
REFERÊNCIAS.....	263
ANEXO I - ROTEIRO – ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	289
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	290

“A carne mais barata do mercado foi a carne negra

Que vai de graça pro presídio

E para debaixo do plástico

Que vai de graça pro subemprego

E pros hospitais psiquiátricos”

A carne, Elza Soares

INTRODUÇÃO

Escrever sobre o próprio lugar na pesquisa não é tarefa simples, sobretudo quando o que se investiga envolve formas extremas de desigualdade, sofrimento e violência institucional. Localizar-se implica reconhecer que a pesquisa não emerge de um vazio, tampouco pode ser reduzida a uma história pessoal. O que sustenta essa investigação não é uma vocação individual, mas um conjunto de inquietações ético-políticas que atravessam minha formação e se atualizam nos encontros concretos com práticas e instituições naturalizadoras da ordem social vigente – sob aparência de neutralidade – como se esta fosse a-histórica.

A recusa em aceitar como naturais as desigualdades sociais, as violências institucionais e as explicações que individualizam problemas de origem estrutural atravessa meu percurso de forma persistente. Desde muito cedo, a convivência com figuras rígidas de autoridade, fortemente hierarquizadas, produziu incômodos diante da obediência fundada apenas na norma ou na posição de poder. O tradicional “porque sim” nunca se apresentou como resposta suficiente. Meu sonho, nessa época, era crescer logo, “virar adulta”, iludida de que isso seria garantia suficiente para finalmente ser tratada e reconhecida como igual, credibilizada em meus questionamentos e argumentos. Ninguém havia me contado que a forma diferente com que me tratavam não era exclusiva apenas ao fato de eu ser criança, mas também ao fato de eu ser mulher. De forma que hoje, crescida, supostamente adulta, meu sonho – pelo qual a luta é constante – segue sendo ser tratada como igual, ou ao menos como ser humano, não objetivo.

Esse incômodo precoce, contudo, não se traduziu inicialmente em engajamento político organizado, mas frequentemente em sentimentos de revolta, impotência e paralisia frente às injustiças sociais, insistentemente tratadas como naturais. Crescer em um contexto marcado por

privilégios sociais não anulou esse incômodo, mas por vezes o tornou mais contraditório. As desigualdades apareciam como algo dado, naturalizado, frequentemente explicadas a partir de narrativas meritocráticas e individualizantes. Foi sobretudo por meio de professores – especialmente nas áreas de história, sociologia e literatura – que comecei a acessar ferramentas para compreender a realidade como construção histórica, social e política, finalmente materializando em palavras as minhas inquietações. Ainda assim, por um longo período, essa crítica permaneceu restrita a uma elaboração mais individual, pouco articulada a perspectivas de transformação social. Nessa época eu ainda acreditava que seria a soma de ações individuais que mudariam o mundo.

O ingresso no ensino superior, mais especificamente no curso de Artes Plásticas da UnB, foi decisivo para o aprofundamento desse processo de politização, sobretudo pela possibilidade de contato com realidades tão distintas da minha e tão mais próximas da realidade das majorias populares em nosso país. A universidade se apresentou como espaço de produção de vida, encontros e experimentações, provocando uma série de rupturas com certezas que até então eram absolutas, como, por exemplo, em relação às drogas e seus usuários. Em minha história de vida, desde muito cedo, as drogas foram-me apresentadas pela minha mãe – delegada e filha de militar – como um mal a ser combatido e evitado, antes mesmo de entrar em contato com o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à violência (PROERD), no ensino fundamental.

Acho que um de seus maiores medos com meu ingresso na UnB era de que eu me deixasse levar por “más influências” e passasse a usar drogas ilícitas, o que me tornaria automaticamente uma viciada e, portanto, sujeita a intervenções invasivas, naturalizadas em meu seio familiar. O contato precoce e exacerbado com discursos proibicionistas hegemônicos, especialmente a partir da moralização e criminalização do consumo, inicialmente me convenceram sobre a

homogeneidade das drogas como o mal em si, porém com seus tensionamentos, uma vez que a relação com o álcool, por exemplo, sempre foi presente em minha família, como na de muitos brasileiros. Nesse percurso, não só a repressão dentro de casa, como o ingresso na Universidade de Brasília (UnB) foram mobilizadores, despertaram questionamentos sobre as arbitrariedades que diferenciam substâncias lícitas e ilícitas, bem como sobre os processos de estigmatização que recaem seletivamente sobre determinados corpos e territórios enquanto efeitos violentos do proibicionismo.

Se por um lado espaço de produção de vida, a universidade também se apresentou, ao mesmo tempo, como espaço em que contradições profundas nas formas contemporâneas de existência se tornaram mais evidentes. Nesse contexto, a presença recorrente de diagnósticos psiquiátricos e de processos de medicalização costumava aparecer de forma naturalizada, como causa, explicação e resposta para os sofrimentos, não como expressão dessas contradições. O avanço da diagnosticação – também presente em minha própria história familiar – me aproximou da Psicologia, na expectativa de encontrar respostas para minhas inquietações acerca do sofrimento humano, da sensação difusa de que as pessoas pareciam sofrer cada vez mais e da forma como o diagnóstico tendia a ser utilizado como explicação totalizante da vida.

Esse movimento, contudo, revelou rapidamente seus limites. A Psicologia, em sua forma hegemônica, além de elitista e dissociada da realidade concreta das maiorias populares, mostrava-se frequentemente orientada à adaptação dos sujeitos a condições de vida profundamente desiguais, precarizantes, desumanizantes e exploratórias, naturalizando-as, assim como a ordem social dominante. Ainda que o deslocamento da culpa moral para o diagnóstico possa representar uma forma parcial de humanização, tornou-se evidente que esse gesto mantém intactas as estruturas que produzem o sofrimento, frequentemente tratadas como pano de fundo inevitável.

Dessa forma, à medida que meu processo de politização se aprofunda, as explicações psicológicas hegemônicas tornam-se cada vez mais insuficientes.

Foi sobretudo a partir do contato – ainda que tardio e incipiente – com abordagens críticas no interior da própria Psicologia, especialmente a Psicologia Social Comunitária e a luta antimanicomial – mesmo esta última não sendo restrita a nenhum campo disciplinar específico –, que esse mal-estar em relação à própria Psicologia pôde começar a ser nomeado e elaborado. Tornou-se evidente a centralidade da patologização como prática orientada mais à normatização e ao controle dos corpos do que ao cuidado, deslocando para o indivíduo contradições que são, em essência, sociais, tratando suas reações frente a um sistema que o exclui e oprime enquanto sintoma, transtorno e doença. Gradualmente, consolidou-se a compreensão de que os chamados problemas psicológicos não podem ser entendidos fora das condições concretas de produção de vida, apesar dos aparentes esforços da psicologia hegemônica em despolitizar o sofrimento humano e destituí-lo de sua dimensão material sócio-histórica. Esse deslocamento permitiu tensionar o lugar tradicional da Psicologia enquanto ciência que, historicamente e hegemonicamente, tem servido aos interesses das classes dominantes, seja pela adaptação dos sujeitos a condições de existência desumanizantes, seja pela individualização de problemas de ordem estrutural.

É nesse percurso que se insere também aproximação com a Redução de Danos (RD), inicialmente de forma autônoma, uma vez que essa perspectiva foi abordada formalmente apenas nos semestres finais da graduação. Não obstante, tal aproximação possibilitou solidificar a compreensão sobre consumo de drogas como relação complexa, multifacetada, relacionada a necessidades humanas concretas, e não como desvio moral ou patologia individual. Ao ampliar a noção de saúde para além da abstinência, torna-se possível conceber diferentes possibilidades de

relação com as drogas, justamente por se tratar de uma *relação*. Com isso, passou-se a tensionar a centralidade atribuída à droga como explicação totalizante não só da experiência de uso – via de regra tratada como problemática – mas também das múltiplas vulnerabilidades geralmente vividas por seus usuários.

O encontro com a população em situação de rua (PSR) aprofundou radicalmente essas reflexões. Os discursos higienistas, meritocráticos e culpabilizantes dirigidos a essa população sempre me causaram estranhamento. A ideia de que a pobreza extrema seria resultado exclusivo de escolhas individuais nunca se sustentou diante da observação das condições concretas de vida dessas pessoas e da progressiva conscientização acerca das determinações estruturais que sustentam a miséria enquanto necessária para manutenção do capitalismo. A participação em projetos de extensão universitária e em estágios, especialmente um realizado em uma instituição do terceiro setor, cujo público majoritário era composto por pessoas em situação de rua, permitiu deslocar o olhar do imaginário social para a experiência empírica, revelando o quanto as políticas destinadas a essa população operam pela responsabilização individual e pela gestão da exclusão.

Paralelamente a essas experiências, o contato com movimentos sociais organizados, como o Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto (MTST), por meio de experiências extensionistas, constituiu um deslocamento fundamental na forma de compreender o direito a moradia e as possibilidades de enfrentamento das desigualdades sociais. As atividades extensionistas vinculadas ao movimento evidenciaram que a população em situação de rua não pode ser compreendida como desvio, mas como uma das expressões mais radicais da questão social, produzida no interior do próprio capitalismo, enquanto resultado estrutural da contradição entre capital e trabalho. A centralidade da luta por moradia permitiu problematizar a naturalização da propriedade privada frente à existência de um contingente massivo de pessoas sem acesso a um

direito fundamental, revelando como a moradia — que deveria ser garantida universalmente — é tratada como mercadoria, condicionada à capacidade de consumo. Tornou-se evidente, assim, que o Estado capitalista, longe de se apresentar como instância neutra de mediação dos conflitos sociais, atua a partir de limites estruturais produzidos por seu compromisso prioritário com a proteção da propriedade privada, operando políticas que administram a pobreza sem enfrentar suas causas. Esse contato tensionou de forma decisiva a lógica de responsabilização individual e evidenciou que qualquer possibilidade efetiva de transformação social passa, necessariamente, pela organização política coletiva.

Nesse percurso, tornou-se cada vez mais evidente que a ausência ou insuficiência das políticas públicas não é acidental, mas estrutural, expressando a relação dialética exclusão-inclusão (Sawaia, 2001). As respostas oferecidas pelo Estado às diferentes expressões da questão social, frequentemente transferidas ao terceiro setor por meio de parcerias público-privadas, tendem a operar na gestão da pobreza, com a função de tornar suportável o intolerável, sem enfrentar as contradições em que esse sofrimento se produz e é produzido.

É nesse cenário que emergem as Comunidades Terapêuticas (CTs). O primeiro contato discursivo com essas instituições ocorreu a partir dos relatos de pessoas em situação de rua — com quem pude ter contato mais aproximado a partir do estágio em instituição do terceiro setor, conforme exposto — que frequentemente “recorriam” às CTs não apenas em função do consumo de drogas, mas como alternativa de abrigo, cuidado/recuperação de saúde ou mesmo como estratégia de sobrevivência. Esses relatos, entretanto, eram marcados por experiências de violência, mesmo quando não reconhecidas dessa forma ou naturalizadas como desvio, exceção ou até mesmo custo inevitável para sair da rua diante da ausência/insuficiência de outras alternativas, evidenciando como as CTs, enquanto instituições do terceiro setor, se produzem

nessas lacunas e naturalizações.

O processo de ingresso no mestrado, especialmente a partir da aproximação com um grupo de pesquisa comprometido com a Psicologia Social Comunitária crítica e com a luta antimanicomial, possibilitou, nesse sentido, compreender as CTs de forma mais radical: não como instituições com “desvios” ocasionais nem como respostas precárias à insuficiência das políticas públicas; mas como expressões contemporâneas da lógica manicomial – novos-velhos manicômios –, em que a violência opera, então, como regra, e não exceção. Até então, eu havia sido levada a acreditar que ao menos as instituições físicas haviam sido superadas, como uma “conquista concluída” do movimento de luta antimanicomial, mesmo reconhecendo que a suposta extinção dos hospitais psiquiátricos – ideia que, no caso do Distrito Federal (DF), é tensionada pela própria permanência do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) na rede de políticas públicas – não foi suficiente para romper com a hegemonia da lógica manicomial. Entretanto, depois dessa aproximação mais profunda com a luta antimanicomial, foi possível compreender que, apesar das conquistas, a permanência da hegemonia da lógica manicomial também se relaciona aos limites estruturais da Reforma Psiquiátrica, que não rompe com as estruturas sociais que tornam o confinamento e o controle de certos corpos considerados desviantes como necessários à preservação da ordem social vigente. Tal cenário é profícuo para que as instituições manicomiais se reatualizem sob novas roupagens, sendo as CTs uma evidência disso, cuja atuação é amplamente legitimada por discursos terapêuticos, morais, religiosos e proibicionistas.

Além disso, esse processo – e consequente aproximação com movimentos coletivos de luta e resistência – permitiu que a crítica a essas estruturas, até então acompanhada por sentimentos de impotência fatalistas, alimentados pela individualização da responsabilidade e ausência de referências coletivas de enfrentamento, fosse transformada da paralisia à elaboração coletiva. A

pesquisa passou a se constituir, então, não como busca por respostas definitivas, mas como posicionamento ético-político diante das práticas que produzem, legitimam e naturalizam condições de produção de vida alienantes, desumanizantes, precarizantes e exploratórias. Esta investigação se inscreve como recusa ativa à naturalização e patologização do sofrimento ético-político, assim como à manicomialização e criminalização da pobreza e como aposta na produção coletiva de conhecimento comprometido com a transformação social.

É a partir desse posicionamento ético-político que se torna necessário deslocar o olhar da trajetória individual para a análise da conjuntura em que as CTs se expandem e se consolidam como resposta institucional privilegiada às expressões mais radicais da “questão social” - conceito o qual apresentaremos à frente. Nos últimos anos, observa-se um crescimento expressivo dessas instituições em todo o país, acompanhado de sua incorporação sistemática às políticas públicas de álcool e outras drogas, bem como do aumento significativo de seu financiamento com recursos estatais (Costa, 2025a; Costa, 2023). No DF, por exemplo, entre 2012 e 2021, o número de vagas financiadas em Comunidades Terapêuticas cresceu 364%, com o montante de recursos públicos liquidados pelo Fundo Antidrogas do Distrito Federal (FUNPAD) aumentando 694%, sendo destinado exclusivamente às CTs e com forte concentração do financiamento em um número reduzido de instituições (Costa, 2023).

Esse processo evidencia o papel ativo do Estado na legitimação e sustentação de instituições reiteradamente comprovadas como violadoras de uma série de direitos, conforme evidenciado em relatório produzido pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e grupo Psicologia e Ladinidades (Costa & Lemos, 2025). Ao compilar e analisar os resultados da totalidade relatórios de fiscalização e inspeção realizados em CTs em âmbito nacional, o relatório aponta que, entre todas as 205 CTs inspecionadas num espaço de 13 anos,

“não foi encontrada nenhuma CT que não violasse direitos humanos” (Costa & Lemos, 2025, p. 75). Entre as violências encontradas estavam práticas como privação de liberdade, trabalho forçado e não pago, trabalho análogo à escravidão, maus tratos e tortura; punições e castigos; violência e intolerância religiosa, etc.

Em continuidade à função historicamente exercida pelos manicômios no Brasil, cuja origem articula-se a projetos de ordenamento urbano, sustentados por práticas eugenistas e higienistas que buscavam retirar da cena pública aqueles considerados desviantes, improdutivos ou perigosos, faz sentido que a expansão das CTs, enquanto novos-velhos manicômios, baseadas no isolamento e segregação sócio-espacial, articule-se ao crescimento contínuo da população em situação de rua. De acordo com estimativas baseadas nos dados do Cadastro Único (CadÚnico), levantados pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua (OBPopRua), da Universidade Federal de Minas Gerais, enquanto em 2021 o número de pessoas em situação de rua era aproximadamente 158.057 (OBPopRua, s.d), em 2024 esse número duplicou, alcançando a marca de 327.925 indivíduos (OBPopRua, 2024), representando uma crescente contínua.

Paralelamente, notícias recentes evidenciam que em diferentes municípios – inclusive sob gestões autodeclaradas progressistas –, as CTs vêm sendo acionadas como recurso privilegiado para “lidar” com a crescente população em situação de rua, por meio do fomento a internações, muitas vezes compulsórias, apresentadas como estratégia de cuidado, mas que operam, na prática, como mecanismo de limpeza urbana e controle dos corpos indesejáveis, portanto, higienismo (Costa, 2025b; Miranda, 2025). A partir da associação simbiótica e reducionista dessa população com o consumo de drogas, sustentam-se intervenções focalizadas, moralizantes, coercitivas e violentas (Mendes & Costa, 2022, p. 101).

A articulação entre o crescimento da população em situação de rua, a expansão das CTs e o financiamento público dessas instituições revela, assim, um arranjo institucional que atualiza a lógica manicomial na gestão contemporânea da pobreza, incidindo de forma particularmente contundente sobre sujeitos historicamente vulnerabilizados, de raça e classe específicas. Vemos avançar em todo o país, em um movimento que parece ser coordenado por setores e governos de extrema direita, mas também por alguns considerados de *esquerda*, a manicomialização e o higienismo social da população em situação de rua, tendo as CTs como carro-chefe desta lucrativa engenharia, movimentando milhões de reais de inúmeras fontes, sejam elas públicas ou privadas (Miranda, 2025).

Com isso, o próprio manicômio passa a não conseguir mais esconder e ocultar o que passa por dentro de seus muros. Ou melhor, a contenção do que ele é e faz, fica um pouco mais dificultada, considerando o seu próprio avanço e espraiamento no tecido social. Igualmente, sua violência se expande, deixando marcas. Citamos aqui as mortes de Darly Fernandes de Carvalho, José Augusto Rosa Neres, Lindemberg Nunes Pinho, Daniel Antunes Miranda, Luís Gustavo Ferrugem Komka e João Pedro Costa dos Santos Moraes, em um incêndio na CT Liberte-se, que ficava no Paranoá, Distrito Federal, em 31 de agosto de 2025. Eles morreram queimados ou em com complicações decorrentes do incêndio, já que não conseguiram fugir das chamas, ao estarem trancados em um dos recintos da instituição. Estes são só alguns dos casos que exemplificam a violência das CTs, ao dizer dela como o normal dessas instituições, e não uma anomalia ou desvio.

Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar o papel desempenhado pelas CTs sobre a população em situação de rua no DF, à luz das experiências, sentidos e avaliações produzidas por sujeitos que vivenciam/vivenciaram tanto a situação de rua quanto a passagem por

essas instituições. Para isso, buscou-se: a) investigar como se dá o processo de contato da população em situação de rua com essas instituições; b) apreender os sentidos atribuídos por essa população ao consumo de drogas, à situação de rua e aos serviços oferecidos pelas CTs; c) analisar como a experiência em CTs é avaliada pela PSR e; d) apreender os desafios, limites e possibilidades de cuidado dirigido à população em situação de rua com necessidades relacionadas ao consumo de drogas do DF.

Para alcançar tais objetivos, a dissertação está estruturada em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais. O primeiro capítulo realiza um resgate histórico e conceitual sobre a situação de rua e das drogas no Brasil, discutindo como essas questões têm sido abordadas nas políticas públicas, bem como a expansão das Comunidades Terapêuticas enquanto principal frente da Contrarreforma Psiquiátrica. O segundo capítulo consiste em uma revisão narrativa da produção científica nacional que aborda as CTs a partir da perspectiva dos próprios internos e egressos, problematizando os silenciamentos, disputas epistemológicas e posicionamentos ético-políticos presentes nesse campo. O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico da pesquisa empírica, de inspiração etnográfica, desenvolvida no território do Setor Comercial Sul, detalhando os procedimentos de observação participante e realização das entrevistas. Por fim, o quarto capítulo reúne a apresentação e discussão dos resultados, articulando os relatos dos interlocutores com o referencial teórico adotado.

Do ponto de vista teórico-metodológico, esta pesquisa se ancora em perspectivas antimanicomiais e antiproibicionistas, dialogando com o marxismo enquanto chave analítica que permite movimentos de sucessivas aproximações com a concretude dos fenômenos. Parte-se da compreensão de que a produção de conhecimento não é neutra, mas situada histórica e politicamente, e de que a escuta das experiências daqueles que vivenciam a situação de rua

constitui condição ética fundamental para a construção de análises que não reproduzam a lógica da tutela, da patologização e do controle. A presente pesquisa se justifica, dessa forma, pela urgência de se questionar o lugar ocupado pelas CTs nas políticas sobre drogas e para a população em situação de rua, apostando na centralidade das vozes historicamente silenciadas como caminho para a construção de práticas de cuidado comprometidas com a dignidade humana e com a transformação social, buscando fortalecer a participação social dessa população na elaboração, avaliação e controle de políticas e programas que de fato contemplem suas necessidades.

CAPÍTULO I

ENTRE RUAS E DROGAS, HÁ GENTE E HISTÓRIA

1.1 A situação de rua no Brasil e como é abordada nas políticas

No presente capítulo, apresentamos uma breve contextualização sócio-histórica sobre a população em situação de rua (PSR), com ênfase ao seu desenvolvimento na formação social brasileira, como ela tem sido considerada e abordada pelas políticas, e como a temática das drogas tem sido historicamente instrumentalizada como mecanismo de controle a tal população, sobretudo por meio de iniciativas higienistas e manicomiais - de caráter nitidamente classista e racista. Não é possível compreendermos como se dá o avanço das ditas Comunidades Terapêuticas (CTs), como instituições manicomiais (e não só - como apontaremos à frente) sobre a população em situação de rua, sem minimamente compreendermos como essa realidade diz de um desenvolvimento histórico, que deságua no presente, numa relação dialética passado-presente. Assim, mesmo que sem um intuito historiográfico, uma contextualização histórica é necessária.

A presença de pessoas vivendo nas ruas não constitui um fenômeno recente, tampouco circunscrito a contextos específicos de crise econômica ou a transformações contemporâneas das cidades – ainda que seja atravessada por elas. Trata-se de um fenômeno que remonta à própria história de crescimento das cidades e desapropriações de terra, adquirindo contornos mais definidos a partir do processo de transição ao modo de produção capitalista, especialmente com o advento da industrialização. Historicamente percebidos como ameaça à ordem social e ao funcionamento das cidades, esses sujeitos, expropriados de suas terras e meios de produção e de subsistência, passam a ocupar os espaços urbanos sem inserção estável no trabalho assalariado. Não absorvidos pela ainda nascente indústria – ou considerados incapazes de se adaptar a ela,

como se fossem defeitos individuais – passam a ser alvo de diferentes formas de estigmatização e intervenção (Mendes, 2018; Mendes & Costa, 2022).

Esse processo, longe de representar uma anomalia ou disfunção passageira, expressa uma dinâmica estrutural do próprio modo de produção capitalista, que não só se desenvolveu e consolidou por meio da expropriação das terras, espoliação e compelindo todo um contingente populacional a se urbanizar, como produz continuamente um excedente de mão de obra em relação às necessidades imediatas de valorização do capital (Marx, 2013). Nesse movimento global de expansão capitalista, marcado pelo pauperismo enquanto produto social generalizado, os sujeitos destituídos de trabalho e moradia passam a ser nomeados e classificados a partir de categorias moralizantes e criminalizantes, como mendigos, vagabundos, vadios, ladrões, dentre outras. Tais classificações operam como “justificativa” para individualizar (e moralizar) algo que é produzido socialmente e para a consolidação de dispositivos jurídicos e institucionais voltados à disciplina e ao controle desses corpos, como leis anti-vadiagem e a criação de instituições de confinamento, por meio das quais o Estado passa a administrar as contradições histórico-estruturais geradas no próprio interior do desenvolvimento capitalista (Mendes, 2018; Mendes & Costa, 2022).

No caso do Brasil, por exemplo, temos, em 1941, a publicação do Decreto-Lei nº 3.688, mais conhecido como Lei das Contravenções Penais. Seu texto, ainda em vigor, inclui uma seção intitulada “Presunção de Periculosidade”, na qual são definidos como perigosos sujeitos condenados por vadiagem e mendicância. A pena prevista para esses sujeitos é a internação “em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional” (Brasil, 1941, artigo 14). A “vadiagem” é definida – e mantida como passível de punição – como “entregar-se habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios de subsistência, ou prover a própria subsistência mediante ocupação ilícita”. Já as disposições

específicas relativas à mendicância, bem como as penas a ela associadas, foram revogadas apenas em 2009, ano de aprovação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) (Brasil 2009). Até então, a prática da mendicância era sujeita a prisão simples, com agravamento de pena caso fosse exercida “de modo vexatória, ameaçador ou fraudulento”, “mediante simulação de moléstia ou deformidade”; ou “em companhia de alienado ou de menor de dezoito anos”.

Medidas como as descritas, para além de expressarem a estigmatização histórica dessa população, parecem cumprir uma dupla função. Por um lado, restringem o direito à circulação e à permanência nos espaços urbanos, reforçando mecanismos de exclusão, confinamento e segregação socioespacial, expressando-se em projetos de higienismo social. Por outro, operam como instrumentos de coerção indireta ao trabalho, pressionando esse contingente populacional a aceitar formas de inserção laboral profundamente precarizadas, mal remuneradas e desprovidas de proteção social. Apresentam-se, assim, como estratégia de regulação da força de trabalho, contribuindo para a construção de um amplo exército industrial de reserva (Silva, 2006; Mendes, 2018).

Dessa forma, constatamos uma dinâmica contraditória: diante do crescimento expressivo da situação de rua no Brasil ao longo do século XX, essa população permaneceu, em grande medida, invisibilizada enquanto objeto de investigação sistemática e de formulação de políticas públicas, ao passo que ostensivamente coagida e violentada pelo mesmo Estado, quando visualizada por ele. Assim, quando reconhecida, a população em situação de rua foi tratada predominantemente como problema de ordem moral, policial ou assistencial pontual, frequentemente circunscrita a ações caritativas e filantrópicas, sobretudo vinculadas a instituições religiosas. Cabe pontuar que o aumento da PSR nesse período – como em qualquer outro – não pode ser compreendido de forma isolada, como algo natural, mas como consequência produzida

pelo processo particular de desenvolvimento capitalista brasileiro, da expansão urbana e do capital no Brasil, marcado pela migração campo-cidade, pela expropriação de terras, pela destruição de formas coletivas de moradia – como cortiços – e pela incapacidade estrutural e seletiva do mercado de trabalho em absorver a totalidade da força de trabalho disponível e forjada como tal (Mendes, 2018; Mendes & Costa, 2022).

É apenas a partir da década de 1990 que começam a crescer os estudos sobre a população em situação de rua no país, em um contexto marcado pelos impactos das reformas neoliberais, com transformações semelhantes às já observadas nos países de capitalismo central desde a segunda metade da década de 1970, mesmo que mediadas pelas particularidades da formação social brasileira, de capitalismo dependente, de origem colonial e escravocrata, especialmente no que se refere à flexibilização do trabalho, à ampliação do desemprego estrutural e crescimento da superpopulação relativa (Costa & Mendes, 2025; Mendes & Costa, 2022; Mendes, 2018). Nesse contexto, sobretudo, após os anos 2000, surgem os primeiros esforços em elaborar políticas destinadas à PSR no país, passando a se tornar progressivamente objeto de interesse estatal, não como resultado de uma benevolência espontânea do Estado, mas como produto de lutas sociais e disputas políticas travadas por movimentos, organizações e pesquisadores comprometidos com o reconhecimento dessa população enquanto sujeitos de direitos.

Nesse contexto, é importante citar a centralidade do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR). Apesar de existirem iniciativas de organização social e política por parte dessa população desde a década de 1960, o MNPR se consolida oficialmente apenas em 2005, após a chacina da Praça de Sé¹, em São Paulo, em 19 de agosto de 2004, data em que

¹ Episódio em que sete pessoas em situação de rua foram brutalmente assassinadas enquanto dormiam, com um único golpe na cabeça, com objeto “de forma cilíndrica, ponta arredondada e não metálica para não causar perfuração” (De Lucca, 2017, p. 26), cuja aparência é muito próxima ao dos cassetetes utilizados diariamente por policiais militares, por exemplo.

atualmente é celebrado o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua (De Lucca, 2017).

A inclusão dessa população, em 2005, na Política Nacional de Assistência Social, por meio da Lei nº 11.258/2005, se constitui, então, como importante marco nesse processo de responsabilização formal do Estado Brasileiro. Pela primeira vez, torna-se obrigatória a criação de programas específicos voltados a esse segmento, reconhecendo-o como público das políticas sociais. Esse movimento se consolida em 2009 com a instituição da PNPSR, por meio do Decreto nº 7.053/2009, representando, sem dúvida um avanço significativo na ampliação do acesso a direitos a essa população, que passa a ser definida nas políticas como:

grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Brasil, 2009, artigo 1º)

Nesse sentido, a própria definição proposta pode ser considerada um avanço, expressão de esforços em buscar romper com denominações historicamente estigmatizantes, como “morador de rua”, ao reconhecer a situação de rua como circunstancial e multifacetada (Silva, 2006; Mendes, 2018). Entretanto, trata-se de uma definição que opera predominantemente no plano descritivo, enumerando características comuns, marcadas pela “falta”, sem avançar na explicitação das determinações histórico-sociais que produzem essa condição. As vulnerabilidades comuns mencionadas, mesmo quando compreendidas a partir da leitura dos determinantes sociais de saúde (DSS), “abarcam aspectos muito imediatos da relação sujeito/sociedade, ainda evidenciando pouco sobre as bases da ordem societária e, sobretudo, sobre a dinâmica capital-trabalho” (Mendes,

Ronzani & Paiva, 2019, p. 8).

A população em situação de rua pode ser compreendida como síntese e expressão de múltiplas manifestações ou desdobramentos da questão social, que evidenciam de forma extrema aquilo que é imanente ao modo de produção capitalista e que atravessa a classe trabalhadora em sua totalidade. Suas condições concretas de vida escancaram, de maneira pronunciada, os efeitos da contradição capital-trabalho, da produção estrutural da superpopulação relativa e das desigualdades constitutivas da sociabilidade capitalista – mediadas pelas particularidades brasileiras – não como anomalia ou desvio, mas como resultado necessário de seu funcionamento. Trata-se, portanto, das formas mais recrudescidas de processos que são constitutivos do modo de produção (da vida) sob o capitalismo, nas particularidades desta forma social em nosso país, na qual se entrecruzam pobreza extrema, racismo, desemprego estrutural, precarização e superexploração do trabalho, negação de direitos e violência estatal (Mendes, 2018; Costa & Mendes, 2025).

Se, como apregoeou Engels (2010, p. 41), a “situação da classe operária é a base real e o ponto de partida de todos os movimentos sociais de nosso tempo porque ela é, simultaneamente, a expressão máxima e a mais visível manifestação de nossa miséria social”, a situação da classe trabalhadora em situação de rua é a expressão máxima e a mais visível manifestação de nossa miséria social. (Costa & Mendes, 2025, p. 13)

Na particularidade da formação social brasileira, essa dinâmica é mediada de maneira decisiva pelo racismo estrutural. Considerando que a questão social no Brasil é fruto do processo de transição para o trabalho livre, “o defeito da cor da população ex-escravizada imputou enormes obstáculos para que esta se constitui como parte, de fato, da classe trabalhadora, dificultando, inclusive sua constituição como exército industrial reserva” (Gonçalves, 2018, p. 518). Nesse

contexto, o que restava a essa população recém liberta era a sobrevivência nas cidades por meio da mendicância, caridade, pequenos furtos ou submissão a condições indignas de trabalho, enquanto mão de obra barata – quando paga –, reserva da reserva. A produção histórica da população em situação de rua no Brasil aparece, dessa forma, intrinsecamente articulada à herança colonial e escravocrata, à abolição sem integração social e à seletividade racial do mercado de trabalho (Mendes, 2018; Gonçalves, 2018). Em consonância com Souza e Teles (2021), a análise histórico-estrutural da formação social brasileira e, nela, dos fundamentos da questão social devem tratar como determinações e mediações nevrálgicas, por meio de categorias, a terra, o trabalho, o Estado e a luta de classes, o racismo estrutural e o sexismo.

Não à toa, tanto os dados nacionais quanto os distritais reiteram a predominância de pessoas negras entre a população em situação de rua, revelando que a questão social, no Brasil, é indissociável da questão racial. Uma compõe e conforma a outra. O social enforma o racial, ao passo que é, dialeticamente, social por ser racializado (assim como é gendrado). Eis o concreto como síntese de múltiplas determinações, como apregoeou Marx (2008).

Por exemplo, de acordo com dados levantados pelo OBPopRua, em 2024, entre as 327.925 pessoas em situação de rua localizadas, 227.393 eram negras, isto é, quase 70% da população total. Já no caso do no Distrito Federal (DF), de acordo com o 2º Censo Distrital (IPEDF, 2025), dos 1.848 respondentes, quase 80% se autodeclararam negros, sendo 55,8% pardos e 24,1% pretos.

A situação de rua, nesse ínterim, não apenas expressa a condição da classe trabalhadora em seus estratos mais pauperizados, como o faz de maneira racializada, reiterando padrões históricos de exclusão, controle e violência dirigidos a determinados corpos. Além disso, podemos ver encarnados na PSR outras expressões ou desdobramentos da mesma questão social, inclusive de maneiras igualmente agudizadas, de tal forma que devem ser interpretados como tal, e não como

se fossem *questões sociais*, umas apartadas das outras.

A PSR se constitui, então, como parte do exército industrial reserva ou superpopulação relativa: ainda classe trabalhadora, ainda realizando trabalhos, porém, fora do mercado formal de trabalho, com jornadas extensas, instabilidade, em condições precárias, quando não degradantes, e com ausência de qualquer tipo de garantia trabalhista ou proteção social, como de vigia, engraxate ou catador de materiais recicláveis (Mendes, 2018). Os censos realizados no DF são evidência disso: no segundo, por exemplo, a seção dedicada a trabalho e renda concentra-se, de forma predominante, a coleta de informações sobre a atividade de catação de materiais recicláveis (IPEDF, 2025), como consequência dos resultados encontrados no primeiro censo, em que 53,8% dos respondentes relataram realizar tal atividade (IPEDF, 2022). Em 2025, 51,4% pessoas, destas 65,8%, realizavam essa atividade todos os dias da semana.

Importa destacar, contudo, que a precarização do trabalho não se inicia com a experiência da rua, conforme também demonstrado no segundo censo realizado com a PSR do DF (PEDF, 2025). Ao investigar ocupações laborais exercidas antes da vivência das ruas, avançando nesse sentido em relação ao último censo em que essa questão não foi abordada, observa-se que 89,6% das pessoas entrevistadas afirmaram trabalhar anteriormente. As atividades laborais mencionadas concentram-se majoritariamente em setores historicamente marcados pela informalidade, instabilidade e pela baixa proteção social: 22,7% atuavam na construção civil ou em obras, 12,2% em serviços de faxina, trabalho doméstico ou serviços gerais e 11,8% no comércio formal. Fica evidente, dessa forma, que o chamado processo de vulnerabilização da PSR é anterior à ida para as ruas, sendo importante enfatizar, de acordo com Varanda e Adorno (2004), que, apesar das diferenças, as trajetórias de pobreza que culminam na situação de rua não são consequência de processos exclusivamente subjetivos e individuais, intimamente ligados a contextos mais amplos

de aprofundamento das desigualdades sociais.

Nesse sentido, compreender a população em situação de rua como expressão extremada da questão social, nas suas determinações de classe, raça, gênero, implica reconhecer que seu crescimento ao longo dos últimos anos não é contingencial nem episódico, mas produto direto do aprofundamento das contradições estruturais que marcam o atual estágio do desenvolvimento capitalista. De acordo com estimativas baseadas no CadÚnico, o número de pessoas em situação de rua no Brasil aumentou em mais de 100% em um intervalo de três anos: enquanto em 2021, o número de pessoas em situação de rua era aproximadamente 158.057, em 2024, este número saltou para 327.925. Trata-se de um crescimento acelerado que não pode ser atribuído a eventos isolados como a pandemia – ou, no caso, a má gestão da pandemia –, por mais que tenha sido recrudescido nela, devendo ser compreendido como expressão de um processo sócio-histórico mais amplo (OBPoPrua, s.d.; 2024). Tudo isso nos remete ao desenvolvimento de um modo de produção (da vida) que produz cada vez mais miséria, barbárie e destruição, enquanto produz e concentra riqueza

- que é socialmente produzida - em níveis equivalentes.

No DF, essa dinâmica se mantém, mesmo que não nas mesmas proporções: entre 2022 e 2025, o número de pessoas em situação de rua identificadas aumentou em aproximadamente 20%. Os censos distritais, contudo, não apontam apenas o aumento do número absoluto de pessoas em situação de rua, mas também a ampliação de sua presença em dispositivos institucionais, como as CTs (IPEDF, 2022; 2025). O próprio fato de serem incluídas como locais de busca ativa é evidência de que o contínuo crescimento da população em situação de rua tem sido acompanhado por uma expansão simultânea da atuação dessas instituições contra esse segmento, circunscrita a projetos higienistas mais amplos.

Cabe ressaltar que essa tendência não é exclusiva ao DF. Em 2025, por exemplo, pelo

menos três prefeitos de Santa Catarina consolidaram o método de internação compulsória em CTs como prática para reduzir a população em situação de rua das cidades, envolvendo investimentos milionários em instituições privadas do terceiro setor e, não suficiente, manicomiais (Miranda, 2025).

Os exemplos começaram a se tornar notórios quando o prefeito de Florianópolis, Topázio Neto (PSD), viralizou ao criar uma espécie de “departamento de migração” na Rodoviária da cidade, cujo objetivo era fazer com que pessoas sem emprego ou moradia retornassem ao ponto de origem. (Miranda, 2025, parágrafo 3)

No mesmo ano, em reportagem do Fantástico² (2025), foram denunciadas práticas de remoções forçadas de pessoas em situação de rua adotadas por prefeituras de ao menos 18 estados brasileiros, enquadradas por especialistas como medida higienista. “Em Belo Horizonte, por exemplo, a Câmara Municipal aprovou, em primeira votação, um projeto para enviar pessoas em situação de rua de volta para suas cidades de origem” (Fantástico, 2025, parágrafo 3). O DF se constitui como outro exemplo, com a ampliação de programas como o Acolhe DF, a partir da aprovação do Decreto 47.423/2025, que define o programa como “destinado à busca ativa para acolhimento e reinserção social da pessoa com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade” (Distrito Federal, 2025, ementa). De acordo com Costa (2025c), “o que se busca institucionalizar concretamente é a captura, por vezes chamadas de ‘regaste’ da população em situação de rua e sua consequente internação em instituições privadas e asilares manicomiais como as chamadas CTs”, intensificando processos de higienismo social e de manicomialização no DF.

Em suma, ao que tudo indica, não só esta sociabilidade tem produzido de maneira mais

² O *Fantástico* é um programa de televisão brasileiro, apresentado aos domingos pela emissora TV Globo, desde de 5 de agosto de 1973, cuja proposta central é reunir jornalismo e entretenimento.

aguda e generalizada as expressões ou desdobramentos da questão social, como os que são encarnados na/pela PSR, como forja também os meios de controle destas contradições internas *ambulantes* num volume, intensidade e velocidade compatíveis à produção delas. Nisso, se amplificam e generalizam políticas e iniciativas de retirada de tais pessoas - e não são quaisquer pessoas - das ruas, num resgate e renovação do *velho* higienismo social, por meios de instituições manicomiais, como as CTs. A seguir, apresentamos, ainda que de maneira sucinta, mais algumas mediações e determinações deste processo histórico, que deságua em nosso objeto na sua forma presente, destacando o papel da instrumentalização das drogas neste desenvolvimento.

1.2 As drogas e o avanço da manicomialização: as CTs e a violência contra a população em situação de rua

A relação humana com substâncias psicoativas é, segundo as ciências sociais, uma constante antropológica, ou seja, acompanha a própria humanidade. Entretanto, se a relação com as drogas se constitui como fenômeno histórico amplo, a natureza (social) de tal relação, que remete às mutações no caráter das drogas, bem como o modo como passam a ser classificadas, hierarquizadas e reguladas, são profundamente situados. A modernidade capitalista não apenas amplia a circulação global de substâncias psicoativas, como as integra à lógica da mercadoria. Açúcar, café, tabaco, chá, álcool e ópio tornaram-se produtos centrais da expansão mercantil europeia, articulando colonização, escravização, tributação e disciplinamento da força de trabalho. As drogas modernas não foram ou são apenas usadas para satisfazer necessidades diversas do ser humano, mas consumidas, ao serem transformadas em mercadoria, tornando-se motor de acumulação, a partir do ciclo de (re)produção do capital e da constituição de uma cultura psicoativa compatível com as exigências da produção capitalista (Carneiro, 2019; Costa, 2020).

É nesse processo que se forja uma distinção que marcará profundamente o século XX: a divisão entre substâncias ilícitas, lícitas medicinais e as lícitas recreativas (Carneiro, 2019). Como demonstra o autor, essa separação não decorre de critérios científicos consistentes acerca dos danos potenciais das substâncias, mas de disputas geopolíticas, interesses econômicos e de classe e construções morais específicas - aos quais acrescentamos os raciais (racistas), imperialistas e colonialistas. Embora existam registros de proibições específicas do uso de algumas substâncias em determinados lugares e momentos da história humana, o proibicionismo, enquanto uma política e ideologia globalizada, tem como marco inicial a Convenção de Haia, em 1912. Trata-se de um primeiro entre muitos tratados institucionais, impostos por países centrais, com destaque para os Estados Unidos, que visavam a regulamentação global das drogas como instrumento de dominação global (Carneiro, 2019; Silva & Santos, 2025).

O conceito de droga aparece na história cultural contemporânea, concomitantemente, como um fantasma do mal e como um emblema da saúde. Como fantasmagoria encarna bodes expiatórios, obsessões patologizantes e medos irracionais. Mas é também o veículo da salvação e da cura, como pílula mágica e panaceia para todos os males [...]

Somos todos drogados, mas se define pouco e explicitamente a natureza comum de se tomar remédios psicoativos, bebidas alcoólicas, tabaco, café e substâncias ilícitas, separados por cargas simbólicas altamente significativas decorrentes de seus diferentes regimes de normatização. (Carneiro, 2019, p. 9-10).

No caso do Brasil, em sua condição de país capitalista dependente e periférico, de gênese e via de desenvolvimento colonial, o modelo proibicionista dos EUA em relação às drogas é rapidamente importado. Dessa forma, em 1921, com a publicação do Decreto nº 4.294, pela primeira vez na história brasileira, é criminalizada, em âmbito nacional, a venda e o consumo de

substâncias psicoativas como ópio, morfina e cocaína sem receita médica brasileira (Brasil, 1921). Em 1932, através do Decreto nº 20.930, a “*canabis indica*” (Brasil, 1932, art. 1º) foi incluída entre as substâncias proibidas e criminalizadas no Brasil. Entretanto, sua trajetória no Brasil difere significativamente das demais substâncias e dos demais países, sendo o primeiro a criminalizá-la, por exemplo. Antes mesmo da consolidação do proibicionismo internacional, já havia registros de sua criminalização racializada. O Código Criminal de 1830, ao prever punições para o uso recreativo da maconha, com detenção de até três dias, evidencia que sua repressão antecede a incorporação formal dos tratados globais de controle (Barros & Peres, 2011; Santos & Silva, 2025).

Tal singularidade não é fortuita. Embora a literatura frequentemente associe a introdução da maconha no Brasil à presença de africanos(as) escravizados(as), essa historicização requer maior precisão. Antes mesmo disso, o cânhamo já ocupava lugar relevante no comércio e no empreendimento marítimo português, sendo amplamente utilizado na confecção de velas, cordas e outros materiais indispensáveis às navegações, presentes, inclusive, nas caravelas que aqui atracaram no suposto “descobrimento” do Brasil. Nesse sentido, a *cannabis* já integrava materialmente o circuito colonial luso, não podendo sua presença no território brasileiro ser atribuída de forma exclusiva à população africana escravizada. Sua criminalização, entretanto, foi racializada, de forma que apenas determinados usos passaram a ser penalmente reprimidos, justamente aqueles associados a população negra. Não pode, portanto, ser dissociada dos processos mais amplos de repressão aos modos de vida da população negra no período pós-abolição. Como ressaltam Silva e Santos (2025), o estigma associado à maconha foi sustentado pelo racismo científico do século XIX, que classificava pessoas negras como “raça inferior”, biologicamente predispostas à criminalidade e ao desvio moral.

Nesse contexto, a criminalização da maconha se articulava a um projeto mais amplo de controle social, naquilo que Clóvis Moura (2021) caracterizou como *mecanismos de barragem* à população negra. A liberdade recém-formalizada da população negra pode não ter sido acompanhada de políticas de inserção dessa população no mercado formal de trabalho e no acesso a terras, entretanto foi acompanhada, em vez disso, por um conjunto de dispositivos jurídicos e policiais voltados à contenção de sua circulação, organização e expressão cultural. A criminalização da maconha dialoga, assim, com a criminalização do samba, da capoeira, dos cultos de matriz africana e com a própria tipificação da vadiagem (Brasil, 1941). Não se tratava apenas de regular substâncias, mas de disciplinar corpos e interditar formas de sociabilidade consideradas ameaçadoras à ordem racial e de classe (Barros & Peres, 2011; Silva & Santos, 2025).

Na guerra às drogas, há uma sinergia entre o racismo e o ódio de classe. A junção desses marcadores sociais determina as vítimas dessa guerra, uma guerra que não é, nem poderia ser, contra as drogas: é contra as pessoas, mas não são todas elas, algumas parecem ter um alvo invisível que a maquinaria bélica do Estado sabe reconhecer. Os corpos negros são controlados por políticas de Estado que os tornam descartáveis. Um signo que o racismo atribuiu à corporeidade negra. (Ferrugem, 2020, p. 46)

Nesse sentido, considerando a indissociabilidade entre a questão racial e as múltiplas expressões e desdobramentos da questão social, cabe concluir que as pessoas em situação de rua, enquanto população de maioria negra (OBPopRua, 24; IPEDF, 2025) e historicamente reconhecida como *perturbadora* da ordem social, tem se constituído como um dos alvos prioritários das políticas proibicionistas mencionadas por Ferrugem (2020), principalmente a partir da associação simbiótica e reducionista entre a PSR e o consumo de drogas e, de forma mais pronunciada e recente, ao crack. Há a construção permanente do negro como inimigo interno, sinonimizado ao

mendigo, vadio, traficante, drogado, dentre outras rotulações que, a despeito das diferenças e especificidades, trazem consigo em comum as determinações e mediações raciais e de classe. Eis o *negro, de bom escravo a mau cidadão*, conforme destacou Moura (2021) ao *negro, de bom escravo a traficante, cracudo* e afins (Costa & Mendes, 2022). Por exemplo, se no Brasil pós-escravidão a maconha foi mobilizada como instrumento de repressão aos modos de vida da população negra recém liberta – sujeita à situação de rua e também reconhecida como perturbadora da ordem urbana –, a partir dos anos 1990, o crack passa a ocupar lugar semelhante na organização do controle social e urbano, também tratado como inimigo a ser combatido, de forma fetichizada, ao ser transformado em sujeito e explicação totalizante das múltiplas determinações da vida nas ruas.

Evidência desse processo é a gradual entrada da população em situação de rua nas políticas públicas de saúde. Após ser incluída no âmbito das políticas públicas, principalmente a partir da PNPSR (Brasil, 2009) e inicialmente como responsabilidade da assistência social, a população em situação de rua “chega” à área da saúde majoritariamente através de intervenções focalizadas no consumo de drogas, expressando a hegemonia da associação PSR/droga. Tal processo se intensifica com o pânico moral produzido ao redor do crack e, portanto, da PSR. Nesse sentido, a criação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, em 2010, e do *Programa Crack, é possível vencer*, em 2011, também são bastante ilustrativos. Embora tenha incorporado avanços na tentativa de articular as áreas da saúde, assistência social e educação, seu objetivo, denunciado pelo verbo utilizado no próprio título, é mistificado: “não se enfrentam drogas, se enfrentam pessoas que consomem drogas” (Mendes & Costa, 2022, p. 101).

A associação simbiótica entre PSR e drogas funciona, assim, como dispositivo de governo na/pela violência. Ela oferece uma justificativa socialmente aceitável para intensificar mecanismos

de opressão, segregação e aprisionamento, mistificados, ainda, sob a retórica do cuidado, como é o caso da crescente expansão das CTs na atuação contra esse público. Sobre as CTs, cabem primeiramente alguns esclarecimentos.

A origem das comunidades terapêuticas é a Europa, mais especificamente o Reino Unido, a partir dos anos 1940/50, em um contexto pós Segunda Guerra Mundial, de crítica ao modelo manicomial e experiências que culminaram no que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. A despeito de serem replicadas ou importadas no/para Brasil, na década de 1960, este processo se dá com uma série de particularidades típicas de nossa formação social e das conjunturas, de tal forma que as CTs só compartilham o nome com as experiências originárias inglesas.

No seu conteúdo, isto é, quanto ao que elas têm sido hegemônica e concretamente e ao que têm feito, as CTs são negações das comunidades terapêuticas, reforçando processos de manicomialização e mercantilização do “cuidado”, pautadas na disciplinarização de corpos, trabalho não remunerado (*laborterapia*), moralismo e religiosidade³. Seu ganho de força e relevância se dá na passagem da primeira para a segunda década dos anos 2000, graças ao pânico social construído ao redor do crack – ou seja, às custas da manicomialização da PSR a qual estava diretamente associada – e em meio a contradições e lacunas assistenciais não supridas em sua totalidade, mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Costa, 2025).

Cabe ressaltar que este avanço conforma uma série de ataques à própria Reforma Psiquiátrica e, em extensão, ao Sistema Único de Saúde (SUS) que são conquistas civilizatórias e sociais na direção da saúde como direito e de uma sociedade sem manicômios. Como importante marco legal-normativo, citamos a Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2001), que representa um importante marco para o movimento político, social e cultural de reivindicação no campo da

³ Para um histórico do desenvolvimento das CTs em nosso país, ver: Costa (2025a).

Saúde Mental, ao propor a substituição do modelo hegemônico de cuidado médico-psiquiátrico dos hospitais e manicômios, por um modelo de cuidado territorial em liberdade. É importante considerar, no entanto, que as mudanças propostas não eram consenso e que a aprovação do texto final – com suas inúmeras alterações em relação ao original de 1989 – foram fruto de amplos debates e disputas entre dois ideários que coexistem até os dias atuais (Pereira, 2004). A Reforma Psiquiátrica é, então, marcada por ataques, contradições, descontinuidades (na sua continuidade) e por retrocessos políticos, não sendo incomum a reprodução de discursos e práticas manicomialistas nos serviços substitutivos (Oka & Costa, 2022).

É nessa esteira que vemos o desenrolar e a consolidação da chamada Contrarreforma Psiquiátrica (CP), expressão desses retrocessos e descontinuidades no campo da saúde mental, numa relação dialética, que se põe a negar a RP. Atualmente, ancorado nos avanços neoliberais e conservadores, esse movimento vem ganhando cada vez mais força política e social, principalmente através da “(re)manicomialização e mercantilização do cuidado em Comunidades Terapêuticas (CTs)” (Costa, 2023, p. 342). Costa e Mendes (2020a) caracterizam a Contrarreforma Psiquiátrica como uma das contrarreformas típicas da ofensiva neoliberal nas particularidades da saúde mental, álcool e outras drogas, tendo três eixos estruturantes: (a) a (re)manicomialização;

(b) a mercantilização e privatização das políticas, com transferência do fundo público para instituições não governamentais (e manicomialistas) e consequente precarização e desmonte das iniciativas estatais; e (c) o avanço conservador, reacionário e fundamentalista.

De acordo com a Resolução nº 1/2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), as CTs são entidades não governamentais, privadas, sem fins lucrativos, dedicadas ao *acolhimento* de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de drogas, que procurem voluntariamente o serviço, caracterizado pelo regime residencial transitório. Tal

definição, entretanto, é constantemente tensionada pela realidade material. De acordo com levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2017), por exemplo, as CTs possuem três pilares constitutivos: disciplina, espiritualidade e trabalho (a chamada *laborterapia*). Os achados nos mais diversos relatórios de inspeção e fiscalização realizados dentro dessas instituições iluminam ainda mais o que elas têm sido, dissecando sua natureza asilar-manicomial e, portanto, a sua condição como instituição de violência (p. ex.: Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2011; CFP, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura [MNPCT] & Ministério Público Federal [MPF], 2018; MPF & Ministério Público do Trabalho [MPT], 2025; Villar & Santos, 2018; Costa & Lemos, 2025; Costa & Lemos, 2025). Dessa forma, Mendes e Costa (2022) e Costa (2023) sugerem uma definição mais coerente com sua natureza:

Uma amálgama de quatro instituições fundamentais na formação social brasileira: manicômios, prisões, igrejas e senzalas, afinal, sua “clientela” de internos superexplorados ou em regime de servidão é predominantemente negra, das franjas mais pauperizadas da classe trabalhadora. (Costa, 2023, p. 342)

Ainda segundo Costa (2023), com a institucionalização da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, pela Portaria nº 3.088/2011, as CTs são incluídas em sua estrutura, no nível de atenção residencial de caráter transitório, junto das Unidades de Acolhimento (UAs), numa tentativa retórica de desmanicomialização, posicionando-as como instituições de “acolhimento” e não de internação de caráter asilar-manicomial, que é o que elas concretamente fazem, junto de outras violações de direitos. Dessa forma, apesar de serem instituições não governamentais, as CTs estão dentro das políticas e do aparato estatal.

A presença e o papel das CTs ganham ainda mais relevância com as modificações efetuadas durante o governo Bolsonaro nas políticas e ordenamento jurídico-legal sobre drogas. A partir da

instituição da nova(-velha) Política sobre Drogas (ou antidrogas), por meio do Decreto 9.761/2019, resgata-se e se recrudescem a concepção das drogas como males em si, deslegitimando a Redução de Danos (RD)⁴ e apontando a abstinência como única relação (ou não relação) possível com as drogas, e que deve ser o desfecho obrigatório de qualquer processo assistencial - como é apregoado pelas CTs. Com a sanção da Lei 13.840/2019, que altera a Lei de Drogas (nº 11.343/2006), cria-se uma seção exclusiva para as CTs, chamadas de *comunidades terapêuticas acolhedoras*.

Estas alterações também assentam e/ou recrudescem as bases legais-normativas para o financiamento público das CTs. Por exemplo, em estudo conduzido durante seu governo – entre 2017 e 2020 – pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e pela Conectas Direitos Humanos (2021), contabilizou-se o total de R\$560 milhões de repasses públicos a CTs.

A mudança de governo, em 2023, não representou uma ruptura com essa direção. Ao contrário, em meio à recomposição ministerial do terceiro governo Lula, foi criado, em abril, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), um departamento das e para as CTs, que posteriormente é nomeado como Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), mas que tem sido concretamente um departamento para financiar CTs. Citamos como exemplo o Edital de Credenciamento nº 8/2023, que acabou habilitando 585 CTs para receberem repasses do MDS - dentre as quais, quatro estavam localizadas no Distrito Federal. Nesse sentido, mais do que um fenômeno circunscrito a um único governo, a consolidação das CTs nas políticas deve ser compreendida como processo mais amplo, que encontra no período do governo Bolsonaro um momento de intensificação, mas que não se encerra nele.

⁴ A definição para Redução de Danos não é consenso na literatura, podendo ser compreendida, em linhas gerais, como um conjunto de práticas voltadas à redução dos danos associados ao uso de drogas, sem tomar a abstinência como pressuposto necessário. Para uma compreensão mais aprofundada, indicamos o trabalho de Ana Carolina Vidal Matos (2023), que se pôs a analisar a práxis da RD no que se refere às possibilidades para a construção de um projeto ético-político emancipatório.

Não é à toa que as CTs têm sido o carro-chefe da Contrarreforma Psiquiátrica (Costa & Mendes, 2020; Costa, 2025), atuando no espectro da dependência e do abuso de substâncias psicoativas afinal, não são só os usuários de drogas, como também as políticas de assistência à saúde voltadas a esse público – mesmo com seus avanços – continuam atravessadas pela hegemonia proibicionista, de “guerra às drogas” (Machado & Boarini, 2013). Da mesma forma, muitas das lacunas presentes na RAPS parecem estar associadas à dificuldade em romper com a lógica proibicionista hegemônica na atenção integral a usuários de álcool e de outras drogas, e sua co-constituição com a lógica asilar-manicomial (Andrade, 2011). Reedita-se e se sofisticada, assim, a chamada indústria ou comércio da loucura, por meio da centralidade das CTs - dentre outras formas asilares-manicomiais.

Não suficiente, mesmo não sendo tipificadas como instituições de saúde ou da assistência social, elas se aproveitam de uma série de vazios formais e normativos, para se inserir em várias políticas, como é o caso mencionado da RAPS, no SUS, mas que também ocorre com o Sistema Único de Assistência Social, o SUAS (gerido pelo MDS), dentre outras. Essas instituições de caracter manicomial encontram ainda mais espaço para atuar, então, em meio a tais lacunas e contradições e numa conjuntura em que avançam as respostas coercitivas à agudização das manifestações e desdobramentos da questão social, requerendo cada vez mais manicomialização, limpeza urbana etc., retroalimentadas e produzidas pelo financiamento público às CTs. Para se ter uma ideia, de acordo o pelo Ministério da Saúde (2024), existem apenas 499 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) em todo Brasil (sendo 158 CAPS ad III, funcionando 24h e todos os dias, com leitos para acolhimento noturno). Enquanto isso, como mencionado, foram habilitadas no Edital nº 08/2023 do MDS 585 CTs. Apenas somando o número total de CAPS ao de Unidades de Acolhimento (UAs) (86) – que está no mesmo nível de atenção

da RAPS das CTS⁵ – é possível chegarmos no mesmo número de CTS habilitadas.

Sabe-se, ainda, que o número total de CTS é muito maior. De acordo com o Ipea (2017), há quase dez anos atrás, essa quantidade já chegava a 1.963. E este número era só das CTS legalizadas, sendo que não é incomum os casos de CTS ilegais ou irregulares (Costa & Lemos, 2025; Psicologia e Ladinidades, 2025).

O DF não foge dessa realidade. Ainda segundo o Ipea (2017), haviam 41 CTS no território distrital. Em comparação, temos, em pleno início de 2026, somente 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todos os tipos e modalidades na RAPS, sendo sete CAPSad. Numa das RAPS mais precárias do país, o DF possui a segunda pior cobertura de CAPS habilitados (Ministério da Saúde, 2024). Quanto às UAs, só uma está implantada, assistindo até 15 pessoas.

Não suficiente, também temos CTS financiadas pelo Governo do Distrito Federal (GDF), por meio da Lei Complementar nº 819/2019, prioritariamente através do FUNPAD, que é gerido pelo Conselho de Políticas sobre Drogas (CONEN), vinculado à Secretaria de Justiça e Cidadania (SEJUS). De acordo com Freitas Júnior e Costa (2024), entre 2019 e 2022, 18 CTS receberam algum tipo de financiamento público, seja ele federal e/ou distrital, resultando num total de R\$28.211.659,27. Ademais, vemos avançar a lógica asilar-manicomial, no caso da PSR imbricada ao higienismo social, por meio de iniciativas como o Programa Acolhe DF. Tudo isso denota que as CTS ocupam a centralidade no “cuidado” quanto à dependência ou o abuso de substâncias psicoativas, não sendo diferente para as pessoas em situação de rua – mesmo que, para isso, desconsidere as próprias pessoas e suas necessidades.

⁵ Em hipótese alguma estamos defendendo que as CTS devem estar dentro da RAPS, não importando o nível de atenção, muito menos estamos equiparando-as com as UAs. Somente estamos reproduzindo o que está na Portaria 3.088/211 e composição da RAPS. As CTS, como instituições manicomiais, não são instituições de cuidado e sua inserção na RAPS descaracteriza a própria RAPS em seu sentido de ser uma rede substitutiva ao manicômio, mas que contém um tipo de manicômio.

CAPÍTULO II

“O QUE ACHA QUEM USA?”: PERSPECTIVAS DO PRÓPRIOS INTERNOS/EGRESSOS SOBRE OS SERVIÇOS OFERECIDOS PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Compreendendo a “questão” do consumo de drogas, ou melhor, da suposta “dependência química”, como uma das principais frentes mercadológicas da indústria da loucura atualmente – e a consequente expansão das CTs no contexto brasileiro como a principal frente da Contrarreforma Psiquiátrica – cujos discursos e práticas hegemônicas são historicamente marcadas por lógicas tutelares, normativas e moralizantes, os sujeitos considerados loucos (ou drogados) são transformados em objetos de saber, intervenção e controle (Costa & Mendes, 2020a; Costa, 2025). Tradição esta que não se restringe às práticas institucionais, expressando-se também no campo científico-acadêmico, que frequentemente fala sobre os sujeitos alvo de intervenção e controle, mas raramente com eles.

Não à toa, um dos princípios ético-políticos defendidos pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica Brasileira e de Luta Antimanicomial, desde os anos 1980, é a garantia da participação dos usuários e familiares como condição democrática para a construção das políticas públicas e das práticas de cuidado, em consonância com o que é previsto pelo próprio SUS. Nesse sentido, considerando a expansão e legitimação das CTs, a partir de sua inclusão na RAPS, a marginalização e/ou silenciamento da voz dos sujeitos internos e/ou egressos nas pesquisas sobre e/ou em CTs não é apenas uma lacuna empírica, se refere a uma questão social, política e epistemológica. Torna-se urgente, então, problematizar qual tem sido o papel da produção acadêmico-científica na reprodução, tensionamento e/ou transformação dessa lógica manicomial.

Dessa forma, o objetivo da presente revisão, a partir da seleção e análise de estudos empíricos realizados com sujeitos internos e/ou egressos das CTs, se constitui em analisar o que a produção científica-acadêmica tem dito e compreendido sobre essas pessoas e suas relações com tais instituições, buscando, além disso, identificar as perspectivas teóricas e os posicionamentos ético-políticos que orientam tais produções. Sua relevância, então, não se limita ao campo acadêmico, afinal trata-se de um esforço em questionar a própria produção de conhecimento enquanto prática social situada e o espaço ocupado por sujeitos historicamente silenciados como interlocutores legítimos, também produtores de saber.

2.1 Método

Embora o processo de levantamento e seleção das publicações tenha seguido etapas sistematizadas – com definição prévia de descritores booleanos, bases de dados, critérios de inclusão e exclusão – o objetivo central, conforme mencionado, não se limita à sistematização quantitativa das evidências disponíveis. Optou-se, dessa forma, pela revisão narrativa, uma vez que esta abordagem permite “a interpretação e análise crítica pessoal do autor” (Rother, 2007, p. 1), que, no caso da presente revisão, parte de um posicionamento ético-político que reconhece a pesquisa como produção situada de saberes e práticas, o que permite identificar não apenas as tendências temáticas e metodológicas das produções, mas também as disputas por hegemonia entre diferentes perspectivas, por exemplo.

O processo de coleta de dados foi realizado em março de 2025 nas seguintes bases de dados, escolhidas por contemplarem os principais periódicos que publicam sobre a temática de estudo: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Index Psi (Periódico de Psicologia) e BNDEF (Periódico de

Enfermagem). Todas as bases, com exceção da SciELO, foram consultadas via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca foi realizada por meio dos seguintes descritores e operadores booleanos: “Comunidades Terapêuticas OR Comunidade Terapêutica”.

Sinalizamos, de antemão, uma limitação metodológica que, na verdade, diz da própria complexidade do objeto, expressa, nesse caso, na multiplicidade de designações para se referir às CTs, sendo frequentemente nomeadas como clínicas, casas e centros de recuperação, reabilitação, tratamento, dentre outras formas. A escolha pelo descritor “Comunidade Terapêutica”, nesse sentido, se deve ao fato desta designação ser mais institucionalizada e normativamente reconhecida para nomear o objeto em questão. A incorporação indiscriminada de outras nomenclaturas possíveis à estratégia de busca, por outro lado, poderia reduzir sua especificidade, uma vez que tais termos não remetem necessariamente às CTs e poderiam recuperar estudos sobre outros dispositivos assistenciais.

Também foram realizados testes exploratórios com descritores adicionais relacionados aos participantes das pesquisas, como “internos”, “residentes” e “usuários”, com o objetivo de refinar a identificação de estudos empíricos conduzidos com pessoas “acolhidas” ou egressas de CTs. Todavia, tais combinações não resultaram em ampliação substantiva de artigos pertinentes ao foco da revisão. Diante disso, optou-se por manter como eixo central da busca a designação institucional “Comunidade Terapêutica OR Comunidades Terapêuticas”, considerando a amplitude de estudos alcançados exclusivamente com tais descritores.

Após eliminação de duplicatas, a elegibilidade dos artigos foi avaliada a partir dos títulos e dos resumos, para só então serem avaliados através da análise do texto completo. Foram incluídos na revisão todos os artigos empíricos que citassem em seu resumo as CTs e que tivessem como participantes de pesquisa os próprios internos – ou egressos – desse serviço, produzidos no Brasil

e publicados em língua portuguesa, disponíveis online gratuitamente. Foram excluídos, dessa forma, os artigos de revisão teórica ou sistemática, teses, dissertações, livros ou outros documentos, assim como os estudos que não fizessem menção às CTs em seus resumos ou que não incluíssem os sujeitos internos ou egressos como participantes.

Após a leitura completa dos artigos selecionados, as informações foram sistematizadas e submetidas à Análise de Conteúdo do tipo temática, proposta por Gomes (2002), na qual se trabalha conceitualmente o tema de pesquisa, como aquilo que se desprende do que está sendo analisado, a partir do referencial teórico que está sendo utilizado. A análise se deu, dessa forma, a partir das seguintes etapas: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados/inferência/interpretação. A pré-análise diz respeito aos estudos prévios feitos antes da prática da pesquisa, permitindo a melhor organização do material, bem como definindo alguns critérios de análise. Na etapa de exploração do material é feita a análise do material de pesquisa, de forma que informações coletadas são distribuídas em núcleos de sentido, articulando às deduções iniciais e novas deduções, reunidas de acordo com temas e os sentidos encontrados com a fundamentação teórica que guia a pesquisa. Por fim, é feita uma redação que articula as interpretações do que foi coletado na pesquisa com os objetivos da pesquisa (Gomes, 2002). Todo o material foi analisado à luz de perspectivas críticas, antimanicomiais e antiproibicionistas, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas.

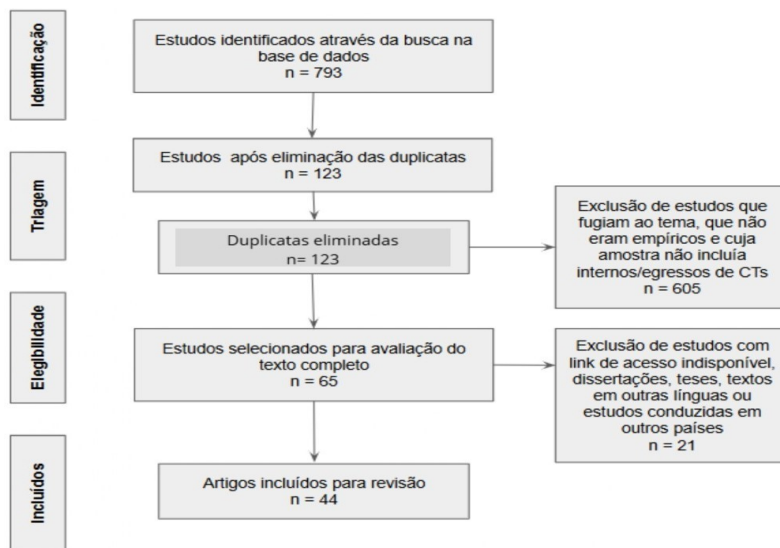
2.2 Resultados e discussão

A partir da pesquisa nas bases de dados, foram identificados 793 artigos ao todo, divididos da seguinte forma: LILACS (n = 585), Index Psi (n = 92), BDENF (n = 118) e Scielo (n = 219). Após a eliminação das duplicatas, a relevância de 670 itens foi avaliada. Durante a triagem inicial,

através da leitura dos títulos e dos resumos, 605 estudos foram excluídos por não contemplarem a temática que constitui o objetivo desta revisão, por não serem empíricos ou por não terem sido conduzidos com internos ou egressos de CTs, sobrando, assim, 65 itens para avaliação do texto completo. Após eliminação das pesquisas cujo link de acesso estava indisponível, assim como dissertações, teses, textos em outras línguas ou pesquisas conduzidas em outros países, 44 artigos foram selecionados para a análise final, processo ilustrado na Figura 1.

Figura 1

Procedimentos de Seleção dos Artigos



Fonte: elaboração própria

Como mencionado, o objetivo principal da presente revisão é analisar o que a produção acadêmico-científica tem dito e compreendido quanto às pessoas internas ou egressas das CTs e suas relações com tais instituições, o que inclui verificar os aspectos metodológicos, bem como seus fundamentos, princípios e horizontes ético-políticos. Assim, o interesse se concentra naqueles estudos que permitam uma maior aproximação com a realidade de funcionamento desses dispositivos e com o modelo de tratamento proposto, a partir da perspectiva dos próprios internos ou egressos. Ou seja, o foco está nos estudos que não se restrinjam a um delineamento de perfil, em que os participantes não se constituam como meros objetos de pesquisa, fonte de informações sociodemográficas ou psicológicas – por mais que tais estudos tenham a sua relevância –, mas sim sujeitos de pesquisa. Destarte, focamos em trabalhos que não tomam as CTs como meros locais de pesquisa, facilitadoras do acesso à população alvo – na maioria dos casos, aos “dependentes químicos” –, mas também objeto de pesquisa, alvo das investigações.

Tendo isso em vista, foi feita uma divisão dos 44 textos selecionados para análise em dois eixos: 1) *Sem a voz dos internos/egressos sobre as CTs*; e 2) *Com a voz dos internos/egressos sobre as CTs*.

O primeiro eixo é composto por 24 artigos em que a perspectiva dos internos/egressos de CTs sobre o dispositivo em questão não foi considerada, por mais que empreendessem meios de coleta de dados sobre eles. Já o segundo eixo abarca as 20 pesquisas restantes, cuja a experiência nas CTs é abordada de maneira explícita a partir da perspectiva dos próprios internos/egressos. As análises dos artigos respectivos a cada eixo foram então organizadas em categorias, dispostas na Tabela 1.

Tabela 1

Apresentação dos Eixos “Sem a voz dos internos/egressos” e “Com a voz dos internos/egressos” e suas respectivas categorias de análise

Eixos	Categorias
Sem a voz dos internos/egressos	1) Mapeamento do perfil sociodemográfico: naturalização da população que acessa as CTs 2) A idealização das CTs: a hegemonia do paradigma manicomial, biomédico e proibicionista 3) As críticas produzidas: instruções para “humanizar” um serviço desumanizador 4) A questão da reincidência: falha individual ou do tratamento? Ou para além da “falha” (e do moralismo)?
Com a voz dos internos/egressos	1) Disputa por hegemonia no campo de atenção em álcool e outras drogas (e na academia) 2) A realidade das CTs a partir da perspectiva dos internos/egressos <ul style="list-style-type: none"> a) o pilar da disciplina b) o pilar da espiritualidade c) o pilar do trabalho

Fonte: elaborado pela autora

2.2.1 Eixo 1 – Sem a voz dos internos/egressos sobre as CT

Como pontuado anteriormente, o presente eixo engloba aqueles 24 estudos em que a perspectiva dos internos/egressos sobre as CTs não foi considerada, ou seja, em que essas instituições se constituíram exclusivamente como local de pesquisa, facilitadoras do acesso à população alvo, no caso os chamados “dependentes químicos”, tratados majoritariamente enquanto fonte de informações sociodemográficas, de histórico e padrão de consumo e/ou de aspectos relacionados à motivação (Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018), habilidades sociais (Schneider & Andretta, 2017; Motta Filho et al., 2020), *craving*⁶ (Calheiros et al., 2019),

⁶ A definição de *Craving*, popularmente conhecido no Brasil como *fissura*, não é consenso, podendo ser definido como desejo de repetir a experiência dos efeitos da droga, forte impulso para utilizar a substância, etc. (Calheiros et al., 2019).

criminalidade/comportamentos violentos (Botti & Machado, 2015; Singulane, Silva & Sartes, 2016), outras comorbidades psiquiátricas concomitantes a dependência (Danieli et al., 2017; Andretta, Limberger, Schneider & Mello, 2018; Pereira & Bitencourt, 2021), etc.

Sendo assim, as análises dos estudos selecionados para a compor o eixo 1 ficarão basicamente reduzidos a isso: a um mapeamento do perfil sociodemográfico da população atendida por esses serviços, com foco na localização de estudos em que experiências de rua e quantidade de internações em CTs sejam abordadas, uma vez temas de interesse para a presente pesquisa. Além disso, serão analisadas, quando produzidas, as descrições dos serviços oferecidos pelas CTs e os posicionamentos ético-políticos dos autores, geralmente disfarçados de neutralidade científica.

Nesse sentido, após uma breve apresentação dos aspectos gerais da totalidade das pesquisas selecionadas para compor o primeiro eixo, as informações de interesse e análises propostas serão organizadas nas seguintes categorias: a) Mapeamento do perfil sociodemográfico: naturalização da população que acessa as CTs; b) A idealização das CTs: hegemonia do paradigma manicomial, biomédico e proibicionista; c) As críticas produzidas: instruções para “humanizar” um serviço essencialmente desumanizador; d) A questão da reincidência: falha individual ou do tratamento? Ou para além da “falha” (e do moralismo)?

2.2.1.1 Aspectos Gerais

Conforme mencionado anteriormente, o eixo 1 (Sem a voz dos internos/egressos) é composto por 24 artigos em que a perspectiva dos internos/egressos de CTs sobre o dispositivo em questão não foi considerada, por mais que empreendessem meios de coleta de dados sobre eles.

Os trabalhos estão organizados na Tabela 2, em ordem crescente de acordo com o ano de publicação, a qual apresenta as informações primárias avaliadas no presente estudo.

Tabela 2

Apresentação das Dimensões Analisadas nos Artigos do eixo “Sem a voz dos internos/egressos sobre CTs”

Ano de publicação	Área de atuação do(s) autor(es)	Abordagem e instrumentos	Local e Participantes
2005	Farmácia e Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionários.	Encontros promovidos pela FEBRACT. 26 pessoas internas ou egressas.
2011	Enfermagem	Abordagem qualitativa. Grupo focal.	CT no RS. 12 adolescentes do sexo masculino residentes da CT.
2011	Enfermagem	Abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas.	CT no PR. Quatro usuários de crack do sexo masculino.
2011	Nutrição	Abordagem quantitativa. Questionário semiestruturado e instrumentos para avaliação do perfil nutricional.	CT em Chapecó (SC). 33 dependentes químicos homens.
2013	Psicologia	Abordagem qualitativa (relato de experiência. Acompanhamento e observação de um grupo terapêutico.	CT no RS. 12 pacientes do sexo masculino.
2013	Enfermagem	Abordagem qualitativa. Entrevista.	CT no RS. Oito usuários de álcool e outras drogas.
2014	Psicologia	Abordagem qualitativa. Acompanhamento e observação de uma atividade realizada dentro da CT.	CT em Porto Alegre (RS). Seis mulheres dependentes de crack.
2014	Farmácia e Nutrição	Abordagem quantitativa. Instrumentos para medir variáveis antropométricas e acuidade de paladar; consulta aos prontuários.	Duas CTs de Chapecó (SC). 39 homens dependentes químicos.
2015	Enfermagem	Abordagem quantitativa. Entrevista estruturada, através de questionário.	CTs em alguns municípios de MG. 72 homens com problemas decorrentes do uso de crack.
2015	Psicologia	Abordagem qualitativa (pesquisa de campo). Entrevista semiestruturada, questionário sociodemográfico.	CTs e clínicas de reabilitação nos estados de PB e PE. 45 mulheres usuárias de crack.
2016	Enfermagem	Abordagem qualitativa (pesquisa-ação). Observação participante;	CT de referência da capital cearense. 10 jovens usuários de crack.

		instrumentos de registros, intervenção educativa.	
2016	Enfermagem	Abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada; observação participante; registros em diário de campo.	CT de em Fortaleza (CE). 10 jovens usuários de crack.
2016	Psicologia	Abordagem quantitativa. Entrevista semiestruturada, testes e questionário sociodemográfico.	Três CTs de MG. 72 indivíduos.
2017	Medicina	Abordagem quantitativa (estudo de prevalência). Ficha de dados sociodemográficos/ antecedentes pessoais e familiares e testes.	Duas CTs do município de Jaci (SP). 90 participantes.
2017	Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionário sociodemográfico e de padrão de consumo e teste psicológico.	CTs de Porto Alegre (RS). 65 homens usuários de crack..
2018	Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionário de dados sociodemográficos e teste psicológico.	15 CTs do estado do RS. 168 participantes: 115 homens e 53 mulheres.
2018	Educação Física	Abordagem qualitativa (investigação- ação). Quatro aulas de jogos teatrais; observações a partir de um roteiro; entrevista semiestruturada.	CT Fazenda da Esperança, em Alhandra (PB). 18 jovens internos participaram do programa, apenas cinco participantes foram entrevistados.
2018	Psicologia	Abordagem quantitativa. Testes psicológicos.	CAPSad e oito CTs em Porto Velho (RO). 120 pessoas.
2018	Enfermagem	Abordagem quantitativa. Questionário com perguntas fechadas.	CT localizada em um município do estado de PI. 22 usuários masculinos.
2018	Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionário sociodemográfico; testes.	Três CTs em MG, uma feminina e duas masculinas. 72 indivíduos: 54 homens e 18 mulheres.
2019	História e Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionário sociodemográfico; testes.	CTs em RO. 133 homens dependentes de crack.
2020	Medicina e Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionário sociodemográfico e Padrão de Consumo; testes psicológicos.	CTs do estado de SP 39 dependentes químicos.
2021	Farmácia	Abordagem mista (pesquisa-ação). Questionário estruturado; realização de oficinas de cunho teórico/prático.	CT Fazenda Paraíso em RS. 15 internos.
2021	Farmácia, Medicina e Psicologia	Abordagem quantitativa. Entrevista estruturada.	Duas CTs, localizadas no sul de SC. 183 participantes.

Fonte: elaborado pela autora

Entre os 24 estudos selecionados, a maioria (37,5%) foi publicada em periódicos específicos da área da Psicologia. Não muito atrás estavam publicações em revistas multidisciplinares da área da saúde de forma geral (33,4%) e depois da área da Enfermagem (20,9%). De forma semelhante, os pesquisadores que vêm se ocupando com o tema, em sua maioria, também pertencem a área da saúde, conforme expresso nos 24 artigos aqui analisados, em que a Psicologia se destaca, representando metade da amostra (n=12), seguida pela Enfermagem (25%), pela Farmácia (16,7%) e Medicina (12,5%).

Se considerarmos os problemas relacionados ao consumo de drogas como “questões” também de saúde, faz sentido que seja tema de interesse aos profissionais de saúde. O que é contraditório – e representativo do limbo normativo e político proposital que as CTs se encontram – são essas instituições, que sequer são classificadas enquanto serviço de saúde, apesar de previstas na RAPS, ficarem incubidas do cuidado a uma questão também de saúde, conforme demonstrado pela prevalência de publicações em periódicos dessa área. Além disso, a expressiva presença da Psicologia pode nos indicar, por exemplo, uma tendência a abordagens psicologizantes em relação à questão das drogas, que costumam tratar o consumo de substâncias psicoativas a partir do modelo biomédico hegemônico e do prisma da “dependência química”, de forma reducionista e patologizante, ao focar nas relações problemáticas com as drogas e pautar o consumo “problemático” exclusivamente enquanto doença, consequência dos efeitos químicos das substâncias de consumo sobre o organismo, compreendidas como o mal em si, o sujeito da relação (Costa & Paiva, 2016). Por outro lado, pode dizer respeito a uma maior interface da Psicologia com as CTs ou inserção em tais instituições. Por exemplo, segundo levantamento do IPEA (2017), a psicologia era a categoria profissional de ensino superior mais frequente nas CTs, apesar de as

equipes em tais instituições frequentemente não serem compostas por profissionais com formação superior em saúde.

Considerando que nos estudos selecionadas para compor o presente eixo as CTs se constituem basicamente como facilitadoras do acesso a determinada população, todas as pesquisas foram realizadas dentro dessas instituições. Em termos de distribuição regional, a maior parte dos estudos concentrou-se na região Sul (41,7%), com seis pesquisas realizadas em Cts no Rio Grande do Sul, três em Santa Catarina e uma no Paraná. Em seguida, aparecem as regiões Sudeste e Nordeste, cada uma correspondendo a 25% da amostra. Apenas duas pesquisas foram realizadas na região Norte, mais especificamente em Rondônia, e nenhuma na região Centro-Oeste.

Essa distribuição, contudo, não acompanha exatamente a distribuição espacial das CTs no país. Segundo levantamento do Ipea (2017), entre as quase 2 mil CTs cadastradas à época, a maior concentração estava na região Sul (41,77%), seguida pela região Sul. No plano estadual, o Rio Grande do Sul de fato se destacava na região Sul, com 234 CTs, dado que corresponde com a concentração de estudos identificada nesta revisão. Já no Sudeste, entretanto, São Paulo concentrava 420 CTs – o maior quantitativo do país –, dado que não se reflete proporcionalmente nas pesquisas aqui levantadas. Considerando o exposto, é possível que as diferenças encontradas entre a localização das CTs pesquisadas nos artigos aqui revisados não decorra apenas da distribuição efetiva das CTs no território nacional, mas também de fatores relacionados à própria produção acadêmica, mais especificamente a aspectos pessoais das(os) pesquisadoras(es), como os locais em que vivem e desenvolvem suas investigações.

Considerando o exposto, é possível que as diferenças encontradas entre a localização das CTs pesquisadas nos artigos aqui revisados – maioria no Sul – com o que aponta o levantamento

do Ipea (2017) – maioria no Sudeste –, se refiram a aspectos pessoais de quem fez as pesquisas, mais especificamente de onde são.

Quanto à abordagem dos 24 estudos, verifica-se maior frequência de estudos quantitativos (58,4%), do que qualitativos (37,5%), com apenas uma pesquisa de abordagem mista (quali-quantitativa). Entre os nove estudos qualitativos, três se constituíram, fundamentalmente, enquanto pesquisa-ação ou investigação-ação, a partir de propostas de intervenções voltadas a psicoeducação (Farina, Terroso, Lopes & Argimon, 2013; Pinto et al., 2016a) e jogos teatrais (Correia & Gomes-da-Silva, 2018) como possíveis práticas a serem implementadas nas CTs, devido ao seu suposto potencial no fortalecimento do tratamento à “dependência química”. Já os demais (n=6), se voltaram exclusivamente a coleta de informações específicas sobre a população alvo: sobre as gírias utilizadas na comunicação (Brum & Siniak, 2011), aspectos da estrutura familiar (Seleglim, Inoue, Santos & Oliveira, 2011), as vivências, representações sociais e percepções sobre as drogas (Gabatz et al., 2013; Medeiros, Maciel, Sousa & Vieira, 2015), a assertividade (Souza et al., 2014) e sobre o conhecimento sobre o HIV/AIDS (Pinto et al., 2016b).

2.2.1.2 Mapeamento do perfil sociodemográfico: naturalização da população que acessa as CTs

Entre as 24 pesquisas analisadas aqui, apenas três pesquisas se voltaram exclusivamente ao delineamento do perfil sociodemográfico da população atendida pelas CTs locais de pesquisa (Sabino & Cazenave, 2005; Fernandes et al., 2018; Madalena & Sartes, 2018), sob justificativa da necessidade de melhor compreender a população que busca tratamento nestas instituições “para o planejamento de estudos de efetividade do tratamento oferecido e de políticas públicas adequadas”

(Madalena & Sartes, 2018, p. 24). A expressiva maioria dos estudos dessa categoria (n=16), entretanto, partem do delineamento do perfil sociodemográfico em busca de associações estatísticas com os demais aspectos levantados como foco das respectivas pesquisas, em análises lineares e determinísticas. Nesses estudos, a droga é sempre o centro da relação (o sujeito) e o indivíduo (o objeto) é completamente passivo a seus efeitos químicos e malignos, que têm como consequência direta a produção de vulnerabilidades sociais, que raramente são tratadas enquanto anteriores ao consumo de drogas (Costa, 2022; Costa, 2025).

De forma geral, de acordo com os dados sociodemográficos levantados nas 19 pesquisas citadas, a maioria da população atendida pelas CTs é composta por homens negros e pobres, solteiros, em idade produtiva (em média na faixa dos trinta anos), com baixa escolaridade, desempregados ou inseridos no mercado informal, fiéis a alguma religião e cujo primeiro contato com as drogas costuma ocorrer na fase da adolescência (Sabino & Cazenave, 2005; Seleghim, Inoue, Santos & Oliveira, 2011; Teo, Baldissera & Rech, 2011; Teo, Corralo, Fransozi & Kovalski, 2014; Medeiros, Maciel, Sousa & Vieira, 2015; Botti & Machado, 2015; Pinto et al., 2016a; Pinto et al., 2016b; Singulane, Silva & Sartes, 2016; Danieli et al. 2017; Schneider & Andretta, 2017; Andretta, Limberger, Schneider & Mello, 2018; Correia e Gomes-da-Silva, 2018; Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018; Fernandes et al., 2018; Madalena & Sartes, 2018; Calheiros et al., 2019; Motta Filho et al., 2020; Pereira & Bittencourt, 2021).

Cabe pontuar, em relação a questão de gênero, que um total de 14 pesquisas foram conduzidas em CTs que recebiam exclusivamente a população do sexo masculino, o que já nos indica a predominância deste público nesses dispositivos. Tal hipótese é confirmada, todavia, por aquelas pesquisas que se esforçaram em incluir mulheres em suas amostras. Na pesquisa realizada por Sabino e Cazenave (2005), por exemplo, entre os 26 questionários respondidos, mais de 90%

foram por homens. No caso do estudo de Singulane, Silva e Sartes (2016), das 72 pessoas entrevistadas, apenas 25% eram mulheres. Já na pesquisa conduzida por Andretta, Limberger, Schneider e Mello (2018), cuja amostra foi de 168 participantes, 115 (68,5%) eram homens. Por fim, no estudo de Félix Junior, Calheiros & Crispim (2018), realizado em nove instituições – entre elas, um CAPSad – com uma amostra de 120 participantes encaminhados pela Justiça para tratamento para dependência de drogas, 85% eram do sexo masculino. Dados congruentes com os levantados pelo Ipea, em 2017, em que o número de vagas destinadas a homens em CTs era dezoito vezes maior que aquelas específicas para mulheres.

Constatada a menor prevalência de mulheres nas CTs, também como expressão da menor prevalência de uso problemático de drogas na população feminina (Bastos & Bertoni, 2013; Villar & Santos, 2018), mas longe de ser só sobre isso, os autores defendem a necessidade de que as vicissitudes das pessoas do sexo feminino sejam consideradas e contempladas nos tratamentos oferecidos. Afinal, tais negligências podem afastá-las do acesso aos serviços de saúde, principalmente, na modalidade de atenção em álcool e outras drogas (Medeiros, Maciel, Sousa & Vieira, 2015; Singulane, Silva & Sartes, 2016; Andretta, Limberger, Schneider & Mello, 2018; Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018; Madalena & Sartes, 2018).

Singulane, Silva e Sartes (2016), por exemplo, apontam, em tom de denúncia, para a escassez de tratamentos específicos para mulheres usuárias de crack, ressaltando que a CT então estudada era a única da região exclusiva ao público feminino. Na mesma toada, Madalena e Sartes (2018) também defendem a necessidade de CTs exclusivamente femininas, apoiados no mesmo argumento sobre as especificidades no uso de crack entre homens e mulheres, elaborando-o melhor ao trazer algumas das peculiaridades associadas ao consumo feminino: “envolvimento com prostituição, violência física e sexual, baixa escolaridade, gravidez de risco e doenças sexualmente

transmissíveis” (p. 24); “maior relato de depressão, suicídio, uso de cigarro, histórico de abuso sexual e problemas com os filhos” (p. 32). Também denunciam a escassez de estudos dirigidos para mulheres usuárias de crack no Brasil.

É a partir de demandas como as exemplificadas que iniciativas parecidas com a do emblemático e supracitado caso do lançamento do edital de credenciamento para CTs, pelo MDS, em 2023, buscam se justificar. Este edital, aliás, vem na esteira da criação de um departamento somente para as CTs no governo Lula 3, o DEPAD, cuja única função tem sido a de financiar as CTs. Com o objetivo de oferecer custeio público de vagas em “organizações da sociedade civil que prestem serviço de acolhimento a pessoas com dependência química” cadastradas, é definido como prioridade de contratação as entidades que acolhem mulheres e mães nutrizes (MDS, 2023). Amplia-se, assim, de forma “justificada”, o alcance das CTs, focando agora na manicomialização e violência de mães e seus bebês lactantes.

Não contente em financiar a segregação, a manicomialização e a escravidão de homens negros e pobres, que são a população majoritária nas CTs, o MDS busca expandir a sanha manicomial das CTs financiando vagas específicas para mulheres e, pior, para mães nutrizes e seus bebês lactantes – que provavelmente serão majoritariamente pobres e negros. (Costa, 2025, p. 33)

De fato, as especificidades de gênero precisam sim ser consideradas e contempladas nos serviços ofertados e não apenas naqueles específicos ao consumo problemático de álcool e outras drogas, uma vez que a questão de gênero influi em diversos aspectos da vida social, na forma como somos socializados, como nos produzimos, somos produzidos, etc (Beauvoir, 1970). Cabe questionar, por exemplo, se, para isso, é necessário mais uma segregação entre públicos atendidos em cada serviço, dessa vez baseado em gênero. Não deveria o Projeto Terapêutico Singular

(PTS)⁴⁴, enquanto plano de cuidados individualizado e interdisciplinar, elaborado de acordo com as singularidades de cada sujeito e instrumento central da RAPS, ser capaz de contemplar tais especificidades? Pautar a necessidade de serviços voltados exclusivamente ao público feminino envolve um debate atravessado por diversas complexidades. No caso das CTs, no entanto, a questão não é apenas complexa, mas extremamente contraditória, considerando a própria natureza dessas instituições, com seu modelo de tratamento padronizado e homogenizador de identidades:

Foi constatada a ausência de PTS ou qualquer plano assistencial individualizado, de acordo com as singularidades dos indivíduos e suas necessidades assistenciais. Em suma, a “assistência” era predefinida para todos. A lógica exclusiva era a da abstinência como desfecho único - indo na contramão das políticas da área da época, que colocavam a Redução de Danos com fundamento e horizonte. (Costa & Lemos, 2025, p. 32)

Sendo assim, ao defenderem a necessidade de mais CTs voltadas exclusivamente ao público feminino, apoiados em argumentos relacionados às especificidades do consumo de drogas em mulheres, os autores acabam inevitavelmente contribuindo com não só mistificação da natureza das CTs, mas também com a expansão do público sujeito a manicomialização. Enquanto instituições fundamentalmente desumanizadoras, cuja assistência é predefinida a todos/as, as CTs jamais poderiam considerar as especificidades singulares de cada indivíduo em nenhuma instância, sequer as relacionadas a gênero. O que se expressa no fato de 56% das instituições mapeadas pelo Ipea, em 2017, sequer receberem pessoas transexuais e transgênero e, quando recebem, a identidade não é respeitada (Ipea, 2017; CFP, MNPCT & MPF, 2018; Villar & Santos, 2018; Costa & Lemos, 2025).

⁴⁴⁴ O PTS trata-se de uma estratégia de cuidado, ou seja, um conjunto de propostas de cunho terapêutico, construído de forma compartilhada por equipe multidisciplinar, usuário e família. É, então, personalizado, adaptado às necessidades, história e contexto de vida de cada pessoa, de forma ampla, cujas ações não se restringem apenas ao atendimento de demandas clínicas ou farmacológicas, visando autonomia, inclusão social e tratamento humanizado (Baptista, Camatta, Filippon & Schneider, 2020).

[...] houve relatos por internos do casarão de que suas roupas femininas foram proibidas e de que o pastor tentava convencê-la de que aquele comportamento era fruto de uma possessão de espírito maligno ou “pombagira”. Na percepção dos internos, ela não se adequou às regras da CT e foi transferida para a ala feminina. Na ala feminina, internas relatam que era tratada como homem. [...]. Não ficaram evidentes os motivos da internação dessa travesti e nem o motivo de sua saída da CT. (CFP, MNPCT & MPF, 2018, p. 126)

Além disso, a separação do público masculino do feminino no contexto das CTs parece ter mais relação com processos de docilização e controle do que com uma simples “consideração das especificidades”. Existem, por exemplo, papéis de gênero bem delimitados, conforme definidos pela moralidade cristã, a serem reforçados e/ou recuperados nessas instituições, seja através das regras de vestuário, das atividades, punições impostas, etc. (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; CFP, 2011; Conceição, Sousa, Lima & Naslauskys, 2024; Villar & Santos, 2018; Costa & Lemos, 2025). Além disso, entre as inúmeras privações impostas pelo tratamento está a abstinência total, não só da droga, mas também de relações íntimas e sexuais, partindo, também, de uma heterossexualidade compulsória, em que a existência de pessoas LGBTQIA+ não é tolerada, tratada não só como pecado, denotando o caráter religioso dessas instituições, mas também como risco para o tratamento de todos, de forma que existem CTs que inclusive declaram realizar terapias de reconversão de gênero (a suposta *cura gay*) (CFP, 2011; Villa & Santos, 2018; Costa & Lemos, 2025).

Nesse caso, a equipe considera que ele pode, sim, ser um perigo para os outros acolhidos. No sentido de que pode oferecer bens, favores, e até dinheiro em troca de sexo [...] No período em que estive na CT, dois rapazes homossexuais ali ingressaram. A solução que a instituição dá para esses casos, já que o acolhimento é incondicional, é enviar esses

indivíduos para outra unidade – aquela que abriga casais e mulheres solteiras. O próprio mestre disse que nessa unidade, apesar de ter homens também, “os homossexuais não se metem a besta porque senão apanham das companheiras dos outros rapazes”. (Ipea, 2017, p. 19)

Considerando a população alvo da presente dissertação – pessoas em situação de rua usuárias de drogas com experiência em internações em CTs – foram mapeadas, entre as 19 pesquisas mencionadas, aquelas em que a experiência em situação de rua é mencionada, seja como informação coletada pelos autores, seja presente no relato dos próprios participantes. Apesar de em mapeamento de perfil realizado pela Fiocruz, em 2014, por exemplo, os pesquisadores terem encontrado associação entre o consumo de crack em cenas de uso públicas e estar em situação de rua (Bastos & Bertoni, 2014), apenas em quatro pesquisas essa experiência foi abordada e, em geral, de forma bastante simplificada.

Nas pesquisas conduzidas por Seleghim, Inoue, Santos e Oliveira (2011) e Medeiros, Maciel, Sousa e Vieira (2015) – ambas de abordagem qualitativa –, por exemplo, a experiência em situação de rua foi mencionada pelos próprios participantes em seus relatos. Porém, enquanto no primeiro estudo os autores não produzem qualquer tipo de análise sobre essa questão especificamente, no caso do segundo, conduzido exclusivamente com mulheres, as autoras propõem reflexões acerca da estigmatização específica sofrida por mulheres usuárias de crack em situação de rua. Além dos estigmas associados ao consumo de crack e à vivência nas ruas, a essas mulheres também são dirigidas estigmatizações relacionadas à transgressão de papéis de gênero impostos pela sociabilidade patriarcal, que associam a feminilidade ao recato, autocontrole, ao cuidado, ao espaço privado, etc. Nesse cenário, tanto o consumo de drogas quanto a situação de rua aparecem como experiências que contradizem funções socialmente construídas como

“naturais” às mulheres. De acordo com as autoras, “a consequência dessas representações é um movimento de rejeição e exclusão social mais marcante em relação à mulher” (p. 525), que produz impacto inclusive na procura, acesso e/ou permanência desta nos serviços de cuidado. Ademais, tal posição social as expõe a formas específicas de vulnerabilização e violência, distintas daquelas que incidem sobre os homens, dentre as quais se destaca a violência sexual (Medeiros, Santos, Sousa & Vieira, 2015).

Esta diferenciação é importante de ser demarcada porque explicita os apagamentos e descon siderações típicos das nossas estruturas sociais patriarcais, racistas e de classe, as quais se expressam também na esfera da produção do conhecimento e da academia, denotando seu caráter histórico-social. A despeito disso, tais ocultações e mistificações devem ser apontadas criticamente, no intuito de serem superadas, já que ocultam, mistificam e, nisso, descaracterizam a própria concretude de tais indivíduos, suas produções de vida e realidades concretas.

Já nas demais pesquisas (Pinto et al., 2016b; Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018), a experiência em situação de rua aparentemente se constituiu como dado coletado pelos próprios autores, porém minimamente analisados. No estudo de Pinto et al. (2016b), por exemplo, os autores mencionam o fato de nenhum dos jovens estar em situação de rua no momento da pesquisa enquanto divergente da realidade encontrada na pesquisa nacional realizada pela Fiocruz, citada anteriormente (Bastos & Bertoni, 2014). No caso da pesquisa realizada por Félix Junior, Calheiros e Crispim (2018), a experiência em situação de rua é trazida exclusivamente enquanto dado, em que a maioria dos participantes não havia passado a noite na rua nos últimos seis meses (72,5%).

Outra questão que chamou atenção foi em relação a escassez de estudos que considerassem a raça enquanto um dado sociodemográfico a ser levantado. Entre as 19 pesquisas que se ocuparam em traçar um delineamento de perfil sociodemográfico, apenas seis buscaram fazer esse

levantamento (Singulane, Silva & Sartes, 2016; Andretta, Limberger, Schneider & Mello, 2018; Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018; Fernandes et al., 2018; Madalena & Sartes, 2018; Motta Filho et al., 2020), geralmente apresentando o mesmo resultado: a maioria da população atendida pelas CTs se autodeclara negra.

Apesar de nas pesquisas conduzidas por Andretta, Limberger, Schneider e Mello (2018) e Motta Filho et al. (2020) a maioria dos participantes se autodeclarar branca, cabe considerar que, no caso da primeira, as CTs locais de pesquisa estão situadas no estado do Rio Grande do Sul. Dessa forma, a predominância de indivíduos de etnia caucasiana (74,4%) dentro das instituições corresponde à proporção geral da região Sul do país levantada pelo IBGE, no Censo de 2022, em que 78,4% da população se autodeclara branca.

Já na pesquisa de Fernandes et al. (2018), realizada em uma CT localizada em um município do estado do Piauí, por exemplo, os dados indicam tanto uma subrepresentação da população branca quanto uma sobrerrepresentação da população negra se comparados com o perfil sociodemográfico da região. Aproximadamente 64,8% da população se autodeclara parda, 22,6% branca e 12,2% negra (IBGE, 2022). No caso da população residente da CT em questão, 59,1% eram pardos, 31,8% eram negros e apenas 9,1% brancos. O mesmo fenômeno pode ser observado nas pesquisas de Singulare, Silva e Sartes (2016) e Madalena e Sartes (2018), ambas realizadas em CTs localizadas no estado de Minas Gerais. Enquanto no perfil sociodemográfico do estado, levantado em Censo de 2022, pelo IBGE, aproximadamente 41,1% e 11,8% da população se autodeclara branca e negra, respectivamente, nas CTs locais de pesquisa, aproximadamente 22% dos participantes eram brancos, enquanto os negros/pretos correspondiam a aproximadamente 23% da amostra, em ambas as pesquisas.

Cabe ressaltar que a desconsideração da concretude étnico-racial dos indivíduos não é algo novo no que se refere às instituições manicomiais brasileiras. Pelo contrário, o apagamento racial, enquanto sintoma do próprio racismo de nossa sociedade, é o normal da manicomialização em nosso país. Por exemplo, mesmo pesquisas não tão antigas, como o censo psicossocial em hospitais psiquiátricos de São Paulo constataram isso (Barros et al., 2014).

Mesmo os dados encontrados nos estudos citados indicando uma sobrerrepresentação da população negra nessas instituições, quando comparados aos índices estaduais, nenhum dos autores produz qualquer tipo de reflexão sobre o assunto. Se o fizessem, não questionar o paradigma proibicionista, assim como o manicomial, seria efetivamente um esforço. A questão racial desmistifica o que a chamada Guerra às Drogas concretamente tem sido: uma guerra – ou melhor, mais um mecanismo de extermínio – contra determinada população, de raça, classe e localização bem definidas (Lima, 2020; Prudencio & Passos, 2024). De forma similar, escancara a função das CTs enquanto dispositivos de manutenção e reprodução do capitalismo nas particularidades brasileiras, de gênese colonial e escravista. Envolve reconhecê-las enquanto instituições manicomiais, não muito diferentes dos “velhos” manicômios: locais de aprisionamento, mortificação, isolamento e segregação social de determinada população que foge aos padrões da época. Contudo, indo além, “uma amálgama de quatro instituições fundamentais na formação social brasileira: manicômios, prisões, igrejas e senzalas” (Mendes & Costa, 2022, p. 342).

Os dados sociodemográficos levantados nessas instituições – não só aqueles referentes à raça – são hegemonicamente tratados pelos pesquisadores de forma naturalizada, uma vez correspondentes ao que é traçado pela própria literatura e censos. Os autores pouco ou não se preocupam, então, em buscar encontrar as raízes estruturais para além do que o dado tem de mais

aparente, residindo na expressão mais fenomênica do objeto e da realidade, como se tudo pudesse ser explicado exclusivamente a partir da droga e seus efeitos, de forma que, apesar de coletar informações que dizem respeito às condições concretas de vida desses sujeitos, sua potência fica reduzida à mera caracterização da população frequentadora desses serviços, a saber: os *dependentes químicos*, de maneira genérica, abstrata.

2.2.1.3 A idealização das CTs: hegemonia do paradigma manicomial, biomédico e proibicionista

Considerando que as CTs nas pesquisas selecionadas para compor o presente eixo se constituíram exclusivamente como locais de pesquisa, é pertinente averiguar se e como os autores buscaram descrever essas instituições. Isso é importante para verificar seus posicionamentos ético-políticos sobre o assunto, uma vez que, na presente pesquisa, partimos da compreensão de que nenhuma descrição da realidade é verdadeiramente neutra e que, posicionar-se dessa forma (ou não se posicionar), na maioria das vezes, implica, exatamente, na sua mistificação e até na reprodução e naturalização da ordem social dominante, geralmente tratada pela ciência hegemônica enquanto a-histórica (Japiassu, 1975; Martín-Baró, 1986/2011; 2017).

Entre a totalidade de pesquisas que compõem o eixo 1, foram mapeados 18 estudos em que os autores preocuparam-se em descrever, em alguma medida, a realidade dessas instituições, seja na introdução da pesquisa, a partir das regulamentações oficiais e da literatura disponível sobre as CTs; seja na seção dedicada a descrição do método do estudo, através da caracterização das instituições locais de pesquisa especificamente; ou na seção dos resultados e discussão, a partir das reflexões suscitadas a partir dos dados coletados (Sabino & Cazenave, 2005; Brum e Siniak, 2011; Seleglim, Inoue, Santos & Oliveira, 2011; Teo, Baldissera & Rech, 2011; Gabatz et al.,

2013; Souza et al. 2014; Teo, Corralo, Fransozi & Kovaleski, 2014; Pinto et al., 2016a; Singulane, Silva & Sartes, 2016; Danieli et al., 2017; Schneider & Andretta, 2017; Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018; Fernandes et al., 2018; Madalena & Sartes, 2018; Calheiros et al., 2019; Motta Filho et al., 2020; Kowalski et al., 2021).

Entre os estudos citados, em cinco pesquisas as CTs foram caracterizadas exclusivamente enquanto locais de pesquisa – na seção referente ao método – a partir de descrições bastante simplificadas, romantizadas e majoritariamente padronizadas: como instituições filantrópicas dedicadas à recuperação psicossocial, física e espiritual do dependente químico, ao trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas, à recaídas e à promoção e reintegração social com um novo estilo de vida, por meio do convívio com pares, em regime de internamento – supostamente – voluntário, por longos períodos, cujo modelo terapêutico é fundamentado na abstinência (Brum e Siniak, 2011; Seleghim, Inoue, Santos & Oliveira, 2011; Souza et al. 2014; Teo, Corralo, Fransozi & Kovaleski, 2014; Pinto et al., 2016a). Apenas em uma das pesquisas citadas houve a preocupação em descrever a instituição específica:

A CT foi fundada em 1997 e é uma entidade de caráter filantrópico que, além do município sede em que se situa, atende indivíduos de outros estados; capacidade para atender até 60 indivíduos; atende pessoas do sexo masculino com idade igual ou superior a 12 anos, as quais são assistidas em regime de internamento durante um período de nove meses. (Seleghim, Inoue, Santos & Oliveira, 2011, p. 796)

Já nas pesquisas realizadas por Teo, Baldissera e Rech (2011), Danieli et al. (2017), Fernandes et al. (2018) e Motta Filho et al. (2020), as CTs são descritas exclusivamente na introdução e, no caso do último, de forma similar às cinco pesquisas mencionadas anteriormente: a partir de idealizações que mistificam a realidade concreta dessas instituições, em que a

modalidade de cuidado é supostamente integral, “agregando profissionais de diversas áreas do conhecimento científico” (Motta Filho et al., 2020, p. 3). Dado que não corresponde exatamente com o que se tem disponível na literatura, nem de acordo com os relatórios de fiscalização de CTs disponíveis, cujos resultados, compilados no último relatório publicado pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) em conjunto com o Grupo Psicologia e Ladinidades (Costa & Lemos, 2025), apontam para uma escassez generalizada de equipe profissional; tampouco nos próprios artigos selecionados para compor a presente revisão. Inclusive, na breve menção feita por Danieli et al. (2017) às CTs, os autores, além de descreverem o modelo de tratamento – mesmo que de forma ainda um tanto romantizada – sugerem também que carece de adequações, sendo um dos aspectos sujeitos a críticas levantados exatamente a ausência de profissionais de saúde em tempo integral nessas instituições, uma vez que recebem dependentes químicos com comorbidades psiquiátricas concomitantes.

Na pesquisa realizada por Fernandes et al. (2018), a descrição disponibilizada sobre as CTs é bastante coerente com a realidade concreta descrita pelos relatórios de fiscalização disponíveis (Costa & Lemos, 2024), podendo se constituir, inclusive, como uma denúncia. No entanto, os autores não produzem qualquer tipo de crítica acerca da descrição trazida, protegidos pela neutralidade científica. Dessa forma, ao tratarem a expansão dessas instituições enquanto consequência da redução de leitos psiquiátricos financiados pelo SUS – conquista do MLA – não fazendo qualquer menção aos serviços substitutivos da RAPS, os autores indicam posicionamentos enviesados pelo paradigma manicomial e proibicionista. A lógica é a seguinte: partindo da abstinência como único objetivo possível, a única possibilidade de tratamento verdadeiramente eficaz à “dependência química” é a internação – e a manicomial (Costa, 2025).

Assim, são caracterizadas como instituições privadas e, muitas vezes, de caráter confessional, em que a religião é a principal estratégia de tratamento. Ademais, esse tipo de comunidade possui um programa específico de tratamento, que dura de seis a doze meses, conforme a instituição, regras rígidas e atividades obrigatórias, que devem ser seguidas por todos que ingressam. As visitas dos familiares são parcas e restritas e o contato exterior é inexistente, inclusive, no que diz respeito às atividades escolares e profissionais. (Fernandes et al., 2018, p. 1611)

Nas demais pesquisas, as CTs aparecem ao longo do texto, seja na introdução, no método e/ou na discussão dos resultados, não divergindo muito em termos de descrições neutras e idealizadas. As críticas, quando produzidas, se dão, igualmente, a partir de vieses reformistas, como se o problema delas fosse algo a ser consertado, reformado; como se houvesse reforma possível nelas, de modo que isso as tornassem o que não são: instituições assistenciais e não-manicomiais. Afinal, assim como ilustrado pelo estudo de Fernandes et al. (2018), os autores das pesquisas selecionadas para compor o presente eixo, reproduzindo os paradigmas proibicionista, biomédico e manicomial, são, de forma geral, dominados pela crença de que a internação de caráter asilar-manicomial é o tratamento mais eficaz para a “dependência química”. Em certa medida, constatamos, assim, a aceitação e a naturalização da própria lógica asilar-manicomial.

Esta crença é justificada por alguns dos pesquisadores, por exemplo, a partir da sintomatologia do crack, que, segundo Schneider e Andretta (2017), compromete a autogestão do tratamento, expressa na necessidade do sujeito em se distanciar da “sua vida atual de drogadição” (p. 95) para de fato se comprometer com o processo de recuperação. De forma semelhante, Calheiros et al. (2019) defendem que “quanto mais tempo de isolamento e de dias de abstinência, menores serão os eventos de *craving*” (p. 17), assim como Kowalski et al. (2020) que, mesmo

reconhecendo como uma possível consequência do período prolongado de tratamento a produção de processos de exclusão, idealizam tais processos que poderiam ser aproveitados para “aprender a lidar com as frustrações, adquirir habilidades e qualificações que evitem a inatividade ocupacional no futuro” (p. 996).

O que não comparece em tais análises é que a própria Reforma Psiquiátrica considera a necessidade de internação em alguns casos – que não são a maioria. Só que tal modalidade deve ser feita em hospitais gerais, justamente para prevenir, evitar ou impossibilitar a cronificação e o asilamento das pessoas em tais instituições, como ocorre nas instituições manicomiais. Além disso, na própria RAPS, existem no nível de atenção residencial de caráter transitório as Unidades de Acolhimento (UAs), que vão na contramão da internação asilar, ao possibilitarem acolhimento, moradia e satisfação de outras necessidades, muitas delas das mais básicas, sem que isso implique em segregação e asilamento.

Outros buscam justificá-la também a partir das especificidades que as CTs têm a oferecer enquanto serviço:

Os recursos terapêuticos ofertados em cada modelo de tratamento podem estar ligados a essa maior procura, e até influenciar na motivação. O sujeito pode esperar da internação uma solução rápida sobre o seu problema, assim ele se envolve de forma breve no tratamento, onde a laborterapia, o trabalho espiritual e religioso, a cooperação ou também pelo fato de estarem longe dos estímulos estressores ou eliciadores de fissura ou craving, contribuem para a maior procura. O tratamento em CTs democráticas é recomendado para aumentar a motivação visto que o encaminhado pela justiça pode adentrar ao tratamento sem motivação e, uma vez trabalhadas técnicas cognitivas e comportamentais, ter sucesso terapêutico. (Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018, p. 1373-4)

Na mesma direção, Gabatz et al. (2013) e Schneider e Andretta (2017) ressaltam o aspecto da convivência entre pares proposta pelas CTs como positivo, por possibilitar a partilha de sentimentos e situações, sendo considerado pelos últimos também como forma de tratamento, uma vez parte de um contexto que busca supostamente ser similar ao da sociedade em que vivemos, ao adotarem um modelo “baseado em uma sociedade organizada, com sistema bem estruturado, com regras e normas a serem cumpridas” (p. 85), que idealmente permite que o usuário vá se adaptando ao mundo que o espera fora da instituição. Os autores acabam romantizando, dessa forma, não só o caráter disciplinar dessas instituições, mas também sua função depositária, ao tratar a convivência entre pares como possibilidade de comunidade – não à toa o nome *Comunidades Terapêuticas* – e não como consequência de processos segregatórios e higienistas que literalmente despeja aqueles considerados desviantes e indesejáveis nesse depósito humano, não para serem cuidados, mas para afastá-los do resto da sociedade “normal”, aliviando-a de sua presença (Amarante, 2015; Costa, 2025). Não à toa, as CTs geralmente estão localizadas em áreas rurais, afastadas dos perímetros urbanos, não só para esconder aqueles que ali “residem”, como também para evitar fugas.

Ao retirar os sujeitos de suas comunidades, territórios e contextos de vida, a possibilidade de comunidade supostamente oportunizada pelas CTs, pautada por Gabatz et al. (2013) e Schneider e Andretta (2017), se refere mais à produção de comunidades artificiais, de acordo com Costa (2025), em diálogo com o que Franco Basaglia compreendia enquanto comunidade.

Nestes termos, não há comunidade em um contexto segregatório, de aprisionamento – como é o caso das CTs brasileiras. O que temos nos casos das CTs, como exemplos opostos do que propagou Basaglia, é um depósito de gente, que quando é depositada ou para que seja depositada, é feita não gente, um aglomerado de indivíduos que se identifica na e pela

desidentificação, que são assujeitados, despersonalizados, afinal, a identificação e o reconhecimento de si no outro se dão pela via da negação. (Costa, 2025, p. 154)

Outro aspecto considerado positivo por Seleghim, Inoue, Santos e Oliveira (2011) e, também, por Scheneider e Andretta (2017), em consonância com o que foi trazido por Félix Junior, Calheiros e Crispim (2018), se refere à prática religiosa – um dos pilares do modelo de tratamento imposto pelas CTs – enquanto fator de proteção contra o consumo de drogas e manutenção do tratamento, relacionando-a a percepção de suporte social, que “estimula as interações entre o grupo com troca de sentimentos positivos, além de proporcionar alívio na sensação de solidão, elevando, assim, sua autoestima” (Schneider e Andretta, 2017, p. 94).

Concordamos que a espiritualidade, enquanto constitutiva da singularidade, deve sim ser contemplada em qualquer processo assistencial, terapêutico, conforme já está inclusive garantido em diferentes leis e normativas que versam sobre as políticas do campo álcool e outras drogas. Não à toa o PTS é instrumento central do cuidado na RAPS. No entanto, em modelos cujo um dos principais eixos de cuidado é a espiritualidade, como no caso das CTs, em que a abordagem não é apenas homogênea a todos, de acordo com os princípios de uma única religião, mas também obrigatória, sem necessariamente fazer sentido para os sujeitos em seus processos de cuidado, o que se comete, na verdade, é violência religiosa (Costa, 2025). Posicionamento que será melhor desenvolvido ao longo do texto.

2.2.1.4 As críticas produzidas: instruções para “humanizar” um serviço essencialmente desumanizador

Como foi possível observar, as descrições idealizadas e/ou “neutras” oferecidas pelos autores sobre as CTs indicam uma aceitação não só da modalidade de tratamento imposta nessas

instituições, mas também dos paradigmas que a sustentam. Conforme mencionado anteriormente, a crença é de que a internação se constitui como a maneira mais eficaz de alcançar a abstinência – compreendida como a única “solução” possível para a “dependência química” – ao afastar o sujeito do seu contexto de uso, buscando incutir-lhes “novos” valores, hábitos, etc. Nesse sentido, não surpreende que as poucas críticas produzidas sobre as CTs pelos pesquisadores dos estudos selecionados para compor o presente eixo tenham se dado em tom reformista, conforme já exemplificado anteriormente, a partir de sugestões para melhorar a qualidade do serviço oferecido, sem refletir que uma CT reformada continua sendo uma CT, isto é, uma instituição manicomial - e mais, como vimos.

Primeiramente, mencionamos as sugestões de inclusão de profissionais de saúde qualificados, pautada não só por Danieli et al. (2017), como mencionado anteriormente, mas também por Félix Júnior, Calheiros e Crispim (2018), ao problematizarem possíveis comportamentos hostis dos funcionários das CTs no manejo com a população atendida nesses serviços, enviesados por estigmas presentes no senso comum em relação ao consumo de drogas. Segundo Costa (2025), a ausência ou insuficiência de profissionais especializados dentro das CTs não é acidental, a primeira vista sustenta a retórica do seu caráter comunitário e do zelo por relações mais horizontais, “com uma crítica – explícita ou implícita – à apropriação privada da psiquiatria, psicologia e demais campos do saber-fazer sobre o cuidado” (p. 162). Em essência, como mencionado anteriormente, se constitui como mais uma entre outras estratégias para reduzir os custos com a manutenção das CTs, visando, assim, exclusivamente o lucro. Defende-se, entretanto, coadunando com a posição do autor (2025), que uma CT com mais ou menos profissionais especializados, “continua sendo uma CT, ou seja, uma mistura de manicômio, prisão, igreja e senzala” (p. 162).

Alguns autores trazem à luz outros aspectos a serem melhorados nessas instituições, como necessidade de inclusão da família no tratamento, compreendendo que tal suporte social pode contribuir com a interação do usuário e a sociedade, com a prevenção de recaídas e a manutenção da abstinência almejada (Gabatz et al., 2013, Calheiros et al., 2019), e a implementação de estratégias que contribuam com aspectos relacionados à motivação (Andretta, Limberger, Schneider & Mello, 2018; Félix Júnior, Calheiros & Crispim, 2018), ao desenvolvimento de habilidades sociais (Motta Filho et al., 2020); ao planejamento para reinserção no mercado de trabalho e psicoeducação (Danieli et al., 2017), etc. Não que estes fatores sejam problemáticos. Eles são e adicionam contornos ainda mais problemáticos às CTs. Contudo, o problema fundamental das CTs é elas existirem.

Calheiros et al. (2019) são os únicos autores entre os estudos aqui analisados que se preocuparam em tecer algum tipo de crítica ao modelo religioso-espiritual empregado nessas instituições. No entanto, as críticas produzidas, além de reformistas, também são quase exclusivamente ancoradas em questões referentes ao manejo do *craving* e à resistência dessas instituições de cunho religioso ao uso de fármacos, problematizando, assim, a expansão das CTs que não é acompanhada “pela contratação de especialistas para lidar e manejar com o craving sentido pelos participantes” (p. 17), o que pode, consequentemente, comprometer a adesão ao tratamento. Sobre isso, cabe mencionar que diversos relatórios de fiscalização realizados em CTs constaram a utilização de medicamentos dentro dessas instituições, geralmente de forma irregular e indiscriminada (Costa & Lemos, 2024). Segundo os autores, os resultados expõem casos de armazenamento inadequado, falta de controle e “administração de medicações por pessoas sem formação” (p. 38), além de “uso indiscriminado de contenção química e abuso de medicamentos” (p. 42).

Já no caso de Correia e Gomes-da-Silva (2018), apesar de considerarem as críticas produzidas às CTs enquanto instituições de caráter asilar-manicomial e o retrocesso que envolve incluí-las na RAPS em relação a uma política de drogas mais inclusiva, os autores – protegidos pelo mito da neutralidade científica – ao mesmo tempo que alegam “não tecer juízo de valor” sobre as CTs, praticamente defendem sua permanência na RAPS, uma vez que, compreendendo a questão das drogas como “diversificada, complexa e multifacetada [...] se fazem necessários um olhar plural e intervenções múltiplas que abarquem o sujeito e suas singularidades” (p. 919). Ou seja, os autores, a partir de uma suposta neutralidade, descartam completamente as pertinentes críticas produzidas sobre as CTs por diferentes órgãos e movimentos, supostamente embasados na multideterminação e complexidade do fenômeno das drogas e consequentemente mistificando a realidade concreta dessas instituições enquanto desumanizadoras, violadoras de direitos, etc., uma vez que podem estar suprimindo determinadas necessidades dos sujeitos em suas singularidades.

Em suma, a maioria das críticas/sugestões produzidas parecem ter objetivos em comum: quando não se voltam a questões relacionadas à prevenção de “recaídas”, ficam reduzidas a questões relacionadas à adesão ao tratamento, tratadas enquanto desafios de gestão a serem superados pelas próprias CTs, a partir das devidas adaptações (Teo, Baldissera & Rech, 2011; Gabatz et al., 2013; Medeiros, Maciel, Sousa & Vieira, 2015; Danieli et al., 2017; Andretta, Limberger, Schneider & Mello, 2018; Félix Junior, Calheiros & Crispim, 2018; Motta Filho et al., 2020). Em análises que denotam um gerencialismo, os problemas estruturais são tratados como se fossem apenas questões de gestão, organização e/ou eficiência dos serviços, bastaria, desse modo, “boas práticas” para corrigir aquilo que é constitutivo da própria CT, seja através da contratação de especialistas, treinamento e capacitação da equipe, revisão e adaptação dos protocolos, entre outros. Oculta-se, consequentemente, a natureza violenta, opressiva e manicomial dessas

instituições, assim como sua função social e as relações de poder que sustentam e reproduzem (Costa, 2025). As análises ficam, então, reduzidas à instruções para “humanizar” um serviço estruturalmente e essencialmente desumanizador.

Parece, então, que o problema das CTs não é seu caráter asilar-manicomial, ou como se este fosse um problema passível de ser “corrigido” sem a própria superação de tal instituição. Na contramão disso, reiteramos que não existe *mais* ou *menos* manicômio; ou manicômio *melhor* ou *pior*. Algumas coisas não se hierarquiza ou elas não são passíveis de hierarquização ou correção/reforma como já se aponta aos manicômios há pelo menos sete décadas, ao serem compreendidas como instituições de violência (Basaglia, 2010).

2.2.1.5 A questão da reincidência: falha individual ou do tratamento? Ou para além da “falha” (e do moralismo)?

Considerando que a maioria das pesquisas presentes neste eixo defende de alguma forma a eficácia do modelo de tratamento proposto pelas CTs, sujeito exclusivamente a reformas, outro ponto de interesse para a presente revisão se refere ao mapeamento daquelas pesquisas em que o histórico de internações dos seus respectivos participantes se constituiu como um dado a ser coletado. Se partirmos do que é colocado por essas instituições como sinônimo de sucesso do tratamento – a abstinência e sua manutenção a longo prazo –, a reincidência de internações deveria inevitavelmente ser evidência da sua ineficácia, de acordo com seus próprios parâmetros.

Entre as 24 pesquisas selecionadas para compor o eixo 1, apenas em nove, os autores se preocuparam em coletar dados referentes ao número de internações prévias em CTs. Não surpreendentemente, em todas, sem exceção, os autores encontraram o mesmo resultado: a maioria dos participantes estava, no mínimo, na segunda internação nessa modalidade de tratamento

(Sabino & Cazenave, 2005; Teo, Baldissera & Rech, 2011; Botti & Machado, 2015; Danieli et al., 2017; Schneider & Andretta, 2017; Fernandes et al., 2018; Madalena & Sartes, 2018; Motta Filho et al., 2020; Pereira & Bittencourt, 2021). Contudo, foram poucos os autores que buscaram produzir algum tipo de análise a partir desse dado e, quando o fizeram, a questão da reincidência ficou reduzida à noção de recaída (Sabino & Cazenave, 2005; Teo, Baldissera & Rech, 2011; Botti & Machado, 2015; Danieli et al., 2017; Pereira & Bittencourt), tratada de forma naturalizada, como parte do quadro da “dependência química”, considerando os efeitos químicos das drogas sobre o organismo. Contraditoriamente, cabe aos indivíduos lutar contra, sustentar as supostas “mudanças de estilo de vida” promovidas dentro das CTs, eximindo-as, assim, de qualquer responsabilidade sobre os sujeitos fora de seus muros.

Como consequência também da aceitação dessa lógica, a eficiência das CTs não só não é questionada como também é defendida e protegida. Ou seja, as pesquisas defendem algo sobre as CTs, numa perspectiva que nem mesmo elas conseguem sustentar ou se preocupam em sustentar. Isso nos leva a hipotetizar que se trata de uma defesa *a priori* e que, portanto, só lhe resta ideologia: e uma ideologia manicomial. Apenas ressaltamos que, com esta crítica, não estamos defendendo, em hipótese alguma, a perspectiva de tais pesquisas.

Nesse panorama, a pesquisa de Sabino e Cazenave (2005) se constitui como uma exceção: mesmo tratando a questão da reincidência como consequência da *recaída*, as autoras sugerem que esta pode ser uma consequência do próprio isolamento imposto pelas CTs – mais especificamente de uma “desadaptação social” – sendo necessário mais estudos para verificar a eficácia dessa “metodologia”. Questionam, assim, a possibilidade de manutenção da abstinência quando esta se dá em um ambiente de privação não só da substância, como também do grupo social, do próprio

território e, conseqüentemente, do contexto em que o consumo ocorre. O mesmo contexto para o qual o sujeito precisa voltar após a internação.

É importante reconhecer que, mesmo as autoras (2005) questionando a efetividade da modalidade de tratamento proposta pelas CTs, a lógica do argumento ainda é de caráter proibicionista, uma vez ainda ancorado na noção de recaída. Para a RD, legitimada nos Direitos Humanos e no respeito à liberdade das pessoas, a utilização do termo “recaída” para designar um retorno a beber ou usar drogas depois de um período de abstinência, muitas vezes acompanhada de reintegração de sintomas de dependência, é, em si, um contrassenso. Afinal, em consonância com a proposta da recursividade como uma abordagem mais promissora para se pensar as diferentes relações com as drogas (Rameh-de-Albuquerque, 2017), parte-se do reconhecimento do processo de lida com o uso prejudicial de substâncias enquanto desafiante e complexo, preñado de tensões, uma vez situado em contextos concretos de produção de vida e que, por isso, não é linear, podendo envolver momentos de consumo e abstinência, sem necessariamente implicar em uma falha no tratamento.

A centralidade atribuída ao conceito de recaída, não só nas pesquisas analisadas, mas no próprio senso comum, demonstra a hegemonia de um moralismo de várias facetas e formas: psiquiátrico, psicológico, mas também religioso, individual, etc. Não importa sob que perspectiva seja abordada, ainda que com nuances distintas, a noção de recaída inevitavelmente remete a fracasso, doença, desvio de caráter, fragilidade, descontrole, queda da alma, pecado, etc (Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Vale & Vecchia, 2020). Compreendendo a droga como um mal a ser combatido e os *dependentes químicos* como responsáveis diretos por tal condição, ao mesmo tempo em que são vítimas das drogas e de suas doenças, impõe-se a “abstinência como única possibilidade de (não) relação” (Costa & Mendes, 2025, p. 2) e,

consequentemente, perpetua-se uma racionalidade que, sob verniz técnico, terapêutico e/ou religioso, continua a operar pela lógica de correção de desvios, docilização, culpabilização individual e (auto)vigilância moral, a partir de ações coercitivas e de controle, chanceladas pelo Estado (Costa, 2022; Costa, 2025). O que elas trazem em comum, dessa forma, é o moralismo, que não só ancora, como também conforma, produz e reproduz o proibicionismo enquanto perspectiva ideológica central das políticas de drogas no Brasil.

2.2.2 Eixo 2 – Com a voz dos internos/egressos

O segundo eixo, conforme pode ser inferido pelo próprio título, engloba os estudos em que a perspectiva dos internos/egressos sobre as CTs foi explicitamente considerada, ou seja, pesquisas em que essas instituições não se configuram exclusivamente enquanto local de pesquisa, mas também como objeto de análises, mobilizadas pelas informações coletadas com os próprios participantes. É neste eixo, inclusive, em que aparecem os primeiros estudos conduzidos com egressos dessas instituições, ou seja, em que as CTs sequer foram utilizadas como local de pesquisa, se constituindo apenas como objeto de análise. Assim, de antemão, indagamos como as pesquisas, sobretudo aquelas que se colocam a analisar a eficácia ou a efetividade, dentre outras possibilidades e desfechos, esperam alcançar esse fim não escutando as pessoas as quais tais desfechos, em tese, dizem respeito.

De forma similar ao primeiro eixo, partiremos de uma apresentação dos aspectos gerais das 20 pesquisas selecionadas para compor o eixo 2, cujas análises das informações estão organizadas em duas categorias: a) Disputa por hegemonia no campo de atenção em álcool e outras drogas (e na academia) e; b) A realidade das CTs a partir da perspectiva dos internos/egressos. A última categoria, foi dividida em subcategorias: a) o pilar da disciplina; b) o pilar da espiritualidade; c) o

pilar do trabalho

2.2.2.1 Aspectos Gerais

O segundo eixo é composto pelos 20 artigos remanescentes da amostra total, apresentados na Tabela 3, em ordem crescente de acordo com o ano de publicação, a qual apresenta as informações primárias avaliadas no presente estudo.

Tabela 3

Apresentação das Dimensões Analisadas nos Artigos da Categoria “Com a voz dos internos/egressos sobre CTs”

Ano de publicação	Área de atuação do(s) autor(es)	Abordagem e instrumentos	Local e Participantes
2008	Psicologia	Abordagem qualitativa (estudo etnográfico). Observação participante; diário de campo; consulta de documentos; entrevistas semi-estruturadas.	CT localizada em Porto Alegre (RS). Ao todo cinco participantes: dois profissionais (uma freira, também coordenadora da instituição, e um voluntário) e três adolescentes.
2014	Psicologia	Abordagem quantitativa. Fases pré e pós-CT: entrevista semi-estruturada e testes psicológicos.	CT em SP. Sete internos do sexo masculino.
2015	Enfermagem, Medicina e Psicologia	Abordagem quantitativa. Questionário pré-codificado, padronizado e pré-testado.	7 clínicas privadas, 6 CAPS, 1 serviço comunitário de atendimento e orientação a usuários e familiares, 1 hospital, 10 CTs e 2 casas de passagem mantidas por CTs, em Porto Alegre (RS). 495 indivíduos.
2015	Psicologia	Abordagem qualitativa. Entrevistas individuais e grupais, observação participante e materiais institucionais.	Complexo de favelas de Manguinhos (RJ); 14 igrejas e associações religiosas. 21 participantes: 3 pessoas convertidas à religião, com histórico de dependência e envolvimento com o tráfico; 5 líderes religiosos; 13 coordenadores de serviços prestados por entidades religiosas.
2015	Psicologia	Abordagem mista. Fases pré e pós-CT: entrevista semiestruturada; testes	CT em SP. Sete internos do sexo masculino.

		psicológicos.	
2016	Psicologia	Abordagem mista. Testes psicológicos; entrevista semiestruturada.	Quatro CTs masculinas localizadas no RS. 15 monitores do sexo masculino.
2016	Ciências Sociais	Abordagem qualitativa (estudo etnográfico). Observação participante.	Centro de recuperação evangélico em RJ, que recebe pessoas com trajetórias distintas: dependentes químicos, moradores de rua, ex-presidiários, pessoas que querem largar o crime, pessoas juradas de morte por traficantes ou milicianos, entre outros casos menos comuns.
2017	Psicologia	Abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada com profissionais, rodas de conversa e ficha sócio demográfica com usuários.	CAPSad III e uma CT. 21 profissionais e 63 usuários: 16 trabalhadores do CAPSad III; 5 coordenadores da CT, entre eles internos no último mês de tratamento; 33 usuários do CAPSad III (apenas duas mulheres); 30 internos da CT.
2017	Psicologia	Abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada individual.	CT localizada no interior do estado de MG. Quatro residentes e dois monitores em tratamento.
2018	Psicologia e Serviço Social	Abordagem qualitativa (pesquisa-ação). Implementação de dinâmicas de grupo; observação sistemática.	CT GAAN – Grupo de Apoio aos Alcoólatras e Narcóticos, em Pederneiras (SP). Seis internos compuseram o grupo proposto.
2020	Psicologia	Abordagem qualitativa. Pesquisa de campo (Cartografia); ferramenta usuário-guia; diários cartográficos; consulta de documentos.	CAPSad III de Petrolina (PE). Uma mulher e um homem, usuários do Caps AD III e com histórico de internação em CT. Amigos e familiares indicados pelos usuários e profissionais.
2020	Enfermagem	Abordagem quantitativa. Questionário semiestruturado.	Três CTs na região Centro-Oeste. 21 homens.
2020	Psicologia e Serviço Social	Abordagem qualitativa. Revisão bibliográfica não sistemática e entrevista semiestruturada.	CAPSad localizado no município do RJ. Nove usuários do gênero masculino.
2020	Psicologia	Abordagem qualitativa. Entrevista individual e grupo focal.	Uma instituição filantrópica; uma CT e nos principais locais públicos de concentração para compra e uso da droga em SP. 31 usuários de crack: 21 homens e 10 mulheres.
2020	Psicologia	Abordagem qualitativa. Observação participante, diários de campo, entrevistas semiestruturadas.	As entrevistas ocorreram no espaço das ruas. Oito pessoas: sete homens e uma mulher.
2021	Enfermagem e Psicologia	Abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas.	10 homens, todos egressos da maior rede de CTs do país.
2021	Enfermagem, Psicologia e	Abordagem qualitativa. Entrevista despadronizada.	CT localizada em uma cidade do interior do ES.

	Serviço Social		Sete jovens residentes.
2022	Serviço Social e Terapia Ocupacional	Abordagem qualitativa. Entrevistas semiestruturadas e consulta aos prontuários.	28 indivíduos egressos de internações em CTs.
2024	Psicologia	Abordagem qualitativa Entrevistas semiestruturadas	CAPS I em MG. Seis pessoas adultas (egressas de internações psiquiátricas)
2024	Ciências Sociais	Abordagem qualitativa (pesquisa de caráter etnográfico).	Instituições em Imperatriz (MA): a CT Renascer Feminino e a Casa da criança

Fonte: elaborado pela autora

Em consonância com o que foi encontrado no eixo 1, a maioria das pesquisas presentes no eixo 2 foram publicadas em periódicos específicos da Psicologia (55%). Os demais foram publicados em revistas multidisciplinares da área da saúde (30%), específicos da Enfermagem (5%), entre outros. Além disso, a prevalência de autores da área da Psicologia também se manteve, de forma, inclusive, mais expressiva que a do eixo anterior, representando 80% da amostra. Em contraste com as pesquisas do eixo 1, no entanto, encontramos estudos realizados por pesquisadores da área do Serviço Social (20%), todos em colaboração com acadêmicos da área da saúde, mais especificamente da Psicologia, Terapia Ocupacional e/ou Enfermagem. Entre eles, três foram realizados a partir de 2020, indicando, talvez, um crescente interesse dentro da academia nos últimos anos em buscar compreender o consumo de drogas enquanto multifacetado, cujo cuidado e atenção deve ser, exatamente por isso, multidisciplinar, ou seja, não privado ao campo jurídico e/ou da saúde – mais especificamente sob a égide do campo psi, cuja hegemonia ainda é a do modelo biomédico (Costa, 2024; Costa, 2025).

No que diz respeito aos locais de pesquisa, conforme mencionado anteriormente, nem todas as pesquisas selecionadas foram realizadas dentro de CTs: entre os 20 artigos, seis estudos foram conduzidos nas ruas, em CAPS e/ou outras instituições mediadoras do contato com os

participantes, entre eles, dois realizados no estado de Minas Gerais, dois no estado do Rio de Janeiro e um em Pernambuco. As CTs em que as pesquisas remanescentes foram realizadas, em contraste com aquelas mapeadas no eixo 1, estavam majoritariamente localizadas na região sudeste (57,2%), cujo estado com maior concentração foi São Paulo, em consonância com os dados do levantamento do Ipea (2017), mencionados anteriormente. Apenas em três estudos, as CTs locais de pesquisa eram do estado do Rio Grande do Sul (21,5%), em dois as CTs estavam localizadas em estados da região nordeste (14,3%) e em um no estado do Mato Grosso, na região centro-oeste.

O eixo 2, ao englobar estudos que buscam, em alguma medida, compreender a vivência nas CTs a partir da perspectiva dos próprios internos/egressos, privilegia as abordagens qualitativas, uma vez que estas tendem a ser mais convergentes com objetivos de pesquisa que envolvem captar experiências, percepções e significados atribuídos pelos participantes (Minayo, 2021). Dessa forma, justifica-se a prevalência de 75% de pesquisas de abordagem qualitativa incluídas no presente eixo, em contraste com o que foi encontrado no eixo 1.

Os três estudos quantitativos (Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Horta et al., 2015; Lemes et al., 2020) que compõem o segundo eixo – conduzidos por pesquisadores da área da Psicologia, Medicina e Enfermagem – foram considerados com certa hesitação. Isso porque, apesar de os participantes se constituírem como objetos de pesquisa, fonte de informações para delineamento de perfil sociodemográfico e psicológico, o papel das CTs não ficou reduzido ao de local de pesquisa/facilitadoras de acesso a população alvo, como na maioria das pesquisas quantitativas que compõem a amostra total. Neles, as CTs aparecem ou são compreendidas também como objeto de pesquisa, sendo tratadas como variável independente em relação à manutenção da abstinência ou prevenção à “recaídas”, que eram as variáveis dependentes. Sendo assim, as CTs também se

constituem como alvo de análises, engatadas por informações coletadas com os próprios internos das instituições.

Outro aspecto que chamou atenção foi em relação a data de publicação dos artigos. Entre os 44 estudos selecionados para análise final, um total de 31 artigos foram publicados entre 2005 e 2019, em média aproximadamente dois artigos por ano; já em um período de quatro anos, entre 2020 e 2024, 13 artigos foram publicados, em média aproximadamente três por ano. A expressiva maioria (n=10) foi selecionada para compor o presente eixo, representando exatamente a metade da amostra, em contraste com as demais pesquisas pertencentes ao mesmo eixo, publicadas em um período de dez anos, entre 2008 e 2018. Tal achado pode indicar um maior interesse, nos últimos anos, em conhecer a realidade das CTs e outros serviços a partir da perspectiva dos próprios internos/egressos dessas instituições. Hipótese que será elaborada e explorada com mais detalhes na próxima seção.

2.2.2.2 Disputa por hegemonia no campo de atenção em álcool e outras drogas (e na academia)

Entre os 44 estudos selecionados para análise final, um total de 31 artigos foram publicados entre 2005 e 2019, em média aproximadamente dois artigos por ano; já em um período de quatro anos, entre 2020 e 2024, 13 artigos foram publicados, em média aproximadamente três por ano, entre os quais a expressiva maioria (n=10) foi selecionada para compor o presente eixo, representando exatamente a metade da amostra, em contraste com as demais pesquisas pertencentes ao mesmo eixo, publicadas em um período de dez anos, entre 2008 e 2018. Tal achado pode indicar um maior interesse, nos últimos anos, em conhecer a realidade das CTs e outros serviços a partir da perspectiva dos próprios internos/egressos dessas instituições.

O aparente maior interesse dentro da academia, nos últimos cinco anos, em buscar conhecer a realidade das CTs a partir da perspectiva dos próprios internos/egressos veio acompanhado de uma importante virada de chave nos posicionamentos ético-políticos destes autores sobre estas instituições. Na maioria das pesquisas publicadas até 2018 – de forma similar à totalidade das pesquisas do primeiro eixo –, quando os autores apresentavam alguma crítica ao modelo de tratamento proposto pelas CTs, eram sobretudo a partir de abordagens reformistas e gerencialistas (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Horta et al., 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Pereira & Levandowski, 2016; Teixeira, 2016; Paula Junior & Cruz, 2017; Mazeto & Ramos, 2018).

Já nas pesquisas publicadas a partir de 2020, a perspectiva adotada pela maioria dos autores foi mais crítica, não só ao modelo de tratamento imposto pelas CTs, mas à própria inclusão dessas instituições na RAPS e ao seu financiamento público. Uma vez compreendidas enquanto instituições totais, de caráter-asilar manicomial, a maioria dos autores defendem que seu modelo de “tratamento” de base moral, religiosa, proibicionista e manicomial contradiz não só o que está previsto na Lei da Reforma Psiquiátrica e na antiga PNAD, mas a própria laicidade do Estado, prevista na Constituição, ao financiá-lo (Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Vale & Vecchia, 2020; Barcelos, Wandekoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentilli, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Franco & Pegoraro, 2024; Conceição, Sousa, Lima & Naslauskys, 2024).

Cabe considerar, buscando ampliar a compreensão sobre o fenômeno, o que estava acontecendo no contexto brasileiro que pode ter contribuído com essa “virada de chave” mencionada. Em 2019, ano em que Jair Bolsonaro tomou posse como presidente do país, mais especificamente em 11 de abril, é publicado o Decreto nº 9.761 (2019), responsável pela instituição

de uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Ou melhor, nova-velha política antidrogas, conforme definida por Costa (2020; 2022), uma vez que parte da compreensão das drogas enquanto “um mal a ser combatido e expurgado de nossa sociedade” (p. 8), de forma que, no âmbito do “cuidado” e da “assistência”, a abstinência se torna o único horizonte possível para o processo assistencial. Em função disso, dando continuidade a processos históricos de recrudescimento de medidas segregatórias e higienistas que compõem a Contrarreforma Psiquiátrica, representando um contraponto aos avanços resultantes das lutas sociais, temos as CTs ocupando centralidade no cuidado quando o assunto é “dependência química”, sendo, por isso, também prioridade em termos de financiamento (Oka & Costa, 2022).

A presença cada vez mais expressiva das CTs nas políticas não se justifica apenas pela exigência da abstinência, fomentada pela PNAD, mas também através da “tentativa de *humanização e desmanicomialização* desta instituição” (Costa, 2020, p. 28). Na esteira disso, foi sancionada uma nova(-velha) Lei de Drogas, a Lei 13.840/2019, que substitui a Lei 11.343/2006, e que vai na mesma direção do Decreto mencionado anteriormente e avança, quando, por exemplo, cria uma seção dedicada exclusivamente às CTs, chamando-as de *acolhedoras*. Veda-se a internação nessas instituições, seja ela de caráter voluntário ou involuntário (Brasil, 2019), função reservada a unidades de saúde e hospitais gerais, de forma a modificar no plano retórico o que as CTs de fato fazem, que passa a ser chamado de *acolhimento*. Como se houvesse CT sem internação asilar-manicomial (Costa, 2020).

O momento histórico em que ocorre a “virada de chave” mencionada não parece ser coincidência. Ele diz respeito a uma limitação imposta pelas particularidades da formação social brasileira – marcada por contradições, correlação de forças e tensionamentos – em que, frente aos constantes ataques a direitos previamente conquistados, fruto de processos de luta de movimentos

sociais organizados, o lugar desses movimentos, atualmente, fica praticamente suprimido a posições defensivas. Dessa forma, compreendendo a academia como um dos espaços de disputa por hegemonia desses movimentos, a centralidade – e, conseqüentemente, visibilidade – dispensada às CTs no governo Bolsonaro, expressa em repasses públicos milionários (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento [Cebap], & Conectas Direitos Humanos, 2022), que corroboram ainda mais uma RAPS sucateada, parece mobilizar acadêmicos a se posicionarem de forma mais crítica em relação a essas instituições, em defesa do cuidado territorial em liberdade, preconizado pela Reforma Psiquiátrica e fundamentado na RD.

Dessa forma, também não parece ser por acaso que, assim como a totalidade das pesquisas presentes no primeiro eixo, todas as pesquisas publicadas até 2018 do eixo 2 tenham sido conduzidas dentro das próprias CTs, às vezes em conjunto com outras instituições e locais, como CAPSad, igrejas, clínicas privadas, instituições filantrópicas etc. Já entre os artigos publicados a partir de 2020, a maioria (n=6) foi produzida fora dos muros das CTs e, conseqüentemente, com egressos dessas instituições: em CAPS de diferentes modalidades ou na própria rua (Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Vale & Vecchia, 2020; Barcelos, Wandekoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Franco & Pegoraro, 2024). Parece, na verdade, indicar uma maior radicalidade na crítica a essas instituições, uma vez que, compreendendo-as enquanto irreformáveis, as possibilidades de diálogo ficam bastante limitadas. Inclusive, as quatro pesquisas produzidas dentro das CTs, a partir de 2020, apesar de, em sua maioria, apresentarem críticas mais radicais em relação às CTs e os paradigmas que a sustentam, acabam, assim como a maioria das pesquisas produzidas até 2018, também reproduzindo alguns posicionamentos um tanto reformistas (Lemes et al., 2020; Rossi & Tucci, 2020; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentilli, 2021; Franco & Pegoraro, 2024).

Na pesquisa realizada por Lemes et al. (2020), por exemplo, de forma semelhante aos demais estudos quantitativos selecionados para análise final, a CT local de pesquisa, quando foco de análise, é abordada de forma descritiva e/ou idealizada, com raras críticas ao seu funcionamento e sempre em tom reformista. A única crítica produzida, nesse caso, diz respeito a ausência de profissionais da saúde especializados, principalmente considerando “a presença do adoecimento mental posterior ou concomitante ao envolvimento com as drogas psicoativas” (p. 446) entre os internos e as necessidades que envolvem as comorbidades físicas e psíquicas. Sobre isso, eles sugerem que as CTs que não contam com especialistas em seu quadro de trabalhadores busquem suporte de saúde nos serviços vinculados a RAPS, contrariando o que prevê a nova(-velha) Lei de Drogas (Brasil, 2019). Na verdade, a própria presença de sujeitos com comorbidades físicas e psíquicas dentro dessas instituições já infringe o que está estabelecido como público a ser atendido: pessoas com quadro clínico estável, que devem ser encaminhadas à rede de saúde quando necessitam de “atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência” (Brasil, 2019).

O diferencial da pesquisa de Lemes et al. (2020) em relação às demais quantitativas é justamente considerar a perspectiva dos próprios participantes sobre as CTs, motivo pelo qual ela compõe o presente eixo. No entanto, concretamente, o que os autores fazem é se apropriar da percepção dos internos – levantadas a partir de quatro perguntas de sim ou não – para defender as CTs enquanto “sistemas que acolhem usuários de drogas dentro de suas peculiaridades” (p. 447). Afinal, segundo eles, os próprios “dependentes químicos”, em sua maioria, não apenas procuram voluntariamente o serviço, como também o consideram adequado, apresentando, depois de entrarem, “melhores expectativas para desenvolverem um novo estilo de vida e habilidades de enfrentamento das questões relacionadas à dependência química” (p. 447). Em outras palavras, melhores expectativas para manter a abstinência no mundo externo. Entretanto, como indicado

pelos próprios achados do estudo, tais expectativas não se concretizam depois de saírem da instituição: a maioria (67%) dos entrevistados tinha históricos de pelo menos duas internações em CTs. Dado que, apesar de levantado – e ser comum a muitas das pesquisas quantitativas selecionadas para análise final – jamais parece ser de fato contemplado nas discussões, conforme desenvolvido anteriormente.

Já no estudo de Rossi & Tucci (2020), buscando “avaliar o acesso aos tratamentos oferecidos para a dependência de drogas” (p. 3) por parte da população em situação de rua, os autores apresentam posicionamentos visivelmente mais críticos em relação ao modelo de tratamento proposto pelas CTs, alinhados a RD e RP. No entanto, algumas das críticas produzidas às CTs também assumem tom reformista: após fazerem os devidos apontamentos, contraditoriamente, os autores defendem que bastaria revisar determinados aspectos das normativas, o tempo prolongado de tratamento, a imposição da abstinência como objetivo único, utilizar técnicas comprovadas cientificamente, garantir a participação de profissionais de saúde mental e a continuidade do tratamento extra-muros e investir no desenvolvimento de certas habilidades individuais, como a autoestima e o autocontrole.

De forma semelhante acontece com as pesquisas conduzidas por Hernandez, Vescovi, Figueiredo e Lopes Gentili (2021) e por Conceição, Sousa, Lima e Naslausky (2024). Na última, a partir da aproximação entre as realidades encontradas em uma CT feminina e um abrigo para crianças, que recebia os filhos de muitas das mulheres internadas na CT, a pesquisa tem como objetivo a “compreensão sobre o controle e a disciplina exercidos sobre crianças e mulheres pelo Estado, cuja retórica repousa no possível reencontro desses sujeitos” (p. 3-4). Tal objetivo já nos indica por si só posicionamentos mais críticos sobre as instituições analisadas, com os autores se amparando em conceitos desenvolvidos por Erving Goffman e Michel Foucault, como instituições

totais e dispositivos de poder e poder disciplinar, respectivamente. No entanto, ao proporem reflexões inéditas sobre os processos de resistência dos agentes ao controle total do internato, trazem como uma das consequências desses processos a possibilidade de produção de “novos modos de pertencimento às instituições que por ora habitam” (p. 4).

Os autores parecem pautar, na verdade, a possibilidade de construção de uma *comunidade*, apesar das adversidades impostas pelo contexto – leia-se violências e violações de direitos, inclusive explicitadas no corpo do artigo. Cabe questionar se essa possibilidade, classificada enquanto consequência de processos de resistência, não pode incorrer na produção e reprodução de processos de institucionalização, agravados pelo caráter asilar-manicomial da internação. A própria conotação dada pelos autores ao argumento nos indica um viés conformista, como se a existência das CTs fosse natural e a extinção dessas instituições fosse inconcebível, de forma que a produção de “novos modos de pertencimento” se torna um horizonte. Sobre isso, retomamos a discussão de Costa (2025) sobre comunidades artificiais.

Dessa forma, por mais que a CT possa se configurar como uma comunidade enquanto ponto de partida, ela será, na realidade, uma comunidade artificial, cujo *comum* é a negação dos indivíduos que nela estão, a violência deles contra eles. Ademais, a comunidade como horizonte só pode se materializar fora da CT, com a sua superação. (p. 157)

Já no caso da pesquisa de Hernandes, Vescovi, Figueiredo e Lopes Gentilli (2021), ao buscarem analisar a percepção de jovens submetidos à internação compulsória via determinação judicial, os autores apresentam posicionamentos críticos e radicais sobre o viés disciplinar e punitivo de controle presente nessas medidas. Entretanto, as críticas parecem ficar reduzidas ao caráter compulsório da internação, mesmo sendo perfeitamente aplicáveis à totalidade do modelo de tratamento imposto pelas CTs. Os autores defendem, assim, que “a adesão voluntária, ativa e

participativa do sujeito em obediência às normas da clínica” (p. 8) é o diferencial para o “sucesso” do tratamento, ou seja, a manutenção da abstinência. Dessa forma, em contraste com o estudo de Rossi e Tucci (2020) e de Conceição, Sousa, Lima e Naslauský (2024), o que parece tornar o diálogo possível com essas instituições é uma suposta “aceitação”, por parte dos autores, da abstinência enquanto objetivo último do tratamento à “dependência química” e, conseqüentemente, da necessidade de internação – e manicomial – para alcançar esse fim.

Convém destacar que, não muito diferente das pesquisas que compõem o eixo 1, na maioria dos estudos do presente eixo, a abstinência como único fim possível para o cuidado em álcool e outras drogas jamais foi questionada. Sua manutenção é tratada por muitos autores, inclusive, como sinônimo de sucesso do tratamento (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Horta et al. 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Pereira & Levandowski, 2016; Paula Júnior & Cruz, 2017; Mazeto & Carrapato, 2018; Lemes et al., 2020). Tais posicionamentos nem sempre parecem conscientes, podendo, dessa forma, ser compreendidos como expressão da ideologização das experiências do senso comum, “sustentáculo para a manutenção das estruturas sociais de exploração e das atitudes de conformismo” (Martín-Baró, 1986, p. 195), da qual a academia não está ilesa, por mais que se afirme neutra.

Não por acaso, nos poucos estudos em que os autores se preocupam em produzir questionamentos sobre o paradigma proibicionista reproduzido e sustentado pelas CTs, as reflexões partem de posicionamentos explícitos, sempre amparadas no que propõe a Redução de Danos, enquanto movimento crítico e político que se opõe ao modelo internacional e hegemônico de proibição de drogas (Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Vale & Vecchia, 2020; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024). Retomamos, nesse sentido, o diálogo com Martín-

Baró (1986):

Pressupõe-se que ao tomar partido se abdica da objetividade científica, confundindo-se, dessa forma, a parcialidade com a objetividade. O fato de que um conhecimento seja parcial não quer dizer que seja subjetivo, a parcialidade pode ser consequência de certos interesses, mais ou menos conscientes, mas pode ser também o resultado de uma opção ética. E, enquanto estamos condicionados por nossos interesses de classe que parcializam nosso conhecimento, nem todos realizam uma opção ética consciente que assuma uma parcialização coerente com os próprios valores. (p. 194).

Buscando avançar nas reflexões propostas, é importante, primeiro, retomar algumas ponderações em relação ao lugar ocupado pela RD nas políticas públicas desde sua concepção, em um cenário de disputas por hegemonia. A partir de 2003, a RD se concretiza como política oficial do Ministério de Saúde, ocupando posição de centralidade nas políticas de atenção em álcool e outras drogas (Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017). Contraditoriamente, anos depois, a partir de uma construção midiática e política de pânico moral ao redor da suposta epidemia do crack (Rodrigues, Conceição & Iunes, 2015; Mendes, 2018; Lourenço, 2024) as políticas de álcool e outras drogas passam a ser revisadas, culminando na inclusão das CTs na RAPS, via Portaria nº 3088/11. São classificadas enquanto serviço de atenção residencial de caráter transitório, na mesma categoria que as Unidades de Acolhimento. Sua inclusão, todavia, vai na contramão do que está previsto na própria portaria como uma das diretrizes da RAPS: “o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos” (Brasil, 2011; Costa, 2020).

Tal cenário ganha outros contornos – inclusive paradoxais – com a publicação, em 2019, das novas(-velhas) LD e PNAD, definidas por Costa (2020), como *antidrogas*, visto que se constituem, essencialmente, como instrumentos que “orientam e normatizam ações na área a partir

da abstinência” (p. 28), compreendida como fundamento do cuidado. Não por acaso, a RD aparece apenas duas vezes na LD e uma vez na PNAD, nesta última de forma genérica, como “redução de riscos e danos sociais” (Brasil, 2019).

Dessa forma, a RD não é apenas desencorajada, mas deixa de fazer sentido, visto que, para ela, o problema não reside na droga e o foco está nos sujeitos, suas relações com as substâncias e contextos de vida. A RD pressupõe que nem todo consumo de substâncias é negativo e que a abstinência não pode ser considerada, a priori, como desfecho único, possível e desejado para todos os casos. (Costa, 2020, p. 28)

Os conflitos, tensionamentos e contradições presentes no campo de atenção em álcool e outras drogas se expressam de forma desproporcional na área de produção acadêmica/científica, especialmente nos estudos publicados até 2018. Nesse período, as análises e discussões propostas na maioria das pesquisas, por mais que se pretendam neutras, demonstram, conformam e reproduzem a hegemonia do paradigma proibicionista na academia, incorporado e retroalimentado pelo paradigma biomédico, a partir do prisma da “dependência química” (Costa, 2025). Entre os 10 estudos publicados até 2018, na maioria (n=8) os autores partem da aceitação da abstinência como única possibilidade de cuidado e, conseqüentemente, da internação como necessária para alcançar esse fim. Já nas duas pesquisas produzidas a partir do paradigma da RD, publicadas nesse período, os autores inevitavelmente criticam a inclusão das CTs nas políticas públicas e seu conseqüente financiamento público (Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017).

Entre as pesquisas publicadas a partir de 2019, de forma distinta, essa luta de forças se expressa de forma mais equilibrada: em metade delas (n=5), os autores se preocuparam em tecer críticas ao paradigma proibicionista, amparados na RD, (Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Vale & Vecchia, 2020; Conceição, Sousa, Lima &

Naslausky, 2024). Não é coincidência, também, que essa disputa esteja se dando de forma mais equilibrada justo após a publicação da novas(-velhas) PNAD e LD, que, conforme mencionado, não só estabelece a manutenção da abstinência enquanto objetivo final da assistência, mas também, conseqüentemente, retira a RD de seu lugar como política oficial, reduzindo-a a uma das vias para o alcance da tão almejada abstinência (Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Costa, 2020). Alguns autores inclusive se utilizam do retrocesso que a publicação dessas normativas representa para justificar a necessidade de pesquisas que busquem compreender a percepção dos usuários sobre o modelo de tratamento proposto pelas CTs, em contraste com o serviço oferecido pelo CAPSad, cuja diretriz de cuidado oficialmente é a RD (Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020).

2.2.2.3 A realidade das CTs a partir da perspectiva dos internos/egressos

Na maioria dos estudos selecionados para compor o presente eixo, mesmo aqueles em que os autores apresentaram posicionamentos mais reformistas em relação às CTs, a realidade encontrada dentro dessas instituições, seja descrita por eles e/ou relatada pelos participantes, em muito converge com os achados dos diversos relatórios de inspeção realizados dentro dessas instituições (Costa & Lemos, 2024).

De acordo com as pesquisas, as CTs são instituições privadas, não governamentais, mantidas via pagamento de mensalidade, custeio público de algumas vagas, doações e venda de produtos fora das CTs e/ou pela congregação religiosa a qual estavam vinculadas (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Carvalho & Dimenstein, 2017; Mazeto & Carrapato, 2018; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024). São, além disso, geralmente localizadas em zonas rurais (Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015;

Paula Júnior & Cruz 2017; Quintas & Tavares, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021), cujo ingresso e permanência, de acordo com a própria LD, deve ser voluntário. Algumas pesquisas apontam, no entanto, a existência de pessoas internadas compulsoriamente (Ribeiro & Minayo, 2015; Lemes et al., 2020; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentili, 2021; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021), muitas, segundo Ribeiro e Minayo (2015), de forma indiscriminada. Além disso, o fato de alguns autores e/ou participantes se referirem a saída da instituição como “fuga”, indica que a permanência nem sempre é voluntária, o que se configura como situação de cárcere privado (Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Rossi & Tucci, 2020).

Já em relação ao regime de trabalho dos funcionários, se dá, sobretudo, de forma voluntária, sem exigência de formação técnica (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024), sendo o quadro composto geralmente por religiosos (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Teixeira, 2016; Lemes et al., 2020; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024) e monitores, que são, na verdade, internos e/ou egressos do tratamento (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Ribeiro & Minayo, 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Pereira & Lewandowski, 2016; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Paula Junior & Cruz, 2017; Lemes et al., 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021). O serviço prestado por profissionais de saúde, quando relatado, se dá no formato de regime de apoio, em que os profissionais vão à instituição apenas via marcação de consulta (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2014), ou via suporte de serviços vinculados a RAPS (Lemes et al., 2020). Apenas em um dos estudos foi mencionada a presença de algumas “obreiras” remuneradas por seus serviços (Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024), sendo uma exceção

à regra do voluntariado (Costa & Lemos, 2024).

De forma unânime, a modalidade de tratamento imposta por essas instituições é caracterizadas pela imposição da abstinência como objetivo último do tratamento – critério de acesso e permanência no serviço – pelo regime residencial, tempo prolongado de internação e, conseqüentemente, pelo isolamento social e pela convivência entre pares imposta, compreendida por muitos autores como um dos principais recursos terapêuticos oferecidos por essas instituições (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Paula Júnior & Cruz, 2017; Mazeto & Carrapato, 2018; Lemes et al., 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024). A partir desses achados e da literatura utilizada, muitos autores argumentam que a proposta das CTs é pautada em um modelo moral de tratamento (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Ribeiro & Minayo, 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024).

De forma geral, as descrições oferecidas tanto pelos pesquisadores, quanto pelos próprios participantes, sobre as CTs, demonstram a materialização do tripé disciplina-espiritualidade-trabalho, enquanto pilares estruturais de funcionamento dessas instituições (Ipea, 2017). Dessa forma, visando analisar como as CTs têm sido retratadas em pesquisas empíricas que consideram as percepções dos internos/egressos sobre esses serviços, propõe-se a divisão das informações coletadas nas 20 pesquisas selecionadas para compor o eixo Com a voz dos internos/egressos, em três subcategorias de análise inspirados nesse tripé: (1) O pilar da disciplina; (2) O pilar da espiritualidade e; (3) O pilar do trabalho.

Cabe pontuar que a divisão aqui proposta em categorias cumpre fins didáticos de organização de exposição dos dados e que muitas das práticas implementadas pelas CTs descritas nas pesquisas encontradas poderiam facilmente se referir a mais de um dos pilares do tripé mencionado, uma vez que estes não apenas se complementam, como, em alguns casos, se retroalimentam, se atravessam, estão circunscritos uns nos outros, em movimentos dialéticos, não sendo nossa pretensão fragmentar as análises, muitos menos esgotá-las.

2.2.2.3.1 O pilar da disciplina

Em relação às descrições oferecidas nos estudos acerca do funcionamento das CTs, o pilar da disciplina se expressa de forma mais escancarada quando os pesquisadores e/ou participantes caracterizam o sistema de rotina de horários, atividades e regras rígidas imposto por essas instituições (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Paula Junior & Cruz, 2017; Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentili, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024); assim como as consequentes punições frente as “desobediências” (Paula Junior & Cruz, 2017; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentili, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024).

É esperado que, em alguns casos, ocorra, por parte dos sujeitos internados nessas instituições, uma naturalização das violências sofridas via modelo disciplinar (Costa, 2025), que sequer chegam a ser compreendidas enquanto tal, conforme é demonstrado em relatos de participantes dos estudos de Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008), Scaduto, Barbieri e Santos (2015),

Carvalho e Dimenstein (2017), Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e Quintanilha (2021), Bardi e Garcia (2022), Conceição, Sousa, Lima e Naslauský (2024).

No caso das pesquisas de Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e Quintanilha (2021), Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) e de Hernandes, Vescovi, Figueiro e Lopes Gentili (2021), por exemplo, os participantes se compreendem enquanto sujeitos com aversão a regras e normas, incapazes de segui-las, sendo a imposição destas necessárias para sua “reeducação”. Nesse sentido, Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e Quintanilha (2021) compreendem esse fenômeno, em diálogo com Goffman, como consequência de processos de “lavagem cerebral”, bastante comuns nas chamadas instituições totais; processo no qual os internos são induzidos a uma “aceitação do modelo de conduta preconizado pelos seus dirigentes como melhor” (p. 135) para si.

Carvalho e Dimenstein (2017) ampliam o debate, ao menos em alguma medida, ao proporem reflexões sobre os processos de subjetivação anteriores à “lavagem cerebral” realizada dentro das CTs, que tornam possível a submissão incondicional às regras de controle. Segundo os autores, tais processos começam com a hegemonia do paradigma proibicionista no senso comum, que coloca a abstinência como única possibilidade para o tratamento em álcool e outras drogas. Nessa toada, a “recaída”, ao mesmo tempo em que deve ser combatida, também acaba sustentando a modalidade de tratamento imposta pelas CTs, uma vez que estas aproveitam-se desse momento de vulnerabilidade, em que a pessoa está mais propensa a se reconhecer enquanto “falha”, para reforçar a submissão às regras de controle, compreendidas como necessárias pelos internos/egressos.

Em diálogo com Foucault, que é uma referência bastante utilizada pelos autores das pesquisas da presente categoria, compreende-se esses processos de naturalização das violências sofridas e reproduzidas via modelo disciplinar como consequência das atualizações dos

dispositivos de poder impostas pela ascensão do capitalismo. Frente a necessidade de adaptar os corpos ao que o novo sistema de produção exige, o exercício do poder se complexifica, não se dá mais apenas pela “força”, passando a operar prioritariamente por meio de técnicas disciplinares, visando internalização das normas e, assim, produção de subjetividades dóceis. Nessa lógica, a violência material não deixa de existir, mas passa a ser “justificada”, tende a ser percebida menos como imposição externa e mais como parte natural da ordem das coisas. Assim, as CTs emergem enquanto exemplo desse processo: transformam a submissão em adesão ao tratamento, a vigilância em proteção e o controle rígido em suposto cuidado, de forma que o sofrimento e a culpabilização costumam ser vividos enquanto efeitos das próprias escolhas pessoais e não como consequência de um regime de poder que captura, molda e explora determinados corpos.

Tal dinâmica pode ser compreendida também à luz daquilo que Martín-Baró (1986/2011) identifica como um fatalismo conformista que pode incidir sobre as maiorias populares, enquanto consequência da “interiorização da opressão no próprio espírito” (p. 195), a partir da simples aceitação da realidade – e de suas estruturas de opressão como inevitáveis –, como se esta fosse natural e a-histórica, de forma bastante conveniente para a ordem social estabelecida. Nessa perspectiva, compreendendo o conhecimento enquanto construção social, e a academia enquanto área de produção de conhecimento, também submetida “à mentira de um discurso dominante que nega, ignora ou disfarça aspectos essenciais da realidade” (p. 195), não espanta que a naturalização mencionada não parta apenas dos sujeitos internados nessas instituições, sendo também reproduzida pelos próprios pesquisadores.

Como exemplos disso, além dos casos já trazidos anteriormente, temos os estudos de Scaduto, Barbieri e Santos (2015) e de Paula Junior e Cruz (2017). No primeiro, por exemplo, os autores chegam a reconhecer a possibilidade de idealização da CT por parte dos participantes, que,

segundo Alves (2006) – referência citada na pesquisa em questão – tendem a atribuir os aspectos negativos do serviço a si mesmos, visto que se compreendem enquanto responsáveis pelas próprias mudanças e o pilar da disciplina enquanto facilitador para alcançar tais mudanças. Também reconhecem que “alguns princípios da filosofia da CT se baseiam em modelos essencialmente morais de tratamento da dependência de substância” (p. 792), inclusive a partir dos dados coletados com os próprios participantes. Porém, contraditoriamente, defendem que a área da pesquisa não só não despreze as possibilidades que essa modalidade de tratamento tem a oferecer, como também busque viabilizar meios para aprimorá-la, uma vez que essa mesma filosofia das CTs supostamente congrega princípios que se aproximam daqueles preconizados pelas então atuais políticas públicas em saúde voltadas para atenção em álcool e outras drogas (Scaduto, Barbieri & Santos, 2015).

Já no segundo, os autores, ao considerarem as explicações dados pelos sujeitos de pesquisa sobre a origem dos conflitos interpessoais na instituição, se deparam com respostas que condizem exatamente com a filosofia das CTs, fundamentada no tripé trabalho-disciplina-espiritualidade, conforme é colocado pelos próprios. Nessa lógica, a ociosidade, o pouco envolvimento com o desenvolvimento espiritual e o descumprimento de regras não são considerados intoleráveis apenas pela instituição, mas também pelos próprios internos, que através desses conflitos, acabam assumindo para si a função da equipe de vigiar e punir a si mesmos. Os relatos dos participantes demonstram, dessa forma, não só uma naturalização do sistema violento ao qual estão submetidos, como também os efeitos de uma doutrinação bem sucedida, expressa na introjeção dos princípios impostos pelas CTs como valores próprios e negação daqueles sujeitos que não os aceitam.

Os autores, por outro lado, jamais chegam a pautar os conflitos interpessoais como expressão dessa doutrinação, uma vez que o foco da investigação parece ser exclusivamente encontrar estratégias para minimizá-los. Até o esquema de punições levantado como estratégia

implementada pelos monitores para lidar com os problemas de convivência é tratado com “neutralidade”, compreendida como parte de “um sistema integrado de administração clínica e comunitária por meio do treinamento comportamental” (p. 400). A única crítica produzida em relação às diferentes estratégias implementadas pelos monitores na lida com conflitos parte da constatação da ausência de um protocolo a ser seguido, de forma que fica completamente a critério do monitor como abordar esses conflitos. Sobre isso, os autores argumentam que “a utilização aleatória de formas incoerentes e inconsistentes de intervenção [...] podem agravar os problemas” (Paula Junior e Cruz, 2017, p. 400-401).

Sendo assim, mesmo compreendendo as CTs a partir do conceito de instituições totais pautado por Goffman, os autores as defendem enquanto dispositivo de cuidado, cuja internação, apesar do caráter asilar-manicomial, deve ser pensada como um curto período na vida dos sujeitos, que proporciona uma minimização das “influências insalubres externas” (p. 390), supostamente preparando os indivíduos para lidar melhor com elas, a partir de seu sistema estruturado “para alcançar metas clínicas e administrativas, possibilitando o desenvolvimento de um ambiente terapêutico e educativo que facilite mudanças de estilos de vida” (Paula Junior & Cruz, 2017, p. 390). Nos questionamos, então, ecoando as indagações de Costa (2025), se os fins justificam os meios? A “dita eficiência alcançada pela CT valida a mortificação individual na e pela qual ela se assentou” (p. 158)? Eficiência que, de acordo com o que as próprias pesquisas analisadas aqui, não se expressa na realidade.

Outros autores, como mencionado anteriormente, buscam, por outro lado, compreender o pilar da disciplina a partir de perspectivas mais críticas, amparados nos relatos dos participantes e em diálogos com Goffman e o que ele definia por instituição total (Ribeiro & Minayo, 2015; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e

Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024), com Foucault, a partir de suas reflexões sobre dispositivos de poder e poder disciplinar, por exemplo (Ribeiro & Minayo, 2015; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentili, 2021; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024), entre outros autores. Independente do referencial utilizado, os pesquisadores parecem chegar a conclusões similares em relação não só ao pilar da disciplina, mas ao objetivo final das CTs de forma geral.

A partir de Goffman, os autores comparam a realidade descrita das chamadas instituições totais – a exemplo das prisões, manicômios e conventos – com as realidades encontradas e/ou descritas das CTs pesquisadas (Ribeiro & Minayo, 2015; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauský, 2024). Segundo eles, de forma semelhante às instituições totais, as CTs são um espaço de “residência” e “trabalho”, fundamentadas no isolamento, segregação socioespacial e sistemas tutelares de cura social. A partir da administração total da vida das pessoas, o objetivo fundamental dessas instituições é a “mortificação do eu”, ou seja, a despersonalização e homogeneização dos internos, cujas subjetividades devem ser enquadradas num modelo ideal de ser, geralmente, no caso das CTs, de acordo com a moralidade cristã.

Para isso, lançam mão de diversas estratégias, de caráter essencialmente disciplinar, que rebaixam, degradam, desmoralizam e profanam sujeitos, nas quais tanto a religião, quanto o trabalho ocupam lugar fundamental e central. Se expressam nas privações internas e restrições ao mundo externo, no esquema de normas, regras e rotinas rígidas, estabelecidas a priori e geralmente obrigatórias, de forma que não segui-las pode incorrer em punições, etc. Tem-se, dessa forma, uma clara divisão hierárquica entre aqueles que seguem e aqueles que ditam e punem, desmistificando,

assim, a retórica do caráter comunitário e cultivo de relações mais horizontais das CTs (Costa, 2025).

Nesse sentido, as reflexões produzidas por Ribeiro e Minayo (2015), Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e Quintanilha (2021); Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentili (2021) e Conceição, Sousa, Lima & Naslauský (2024) a partir de Foucault, parecem complementar as produzidas em diálogo com Goffman. Buscando compreender como operam os dispositivos de controle nessas instituições, os autores, de forma geral, concluem que o pilar da disciplina não tem como função meramente garantir o bom funcionamento da instituição, mas sim a fabricação de corpos dóceis, submissos e de fácil adestramento, que possam ser explorados e violentados, sob o slogan do cuidado e da salvação.

Se na lógica que opera dentro das CTs os drogados são compreendidos enquanto sujeitos desviantes, perigosos, vagabundos e/ou doentes, que não conformam o que é exigido pelo sistema capitalista em termos de produtividade, o trabalho realizado visa “recuperá-los”. Ou em outras palavras, transformar sujeitos improdutivos em produtivos e úteis, de acordo com as prerrogativas normatizantes e moralizantes que operam nesses serviços, nem que seja apenas dentro de seus muros. Limita-se – e até impossibilita – processos de construção de subjetividades livres e autônomas. O compromisso desses dispositivos é justamente com a manutenção da ordem social em vigor, de modo a reforçar e perpetuar hierarquias. O horizonte, portanto, não é o tratamento dos internos, mas sim da sociedade, uma vez que ao isolá-los dentro de seus muros, com o objetivo ainda de adaptá-los a condições de vida exploratórias e opressivas, a sociedade ficaria protegida da suposta periculosidade atribuída aos loucos e, nesse caso, também aos usuários de drogas. O que ocorre, na verdade, é a preservação de suas estruturas e relações de opressão e exploração, assim como daqueles que delas se beneficiam (Amarante, 2015; Fossi & Guareschi, 2015; Costa,

2025).

É importante considerar, no entanto, que esses processos não ocorrem de maneira linear, pacífica, livre de contradições ou resistências por parte dos indivíduos, conforme é demonstrado nos estudos de Duarte, Barros e Cabral (2020), Rossi e Tucci (2020), Bardi e Garcia (2022) e, principalmente, Conceição, Sousa, Lima e Naslauský (2024). No caso das três primeiras, as próprias denúncias e críticas produzidas pelos participantes sobre o “tratamento” como um todo são evidência disso. Inclusive, um dos participantes da pesquisa de Duarte, Barros e Cabral (2020) ter relatado fugir da instituição – além de se configurar como uma denúncia da situação de sequestro e cárcere privado – é uma expressão concreta desses processos de resistência, podendo ser compreendida enquanto protesto (Costa, 2025). Já na pesquisa de Conceição, Sousa, Lima e Naslauský (2024), as autoras, sensivelmente, definem as “desobediências” das internas da CT local de pesquisa em cumprir com as normas e atividades impostas enquanto parte desses processos.

Propomos, então, um diálogo com Frantz Fanon e Charles Geronimi (2020), que, partindo de uma compreensão dialética acerca da loucura enquanto uma patologia da liberdade, define o sofrimento psíquico como sintoma da opressão – no seu caso colonial – que cerceia a liberdade e emancipação dos sujeitos, se constituindo, dessa forma, não só como expressão de condições de vida alienantes, opressoras e de exploração, mas também como denúncia dessas condições. Soma-se a isto os processos de resistência dos indivíduos internados mencionados, que ao protestarem por sua própria liberdade, também denunciam o que é normal e o que é patológico (Fanon & Geronimi, 2020): a normalidade é a violência das CTs e aquilo que os confronta, a dita “dependência química”, é tido como patológico.

Em suma, seja através de Goffman, Foucault ou outros autores, na maioria das pesquisas selecionadas para compor o presente eixo, os autores, analisando o pilar da disciplina – ou a

instituição como um todo – chegam à mesma conclusão: o objetivo final dessas instituições ultrapassa a abstinência, uma vez que visa a fabricação de subjetividades que sejam funcionalmente capitalísticas, de acordo com seus próprios modelos morais. Ou seja, a produção de indivíduos produtivos, tementes à Deus e obedientes (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Ribeiro & Minayo, 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Mazeto & Carrapato, 2018; Lemes et al., 2020; Quintas & Tavares, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Hernandez, Vescovi, Figueiredo & Lopes Gentili, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024).

Nesse sentido, não é só o pilar da disciplina que permite alcançar tal objetivo, o pilar da espiritualidade e do trabalho também se tornam fundamentais, uma vez que servem ao mesmo fim, circunscritos uns nos outros, como será demonstrado nas próximas seções.

2.2.2.3.2 O pilar espiritualidade

Entre as 20 pesquisas selecionadas para compor o eixo 1, na expressiva maioria (n=15), os autores tratam a espiritualidade – ou melhor a religião, como – como principal eixo orientador não só das atividades propostas, mas da filosofia incorporada e imposta pelas CTs como um todo, de forma que todas as relações – supostamente – se baseiam em preceitos religiosos cristãos. Além disso, há estudos em que os autores trazem não só a hegemonia de figuras religiosas – pastores, freiras, obreiro/as – no quadro de funcionários das CTs locais de pesquisa, mas a vinculação direta destas à instituições religiosas (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Ribeiro & Minayo, 2015; Teixeira, 2016; Paula Junior & Cruz, 2017; Carvalho & Dimenstein, 2017; Lemes et al., 2020; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024).

Encontramos, contudo, pesquisas em que os autores tratam esses achados de forma neutra,

como mero descritor da realidade do local de pesquisa, ou até enaltecendo tal aspecto como um fator que pode contribuir com a adesão ao tratamento e prevenção de recaídas (Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Pereira & Levandowski, 2016; Teixeira, 2016; Paula Junior & Cruz, 2016, Lemes et al., 2020). Existem outras, no entanto, em que os autores se posicionam mais criticamente e até fundamentam seus posicionamentos contra à inclusão das CTs na RAPS e seu financiamento público a partir da análise deste pilar (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauskys, 2024).

No estudo de Ribeiro e Minayo (2015), por exemplo, os autores buscam refletir sobre os possíveis impactos positivos da espiritualidade, não só como fator protetivo para o abuso de álcool e outras drogas, mas para o processo de cuidado, a partir de sua associação com indicadores de saúde, suporte social, bem estar-psicológico, etc. Defendem, dessa forma, que a dimensão religiosa deve sim ser considerada no processo de tratamento, “como orientação particular de cada sujeito, ou como incremento” (p. 521). Em concordância com essa colocação, alguns participantes das pesquisas realizadas por Bardi e Garcia (2022) e por Duarte, Barros e Cabral (2020) reconhecem que a religião pode ter um importante papel para aqueles que buscam cessar ou reduzir o consumo de drogas, porém não nos moldes compulsórios e exagerados colocados pelas CTs, através da obrigatoriedade de participação em atividades de cunho religioso, como reza do terço, orações, confissões, rituais religiosos, jejuns, penitências, etc.

Nas três pesquisas mencionadas, portanto, em concordância com Costa (2020; 2022; 2025) e tantos outros pesquisadores, o financiamento público dessas instituições é veementemente criticado, afinal, sendo a principal meta do tratamento imposto pelas CTs a transformação moral

dos sujeitos, via conversão religiosa, o Estado, ao financiá-las com dinheiro público, contradiz seu caráter laico, que os serviços públicos de saúde também precisam preservar (Ribeiro & Minayo, 2015; Bardi & Garcia, 2022; Duarte, Barros & Cabral, 2020).

Na maioria das pesquisas que mencionam algum aspecto referente ao pilar da espiritualidade, os autores compreendem as diferentes estratégias religiosas implementadas no tratamento moral imposto pelas CTs como servas desse mesmo fim: a *conversão religiosa* (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Ribeiro & Minayo, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Duarte, Barros & Cabral, 2020; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslauskys, 2024). Esta é compreendida por Bardi e Garcia (2022), a partir dos relatos dos participantes, como um “renascimento”, a partir da aceitação de Jesus, representando “o ponto máximo no processo de assimilação dos ensinamentos acessados no interior das CTs” (p. 1560).

A análise proposta pelos autores denota exatamente o que a abordagem da espiritualidade concretamente tem sido nessas instituições: violência religiosa (Costa & Lemos, 2024; Costa, 2025). Independentemente da crença – ou ausência dela –, espera-se da pessoa internada que ela professe e performe o credo da instituição, sob pena de sofrer punições e outras formas de coerção (Costa & Lemos, 2024). Sua submissão incondicional a determinada crença é, então, sinônimo de sucesso do tratamento, servindo, também, a um determinado projeto de sociedade, em que avança o conservadorismo e o fundamentalismo (Costa, 2025).

Dessa forma, nessas instituições, a partir da reprodução de discursos hegemônicos conservadores, morais e fundamentalistas, o consumo de drogas – ou a dita “dependência química” – assume a conotação de pecado, fraqueza frente às tentações do mal, falta de Deus ou trabalho do demônio, aumentando-se a responsabilização – ou melhor, a culpabilização – do sujeito, tanto pela

sua condição de dependente, quanto pela transformação da sua vida (Ribeiro & Minayo, 2015; Carvalho & Dimenstein, 2017; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022). Narrativa esta que sustenta a posição ocupada pela abstinência como única “salvação” possível para os sujeitos dependentes químicos. Sendo as drogas o mal a ser combatido, a recaída representa, nesse paradigma, uma queda da alma às tentações do diabo. Carvalho e Dimenstein (2017), Duarte, Barros e Cabral (2020) e Vale e Vecchia (2020) são os únicos autores que chegam a problematizar explicitamente a utilização desse conceito, compreendido, a partir da perspectiva da RD, como inadequado, conforme mencionado anteriormente.

O próprio uso desse termo, recaída, indica um atravessamento entre o campo da saúde e a moral religiosa. Poderiam ser utilizados outros termos para caracterizar essa nova ocasião de consumo de AD, entretanto, recair expõe não um problema de saúde, mas antes disso, é uma queda da alma, que se deixaria levar pelas tentações e desvia-se do caminho da “salvação”, ao retornar aos prazeres vazios das drogas. Essas sempre associadas ao desejo de morte, descuido com a saúde e criminalidade. (Carvalho & Dimenstein, 2017, p. 656) O que parece ocorrer, na verdade, conforme compreendido por Ribeiro e Minayo (2015) e

Duarte, Barros e Cabral (2020), é um processo de doutrinação, não apenas “conversão”. Segundo eles, nessas instituições, constroem-se e reproduzem-se narrativas alienadas e alienantes sobre os “viciados”, que, insistentemente repetida para sujeitos situados em conjunturas exploratórias e opressoras, vão criando um modo de ser correto no mundo, de forma que o cotidiano passe a ser “regido por atividades de oração e de trabalho, por meio de uma disciplina que conforma e dociliza os sujeitos, regulamentando suas vidas” (Duarte, Barros & Cabral, 2020, p. 522). Consequentemente, podem produzir uma dependência nesse universo para a lida de qualquer problema e inclusive, nas próprias CTs, como indicado pelos casos de reincidência e pela

expressiva presença de egressos no quadro de funcionários dessas instituições, denotando processos de institucionalização (Basaglia, 2010).

Ou seja, são narrativas e práticas que sustentam também o pilar da disciplina e vice-versa, uma vez que possuem, como mencionado, o mesmo horizonte: a produção de indivíduos docilizados, disciplinados, obedientes, tementes à Deus e, acima de tudo, produtivos. O que, finalmente, nos leva ao pilar do trabalho e como ele foi abordado nas pesquisas selecionadas para compor a presente categoria.

2.2.2.3.3 O pilar do trabalho

Como já mencionado anteriormente, o pilar do trabalho se expressa na prática das CTs através de atividades diárias que compõem o que eles chamam de laborterapia, representando 92,90% dos recursos “terapêuticos” empregados pelas CTs brasileiras (IPEA, 2017). Preponderância esta que é confirmada em grande parte dos estudos selecionados para análise, que, ao buscarem descrever a rotina diária dentro das CTs, mencionam o “compromisso” dos internos com atividades de laborterapia (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Ribeiro & Minayo, 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Paula Junior & Cruz, 2017; Mazeto & Carrapato, 2018; Quintas & Tavares, 2020; Rossi & Tucci, 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024).

No entanto, nem todos os estudos que mencionam a laborterapia como terapêutica implementada nas CTs se preocupam em detalhar em que consiste tais atividades, como se o termo “laborterapia” fosse auto-explicativo e descritivo do seu teor e sua relevância terapêutica, demonstrando uma naturalização dessa prática. Nesse sentido, nas pesquisas em que houve essa

preocupação, os autores, em unanimidade, descrevem tarefas voltadas exclusivamente a manutenção do funcionamento da própria CT, como limpeza de toda a instituição, preparo de alimentos, capinagem, cuidado com a horta, pequenas obras e reformas, etc. (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Mazeto & Carrapato, 2018; Bardi & Garcia, 2022; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021).

Entre aqueles que chegam a detalhar o rol de atividades, poucos se preocupam em questionar ou refletir sobre o valor terapêutico em atividades de trabalho padronizadas, exploratórias e, mais importante, obrigatórias. A regra é tratar os dados encontrados como meros descritores da realidade, em consonância com outras pesquisas, em que a descrição se encerra no termo “laborterapia” (Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Paula Junior & Cruz, 2017; Rossi & Tucci, 2020; Conceição, Sousa, Lima & Naslausky, 2024).

Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008), por outro lado, propõem compreender a laborterapia enquanto estratégia terapêutica a ser estruturada a partir da prática de cuidados cotidianos e das demandas e necessidades singulares de cada sujeito. A partir disso, criticam não só a rigidez da escala semanal de trabalho encontrada na CT local de pesquisa, padronizada a todas, fixa e obrigatória, como também seu caráter disciplinar e, principalmente, punitivo, expresso na imposição de serviços extras de limpeza como castigo caso as adolescentes participantes da pesquisa descumprissem com suas responsabilidades, ou melhor, suas obrigações.

Nesse sentido, Bardi e Garcia (2022) complementam os autores mencionados ao exporem que esta prática, além de não contemplar as singularidades de cada sujeito – afinal, na maioria dessas instituições, o trabalho não se dá a partir de um PTS – não é formulada com base técnica,

teórica ou científica, afastada, dessa forma, das metodologias fundamentadas no cuidado em saúde. Ressaltam, ainda, que “é vedado às CTs submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes” (p. 1561), a partir do que está preconizado em Resolução nº 01/2015, responsável por regulamentar a atuação dessas instituições, sinalizando discrepâncias entre o que o que é previsto nas normativas e o que acontece na prática. Discrepâncias expostas, inclusive, nos relatos dos participantes da pesquisa, que, mesmo avaliando positivamente a experiência geral vivida no interior das instituições, teceram críticas ao regime de trabalho exaustivo e compulsório, compreendido por eles enquanto exploratório. Segundo eles, além de ficarem responsáveis pela manutenção interna das instituições, ainda eram obrigados a realizar vendas de produtos em veículos coletivos, cujo lucro não era utilizado em benefício dos internos, mas sim, dos próprios dirigentes das CTs, que contavam, ainda, com diversos outros tipos de recursos para funcionar:

Como eu me sentia? Pagar pra trabalhar pros outros? Eu tô falando a verdade mesmo, entendeu? [...] eu peguei roça, fazenda lá que tinha que roçar, pegar a foice e arrancar, entendeu? E pagava dois salários mínimos e uma cesta básica ainda, além do governo que contribuía (Reinaldo). (Bardi & Garcia, 2022, p. 1561)

Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo e Quintanilha (2021) avançam significativamente no debate, ao buscarem refletir acerca do lugar social e histórico ocupado pelo trabalho no “cuidado à saúde mental”. Segundo os autores, a preponderância mencionada da laborterapia como recurso terapêutico empregado pelas CTs “deve-se ao pressuposto de que ele [o trabalho] é capaz de gerar autodisciplina e autocontrole, vistos como fundamentais para garantir o sucesso na vida social após a internação” (p. 136); e “de devolver ao sujeito a racionalidade perdida, reorganizar seus comportamentos e restabelecer costumes saudáveis” (p. 136), remetendo,

então, influência da teoria do tratamento moral desenvolvida por Pinel, no século XVIII. O trabalho, empregado como meio para a manutenção e organização do contexto asilar, não abarca, assim, qualquer finalidade terapêutica em termos de reinserção social. Exerce, em vez disso, função corretiva, disciplinar e alienante, em oposição a ociosidade, conforme os anseios da nova sociedade capitalista, que, enquanto a rejeita, supervaloriza a produtividade (Costa, 2025).

[...] o trabalho proposto nesses estabelecimentos não é capaz de oferecer instrumentos de cidadania ou autonomia. Ao contrário disso, desempenha uma função moral disciplinadora, que visa aprisionar e normatizar os internos, segundo os padrões exigidos por essas instituições; e, assim, limitar suas diversas possibilidades de vida, mortificar suas trajetórias e peculiaridades, incutindo-lhes uma nova identidade que traduz as premissas desses espaços. (Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021, p. 136)

Dessa forma, os autores, assim como Ribeiro e Minayo (2015) e os próprios sujeitos egressos desses serviços entrevistados por Bardi e Garcia (2022), em concordância com os resultados de inspeções realizadas por diferentes órgãos (Costa & Lemos, 2024), reconhecem as atividades de “laborterapia” desenvolvidas pelos internos nesses espaços enquanto forma de exploração, uma vez que visam, sobretudo, aumentar os lucros do serviço, ao substituir a contratação de profissionais pela utilização da força de trabalho não paga e, geralmente, forçada dos internos em regimes de trabalhos exaustivos, em condições degradantes e sem quaisquer garantias trabalhistas. É um processo perverso e mistificado enquanto parte daquilo que chamam “laborterapia”, como dispositivo de cuidado e até “cura” (Costa, 2020; Costa & Lemos, 2024; Costa, 2025).

É importante considerar, além disso, que a mão de obra gratuita dos internos não substitui apenas a contratação de profissionais responsáveis pela manutenção interna da instituição, como

também de profissionais com formação técnica na área da saúde ou assistência. São geralmente os chamados “monitores” – internos e/ou egressos promovidos na hierarquia – que cumprem com a função de “cuidar” dos demais (Raupp & Milnitsky-Sapiro, 2008; Scaduto, Barbieri & Santos, 2014; Ribeiro & Minayo, 2015; Scaduto, Barbieri & Santos, 2015; Pereira & Levandowski, 2016; Teixeira, 2016; Carvalho & Dimenstein, 2017; Paula Junior & Cruz, 2017; Lemes et al., 2020; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021).

O trabalho dos monitores se dá, aparentemente, em condições tão precárias, exploratórias e alienantes quanto as daqueles que realizam as atividades formalmente reconhecidas como laborterapia, conforme indicam os dados levantados por Pereira e Levandowski (2016). Ao buscarem mapear os fatores associados à presença de estresse ocupacional entre monitores de quatro CTs do Rio Grande do Sul, encontraram a seguinte realidade de trabalho: cargas horárias de trabalho muito longas e exaustivas, “que chega ao dobro de uma normal ou até mais” (p. 67), sem horários específicos, que incluem finais de semana.

Apesar de não deixarem claro se os monitores participantes de pesquisa eram internos ou egressos do “tratamento” – sendo definidos apenas como “ex-usuários de drogas que foram bem sucedidos em sua recuperação” (p. 61) – a descrição do trabalho e da carga horária oferecida por eles indicam um regime de residência, principalmente se considerarmos a alta probabilidade das CTs serem localizadas em zonas rurais, afastadas de centros urbanos. Tendo isso em vista, o cenário descrito não parece limitado a processos de exploração de trabalho, faz parte também de processos de institucionalização (Basaglia, 2010), expressos na dificuldade de desvinculação e dependência da instituição, assim como na submissão passiva às condições de exploração, precarização e alienação impostas. A incidência de Burnout entre os monitores constatada pelos autores pode se constituir, dessa forma, como denúncia dessa realidade, apesar de não ser pautada

nesses termos na pesquisa.

Não parece ser à toa que, entre as 13 pesquisas que mencionam a laborterapia enquanto recurso terapêutico empregado pelas CTs, apenas em três esta tenha sido pautada enquanto exploração do trabalho (Ribeiro & Minayo, 2015; Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021; Bardi & Garcia, 2022). Considerando Marx (2010) e sua apreensão sobre o trabalho no modo de produção capitalista enquanto alienado e alienante, tal achado nos induz a refletir acerca das compreensões hegemônicas sobre saúde mental no capitalismo. Em processos que envolvem a naturalização da exploração, docilização, disciplinarização e alienação, nos quais a saúde é comumente tida como o oposto de doença, sua recuperação é sinônimo de restauração da força de trabalho. Ou seja, ser “saudável” é basicamente o mesmo que conseguir trabalhar e, no caso do trabalho no modo de produção capitalista, estar apto a ser explorado (Costa, 2024).

É importante enfatizar que, considerando a gênese capitalista colonial e escravista do nosso país e as CTs enquanto dispositivos de manutenção e reprodução do capitalismo nas particularidades brasileiras, aquilo que é cinicamente colocado como tratamento – a laborterapia – se refere, na verdade, a trabalho servil, com fortes indícios de crime análogo à escravidão (Costa, 2020; Costa & Lemos, 2024; Costa, 2025). Sendo assim, não se trata apenas de um trabalho desprovido de finalidade terapêutica (Raupp & Milnitisky-Sapiro, 2008), exclusivamente como contraponto a ociosidade (Barcelos, Wanderkoken, Dalbello-Araujo & Quintanilha, 2021), mas de uma força de trabalho propositalmente sem remuneração, geralmente forçada e direcionada a manutenção e/ou lucratividade das CTs, assim como de seus proprietários, remetendo a dinâmica da casa grande e da senzala típicas de nossa formação social brasileira (Mendes & Costa, 2022).

O dependente de drogas, etiquetado como doente (e dada a dimensão religiosa-moral, também como pecador, moralmente fraco etc.), não deixa de ser trabalhador; pelo

contrário, a partir de sua condição singular é transformado num trabalhador ainda mais explorado: o que ele produz não volta para ele sob a forma de salário. (Costa, 2020, p. 31)

Além de terem a mão de obra necessária para manutenção interna da instituição garantida, via exploração do trabalho dos internos, as CTs ainda contam com diversas outras fontes de lucro e verba para seu funcionamento, conforme mencionado anteriormente: recebem doações, pagamento de mensalidade, cujo os valores podem ultrapassar um salário mínimo, além de financiamento público e isenções tributárias e até apropriação de bens dos internos, como é o caso de CTs que retém o Bolsa Família ou a aposentadoria (Costa & Lemos, 2024). Constituem-se, dessa forma, enquanto negócios extremamente lucrativos, paraísos fiscais, sofisticalizando e/ou atualizando formas da *velha* indústria ou comércio da loucura em nosso país, expressas na mercantilização do cuidado em álcool e outras drogas (Costa, 2020; Freitas Júnior & Costa, 2024; Costa, 2025).

CAPÍTULO III

NAS RUAS, COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA EMPÍRICA

No presente capítulo, adentro na pesquisa empírica que constitui o cerne da presente dissertação. Trata-se, como mencionado, de um estudo de inspiração etnográfica, com abordagem qualitativa. A produção de dados se deu por meio de pesquisa documental e, fundamentalmente, por pesquisa de campo com: observação participante, utilizando-se de diário de campo para registros e sistematização; e entrevistas semi-estruturadas com pessoas em situação de rua com passagem(ns) por CTs.

Quanto à coleta de documentos, ela se deu de maneira não sistemática pela internet. As buscas se voltaram a produções que possibilitassem uma contextualização histórica sobre a formação socioespacial de Brasília, a dinâmica do Setor Comercial Sul (SCS) – espaço de realização da pesquisa –, bem como a situação da população em situação de rua. Foram recolhidos documentos produzidos por entes e órgãos estatais, bem como artigos publicados na mídia local, reportagens, notícias e demais matérias jornalísticas que permitissem o aprofundamento de tal contextualização, com acontecimentos e dados sobre a realidade do DF e mais especificamente do SCS.

A observação participante constituiu o eixo central da presente pesquisa e se desenvolveu ao longo de aproximadamente seis meses, entre meados de março e meados de setembro de 2025. Nesse período, realizei visitas frequentes ao SCS, com uma regularidade mínima de duas vezes por semana, chegando, em alguns momentos, a três idas semanais, totalizando mais de cinquenta incursões ao campo. Essas visitas possibilitaram a construção gradual de vínculos, a familiarização

com a dinâmica cotidiana do território etc. As experiências foram registradas em diário de campo, o que serviu tanto como instrumento de memória quanto de reflexão analítica sobre as interações, cenas, tensões, contradições e afetos que atravessaram o processo de pesquisa.

No que se refere às entrevistas, foram realizadas sete entrevistas individuais, sendo as duas primeiras com a mesma pessoa, totalizando seis participantes, que serão apresentados adiante. Inicialmente, a proposta era a realização de entrevistas não estruturadas, orientadas apenas por uma pergunta disparadora, buscando favorecer narrativas livres e menos dirigidas. No entanto, após realização da primeira entrevista, tornou-se evidente a necessidade de uma estrutura-guia que auxiliasse na retomada de temas centrais para os objetivos da pesquisa. A partir desse movimento reflexivo, optou-se pela adoção de entrevistas semi-estruturadas, orientadas por um roteiro flexível que contemplava aspectos da história de vida dos participantes, sua relação com o consumo de drogas, a vivência da situação de rua e, por fim, as experiências em CTs. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e lidas na íntegra, compondo, juntamente com os registros do diário de campo, o material empírico analisado ao longo do trabalho. Assim como na revisão bibliográfica realizada para a presente pesquisa, as informações foram sistematizadas e submetidas à Análise de Conteúdo do tipo temática, proposta por Gomes (2002). Todo o material foi analisado à luz de perspectivas críticas, antimanicomiais e antiproibicionistas, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas.

A partir do exposto, num primeiro momento, apresento o contexto de pesquisa, indo das particularidades mais gerais de Brasília, seu desenvolvimento histórico e formação socioespacial, até às especificidades do Setor Comercial Sul e as condições de vida da população em situação de rua. Feita essa contextualização, abordo o processo de inserção no campo, com as mediações realizadas, e a produção dos dados.

3.1 A formação socioespacial de Brasília

Capital do Brasil, construída no planalto central do país em apenas três anos e inaugurada em 1960, Brasília é uma cidade planejada, de arquitetura de Oscar Niemeyer e urbanismo de Lúcio Costa, resultado de impulsos de políticas desenvolvimentistas, encabeçadas por Juscelino Kubitschek, conhecido por seu slogan “50 anos de progresso em 5”. A construção de Brasília visava representar a transição do “atraso” do país, consequência das particularidades de nossa formação social brasileira de tradição colonial, escravista e rural, à modernidade. Em vez de ser consequência do próprio desenvolvimento do país, a “modernidade” é utilizada como um caminho para alcançar o desenvolvimento, em uma superação forçosa do “atraso”, que mais oculta e silencia as contradições inerentes à história do nosso país. Contradições expressas, inclusive, nos detalhes da própria construção, ocupação e organização da “nova cidade”, em processos que atualizam e reproduzem a lógica colonial e escravista, porém em momento democrático (Jacques & Almeida Júnior, 2017).

Se na primeira fundação do país os mais atingidos foram os nativos, habitantes da “terra nova”, na refundação a partir da construção da capital, além da população indígena do cerrado, os mais atingidos foram os próprios construtores da “cidade nova”, operários migrantes, a maioria de sertanejos: os chamados candangos. (Jacques & Almeida Júnior, 2017, p. 479)

Atraídos pelas campanhas de recrutamento de mão de obra e promessas de futuro melhor, os candangos, de maioria nordestina e negra, chegam em peso à Brasília, antes mesmo do início de sua construção, em busca de oportunidades de emprego, renda, qualidade de vida, etc. Encontram, em vez disso, condições precárias e exploratórias não só de trabalho, com jornadas

extremamente longas, duras e de baixa remuneração, mas também de moradia. Além da maioria daqueles conhecidos como candangos morarem com suas famílias em favelas improvisadas durante a construção de Brasília, após sua inauguração, esses trabalhadores seguiram sendo excluídos do acesso à cidade que haviam construído com as próprias mãos (Jacques & Júnior, 2017).

Os chamados candangos – termo empregado na época em tom pejorativo para se referir aos construtores da capital, compreendidos como pessoas ignorantes, sem cultura, sem qualidades, de classe baixa, etc. – representavam exatamente aquele Brasil que se buscava superar – através da negação – com a construção de Brasília, rumo à modernidade. Dessa forma, seus planejadores expulsam os candangos do Plano Piloto (PP) – projetado exclusivamente para os funcionários públicos da capital federal – para as emergentes cidades-satélites, situadas na periferia, afastadas do centro. Para isso, utilizaram-se de poderes administrativos e policiais, a partir de mecanismos de estratificação social e de repressão, próprios da sociedade “atrasada” que retoricamente diziam buscar superar (Jacques & Almeida Júnior, 2017).

Brasília, atualmente, se constitui como uma das 35 regiões administrativas (RA) do Distrito Federal: a RA I Plano Piloto, o centro urbano, comercial e administrativo da capital. Entre as demais, nem todas podem ser consideradas cidades satélites, uma vez que RAs mais próximas do centro, consideradas extensão do PP, como Lago Sul, Lago Norte e Sudoeste/Octogonal, por exemplo, são núcleos residenciais construídos para abrigar os funcionários públicos que, predominantemente, trabalham no PP. Segundo os atuais relatórios da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Ampliada (PDAD-A), realizada pelo Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (IPEDF), em 2024, a maioria dos entrevistados das RAs citadas estava empregada no setor público, geralmente na área de atuação federal, enquanto nas demais RAs, em sua maioria

consideradas cidades satélites, a ocupação mais comum dos entrevistados foi vinculada ao setor privado (IPEDF, 2024).

Se analisarmos o IDH – calculado a partir das médias sobre longevidade, educação e renda, variando entre 0 a 1 – por exemplo, o DF tem o mais alto quando comparado com as demais unidades federativas do país, atualmente 0,814 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea] & Fundação João Pinheiro [FJP], s.d.; Centro de Liderança Pública [CLP], s.d.). Dado que pode ser interpretado como uma consequência da sua posição enquanto maior rendimento médio mensal domiciliar per capita do Brasil (PNUD, Ipea & FJP, s.d.; Lima, Ferreira & Bastos, 2024). Estes dados, no entanto, acabam mistificando a realidade de desenvolvimento desigual e combinado ilustrada pelo conglomerado de RAs que compõem o DF, em que quanto mais próximas ao PP maior o valor estimado do IDH, e, consequentemente, maior expectativa de vida, maior escolaridade e maior rendas domiciliares médias mensais per capita.

Conforme exposto em Atlas desenvolvido em 2014, visando analisar a progressão do IDH de 2000 a 2010, o Plano Piloto, assim como as RAs consideradas como extensão deste, possuem seus respectivos IDHs com valores muito próximos a 0,9 (PNUD, Ipea & FJP, 2014). Com índices que podem ser comparados a realidade norueguesa, destoam significativamente, não só das RAs mais distantes do centro, as chamadas cidades-satélites, e com menores índices – como Samambaia, com IDH 0,616 – como também, da média distrital calculada no período analisado: de 0,680 e 0,792, respectivamente.

A realidade de desenvolvimento desigual e combinado expressa nas significativas diferenças entre o centro e periferias do DF fica mais evidente quando analisamos o Gini, índice desenvolvido para avaliar o grau de desigualdade na distribuição de renda, cujo valor varia entre

0 a 1, em que 0 é o auge da igualdade. De acordo com o Boletim Desigualdades nas Metrôpoles (Salata, Ribeiro & Rodrigues, 2025), o Gini do DF é 0,547, o segundo mais alto entre os 27 estados brasileiros, ficando atrás apenas de Recife, cujo índice é 0,556. O DF, então, ao mesmo tempo em que é a unidade federativa mais “desenvolvida”, de acordo com o IDH, é também uma das com maior concentração de renda e desigualdade – com atravessamentos significativos de gênero e raça – revelando, assim, o quão mistificador da realidade o IDH pode ser.

Contraditoriamente, no mesmo ano, o GDF, em publicação no seu perfil da rede social *Instagram*, comemorou sua posição no “Ranking Contra a Pobreza”, em que, de acordo com Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) realizada pelo IBGE e o Ranking de Competitividade dos Estados (CLP, n.d.), estava em terceiro lugar, “com apenas 1,73% dos domicílios em situação de vulnerabilidade”, ou “com renda per capita inferior à linha da pobreza definida pelo Governo Federal” (GDF, 2025). Oculta-se, no entanto, que o valor mencionado se refere à domicílios cuja renda per capita é inferior a linha da *extrema* pobreza, conforme valor monetário definido pelas Nações Unidas e o Banco Mundial, aceito e convertido em reais no Brasil, ou seja, inferior a R\$218,00. Em relação a linha da pobreza definida pelo Governo Federal, em concordância com o que estabelece o Banco Mundial como renda familiar per capita mensal igual ou inferior a R\$692,54, o DF possui aproximadamente 15,8% de pessoas em situação de pobreza (Salata, Ribeiro & Rodrigues, 2025), concentradas nas chamadas cidades satélites. Cabe considerar, além disso, as limitações impostas por uma definição de pobreza baseada exclusivamente em valores monetários.

Além disso, o dado divulgado pela rede social do GDF, ao se referir exclusivamente a coletas realizadas em pesquisas domiciliares, também omite de seus índices a população que, geralmente, representa a expressão máxima da extrema pobreza: a população em situação de rua,

conforme pontuado pelo próprio IBGE em suas notas metodológicas da PDAD. De acordo com 2º Censo da População em Situação de Rua no DF, realizado pelo IPEDF/Codeplan, em 2025, foram contabilizadas um total de 3.521 pessoas nessa situação, considerando não só as pessoas que estavam na rua durante a coleta (76,2%), mas também aquelas distribuídas em serviços de acolhimento (19,3%) ou em comunidades terapêuticas (4,5%). Já em relação a distribuição espacial entre as RAs do DF, há maior concentração de PSR exatamente no Plano Piloto: enquanto em Taguatinga, por exemplo, haviam 307 (8,7%) pessoas em situação de rua, em Ceilândia e no Plano Piloto havia um total de 719 (20,4%) e 897 (25,5%), respectivamente (IPEDF, 2025).

No caso deste último, enquanto representativo da cidade modelo, cujo valor do IDH é ilusoriamente próximo a 1 (PNUD, Ipea & FJP, 2014) e a pobreza parece ter sido erradicada – ou melhor, expulsa para as periferias –, a presença mais expressiva de pessoas em situação de rua ocupando seus logradouros se constitui como um risco a suposta “pureza” da cidade higienizada e conseqüentemente, fenômeno a ser combatido. Entretanto, jamais de forma estrutural, como uma limitação inerente ao funcionamento das políticas públicas e sociais no capitalismo, cujo auge da sua ação é aliviar a pobreza (Cohn, 1999; Yamamoto & Oliveira, 2010). Não à toa muitas das ações executadas frequentemente incorrem na expulsão da população em situação de rua do território, principalmente quando localizado em áreas centrais, em processos que ocultam, silenciam e mistificam o problema enquanto expressão da questão social (Mendes, 2018).

Entre os lugares de maior concentração de PSR no Plano Piloto está o Setor Comercial Sul (SCS), escolhido, por isso, como campo de pesquisa. Apesar de ser um dado visível para qualquer um que passa por suas quadras, também é possível inferi-lo a partir do Censo realizado pelo IPEDF (2025) com população em situação de rua, mencionado anteriormente. Quase 50% da população entrevistada respondeu dormir em “calçadas/marqueses (área externa de imóvel residencial ou

comercial ou locais abertos com cobertura de uma laje, como entrada de edifícios/lojas)” (p. 17), locais com características comuns a estrutura física do SCS, conforme previsto no projeto vencedor de Lúcio Costa do concurso para a construção da nova Capital do país (IPHAN, 2018), como expressão concreta da escala gregária.

3.1.1 O Setor Comercial Sul

O PP foi planejado a partir da setorização das atividades da vida cotidiana e suas funções, de acordo com “quatro escalas distintas em que se traduz a concepção urbana da cidade” (Distrito Federal, 1987, art. 2º). A escala monumental, configurada no Eixo Monumental, foi “concebida para conferir à cidade a marca de efetiva capital do país” (Distrito Federal, 1987, art. 3º), com a construção da Esplanada dos Ministérios e Praça dos Três poderes, onde estão concentradas as principais atividades administrativas federais. Já a escala residencial tem como espinha dorsal o Eixo Rodoviário, de forma que a Asa Sul e Asa Norte podem ser pensadas como suas vértebras, com suas Superquadras de habitações conjuntas e setores de Habitação Individual e seus respectivos comércios locais, além de áreas e edificações destinadas a atividades de uso comum, como ensino, recreação, esporte e atividades religiosas e culturais, especialmente nas denominadas Entrequadras. A escala bucólica se refere às áreas cuja função é a preservação paisagística e o lazer, como o Parque da Cidade D. Sarah Kubitschek, conferindo a Brasília o caráter de cidade-parque. A escala gregária, por fim, é localizada na intersecção dos Eixos Rodoviário e Monumental, na zona central do PP, comportando a Plataforma Rodoviárias e diferentes setores para determinadas funções e utilidades, geralmente divididos entre norte e sul, incluindo setor bancário, hoteleiro, médico-hospitalare, de diversões e, é claro, comercial, como é o caso do SCS (Distrito Federal, 1987; IPHAN, 2018; Quintans, 2021).

Se considerarmos o PP como o centro do DF, o SCS está localizado, então, no núcleo do centro, na zona central do avião – ou cruz – de Lúcio Costa, em uma área cuja expectativa era ser uma das mais valorizadas da capital. É destinado, conforme seu nome indica, ao comércio e serviços, composto unicamente por prédios empresariais e galerias comerciais, distribuídos em seis quadras, localizadas entre o Eixo W e a Via W3 e interligadas por um grande corredor de pedestres. A área conta, além disso, com três importantes pontos de transporte, além de sua proximidade da Rodoviária do Plano Piloto. É caracterizada, dessa forma, pelo intenso movimento de pessoas ao longo do dia e por poucas atividades durante a noite e fins de semana, de forma que seus becos, galerias e marquises se tornam local de “abrigo” a quem não tem onde ficar. Momento em que a reconhecida *decadência* do SCS fica mais aparente, enquanto produto da “alta vacância dos imóveis, desvalorização imobiliária, diminuição dos postos de trabalho ali ofertados, aumento da população em situação de rua, entre outros” (Quintans, 2021, p. 1).

Tradicionalmente, o SCS foi um dos principais pólos empresariais de Brasília, no entanto, segundo Versiani, Cordeiro e Ferrari (2024), sua localização estratégica, somada ao crescimento da capital, contribuiu com a presença de atividades informais, sendo o auge o surgimento da maior *cracolândia* de Brasília, no “Buraco do Rato”, na quadra 5 do SCS, associada diretamente ao aumento da periculosidade local. Não é incomum, nesse sentido, que a decadência do SCS seja explicada a partir da crescente presença da PSR no local, conforme indicado, também, por notícias publicadas recentemente. Geralmente apresenta-se o cenário do SCS partindo da seguinte lógica: quanto maior a população em situação de rua, maior a insegurança da área e, conseqüentemente, maior a vacância de imóveis e desvalorização imobiliária (Jornal de Brasília, 2024; Cidade Alerta DF, 2025a; Cidade Alerta, 2025b; Mendes, 2025; Cruz, 2025).

Em 2021, a partir de levantamento realizado pelo Sindicato do Comércio Varejista do DF, foram localizadas 101 lojas e cerca de 680 salas fechadas em diferentes prédios do SCS, compreendidas como expressão de “uma crise sem precedentes”. Em outra notícia mais recente, do Jornal Brasília (2024), divulga-se o valor total de 1522 comércios fechados e perda de 9000 empregos, fenômeno cuja uma das explicações, segundo presidente da Associação Comercial do Distrito Federal (ACDF), é a concentração da população em situação de rua presente no SCS.

Com a expansão de modernos complexos empresariais fora do SCS, oferecendo infraestrutura superior, como segurança e estacionamento privativo (shopping centers), a competição por investimentos afastou ainda mais empresas do Setor Comercial Sul. O valor dos imóveis na região caiu, e a falta de investimentos privados deixou o Estado como o único agente capaz de revitalizar a área, seja por meio de reformas estruturais ou parcerias com a sociedade civil. (Versiani, Cordeiro & Ferrari, 2024, seção 3.5)

Há, dessa forma, um movimento, nos últimos anos, por parte do GDF, em buscar alternativas para revitalização do SCS. Considerando o histórico compromisso do governador Ibaneis Rocha com a defesa da propriedade privada, as quais citamos as reiteradas ações de despejo e desocupação de áreas públicas realizadas durante seu governo⁷, num sentido também higienista, podemos inferir como objetivo último deste projeto a especulação imobiliária, seja através de obras e reformas ou de propostas de ampliação das atividades permitidas no setor, conforme proposto em Lei Complementar n° 1021/2023, revogada pela Lei Complementar n° 1021/2024 (Distrito Federal, 2023; 2024). No entanto, a maioria das iniciativas propostas parece partir justamente da

⁷ A título de exemplificação, citamos os inúmeros despejos forçados realizados pelo governo de Ibaneis Rocha, mesmo durante a pandemia, que inclusive chegaram a ser pauta de audiência na Câmara Legislativa do Distrito Federal, em 2021. <https://www.cl.df.gov.br/-/cldf-discute-despejos-for-c3-a7ados-durante-a-pandemia-com-representantes-do-poder-p-c3-bablico-e-sociedade-civil-organizada#:~:text=A%20conselheira%20tutelar%20e%20representante%20da%20Campanha,a%C3%A7%C3%B5es%20de%20despejo%20violentas%20durante%20a%20pandemia.>

necessidade de “limpar as ruas”, o que, na prática, se constitui na expulsão da população em situação de rua do local, resultando em um cenário de intensificação de conflitos, caracterizado por abordagens cada vez mais violentas, truculentas, desumanizantes e, pior de tudo, rotineiras, conforme será melhor elaborado adiante. Durante a pandemia, mais especificamente em 2020 e 2021, por exemplo, algumas dessas recorrentes ações – ou melhor, ataques – de caráter higienista contra a crescente população em situação de rua do SCS conquistaram certa repercussão nas redes sociais e outros veículos de informação (Furquim, 2020; Silva, 2021; Castro, 2021; Freire, 2021). O que parece ter chamado mais a atenção do público, aparentemente, foi a crueldade do momento em que ocorreram tais intervenções e não a própria intervenção em si.

As intervenções noticiadas, que incorrem na remoção indiscriminada dos pertences dessa população – como barracas, roupas, bicicletas, etc. – são descritas pelos órgãos responsáveis, ou pelo próprio GDF, como “limpeza de calçadas em frente ao comércio” (Freire, 2021, parágrafo 2), “operação de retirada de instalações irregulares” (G1 DF, 2020, parágrafo 1), “limpeza da paisagem do Setor Comercial Sul como forma de prevenção ao crime” (Castro, 2021, parágrafo 3), etc. Com o foco dado pelos órgãos responsáveis à “limpeza” do local, associada geralmente a remoção de materiais, raramente das pessoas, busca-se mistificar o caráter higienista dessas ações. Nesse sentido, o depoimento de um desembargador, ao defender a legalidade dessas ações, escancara o seu real horizonte:

O objetivo era fazer a retirada das pessoas que ali se encontravam objetivando revitalizar o Setor Comercial Sul. Apesar da gravidade da situação, em momento algum os autores ocupavam o espaço público de forma legítima. (Martins, 2022, parágrafo 2)

Ocorre uma naturalização da remoção de pessoas como se estas fossem, assim como seus pertences, objetos descartáveis. Desconsidera-se completamente suas necessidades e vontades, o

que se expressa na completa ausência, nas notícias levantadas, de menções a alternativas ou soluções oferecidas pelo GDF para essas pessoas, que jamais conseguiram reaver seus pertences tomados e, se conseguiram, encontram-os destruídos, inutilizáveis. Dessa forma, se o objetivo real das ações é “a retirada das pessoas que ali se encontram”, focar na destruição de seus pertences só escancara ainda mais a natureza cruel dessas intervenções. A lógica que parece orientá-las é “vencer pelo cansaço”, de forma que são inúmeras as estratégias utilizadas com o mesmo fim: a expulsão da população em situação de rua do centro.

O Programa Acolhe DF, por exemplo, cumpre com a mesma agenda que as intervenções citadas, porém por outras vias, a partir da retórica do acolhimento. Instituído pela primeira vez em 2021, via Decreto nº 42.141, o programa tinha, teoricamente, como principal objetivo o “enfrentamento ao uso indevido de drogas”, articulando ações de prevenção, acolhimento/tratamento e reinserção socioeconômica. Na prática tais ações ficam reduzidas ao “encaminhamento de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, de forma voluntária, para as comunidades terapêuticas” (Distrito Federal, 2021, artigo 5º), em especial para a população em situação de rua, alcançada através de ações de busca – ou melhor, recrutamento – no próprio território. Não à toa, o programa da SEJUS se vangloriava de parceria com 12 comunidades terapêuticas, entre elas a CT Salve a Si (Lima, 2022), denunciada por ex-acolhidos, ex-funcionários e em relatórios de inspeção por violação de direitos humanos, trabalho análogo à escravidão, desvio de finalidade de recursos públicos e doações, entre outras irregularidades (Fernanda et al., 2023a; Fernanda et al., 2023b; MNPCT, 2024).

Em 2025, através do Decreto 47.423, que revoga o anterior, o objetivo do programa passa a ser a “busca ativa para acolhimento e reinserção social da pessoa com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade” (Distrito Federal, 2025, ementa), de

forma que a população alvo das ações do programa – a população em situação de rua – fica mais escancarada, enquanto, simultaneamente, oculta-se a centralidade que o encaminhamento para as CTs segue ocupando, mencionadas apenas uma vez no texto do atual decreto, em contraste com as quatro citações no decreto anterior.

“A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal deve comunicar à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal, os casos confirmados ou suspeitos de pessoa com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade, para oferta de vagas nas comunidades terapêuticas conveniadas. (GDF, 2025, artigo 8º).

Segundo Costa (2025c), a única menção, no entanto, acaba desmistificando o objetivo real do programa: recolher pessoas em situação de rua e interná-las em CTs, fomentando ainda mais o repasse de verbas públicas a instituições do terceiro setor, através, justamente, da Secretaria de Justiça e Cidadania. Dessa forma, não se trata apenas de um projeto de higienismo social, sob a retórica do acolhimento, mas também de manicomialização e desmonte da RP, da RAPS e do SUS. Tal projeto se expressa, inclusive, nos constantes ataques sofridos pelo CAPSad III localizado na área, mais especificamente na quadra 5 do SCS.

Inaugurado em 3 de dezembro de 2014, o CAPSad III Candango, como passou a ser chamado, ainda possui como nome oficial “CAPSad III Rodoviária”, em razão da sua primeira localização, no antigo Edifício do Touring, no Conic (Setor de Diversões Sul). Por sua vez, criado no dia 31 de agosto de 2011, a partir do lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do MS, o CAPSad III Rodoviária foi o primeiro da modalidade na cidade de Brasília (Portal SES/DF, 2013). Desativado em abril de 2014, devido a extensão da Rodoviária do Plano Piloto (Correio Brasiliense, 2014), a possibilidade – e necessidade – de transferência da

unidade para o SCS, considerado enquanto local estratégico devido a alta concentração de pessoas em situação de rua usuárias de álcool e outras drogas, foi inicialmente bem recebida tanto pelo GDF quanto pela comunidade local. A expectativa, nesse sentido, era de que a instalação do serviço viria a *resolver* automaticamente a questão da população em situação de rua usuária de drogas, contribuindo, assim, com a revitalização do SCS (Agência Brasília, 2014; Versiani, Cordeiro & Ferraria, 2024). E aqui, por *resolver*, entende-se: extinguir a PSR da área.

Atualmente, no entanto, a presença do CAPSad III no território é compreendida pelo setor produtivo enquanto um dos “atrativos” para a população em situação de rua, responsável por sua maior concentração e consequente aumento da criminalidade, se constituindo, então, como obstáculo para o projeto de revitalização do SCS. A partir dessa lógica, sua presença passa a ser combatida, surgindo diversos movimentos de reivindicação pelo seu fechamento ou transferência para outra localidade. As pressões pelo fechamento do serviço começaram a se expressar de forma mais formalizada, no entanto, a partir da pandemia, frente ao significativo aumento da quantidade de pessoas em situação de rua concentrada na área.

Em 2020, dois ofícios, acessados por Versiani, Cordeiro e Ferraria (2024), foram protocolados pela ACDF e pela Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do DF (Fecomércio-DF), solicitando a retirada do CAPSad III do SCS, como parte de “medidas para proteger o Setor Comercial Sul” (seção 3.2). No ano seguinte, a então deputada distrital Júlia Lucy, do partido Novo, também protocolou dois ofícios. Em um solicita-se estudo para transferência do serviço para outro local e, no outro, providências para o SCS, considerando o aumento dos “moradores em situação de rua” instalados em frente ao CAPSad, promovendo aglomerações em contexto de pandemia (Versiani, Cordeiro & Ferraria, 2024).

Cabe enfatizar que, frente aos crescentes ataques, a permanência do CAPSad III Candango no SCS segue protegida graças à Luta Antimanicomial, a partir de movimentos sociais de resistência, compostos por usuários, familiares, trabalhadores, coletivos e instituições da sociedade civil, apoiados por mandatos de deputadas/os como Arlete Sampaio (Partido dos Trabalhadores), Fábio Félix (Partido Socialismo e Liberdade), entre outros parlamentares (Cardim, 2020; Versiani, Cordeiro & Ferraria, 2024). O que não significa que sua permanência no território não siga ameaçada e que a necessidade da luta, dessa forma, também não seja permanente, principalmente frente ao presente cenário de intensificação da precarização e privatização dos serviços, em processos articulados de “refuncionalização” das políticas sociais no neoliberalismo, em que as CTs, como instituições do terceiro setor, desempenham papel crucial (Yamamoto & Oliveira, 2010).

A alta concentração de população em situação de rua no território, nesse sentido, não atraiu apenas a atuação de dispositivos como o CAPSad III, o Consultório na Rua ou o Programa Acolhe DF, mas também a atuação de inúmeros projetos da sociedade civil, geralmente vinculados a igrejas, voltados a oferta de comida e outras doações. Dessa forma, enquanto o CAPSad III é constantemente atacado por ser o grande responsável pelo aumento de concentração da PSR no local, é esta alta concentração tão criticada que possibilita um local e público alvo para realização dessas ações de caráter caritativo e assistencialista.

3.2 Primeiros mediadores

Compreendendo o CAPSad III Candango enquanto serviço de cuidado territorial, cuja localização na quadra 5 do SCS é estratégica para o atendimento a população em situação de rua com demandas relacionadas ao consumo abusivo de drogas, optou-se por utilizá-lo como

facilitador do contato a essa população, que, a primeira vista, pode ser de difícil acesso. Além disso, frente a possibilidade de contato com a população local e com o próprio território sem a mediação de instituições, optou-se, também, por uma articulação com as atividades propostas pelo coletivo Café com Escuta (CcE).

Para isso, foi necessária submissão do projeto de pesquisa não só no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP/UnB), mas também no da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), a partir da coleta de autorizações tanto da Diretoria Regional de Atenção Secundária à Saúde do DF (DIRASE-DF), quanto da própria gerente do CAPSad Candango. A primeira vez que eu entrei na instituição, em 15 de agosto de 2024, foi para cumprir requisitos burocráticos, ou seja, apresentar minha proposta de pesquisa à gerente e coletar sua assinatura. Já no caso do CcE, o contato foi mais informal e só ocorreu após aprovação da pesquisa pelos dois comitês de ética mencionados, em março de 2025, com CAAE 83816824.2.3001.5553.

Em um primeiro momento, o trabalho realizado pelo CcE, desde 2019, se apresenta da seguinte forma: em uma praça, também localizada na quadra 5 do SCS, muito próxima ao CAPS, oferece-se, semanalmente, não só um café da manhã comunitário, aberto ao público, mas também uma escuta sem julgamentos, não necessariamente qualificada. O coletivo é, dessa forma, composto por voluntários da sociedade civil, entre eles, há sim a presença de profissionais e estudantes de diferentes áreas, mas também de pessoas em situação de rua ou com histórico de rua, etc.

Antes de descobrir – tardiamente, devo acrescentar – sobre a existência do CcE, eu primeiro tive a honra de conhecer sua idealizadora, Flor (nome fictício) com quem troquei contato em nossa primeira interação, em um evento na Câmara dos Deputados, em 2024, cuja temática dizia respeito

ao cenário da saúde mental no Distrito Federal. Entre todas as pessoas ali presentes, ela foi a única a se posicionar publicamente sobre a questão da invisibilização da população em situação de rua na elaboração e atuação das políticas, de forma que as políticas de saúde mental não eram exceção. Ao expor os inúmeros desafios enfrentados por essa população, exigindo providências – e dando voz às minhas próprias inquietações –, inevitavelmente ela também acaba expondo seus posicionamentos éticos-políticos sobre o assunto, pautados na luta antimanicomial, no cuidado horizontal, territorial e em liberdade, na redução de danos e antiproibicionismo, na luta social, etc. Cabe pontuar, então, que a escolha pelo CcE, como mediador do contato com a população local, foi também enviesada por sua figura e posicionamentos, que me levaram a crer que a atuação do coletivo era igualmente politizada.

Após apresentar a proposta da pesquisa, solicitando a possibilidade de articulação com o coletivo, sua autorização veio com importantes advertências a serem consideradas no meu ingresso. Segundo ela, frente ao contexto de invisibilização, marginalização, estigmatização e de negação de direitos vivenciado pelas pessoas em situação de rua, a atenção a essa população por parte da “comunidade externa” parecia só se manifestar em certas ocasiões, a partir de interesses e agendas próprias, seja de figuras políticas, religiosas, acadêmicas, entre outros. Ou seja, a partir de ações pontuais, geralmente de cunho caritativo, investigativo, político ou, como exposto anteriormente, higienista, que raramente se expressam em mudanças concretas no contexto de produção de vida dessa população, tampouco em um compromisso a longo prazo. Nesse sentido, ela trouxe como exemplo experiências em que pesquisadores e/ou estudantes de diferentes áreas e instituições de graduação se aproximavam do Café com Escuta com o objetivo exclusivo de coletar dados da população em situação de rua local, de forma que, finalizada a pesquisa, jamais havia qualquer tipo de retorno para a comunidade, que, segundo ela, expressa se sentir usada.

Ademais, todas as autorizações necessárias foram garantidas sem maiores dificuldades, assim como todos os envolvidos se mostraram receptivos e solícitos a contribuir como pudessem. Além disso, considerando a localização do Candango e do Café com Escuta, a maior parte do trabalho se deu na quadra 5 do SCS, apesar de eu ter percorrido outros locais durante diferentes fases da pesquisa, conforme será melhor detalhado adiante.

3.3 A imersão no campo

O início da minha relação com o SCS se deu de maneira informal, muito antes de sequer reconhecê-lo enquanto campo de pesquisa. Ainda que eu não seja capaz de identificar o “primeiro contato”, minha circulação pelo território se intensificou no período pós-pandemia, em um contexto marcado pelo aumento da vida noturna na região, com a inauguração de casas de festa e bares. A construção dessa relação, no entanto, não ocorreu de forma neutra. Se dá em um momento em que eu já me encontrava significativamente mais politizada, mobilizada a buscar compreender as determinações sócio-históricas da questão social, mesmo que, naquela época, ainda de forma incipiente e não necessariamente nomeada nesses termos. Um evento alavancador desse processo foi justamente o acompanhamento, ainda que virtual, das iniciativas de caráter higienista empreendidas pelo GDF durante a pandemia contra a população em situação de rua, algumas das quais já mencionadas anteriormente.

Paralelamente a esse movimento, minhas idas ao local eram atravessadas pelo medo projetado em mim por meus pais, expresso em suas recorrentes advertências, cujo objetivo era me dissuadir de frequentar a região, uma vez reconhecida socialmente – inclusive por eles – como perigosa, especialmente em razão da expressiva presença de pessoas em situação de rua. Tais advertências operam a partir da reprodução de estigmas que então eu já buscava questionar.

Embora, em primeiro momento, eu inevitavelmente me deixasse afetar por seus discursos, especialmente enquanto mulher, as advertências e medos contrastavam com a minha experiência concreta no território.

Meus contatos com a PSR local sempre se deram de maneira cordial e circunscrita às dinâmicas próprias da circulação noturna, ou seja, ao trajeto de ida e volta até os espaços de festa e a espera em filas, cuja a aglomeração de pessoas costuma atrair não só a concentração de vendedores ambulantes, mas também da PSR local. Sua presença é tratada por aqueles que ali visitam de forma naturalizada, ou melhor, é “tolerada”, visivelmente despertando incômodo em muitos. A abordagem da população local ao público das festas, quando ocorre, geralmente tem como objetivo *manguear* ou a venda de pequenos produtos, podendo também não ter nenhum objetivo aparente, além da própria interação em si. Seja como for, é frequente a sensação de que as abordagens são expressão de uma necessidade aparentemente comum entre a PSR: de ser visto, escutado e validado. A depender das circunstâncias, eu costumava me mostrar aberta ao diálogo, atitude esta que nem sempre era bem recebida pelas pessoas que me acompanhavam. Em nenhuma dessas ocasiões, no entanto, eu me senti exposta a situações de ameaça ou violência, o que evidencia uma discrepância entre os estigmas reproduzidos sobre a população em situação de rua – e, consequentemente, sobre o SCS – e a experiência vivida no cotidiano.

Desse modo, minha entrada no campo se dá atravessada por esse acúmulo prévio de informações, posicionamentos e afetos, resultando em um olhar que já reconhecia o SCS como um território de disputa, marcado por intervenções estatais que, sob o discurso da revitalização urbana, operam a exclusão e a violência contra populações consideradas indesejáveis. Reconhecer tal implicação não deve se constituir como um obstáculo, mas sim como um elemento constitutivo do próprio processo de co-produção de conhecimento desenvolvido nesta pesquisa.

Vista a impossibilidade de identificar meu primeiro contato com o SCS e a população local, buscarei, então, discorrer sobre os meus primeiros contatos e experiências – após aprovação do projeto nos comitês de ética mencionados – com o território enquanto campo de pesquisa – via encontro do Café com Escuta – e com CAPSad Candango, assim como minhas impressões pessoais e reflexões sobre episódios, fenômenos e questões que se destacaram, seja pela relevância em relação a temática da presente pesquisa, seja pela repetição.

Pois bem, minha rotina de observação participante se organizou da seguinte forma: às sextas-feiras, no período da manhã, aproximadamente das 9h às 12h, eu acompanhava as atividades desenvolvidas pelo Café com Escuta; já no Candango, após um período inicial de circulação por diferentes oficinas ofertadas pela instituição, passei a frequentar três atividades específicas, realizadas às terças e quintas, também pelo período da manhã. Na oficina realizada às terças-feiras, das 10h às 12h, os usuários da instituição eram acompanhados por residentes e profissionais da saúde em passeios pela cidade; já as outras duas, uma voltada a atividades artísticas e de criatividade e outra a música, eram realizadas às quintas-feiras, das 8h às 10h e de 10h às 12h, respectivamente.

Lembro-me do meu percurso de carro até o SCS naquela primeira sexta-feira de Café com Escuta, dia 21 de março de 2025. Dirigia escutando música alta, numa tentativa deliberada de conter a enxurrada de pensamentos e preocupações que vinham se acumulando há semanas e que, naquele momento, pareciam ameaçar ainda mais a já frágil espontaneidade do meu ingresso em campo. Em se tratando de conteúdo, grande parte dessas preocupações diziam respeito à minha própria presença e atuação junto à população em situação de rua. Meu maior desejo com a pesquisa – mesmo que pouco formulado em palavras naquele momento – orbitava em torno da possibilidade de estabelecer relações baseadas no respeito mútuo e na horizontalidade, visando a co-construção,

junto às pessoas do território, de um produto, que não fosse consequência de processos extrativistas. Tratava-se, contudo, de um desejo já tensionado pela consciência de sua própria impossibilidade.

Eu sabia, desde o início, que tal horizontalidade plena não poderia se concretizar de forma literal, dadas as assimetrias estruturais que atravessam as relações que viriam a ser construídas ali: minha posição como pesquisadora universitária e a necessidade institucional e ética de me apresentar como tal, as diferenças de classe, de raça, de gênero e de acesso a direitos, além do próprio fato de eu chegar ali de carro e poder entrar e sair do território quando bem entendesse. Mesmo reconhecendo essas desigualdades como incontornáveis, isto não se tornou motivo de paralisia, mas sim um chamado ético. Então foi justamente este reconhecimento que permitiu sustentar esse desejo como horizonte, não como promessa de realização, mas como uma utopia ativa, a partir de uma orientação ético-política que reconhece a impossibilidade material de determinadas condições e, ainda assim, se mantém como horizonte norteador das práticas, escolhas, posturas e modos de estar em campo (Patto, 2022).

Esse conjunto de preocupações se expressavam também em inseguranças mais “pessoais”. Havia, por um lado, minhas próprias dificuldades subjetivas, especialmente relacionadas à timidez e à iniciação de conversas em primeiros contatos. Por outro, havia o receio de ingressar em um espaço majoritariamente ocupado por homens, o que atravessou inclusive a escolha do meu vestuário, composto exclusivamente por roupas só encontradas nas seções “masculinas” de lojas de departamento. À época, interpretei esses conflitos sobretudo como estratégias de proteção frente à possibilidade de assédio, como se tal risco pudesse ser efetivamente controlado por escolhas individuais. Hoje, em uma análise retrospectiva, compreendo que diziam respeito não apenas à proteção, mas também a um profundo desejo de não ser objetificada, experiência recorrente na

socialização feminina. Nesse ponto, reconheço uma aproximação possível com a experiência da população em situação de rua, ainda que marcada por diferenças fundamentais. Assim como as mulheres, as pessoas em situação de rua são frequentemente reduzidas a objetos – de controle, de intervenção, de caridade ou de pesquisa – ainda que a partir de processos sociais e históricos distintos. Reflexões como essa contribuíram para reforçar a centralidade da minha preocupação ética-política em buscar estar naquele território sem reproduzir, ainda que involuntariamente, relações de objetificação e hierarquia.

Foi a partir desse emaranhado de preocupações, inseguranças, reflexões e desejos que se deu meu primeiro contato efetivo com o Café com Escuta. Ao chegar ao território, a materialidade do campo rapidamente tencionou as elaborações que até então vinham sendo produzidas no plano antecipatório. A circulação intensa de pessoas, os cheiros, os sons, os corpos ocupando o espaço público e as dinâmicas já em curso tornaram evidente que o campo não se apresentaria como um espaço a ser simplesmente “acessado”, mas como um território vivo, atravessado por histórias, disputas, vínculos e violências que antecederiam em muito a minha chegada. Expressão disso, foi o contato, já nesse primeiro dia, com uma “pequena” amostra da rotina de violências a qual a PSR local é constantemente submetida.

Enquanto minha única preocupação era em como me apresentar para as pessoas que eu acabara de conhecer, em um prédio, muito próximo à praça em que o CcE é realizado, ocorria uma ação de “zeladoria” – conforme nomeada pelo próprio responsável da operação – na qual pertences de algumas pessoas do território haviam sido despejados, como se fossem lixo, em um caminhão ainda estacionado no local. Não demorou até que o resto do território fosse mobilizado pela confusão, inclusive os próprios voluntários do CcE, que me convidaram a acompanhá-los. Presenciar a cena do caminhão lotado de pertences considerados – e transformados – pelos

responsáveis pela operação como lixo e o conflito que se instaurou a partir disso foi profundamente triste, desconfortável e frustrante, porém, contraditoriamente, potente e mobilizador.

Deixe-me explicar. A cena em si já seria desconfortável e frustrante o suficiente pela evidente crueldade do resultado da operação, comum a muitas outras que eu havia acompanhado, porém apenas virtualmente, algumas citadas anteriormente. As justificativas apresentadas pelo responsável pela ação, entretanto, conseguiram adicionar outras camadas aos sentimentos despertados. A partir do seu discurso, por exemplo, foi possível perceber que a mudança do termo utilizado para descrever a operação – de *limpeza* para *zeladoria* – além de retórica, por ainda ter o mesmo objetivo, não é por acaso.

Ao ser confrontado pelo grupo de pessoas que havia se acumulado ao seu redor – não só do CcE e do Instituto No Setor⁸, mas do próprio território – sobre as violações de direitos cometidas com a operação, o coordenador explicou que aquela ação de *zeladoria* tinha como um dos objetivos *zelar* pela saúde sanitária do território e, assim, da própria população em situação de rua local. “Vocês não se preocupam com a saúde dos moradores de rua daqui não?”, ele questionou a partir dessa lógica, numa inversão de papéis, como se fosse ele o preocupado com as necessidades específicas da população e nós ali, que fazíamos resistência, o obstáculo. Depois viemos a descobrir que bem ali, na próxima segunda-feira (24), ocorreria a inauguração de um novo centro de educação profissional, do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), cujo evento contaria com a presença de figuras ilustres, como o governador da capital, Ibaneis Rocha (Marques, 2025).

Além disso, quando confrontado com a necessidade de notificação ao Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua

⁸ Instituto Cultural e Social No Setor é uma ONG com atuação no SCS, principalmente em áreas como lazer, cultura e iniciativas de geração de renda. Maiores informações: <https://nosetor.com.br/>.

(CIAMP-Rua) antes da realização desse tipo de operação, assim como autorização prévia dos donos para remoção de seus pertences⁹, o responsável se justificou alegando que havia recebido autorização de uma senhora que, segundo ele, tinha se declarado ser dona de uma das barracas que eles haviam removido. A senhora, que depois ele mesmo encontrou, por sua vez, não parava de repetir que tinha autorizado a remoção porque a dona da barraca, que não estava presente, “só sabia usar crack e roubar”, além de ser traficante. À luz do ocorrido, tudo indica que os responsáveis pela operação se valeram de um conflito interno existente no território para legitimar a remoção do que eles consideravam ser lixo na calçada, deslocando a responsabilidade da ação para uma suposta autorização individual e ignorando os procedimentos legalmente previstos.

Situação que evidencia não só como disputas e tensões internas podem ser instrumentalizadas por agentes externos para sustentar práticas de violação de direitos, mas também algumas das contradições constitutivas da vida nas ruas. Conflitos interpessoais e tentativas de diferenciação moral entre pessoas em situação de rua emergem, muitas vezes, como estratégias de sobrevivência em contextos marcados pela escassez, pela violência e pela estigmatização contínua (Mendes, 2018). Não à toa, muitas das minhas primeiras interações com as pessoas em situação de rua do território foram marcadas por falas como: “essa aqui não é minha situação normal, não, viu? Eu trabalho, eu tinha uma casa”; “não é porque você tá na rua que você usa drogas ou não gosta de trabalhar”; “eu tô na rua, mas eu não bebo, não uso crack, só cigarro”; “eu queria trabalhar, mas ninguém dá chance por causa do preconceito”. Tais diferenciações encontram respaldo em discursos institucionais amplamente difundidos, que operam por meio da moralização do uso de drogas e da criminalização da pobreza, contribuindo com a ideologização

do senso comum e a naturalização de práticas violentas, opressoras e excludentes.

⁹ De acordo com decisão liminar do Ministro do Supremo Tribunal Federal, Alexandre de Moraes, no âmbito da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976. Maiores informações: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF976MC1.pdf>.

Episódios como o descrito não parecem excepcionais no território, inclusive este foi o primeiro de muitos que pude presenciar – ou ser informada a posteriori – durante o período de observação participante. Apesar dos desconfortos e frustrações provocados – incomparáveis com as perdas materiais de quem sofre constantemente com esse tipo de ação –, tais episódios também evidenciam a existência de redes de mobilização e resistência no território. Os integrantes do CcE, assim como do INS, foram acionados exatamente pela população em situação de rua local, que, juntos, se dirigiram ao local na tentativa de barrar a ação. Ainda que a mobilização possa não ter produzido os efeitos desejados, acompanhar tais movimentos, mesmo a partir de uma posição mais observacional, teve um peso ético e político significativo. Cabe enfatizar que tal posição assumida não se refere a ausência de posicionamentos, mas a um reconhecimento de que ali havia pessoas com uma trajetória muito mais longa de inserção no território, capazes de sustentar argumentos situados, de acordo com a realidade concreta local, de maneira muito mais consistente do que eu, que acabara de chegar.

Para além da potência desses movimentos de resistência, chama atenção a necessidade da presença de uma “figura de autoridade” representativa dos interesses da população em situação de rua para mediação de conflitos territoriais provocados por intervenções estatais. Necessidade explicitamente colocada no discurso de alguns e comum a outros episódios que presenciei. Essa “figura de autoridade”, no entanto, raramente é uma pessoa em situação de rua, ou com histórico de rua, algo que não parece ter nada a ver com incapacidades individuais – como ocasionalmente é colocado por alguns – ou falta de agência, mas sim com uma totalidade sócio-histórica de relações de poder no capitalismo, cujos diferentes dispositivos de controle atuam no silenciamento, invisibilização e desumanização de determinados grupos (Mendes, 2018).

Nesse contexto, minhas preocupações iniciais não desapareceram, mas foram progressivamente deslocadas. O desejo de ser aceita, de não causar incômodo e de não reproduzir posições de poder e preconceitos se traduziu, nos primeiros momentos, em uma postura de observação cautelosa e escuta atenta, ainda marcada por silêncios e hesitações. A horizontalidade que eu tomava como horizonte não se manifestava como uma condição dada, mas como algo que precisava ser continuamente negociado nas pequenas interações cotidianas, seja no modo de cumprimentar, de me apresentar, de responder às perguntas que me eram feitas e, sobretudo, de sustentar a presença sem a urgência de produzir dados. Assim, os primeiros encontros no Café com Escuta evidenciaram que a construção de vínculos não se daria por meio de grandes gestos ou declarações de intenção, mas a partir de uma convivência situada e contínua, atravessada por limites, afetos, recusas, aproximações e distanciamentos. Foi nesse movimento, lento e muitas vezes desconfortável, que o horizonte de co-construção passou a se deslocar de um ideal abstrato para um exercício prático, cotidiano e, inevitavelmente, contraditório.

Mesmo o CcE e o Candango oferecendo serviços essencialmente diferentes, o fato de compartilharem do mesmo território e receberem, em grande medida, a mesma população, torna quase inevitável a comparação entre as experiências vivenciadas em ambos os espaços, mesmo que com importantes ressalvas. Enquanto o CcE se apresenta como uma iniciativa efetivamente inserida no território, sujeita a todas as dinâmicas, conflitos e contradições que atravessam a vida nas ruas, o Candango, ao menos à primeira vista, parece ser um serviço meramente localizado neste. Minha experiência com o CAPSad Candango, dessa forma, foi marcada por reflexões suscitadas por diferentes expressões de um mesmo processo: a institucionalização. Processo complexo do qual mesmo serviços que se propõem abertos e territoriais, como os CAPS, não estão imunes (Corrêa & Lima, 2025).

Se partimos apenas da primeira impressão, a própria estrutura física do CAPS nos indica como tais contradições possivelmente são mediadas e, em certa medida, até contidas “para fora” da instituição. Trata-se de um prédio de três andares, distribuídos em subsolo, térreo e primeiro andar. O térreo e o primeiro andar são compostos por salas de recepção, de acolhimento, para atividades em grupo, consultórios, refeitório, etc. Já o subsolo comporta a enfermaria com 12 leitos para Acolhimento Integral. O único andar em que é possível abrir janelas é o primeiro andar, ao menos que eu tenha presenciado. No térreo, as portas e janelas frontais são cobertas por grades visíveis, enquanto as laterais do prédio, aparentemente de vidro, se tratam, na verdade, de duas camadas de paredes de vidro fumê, também cercadas por grades. Por mais que não seja efetivamente capaz de se blindar das contradições do território “lá fora”, parece haver um esforço para tal.

A separação não só física, como simbólica entre “dentro” e “fora”, parece instaurar uma fronteira que organiza o serviço e seu acesso, interferindo na forma como os sujeitos se colocam, são recebidos e recebem – ou negam – o serviço oferecido. Cenário que se agrava quando, ao ingressar na instituição, a presença de seguranças uniformizados, armados com cassetete, se impõe como primeiro contato, uma vez responsáveis pela recepção de quem quer que entre na instituição. Esses profissionais, conforme exposto em relatos de alguns interlocutores e em concordância com as minhas próprias observações em campo, além de cumprirem funções para as quais aparentemente – e provavelmente – não receberam nenhum tipo de preparo, sua mera presença, enquanto a primeira visão de dentro da instituição, pode, em alguns casos, afastar pessoas do acesso.

A título de exemplo: em meu primeiro dia na instituição, enquanto aguardava o horário de um encontro com a gerente, eu presenciei o tratamento despendido por um dos seguranças a um

dos usuário que solicitava informações sobre a presença de um profissional específico da equipe. Visivelmente sob efeito de drogas, a pessoa foi respondida de maneira desdenhosa e, logo após se retirar, o segurança achou de bom tom debochar de sua situação para todos ali presentes: “o cara chega drogado desse jeito e acha que vai conseguir ser atendido”. Ao relatar tal cena, a intenção não é imputar responsabilidade individual a esse trabalhador, mas de evidenciar tensões estruturais presentes no modo como a atenção e o cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas se organizam. No entanto, dada a frequência dos relatos que escutei nesse sentido, cabe indagar o óbvio: não seria o CAPSad um serviço especializado no cuidado e atenção a pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas? Se não drogados, o que os trabalhadores esperam receber enquanto público a ser atendido em um serviço como o CAPSad?

Os profissionais da equipe de saúde, por sua vez, ao menos enquanto eu estava lá, raramente compareciam à recepção, espaço de espera e convivência dos usuários. Quando o faziam, era, em geral, de forma breve e quase exclusivamente para chamar usuários para consultas previamente marcadas, oficinas, entre outros. Afinal, se até sua chegada ao serviço, ao menos para aqueles que iam de carro, não impunha a passagem pela recepção, visto que o acesso ao prédio se dá pelo subsolo, que dirá pelo território em que o serviço está localizado. Nesse arranjo, o contato dos profissionais com o “fora” encontra diversos obstáculos materiais e estruturais, dada a forma como o serviço se organiza e as próprias condições de trabalho, consequência da precarização dos serviços e sobrecarga dos profissionais. Concomitantemente, para muitos dos usuários, a relação com o “fora” é uma condição incontornável, ou, no máximo, provisoriamente contornável via institucionalização.

Não à toa, o Acolhimento Integral (AI) se configura como um dos serviços mais demandados no CAPSad III Candango, especialmente pela população em situação de rua, ao

menos conforme minha experiência no próprio território. Durante o período de observação participante, acabei me acostumando a escutar falas como: “Eu tô tentando me internar no CAPS, mas eles falam que não tem vaga” ou “não tem ninguém que você possa falar lá dentro pra conseguir me internar?”, entre outras com teor similar. Para muitos usuários, o CAPS não se configura apenas como um serviço voltado ao cuidado em relação ao consumo de substâncias, mas também como espaço de alimentação, segurança, estabilidade, descanso, higiene, assim como também de convivência e socialização. Porém, para aqueles que não conseguem acessar o AI, cuja quantidade de leitos não supre o tamanho da demanda, o acesso a esses recursos permanece restrito ao período diurno.

Estar institucionalizado – nesse caso, em tratamento no CAPS – parece se tornar, inclusive, um outro marcador de diferenciação moral entre as pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas. Um exemplo disso foi observado durante uma reunião realizada no Candango com o objetivo de planejar coletivamente um evento em comemoração ao dia nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio), da qual tive oportunidade – e honra – de participar, junto a profissionais, residentes e usuários do serviço. Foram os próprios usuários que insistiram sobre a necessidade de que o evento fosse realizado no território, fora dos “muros” da instituição. Exigência muito potente e que visava a conscientização da comunidade “externa”. No entanto, chama a atenção a compreensão que alguns parecem ter sobre essa conscientização almejada, que pode ser sintetizada a partir da seguinte fala: “a gente tem que mostrar para comunidade lá fora que a gente que é do CAPS não é igual aos outros drogados que tão ali fora não. A gente quer se tratar, se curar”.

O argumento indica uma tentativa de enfrentamento do estigma associado ao uso de drogas, ainda que através de processos de diferenciação que acabam por reproduzir a estigmatização.

Nesse caso, enquanto o estigma é aparentemente recusado para si, é mantido como legítimo quando direcionado a outros, de forma que as violências sofridas, consequência da estigmatização, não são questionadas em si, apenas deslocadas, redistribuídas e implicitamente justificadas para aqueles sobre os quais a imagem estigmatizada é considerada válida, descritiva. O problema estaria, então, na generalização desta imagem e, conseqüentemente, das violências sofridas a partir disso.

Além disso, visto o objetivo da presente pesquisa, cabe destacar que a demanda por internação obviamente não fica suprimida ao CAPS. Ao contrário, em minha experiência em campo, especialmente fora dos “muros” do CAPS, presenciei e fui confrontada com muito mais frequência com demandas por internação em CTs do que no CAPSad. Não à toa, em meu primeiro dia de Café com Escuta, antes mesmo do conflito mencionado anteriormente, eu ouvi de relance – ainda de uma posição mais observacional – uma conversa entre um senhor e uma das voluntárias do INS, na qual ele expressava a urgência de ser internar em uma CT, solicitando, assim, recomendações. A voluntária, por sua vez, advertiu que, a partir de relatos que havia escutado, as experiências nessas instituições costumam ser marcadas por violência, mesmo assim ponderou: “provavelmente aqui podem te recomendar uma que seja melhorzinha”.

A fala, embora cautelosa, parece expressar um senso comum amplamente difundido, segundo o qual haveria CTs “menos violentas” ou mais aceitáveis, como se as violências das CTs fossem exceção e não a regra de seu funcionamento (Costa, 2025). A Flor, que passava pelo local no momento, interveio prontamente para tensionar essa perspectiva, em concordância com Costa (2025):

Não existe melhorzinha, são todas iguais, todas são manicômios. Aqui nós não recomendamos CTs de jeito nenhum. Claro que as pessoas vão continuar trazendo essa

demanda, mas nosso dever é pelo menos tentar informar sobre a realidade dessas instituições, ou mediar um contato com o CAPS ou outras políticas, caso seja do interesse delas. (Flor, diário de campo)

Sua intervenção é demonstrativa de uma disputa de sentidos em torno da internação asilar-manicomial, evidenciando tanto a naturalização das CTs como resposta possível, quanto os esforços de enfrentamento a essa lógica no interior do próprio território. Presenciar tal intervenção incorporou ainda mais sentido à escolha pelo Café com Escuta como um dos primeiros mediadores. O episódio descrito é um entre muitos, evidenciando que a demanda não é abstrata, mas cotidiana, concreta e situada no território. Na maioria das abordagens, existia uma urgência no pedido que parecia relacionada à necessidade de sair da rua. Enquanto em alguns casos o sair da rua era colocado explicitamente como o fim em si, em outros, era tratado como pré-requisito para conseguir parar de usar drogas. Nessa lógica, a abstinência é urgente e se configura como a única solução possível para todos os problemas enfrentados, ou, ao menos, o pontapé inicial. A demanda por internação, então, não é exatamente uma escolha “livre”, mas uma resposta produzida e sustentada dialeticamente por inúmeras insuficiências e naturalizações, especialmente frente à precariedade das condições de produção de vida no território.

A relação das CTs com o território, entretanto, não se restringe a demandas individuais e pontuais levantadas pela população em situação de rua local. A atuação do próprio Programa Acolhe DF no território, mencionado anteriormente, se constitui como um exemplo disso. Há, inclusive, panfletos informativos do programa disponíveis no interior do próprio Candango, o que evidencia a presença concreta e cotidiana das CTs na rede de atenção local. Nesse sentido, ao considerar a relação entre CAPSad com as CTs, já antes do ingresso em campo eu reconhecia a alta probabilidade de contato estreito entre essas instituições. Tal expectativa se sustenta no fato

de que, embora suas abordagens sejam frequentemente compreendidas enquanto opostas e inconciliáveis, em outros contextos elas são apresentadas como complementares, sob o argumento de que possibilitariam abarcar as necessidades dos sujeitos em sua singularidade. Perspectiva esta que encontra respaldo institucional na própria inclusão das CTs na portaria que institui a RAPS (Brasil, 2011).

Então, como contraponto às minhas expectativas iniciais, em meu primeiro encontro com a gerente do CAPSad Candango, ao apresentar a proposta da minha pesquisa, uma falha inicial de comunicação fez com que ela sentisse a necessidade de explicitar a posição do serviço em relação às CTs. Na ocasião, ela enfatizou que o esforço ativo daquela unidade do CAPSad era no sentido de abolir o encaminhamento dos usuários a CTs, chegando a celebrar o fato de que, no ano anterior (2023), o serviço teria conseguido reduzir esse número de forma expressiva, registrando apenas um ou dois encaminhamentos.

A relação entre CAPSad e CTs, entretanto, não depende só de esforços particulares de cada serviço, sendo, em alguns casos, aparentemente imposta e inevitável. Tal constatação se tornou especialmente evidente durante uma reunião de equipe do Candango, da qual participei com o objetivo de me apresentar e expor a proposta da presente pesquisa. Embora esse fosse o propósito inicial, a possibilidade de acompanhar a reunião em sua integridade revelou-se particularmente elucidativa em diversos aspectos, sendo o episódio a seguir apenas um exemplo.

Durante a reunião, uma das profissionais responsáveis por conduzi-la, ao verificar a caixa de entrada do e-mail institucional, deparou-se com uma mensagem enviada pela Clínica Recanto, solicitando a realização de uma avaliação psiquiátrica de um determinado indivíduo, visando o encaminhamento para internação compulsória. De acordo com o previsto na nova(-velha) Lei de Drogas (Brasil, 2019), a avaliação deveria preceder a internação, no entanto, conforme exposto no

próprio e-mail, o indivíduo já se encontrava internado contra sua vontade na instituição. Após leitura da mensagem em voz alta, outra profissional relatou já ter respondido anteriormente um e-mail de conteúdo praticamente idêntico, sendo a única diferença o nome da pessoa a ser “avaliada”. Diante disso, ficou acordado que o e-mail em questão seria encaminhado à Subsecretaria de Saúde Mental (SUSAM), acompanhado de um posicionamento no qual se sustentava que os recursos extra-hospitalares não haviam sido esgotados, em desacordo com o que estabelece a lei vigente (Brasil, 2019).

O episódio descrito indica a recorrência desse tipo de solicitação e a tentativa de mobilizar o CAPS como instância posterior de legitimação de internações compulsórias já efetivadas. Dessa forma, à luz dessa experiência, torna-se evidente que a internação compulsória, que legalmente “deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável [...] e na hipótese comprovada da impossibilidade de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde” (Brasil, 2019, artigo 23), vem sendo operacionalizada em desacordo com os fluxos previstos. Tais práticas parecem apontar para uma dinâmica em que o CAPS é acionado não apenas para validar decisões previamente tomadas, mas também, conforme sugerido nas ponderações dos profissionais sobre o assunto, para viabilizar o financiamento das vagas pelo SUS.

Mesmo diante dos aparentes esforços tanto do CcE quanto do Candango em tensionar a centralidade ocupada pelas CTs no campo de atenção em álcool e outras drogas e, consequentemente, na gestão da população em situação de rua do SCS, a presença dessas instituições no território segue sendo sustentada por outras vias, sendo o Programa Acolhe DF apenas uma delas. O acesso ao conhecimento mais aprofundado sobre esses diferentes mecanismos de inserção e “recrutamento” das CTs no território não se deu de forma imediata, mas foi sendo construída ao longo do tempo, também à medida que minhas relações em campo se

transformavam. A partir do acompanhamento continuado das atividades do Café com Escuta e do CAPSad Candango, minha presença foi gradualmente se tornando familiar no território. Esse progressivo reconhecimento fez com que a mediação desses dispositivos deixasse de ser condição necessária para minha permanência e circulação, permitindo um deslocamento mais livre pelo território, ainda que atravessado pelas assimetrias próprias da minha condição de pesquisadora e, de forma ainda mais pronunciada, de psicóloga.

Inicialmente – e especialmente fora dos “muros” do CAPS – minhas primeiras interações com as pessoas em situação de rua foram marcadas por certa reserva e pela necessidade de diferenciação dos estigmas historicamente associados a essa população, conforme exposto anteriormente, processo que interpreto como expressão de uma desconfiança, não apenas compreensível, mas plenamente justificável. Em contraste, as interações com os usuários do CAPS, dentro da própria instituição, se mostravam, desde o início, mais abertas. Nelas, a relação com a rua e com o consumo de drogas, aparecia de forma muito mais naturalizada, integrada ao cotidiano e não necessariamente como elemento central ou definidor das narrativas compartilhadas comigo.

Tive a impressão de que a minha aparente vinculação ao CAPS funcionava, para muitos, como uma espécie de garantia de uma escuta sem julgamentos. Tal percepção pareceu se expandir ao resto do território, especialmente a partir do momento em que minha formação em Psicologia se tornou conhecida, informação que rapidamente circulou entre a população. Reconhecida como profissional de saúde, descrita por alguns como “legal”, “humilde” e alguém que estava ali “para ajudar”, minha posição em campo foi gradualmente se transformando. As interações passaram, então, a ser frequentemente mediadas por expectativas de cuidado, orientação ou mediação

institucional, de modo que comecei a ser abordada enquanto profissional inclusive por pessoas com as quais não possuía vínculos prévios, a partir de recomendações alheias.

Não era incomum que as demandas trazidas ultrapassassem minhas capacidades individuais e materiais enquanto pesquisadora e voluntária – na verdade, na maioria das vezes, era esse o caso. Ainda assim, para muitos, a simples atenção, escuta e acolhimento destas demandas pareciam suprir uma necessidade em comum e, aparentemente, negada de forma recorrente: a necessidade de ser visto, escutado e tratado como ser humano. Não à toa, o sentimento de gratidão manifestado pelas pessoas do território dirigia-se com frequência a gestos mínimos como os descritos aqui, geralmente atribuídos a capacidades próprias à minha formação profissional em Psicologia. Interações como essa, recorrentes em campo, chamam atenção não apenas por indicar o quanto o tratamento digno e humanizado se apresenta como exceção em trajetórias marcadas pela desumanização, mas também pelo modo como práticas essencialmente humanas apareciam como algo excepcional, especializado ou restrito a determinados saberes profissionais.

Paralelamente, apesar da alta rotatividade característica da população local, com algumas pessoas que permaneceram no território ao longo do período de observação participante foram sendo construídos vínculos mais estáveis. Cientes da minha condição de pesquisadora e da temática da minha pesquisa, algumas dessas pessoas passaram a me acionar não apenas como alguém a quem se podia recorrer em busca de ajuda ou apenas para conversar, mas também se colocando como informantes sobre o que acontecia no território, especialmente quando envolvia a atuação de CTs. Foi sobretudo nesse contexto relacional que essas instituições passaram a aparecer de forma mais recorrente e detalhada nas conversas, não apenas como demanda individual por internação – apesar dessa experiência nunca ter deixado de ser frequente –, mas também como informação territorial compartilhada, envolvendo práticas, fluxos, violações, etc.

Os relatos sobre ações realizadas por representantes de CTs no território, especialmente em frente ao CAPS, eram frequentes, com abordagens voltadas exclusivamente à internação. Embora eu mesma não tenha presenciado diretamente essas intervenções, seus efeitos e repercussões apareciam de forma reiterada nas narrativas compartilhadas comigo, indicando que se tratava de uma prática conhecida e cotidiana.

Com o passar do tempo, no entanto, uma presença insistente passou a chamar minha atenção. Se tratava de uma pessoa que circulava com frequência no território, utilizando um colete verde neon, sem, contudo, se apresentar explicitamente como integrante de alguma CT. Inicialmente, essa figura aparecia apenas como mais um dos muitos atores que transitam pelo espaço, porém com quem eu jamais havia tido a oportunidade de interagir. Analisando em retrospectiva, eu suponho que existia um esforço de distanciamento de sua parte, aparentemente deliberado, em relação aos demais projetos realizados no território, inclusive ao próprio CcE. A partir de diferentes depoimentos – inclusive da Flor –, eu fui informada de que se tratava de alguém que atuava com o mesmo propósito das intervenções realizadas em frente ao CAPS, que só resta chamar de *ações de recrutamento*.

Um relato em especial contribuiu para tornar mais evidente a lógica subjacente a essas ações. Em uma sexta-feira de Café com Escuta, eu fui abordada por um senhor, cuja intenção era desabafar sobre sua necessidade urgente de internação e como essa possibilidade havia acabado de ser-lhe negada. Segundo ele, em uma das intervenções realizadas em frente ao CAPS, após presenciar diversos jovens sendo convocados e aceitando seguir com os responsáveis pela ação, solicitou que também fosse levado para uma CT, alegando precisar muito de ajuda. Sua solicitação, no entanto, foi desconversada. Posteriormente, ele apenas observou, à distância, o responsável pela ação partir com os jovens recrutados, apesar de haver, segundo seu depoimento, outras pessoas

mais velhas que também solicitavam internação naquele momento e que também haviam sido ignoradas.

Tal episódio aponta a existência de critérios seletivos “implícitos” na definição do público a ser “atendido” pelas CTs. A exclusão de pessoas mais velhas e/ou percebidas como incapazes de trabalhar sugere um etarismo e/ou capacitismo estruturantes nessas práticas, no qual apenas corpos considerados produtivos são convocados. O próprio senhor que compartilhou o relato, embora não estivesse em idade tão avançada, afirmou que ter exposto ao “recrutador” algumas de suas deficiências, que o impediam de trabalhar, pareceu ter sido determinante para sua recusa. A dinâmica descrita, ainda que de forma abreviada, evidencia que a internação, longe de se orientar por necessidades de cuidado em saúde, parece responder a uma lógica de captação de força de trabalho, indicando a real agenda dessas instituições. Diante disso, denominar tais práticas como ações de recrutamento parece se justificar.

Em conclusão, as experiências aqui relatadas não se organizam em torno de aprendizados lineares, nem de vínculos idealizados. Mesmo atravessadas por encontros marcados pelo humor, pela troca e pela construção de relações pautadas no respeito e na reciprocidade possível, tais experiências se dão em um contexto no qual a precariedade, a violência e as desigualdades estruturais se impõem. Reconhecê-las enquanto centrais, entretanto, não deve implicar em fatalismos, nos quais a experiência de vida nas ruas fica reduzida à miséria ou à ausência. Ao longo da experiência em campo, por exemplo, tornou-se igualmente evidente a existência de redes informais de comunicação, cuidado e partilha, por meio das quais as pessoas em situação de rua produzem e fazem circular informações fundamentais para sua sobrevivência cotidiana. Saberes sobre locais de doação, possibilidades de atendimento, vagas em programas sociais, acesso a

benefícios, mutirões de regularização documental e acontecimentos recentes no território circulam de forma ativa, sustentando uma espécie de memória coletiva.

Nesse sentido, qualquer tentativa de narrar o campo exclusivamente a partir de seus aspectos potentes, também correria o risco de romantizar uma realidade cuja dureza se faz presente de maneira cotidiana e insistente. As práticas mencionadas, nesse sentido, não eliminam os conflitos internos, as hierarquias ou as contradições que marcam a vida nas ruas, tampouco neutralizam a violência imposta pelas políticas estatais e pelos dispositivos de controle. Evidenciam, no entanto, que o território não se organiza apenas a partir da escassez, mas também da produção de vínculos, estratégias coletivas e formas situadas de cuidado, muitas vezes invisibilizadas ou deslegitimadas pelos discursos institucionais. A partilha de comida, recursos, experiências e, inclusive, de substâncias são exemplos disso. Longe de expressar desordem moral, revelam modos concretos de gestão da vida em contextos de extrema vulnerabilização.

Trata-se, então, de compreender o território como um campo atravessado por forças contraditórias, no qual violências e práticas de resistência coexistem, se tensionam e se reorganizam continuamente. Tal compreensão não impede, entretanto, a sensação recorrente de que “poderia ter sido feito mais”, mesmo reconhecendo que sustentar essa sensação exclusivamente no plano individual não seria apenas injusto, mas analiticamente equivocado. Afinal, constitui-se menos como uma insuficiência pessoal e mais como expressão de um arranjo estrutural, em que responsabilidades que deveriam ser do Estado são transferidas/terceirizadas para sujeitos isolados, ao mesmo tempo em que limita-se radicalmente as possibilidades de ação. Reconhecer essas limitações não elimina a implicação ética, mas a reinscreve em um plano coletivo e político.

É nesse percurso, marcado pela construção gradual de vínculos, pelo reconhecimento mútuo e pelas assimetrias que atravessam a relação entre pesquisadora e interlocutores – para além das de classe, gênero e raça –, que se tornaram possíveis não apenas as observações e interações cotidianas descritas até aqui, mas também a realização das entrevistas que também compõem o *corpus* empírico da presente pesquisa. Trata-se de uma continuação do processo de inserção em campo aqui descrito e como parte constitutiva do mesmo chão relacional, ético e político a partir do qual se produzem as análises desenvolvidas ao longo do trabalho.

Ainda sobre as entrevistas, cabe destacar que sua realização não se deu de forma linear, planejada ou idealizada. Ao contrário, foi atravessada por uma série de obstáculos que, na prática, limitaram significativamente a possibilidade de entrevistar pessoas que não estivessem institucionalmente vinculadas ao CAPS. A alta rotatividade da população no território impõe desafios constantes à continuidade dos vínculos e, conseqüentemente, a possibilidade de marcação de encontros em datas previamente definidas. Tal característica também se reproduz no CAPS enquanto serviço territorial, porém, durante minha experiência, alguns usuários se tornaram familiares pela assiduidade com que participavam das atividades propostas, com presença regular e previsível, o que possibilitou não apenas a construção de vínculos mais estáveis, mas também a realização de entrevistas em dias e horários nos quais essas pessoas já estariam na instituição, por vezes inclusive marcados previamente.

Já no caso das tentativas de convite realizadas no âmbito do Café com Escuta, cuja alta rotatividade limita algumas das interações a um primeiro contato e/ou encontros esporádicas, com o tempo passei a convidar alguns daqueles que mencionavam espontaneamente, em conversas informais, experiências em CTs para realização imediata da entrevista. Enquanto algumas pessoas recusavam de forma irredutível a participação, alegando não ter com o que contribuir – mesmo

quando relatavam informalmente experiências detalhadas em CTs –, outras se mostravam dispostas, mas nunca no momento de encontro. Em alguns casos, datas chegaram a ser combinadas, sem que os encontros se concretizassem. Cheguei a encontrar alguns destes em outros momentos, porém sempre em contextos de pressa, cujas interações ficavam praticamente suprimidas a pedidos de desculpas, a partir de diferentes justificativas para a ausência, perfeitamente compreensíveis. Episódios como esses evidenciam como a rigidez dos dispositivos de marcação e encaminhamento se mostra pouco compatível com modos de vida marcados pelo deslocamento constante e por condições materiais que frequentemente inviabilizam a organização do tempo segundo calendários formais.

Diante dessa realidade, todos os seis participantes da pesquisa estavam, à época, vinculados ao CAPS. O contato foi mediado, então, pela instituição, com exceção de um, com quem eu já havia estabelecido contatos prévios ao meu ingresso em campo, a partir do movimento de luta antimanicomial. Sobre este último, a convivência possibilitada pelo Café com Escuta e, de forma mais esporádica, por atividades promovidas pelo CAPS, permitiu nossa aproximação, a construção de vínculo e, posteriormente, seu aceite em contribuir com a pesquisa. De forma semelhante, o convite a outros dois participantes foi resultado da continuidade de vínculos que já vinham sendo construídos e fortalecidos ao longo do trabalho de campo, porém de forma mais pronunciada a partir do acompanhamento frequente das atividades e oficinas do Candango.

Já o contato com outros dois interlocutores se deu a partir de indicações de profissionais do próprio serviço, o que pareceu influenciar no aceite do convite por parte de ambos. Por fim, o sexto participante foi convidado a partir de uma interação inicial, durante uma das oficinas do CAPS. Naquele momento, apesar de já estar acompanhando as atividades da instituição há algum tempo, era a primeira vez que o encontrava. Nossa longa conversa naquele encontro levou, ainda

no mesmo dia, à marcação de uma entrevista para o dia seguinte, de acordo com sua própria disponibilidade, evidenciando o caráter contingente e relacional que marcou todo o processo de produção das entrevistas.

Além de vinculados ao CAPSad, todos os seis participantes entrevistados também eram homens, o que exige explicitação. Ainda que a população em situação de rua seja majoritariamente masculina (OBPopRua, 2024; IPEDF, 2024), a ausência de mulheres entre os participantes não pode ser tomada como mero acaso, tampouco como dado irrelevante. Ao contrário, ela remete a determinações concretas do próprio campo, atravessado por desigualdades de gênero que incidem tanto sobre a presença e circulação das mulheres no território quanto sobre suas possibilidade de vinculação com os serviços territoriais.

Durante o trabalho de campo, as mulheres apareciam em número reduzido tanto no território quanto no CAPSad, em consonância com levantamentos censitários e delineamento de perfil sociodemográfico realizados em CAPSad (Mastroianni et al., 2016; Lima et al., 2025). No interior do serviço, a presença de mulheres em situação de rua era ainda mais rara. A maioria das mulheres com quem tive contato no CAPS não estava em situação de rua e, entre aquelas que estavam, era frequente que comparecessem acompanhadas por parceiros ou de forma mais esporádica. Tal presença rarefeita não parece decorrer apenas do fato de serem minoria numérica, parecendo relacionar-se também à estigmatizações específicas que recaem sobre mulheres usuárias de drogas e em situação de rua em uma sociabilidade patriarcal, já mencionadas anteriormente, nas quais tais experiências tensionam expectativas socialmente naturalizadas de feminilidade, associadas ao recato, ao espaço privado, ao cuidado e à submissão. No caso do CAPSad, contudo, não parece ser apenas essa estigmatização que afasta essas mulheres do serviço, mas também a

própria composição majoritariamente masculina do espaço e as experiências de violência que a atravessam.

Nesse sentido, a menor presença feminina em campo não pode ser dissociada das condições concretas de insegurança e vulnerabilização às quais essas mulheres estão constantemente submetidas. Durante minha experiência, por exemplo, soube por terceiros que uma das poucas mulheres em situação de rua vinculadas ao serviço, então em acolhimento integral, havia sofrido uma tentativa de estupro durante a noite, na área de permanência noturna do CAPSad III. O episódio, embora não tenha sido objeto direto da pesquisa, foi marcante por explicitar como mesmo espaços que, em princípio, se apresentam como de cuidado podem reproduzir violências que afastam as mulheres do acesso e permanência. Não por acaso, a interação com mulheres em situação de rua, foi, em minha experiência, atravessada por mais obstáculos, reservas e posições defensivas do que aquelas encontradas nas interações com os homens.

Também não parece irrelevante que, ao longo da experiência em campo, os homens tendessem a iniciar mais frequentemente as interações, ocupar de forma mais expansiva os espaços coletivos e monopolizar a palavra, mesmo quando havia mulheres presentes. As mulheres, ao contrário, parecem tender ao isolamento, aparecendo de modo mais esporádico e reservado. Enquanto com muitos homens, por exemplo, a manutenção dos vínculos se viabilizava pela frequência às atividades do Café com Escuta e do Candango, com essas mulheres a aproximação muitas vezes exigia buscas mais ativas, muitas das quais não resultavam necessariamente em encontros efetivos. A vinculação com elas encontrou, portanto, muito mais obstáculos do que aquela estabelecida com os homens.

Se, por um lado, antes de ingressar em campo, eu supunha que as interações seriam predominantemente marcadas pela desconfiança e pela retração, por outro, a experiência mostrou

que, ao menos com os homens, as aproximações eram, via de regra, mais imediatas e frequentemente iniciadas pelos próprios. Nisso, eu era constantemente remetida à minha condição de mulher, branca e lida socialmente a partir de determinados marcadores de feminilidades, o que parece ter sido facilitador de determinadas aproximações masculinas. Já com as mulheres, a maioria das interações, quando possíveis, eram iniciadas por mim, raramente se concretizando em longas conversas, muitas vezes interrompidas pelos próprios homens presentes no território, enquanto espaço marcado pela falta de privacidade.

Houve, ainda assim, tentativa de convite a uma mulher em situação de rua para participação na pesquisa, após esta compartilhar comigo relatos sobre experiências de passagens por CTs. Ela foi uma das poucas que conheci através do CAPS. Após sucessivas interações e alguma aproximação, ela compartilhou aspectos importantes de sua trajetória, marcada por violências diversas, inclusive agressões físicas, violência sexual e negação do direito à maternidade. Quando convidada a participar da pesquisa, sua primeira reação foi recusar, destacando que suas passagens por CTs não diziam respeito a “problemas com drogas”, como se este fosse um critério de exclusão para sua participação. Após minha tentativa de esclarecer que o foco da pesquisa não era restringido ao consumo de drogas, mas ao papel das CTs para a PSR, sua recusa passou a se apoiar em argumentos autodepreciativos semelhantes aos apresentados por alguns homens que também recusaram o convite, relacionados à ideia de não ter com o que contribuir ou de não possuir capacidade suficiente para participar.

Trata-se, portanto, de uma limitação da presente pesquisa. A realização de entrevistas exclusivamente com homens também expressa características do próprio campo e das formas desiguais de exposição, circulação, fala e participação entre homens e mulheres em situação de rua. Se, por um lado, isso restringe o alcance das análises aqui produzidas, por outro, evidencia a

necessidade de maior aprofundamento, em pesquisas futuras, sobre as experiências das mulheres nas relações entre situação de rua, uso de drogas, cuidado e institucionalização.

CAPÍTULO IV

“CENTRO DE RECUPERAÇÃO NÃO RECUPERA NINGUÉM. ELES ESTÃO ALI PORQUE QUEREM GANHAR EM CIMA DE VOCÊ”. AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA E CONTRA A PSR

No presente capítulo, me debruço sobre os resultados da pesquisa de campo, discutindo-os, a partir do referencial teórico e dos objetivos supracitados. Cabe ressaltar que o capítulo anterior, no qual apresento e discorro sobre a realidade que constitui o objeto de pesquisa, focando no percurso metodológico, isto é, na imersão no campo e suas implicações, já contém resultados - que, por sua vez, trazem consigo algum tipo de discussão.

Porém, considerando a complexidade e a riqueza dos dados produzidos, com a imersão profunda feita por mim como pesquisadora, avaliei ser fundamental apresentá-la de maneira mais detida, mesmo correndo o risco de que viesse já a adentrar em alguns dos ditos “resultados”. Por outro lado, estes imbricamentos também são sinalização para certas divisões que fazemos com intuito de melhor organizar a exposição, mas que por vezes se chocam com o próprio movimento do real, da pesquisa e da produção de conhecimento e seu caráter dialético; não sendo separados de maneira nítida, por vezes, ou sendo dicotômico. Este alerta é ainda mais relevante quando se trata de pesquisas como esta, de inspiração etnográfica, na qual as próprias posições pesquisadora e pesquisados(as), entre sujeito e objeto, são menos apartadas ainda; pelo contrário uma constitui a outra.

Primeiramente, fornecemos uma breve apresentação das trajetórias das seis pessoas que frequentavam o SCS em algum momento da realização de nossa imersão e as quais entrevistamos. Todas elas tiveram alguma vivência na e com a rua, tendo sido também internadas em CTs. Suas

trajetórias, mesmo que apresentadas de maneira sintética, nos permitem uma primeira aproximação e compreensão sobre como elas, nas suas singularidades, manifestam as particularidades da produção de vida nesta sociabilidade, inclusive, sobre como as drogas e as relações estabelecidas com elas compõem um cenário complexo e multideterminado, exemplificando a dialética singular-particular-universal (Pasqualini & Martins, 2015). No capítulo anterior, descrevemos como se deu este processo, de contato e de realização das entrevistas.

Posteriormente, de modo a organizar os achados, objetivando uma exposição coerente e a facilitação do entendimento, eles serão apresentados divididos em três eixos temáticos, a saber: (a) a relação com as drogas; (b) a relação com o estar em situação de rua; e a relação com as CTs. Advirto que esta separação cumpre uma finalidade didática, com os eixos se relacionando entre si e muitos de seus conteúdos se co-constituindo.

4.1 Apresentação dos participantes

Visando preservar o anonimato dos participantes e, ao mesmo tempo, manter a dimensão narrativa de suas trajetórias, optou-se por utilizar pseudônimos associados a ideias de movimento, deslocamento e percurso: Travessia, Caminho, Marcha, Estrada, Rota e Rumo. A escolha desses nomes é inspirada em trajetórias definidas em algum momento a partir da andarilhagem, da mesma forma que já reafirma que as singularidades de tais indivíduos dizem de processualidades, dos próprios indivíduos como movimento, expressando - de maneira singular - as particularidades de nossa sociabilidade, suas estruturas dinâmica e lógica de funcionamento, como mediações da universalidade humana, numa relação dialética *singular-particular-universal* (Pasqualini & Martins, 2015). Os personagens serão apresentados na ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Travessia tem cerca de 30 anos, se reconhece como homem negro e relata aproximadamente nove anos em situação de rua, vividos de forma descontínua. Sua trajetória é marcada por processos precoces de psiquiatrização, que produziram experiências reiteradas de tutela e controle. A saída de casa, nesse sentido, não se deu como um movimento direto rumo à rua, mas como tentativa de romper com esse lugar e assumir algum grau de condução sobre a própria vida. Travessia narra sua trajetória a partir dos lugares que pode conhecer. Sua relação com a rua, assim como com o trabalho, não se organiza de forma linear ou definitiva, mas em ciclos que se interrompem e se reatualizam, frequentemente atravessados por experiências institucionais. Suas duas passagens por CTs foram curtas e ocorreram a partir de “convites” por parte de grupos que realizam ações de cunho caritativo no território, sem que ele próprio reconhecesse um consumo problemático de drogas. Travessia atravessa e se deixa atravessar: sua circulação produz marcas, provoca deslocamentos e tensiona naturalizações, inclusive nas relações estabelecidas em campo. Sua agência não se expressa como imunidade aos atravessamentos institucionais, mas como capacidade de selecionar, comparar, questionar e ressignificar aquilo que faz sentido para si. Trata-se de uma travessia que não apaga a violência dos atravessamentos que o constituem, mas evidencia a possibilidade de agência na forma como esses atravessamentos são significados, negociados e, por vezes, recusados.

Caminho, por sua vez, é um homem branco, com cerca de 40 anos de idade e 20 anos em situação de rua. Sua trajetória é atravessada por perdas e rupturas de vínculos, narradas predominantemente a partir da dependência das drogas. A fé ocupa lugar central em sua trajetória e na forma como esta é narrada, em que sofrimentos, perdas e precariedade são traduzidas em gramáticas religiosas como provas, quedas ou desvios de um caminho que precisa ser continuamente retomado. Em sua narrativa, a abstinência aparece como único horizonte legítimo

de transformação da vida, ainda que ele próprio afirme, reiteradas vezes, que para ele “já não tem mais esperança”. Tal afirmação convive, no entanto, com a permanência da busca por cuidado, expressa tanto na procura por serviços como o CAPS quanto na continuidade das internações em CTs, somando mais de 40, nenhuma delas com duração superior a três meses. O nome Caminho não é para descrever um percurso linear ou progressivo, tampouco a uma direção clara de chegada. Ele nomeia, antes, a permanência na busca, mesmo quando o horizonte parece interditado. Caminho segue andando não porque acredita plenamente na chegada, mas porque interromper o caminhar significa desistir de si.

Marcha é um homem negro, com cerca de 40 anos, cuja trajetória é marcada por mais de duas décadas em situação de rua, de acordo com ele, consequência do vício. Diferentemente dos demais participantes, no momento da entrevista ele já não se encontrava nessa situação. Mesmo tendo retornado à casa de familiares, permanece em busca de moradia própria, por meio de políticas de habitação. Sua trajetória é atravessada por sucessivas internações em CTs, cujo número ele próprio afirma ter perdido as contas. Em sua narrativa, o CAPSad ocupa papel central como espaço de inflexão de sua trajetória, não por prometer soluções imediatas, mas por possibilitar a construção de vínculos, redes de apoio e formas de pertencimento que reconfiguram sua relação consigo e com o mundo. Marcha enfatiza reiteradamente a importância das relações sociais como condição de possibilidade para qualquer transformação, deslocando a ideia de mudança do plano individual para o coletivo. É nesse percurso que a militância e vínculo com movimentos de luta social emerge como dimensão estruturante de sua existência. É potência, porém atravessada pela sensação recorrente de impotência diante da violência estrutural que combate. O nome Marcha denota o caráter coletivo de seu movimento, sustentado por referências, alianças e redes de apoio. Marcha não caminha só: avança acompanhado, mesmo quando o avanço é lento, tensionado ou

incerto. Sua história evidencia que a possibilidade de transformação não se produz sozinho, mas na construção compartilhada e comunitária de caminhos comuns.

Estrada é um homem branco, com quase 60 anos. Sua trajetória em situação de rua tem início por volta dos 40 anos, após uma série de rupturas de vínculos, marcadas por conflitos familiares, violência, pelo consumo, instabilidades empregatícias e desemprego. Antes disso, havia vivido outras configurações de moradia – sozinho, casado, com amigos – até retornar à casa dos pais após uma separação. A expulsão definitiva do lar, após um confronto com o pai, coincide com o início do consumo de crack. Mesmo tendo retornado a morar com a mãe em determinado momento, Estrada relata que já não conseguia mais “ficar em casa”, atribuindo a razão disso ao consumo. O “pegar a estrada” surge como necessidade nesse contexto. Desde então, o movimento passa a ser eixo organizador de sua vida. Diferentemente de outros participantes, sua relação com as CTs é episódica. Estrada relata ter passado por três ou quatro internações, sempre breves e “acionadas” em contextos específicos, sobretudo em cidades onde não havia albergues ou dispositivos públicos de acolhimento disponíveis. Seu deslocamento se organiza em uma lógica pragmática: permanecer por um período, garantir algum recurso, acessar passagens e seguir viagem. O movimento é constante, mas não aleatório. É produzido na articulação entre necessidade, oportunidade e as possibilidades – muitas vezes restritas – oferecidas pelas políticas disponíveis. O nome Estrada expressa como ele próprio produz sentido sobre sua trajetória. Enquanto muitos tendem a narrar as próprias histórias centralizadas na relação com as drogas/“dependência química”, Estrada se faz nas viagens, narradas como aventuras: pelas cidades percorridas, pelos encontros e obstáculos impostos, tratados em retrospectiva com humor. A estrada aparece, assim, não apenas como consequência de rupturas de vínculos, mas também como espaço de experiência, invenção e afirmação de si.

Rota é um homem pardo, com cerca de 50 anos, cuja trajetória em situação de rua se estende por aproximadamente 15 anos, de forma descontínua. Sua narrativa é fortemente organizada em torno da dependência de drogas, compreendida por ele como consequência de uma “família disfuncional” e como condição permanente, incurável. A igreja evangélica ocupa lugar central em sua trajetória, inicialmente como espaço de “salvação” e reorganização da vida. Durante esse período, permaneceu 17 anos em total abstinência, inserido ativamente na vida religiosa, chegando a atuar como pastor e a circular por diferentes cidades para pregar. O rompimento com a igreja, narrado a partir de decepções institucionais, marca o que Rota descreve como o “despertar” da doença, inaugurando um ciclo prolongado de internações em CTs. Afirma ter perdido as contas de quantas vezes foi internado, sendo a primeira delas mediada por um pastor. A partir daí, as CTs passam a ocupar lugar central em sua trajetória, especialmente como alternativa ao medo de permanecer na rua, passando no máximo duas ou três noites fora dessas instituições. Ao contrário dos outros participantes, sua última internação se estendeu por um ano, sendo a única – e o único – em que permaneceu até o fim do período previsto para o “tratamento”. O nome Rota expressa um movimento orientado por destinos claros e prescritos – pela religião, pelo trabalho, pela internação, etc. – sem que isso elimine a agência. Esta se expressa, por exemplo, nas recorrentes fugas das instituições, ainda que por ele próprio compreendidas como efeito da compulsividade, crise de abstinência etc.

Rumo é um homem branco, com quase 60 anos. Sua trajetória é marcada por deslocamentos constantes desde muito jovem, circulando por diferentes regiões do país e vivendo longos períodos em diversas cidades. Viajar, conhecer outros modos de vida e “ver como as pessoas daquele lugar são” aparece como eixo estruturante de sentido, mesmo quando esse movimento se dá em condições de incertezas e precariedades. Atribui tanto a necessidade de sair

de casa como o contato com as drogas a conflitos familiares, interpretados como marca formativa do sofrimento e desamparo, contexto do qual precisava escapar. Não à toa, o uso de álcool e outras drogas, além de descrito como precoce, também é definido como recurso de “anestesia” e “fuga”. Já seu contato com a situação de rua se consolida mais tarde, na vida adulta, quando seu consumo se intensifica e passa a demandar pausas recorrentes para “descansar o corpo”, compondo um ciclo em que a internação aparece como possibilidade de refúgio provisório: “férias da rua”, como ele próprio nomeia. Sua relação com as CTs, dessa forma, é extensa, sendo Rumo mais um entre os participantes que afirmam terem perdido as contas de quantas vezes foram internados, quase sempre por períodos curtos, criticando, a partir disso, a padronização do modelo de “tratamento” imposto a todos. Nos últimos anos, ele descreve uma importante inflexão em sua trajetória: o contato com a Redução de Danos, que o permite não só alcançar a tão almejada abstinência, mas também compreender o próprio consumo como relação singular complexa, assim como a insuficiência de “tratamentos” padronizados, que partem de “receitas” prontas. Nesse processo, sua relação com a religião também vai sendo ressignificada. Se por um lado compreende seu contato com a religião evangélica como um “atraso”, narrando-a como forma de captura do sofrimento e vulnerabilidade, assim como obstáculo para acessar outras possibilidades de tratamento e cuidado; reconhece que, em determinados momentos, funcionou como apoio imediato quando “não existia outra forma” disponível. Rumo também formula críticas contundentes às políticas que mantêm a vida em provisório, insistindo que a moradia e condições materiais estáveis deveriam ser prioridade para qualquer cuidado que não recaia na repetição do ciclo rua-instituição. O nome Rumo, então, não se refere a um destino garantido, nem a um caminho linear, nomeando uma orientação em disputa: a tentativa de produzir direção para si mesmo em um cenário que empurra continuamente para circuitos de controle e contenção. Para Rumo o movimento aparece

como busca insistente de reorganização, na qual o que está em jogo não é apenas parar de usar, mas restituir alguma possibilidade de futuro fora do provisório.

O que tais sínteses (re)afirmam e, dialeticamente, denunciam é que a relação estabelecida com as drogas e as implicações dela não se dão num vácuo sócio-histórico, sendo, ao contrário, determinada socialmente, dizendo de um produção social e histórica. Nos casos elencados ficam bastante evidenciados a máxima apreendida por Marx (2008) de que o concreto é concreto por ser a síntese de múltiplas determinações. A concretude das singularidades de Travessia, Caminho, Marcha, Estrada, Rota e Rumo manifestam justamente as particularidades de um modo de produção exploratório, opressivo, alienado e alienante e suas especificidades em nosso país, no Distrito Federal, em Brasília, na conjuntura atual. As trajetórias acima resumidas são encarnações dinâmicas, em movimento de nossas estruturas desiguais classistas, racistas, patriarcais, dentre outras condições que as denunciam, junto do caráter desumanizante imanente desta sociabilidade. Eis a singularidade como via de acesso ao universal humano, mediados pelas particularidades que cimentam a vida social (Pasqualini & Martins, 2015)¹⁰, que determinam nossas produções de vida e, nisso, como vivemos, nos relacionamos uns com os outros, com as coisas (p. ex. com as drogas-mercadorias) e com nós mesmos.

As drogas e as relações com elas se inserem como mais um componente dessa dinâmica ou teia complexa, não como algo isolado ou entidade autônoma e ensimesmada, por mais que tenham também as suas especificidades e uma relativa autonomia - mas nunca integral. Os casos abordados negritam como o caráter “problemático”, a dependência e/ou as implicações deletérias de tais relações devem ser analisados e compreendidos nas/pelas relações com outras

¹⁰ Quanto às especificidades das determinações e mediações de gênero, a partir das singularidades de mulheres, nas/pelas relações com as de raça, classe, dentre outras, indicamos o trabalho de Ana Luísa Coelho Moreira (2022), que se pôs a compreender os significados que mulheres negras em situação de rua atribuem às suas vivências e às suas narrativas de vida.

manifestações ou desdobramentos da “questão social”, já que se produzem nas relações umas com as outras, sob a pena de serem descaracterizados, em caso de fragmentações. Por vezes estas mesmas relações, por mais que possam ter implicações deletérias, também servem para amortecer, para dirimir ou tentar sanar condições igualmente ou mais deletérias de uma produção de vida atravessada por violências, lacunas e desumanização. Em hipótese alguma isso quer dizer alguma romantização da tais relações; apenas uma constatação, baseada em uma análise realista, que retira o foco da droga, já que ela não se auto (re)produz ou explica por si mesma, circunscrevendo as relações que se estabelecem com ela justamente nos marcos e condições nas/pelas quais elas se produzem e existem.

Da mesma forma, as sínteses das trajetórias de Travessia, Caminho, Marcha, Estrada, Rota e Rumo também atestam algo que abordaremos mais à frente, mas que já adiantamos: como determinadas trajetórias, como as da população em situação de rua, são comumente atravessadas e constituídas por violências “adicionais”, só que na forma de instituições que se pressupõem de tratamento, de cuidado, assistência e afins, no que Mallart (2019) nomeou de arquipélago. Eis o *duplo* da doença mental, conforme caracterizado por Basaglia (2010) e que podemos aferir também para a dependência de drogas e relação com a rua: não basta a complexidade da situação em si, não bastam as violências que resultam na situação em si, as respostas - sobretudo via instituições e até mesmo a partir das mediações do Estado - reclamam por mais violência e as materializam, num *continuum*. Neste ínterim, as CTs, na sua condição manicomial, aparecem como mais uma das ilhas deste arquipélago de institucionalização e violência, corroborando-o, normalizando-o e naturalizando-o, principalmente porque se mistifica e se oculta no que se é, ao se apresentar como acolhimento, tratamento e, pior, cuidado.

Não só as expressões ou desdobramentos da “questão social” encarnadas em Travessia,

Caminho, Marcha, Estrada, Rota e Rumo, e suas múltiplas determinações e mediações sociais, raciais, de gênero, territoriais, dentre outras, formam uma totalidade (dinâmica, em movimento, contraditória). A concretude deles - e deles como indivíduos que foram internados em CTs - dizem, dialeticamente, da concretude das instituições - como as CTs - nas quais foram internados. Como ensinou Fanon (2020), se “você quiser se aprofundar na estrutura de determinado país, é preciso visitar seus hospitais psiquiátricos” (p. 261), isto é, os manicômios - bem como outras instituições que totalitarizam e reproduzem a violência capitalista. Basta que vejamos quem está em tais instituições, como e por que está. Da mesma forma, quem não está nelas? Não que desejemos que alguém esteja nas CTs, mas compreender quem, concretamente, é requerido por elas e nelas é depositado, nos permite avançar na apreensão de quais estruturas de exploração e opressão tais instituições materializam e reproduzem.

As formas de gerenciar tais indivíduos e o que suas singularidades encarnam e expressam, em termos das contradições produzidas pelo próprio capitalismo, também tendem a se plasmar, com as especificidades encontrando um denominador comum, numa unidade na diversidade: a gerência coercitiva, asilar/segregatória, em suma, violenta. Quase que de maneira milagrosa, as CTs “surtem” como saídas, alternativas, como se fossem naturais, brotassem do nada, ou fossem proprietárias privadas de determinadas vidas ou condições. Ao contrário, elas comparecem como forma de concretizar este processo, nestas condições e cumprindo tais funções, da mesma forma que, ao fazerem isto, o justificam, numa tautologia. Dessa forma, elas são convocadas ou requeridas, antes de tudo, para atender e reproduzir esta dinâmica coercitiva, ao passo que se convocam e se autorrequerem a ocupar tais papéis.

A concretude das singularidades dos seis participantes e a forma como eles vêm sendo tratados, com as CTs sendo um dos exemplos de um *modus operandi*, denunciam também como

tais instituições reproduzem nossas estruturas sociais de classe, racistas, patriarcais etc., como já fora há muito denunciado pelo Movimento da Luta Antimanicomial, conforme *Manifesto de Bauru*: “[o]” manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987, parágrafo 4).

Ao contrário de determinismos “sociológicos”, ou estruturalismos e mecanicismos, que apagam a agência humana e as próprias singularidades, as reflexões aqui apresentadas, justamente a partir das singularidades de Travessia, Caminho, Marcha, Estrada, Rota e Rumo, mesmo que resumidas, também reafirmam na própria sobrevivência dos seis, e seus caminhos para isto, que o ser humano se reafirma humano e humaniza, mesmo em face de toda a desumanização sofrida.

4.2 A relação com as drogas

Embora os relatos dos participantes sejam obviamente marcados por experiências singulares, é importante considerar que as formas individuais de compreender, organizar e justificar a relação com as drogas não se produzem de maneira autônoma, em um vazio histórico. Tais interpretações são mediadas por modelos socialmente disponíveis de inteligibilidade – que mais organizam os sentidos do que propriamente explicam os fenômenos –, cuja circulação geralmente expressa relações e estruturas de poder historicamente constituídas. Em outras palavras, os sujeitos interpretam sua experiência a partir de categorias que não produzem livremente, mas que lhes são oferecidas – ou até impostas ideologicamente, também pela falta de alternativas – por uma sociedade, cujos saberes, crenças e valores hegemônicos tendem a estar alinhados aos interesses das classes dominantes.

Diante disso, em consonância com o encontrado ao longo da experiência de observação participante, a partir de conversas informais com diferentes interlocutores, as narrativas da maioria dos participantes em relação às drogas encontram-se fortemente atravessadas por três formações discursivas fundamentais, sob as quais a instituição das “drogas” enquanto questão social foi historicamente balizada: a medicalização, a criminalização e a moralização (Fiore, 2008). Como aponta o autor, estas “só podem ser separadas analiticamente” (p. 144), uma vez que, na realidade concreta, influenciam-se mutuamente na produção e circulação dos discursos sobre o tema. Evidência disso é o fato de que, independente da formação discursiva, a droga é majoritariamente tratada como o centro, o mal em si, o inimigo interno, uma ameaça à ordem social vigente, a variável independente, capaz de explicar por si só trajetórias marcadas por sofrimento e exclusão (Costa, 2022; Costa, 2025) - tal como apreendemos na revisão da literatura, no capítulo anterior. Ao ocupar esse lugar, a droga passa a explicar tudo e, justamente por isso, deixa de ser explicada. Tais leituras sustentam o proibicionismo, enquanto modelo hegemônico quando o assunto é drogas

- bem como outros mecanismos que se imiscuem a ele, como a manicomialização e o higienismo social, no que se refere à população em situação de rua.

Não por acaso, a relação com as drogas tende a ser narrada pelos participantes menos como uma relação e mais como uma determinação unilateral exercida pela substância sobre a vida dos sujeitos, ainda que as próprias experiências relatadas revelem contradições e deslocamentos que escapam essas “explicações” hegemônicas, tensionando-as a partir da materialidade da vida vivida. Não obstante, a droga costuma emergir em algumas das narrativas como o verdadeiro sujeito da cena. É agente ativo, dotada de força própria, capaz de “dominar”, “destruir” e “arruinar” trajetórias, enquanto o usuário aparece majoritariamente como objeto passivo desse processo, alguém que “caiu”, “foi vencido” ou “perdeu o controle”, de acordo com seus próprios termos.

“Sem palavras, não tem adjetivo pra falar de uma droga tão violenta como crack, tão destruidora, tão avassaladora, tão... Transformou o homem em um animal, em um bicho” (Rota). Temos, assim, não apenas uma inversão da relação sujeito e objeto, com o segundo (a droga) se tornando o primeiro e vice-versa, como a substância, que é também produto da ação humana, adquirindo atributos humanos e poderes (sobre)humanos.

Porque o que eu uso, ela te força a usar [...] Ela força o teu corpo a usar, com fissuras, com vontades, com tentações, com atormentações, com irritações, com ansiedade. Isso tudo é sintoma. Da vontade de usar, do forçamento espiritual de tu usar. (Caminho)

Considerando o perfil dos participantes, enquanto usuários de um serviço especializado como o CAPSad, não é surpresa que a relação com as drogas seja comumente explicada a partir do prisma do vício/adicção/“dependência química”. É como se a dependência, e nos marcos biomédicos psiquiatrizantes, fosse a única forma de relação com as drogas - ou melhor, das drogas com os sujeitos objetificados/coisificados. A partir dessa lógica, não apenas o consumo abusivo é compreendido como uma consequência direta dos efeitos químicos das substâncias – e/ou da própria “doença” –, mas também os demais acontecimentos que marcam negativamente suas trajetórias, sendo a situação de rua tratada como uma das consequências “máximas” da “dependência química”: “Ah, eu fui parar na rua por causa da dependência química, né? Da droga” (Caminho). A droga – ou a doença provocada pela droga – assume, então, para alguns participantes, um caráter explicativo totalizante, que, ao permitir interpretar e justificar “fracassos”, rupturas de vínculos e sofrimentos diversos, acaba por obscurecer as mediações sociais, históricas e materiais que atravessam essas experiências, invisibilizando, ainda, suas próprias trajetórias (Mendes, 2018). “[...] vamos supor, o cara tá bem, tem uma família, ele tem tudo, né? Aí saí do emprego, perde a sua família, perde tudo. Aí onde eles ficam? Ficam na rua”

(Marcha).

Ao longo da experiência em campo, os diferentes relatos ouvidos em conversas informais, não divergem significativamente no que diz respeito à centralidade atribuída à droga enquanto ponto de partida e explicação para uma “vida de devastação”. No entanto, fora dos muros do CAPSad, os discursos tendem a ser mais atravessados por perspectivas estritamente moralizantes sobre o próprio consumo, de forma a, não raramente, este aparecer explicado como desvio moral, fraqueza, falha individual ou falta de força de vontade. Em relação ao consumo alheio, a centralidade da droga permanece, porém como chave interpretativa para os mais diversos conflitos territoriais, inclusive dentro de serviços, como o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (CentroPop). Nesses casos, não só a moralização, como a criminalização do consumo é bastante comum, não raro justificando práticas violentas, principalmente policiais. Isso se expressa, por exemplo, nas recorrentes diferenciações entre usuários de drogas lícitas e ilícitas, bem como nos distintos tratamentos considerados legítimos para cada grupo, revelando hierarquias morais que se articulam diretamente à criminalização. Ora, se a droga é um mal em si, e mesmo assim é consumida, tal mal desloca-se para o indivíduo, com o combate e a criminalização à primeira sendo transferidos também ao segundo. No entanto, não para todo e qualquer indivíduo: não só a classe, como categoria fundamental, mas ainda fragmentações internas complexificam a compreensão sobre a desumanização dos (ou de alguns) usuários de drogas.

Essas tentativas de diferenciação, recorrentes ao longo da experiência de campo, revelam um importante mecanismo de proteção e validação individual, a partir da produção de hierarquias internas e externas entre usuários, que, entretanto, os aliena enquanto classe - e mesmo como fração da classe trabalhadora em situação de rua. Tal cenário se expressa de forma ainda mais

paradoxal dentro do CAPSad, em que a patologização do próprio consumo convive com a criminalização do consumo alheio. Observou-se uma tendência, tanto entre os entrevistados, quanto entre outros usuários com quem foi possível interagir informalmente, na qual categorias diagnósticas e “explicativas” do campo psi são mobilizadas prioritariamente para a compreensão de si – enfatizando sofrimento, doença e sintomas – , ao passo que leituras moralizantes e punitivistas são acionadas/reproduzidas para interpretar o consumo de outros usuários, especialmente aqueles que permanecem na rua, recaem com maior frequência ou não se alinham às expectativas institucionais de tratamento.

Esse movimento parece cumprir uma função simbólica relevante: ao se diferenciar do “outro usuário” – frequentemente descrito como descontrolado, perigoso, irresponsável ou irrecuperável – o sujeito produz para si uma identidade mais aceitável, mais “tratável” e, portanto, mais digna de cuidado e reconhecimento. Trata-se de um processo contraditório de humanização seletiva, no qual o acesso à condição de sujeito de direitos passa pela incorporação de um diagnóstico, ao mesmo tempo em que a desumanização é deslocada para aqueles que não se enquadram nos parâmetros normativos de cuidado.

Percebe-se, então, que mesmo os processos de desumanização possuem diferentes gradações, tonalidades, reproduzidas elas, inclusive, por quem é alvo deste processo. Rememorando os resumos das trajetórias das seis pessoas entrevistadas, isso fica evidente. São homens, pobres, alguns deles negros. Trata-se de uma síntese de múltiplas desumanizações (de classe, raciais, de gênero etc.), que somam às desumanizações pela associações às drogas, pela situação na rua, se produzindo uma na relação com as outras, e formando um todo.

Percebe-se, então, que mesmo os processos de desumanização possuem diferentes gradações, tonalidades, reproduzidas elas, inclusive, por quem é alvo deste processo. Essas

gradações não se distribuem de forma aleatória, se articulam a matrizes históricas de hierarquização social profundamente marcadas por classe e raça. No contexto brasileiro, a associação entre drogas, perigo e criminalidade incide de forma desproporcional sobre corpos negros e pobres, atualizando mecanismos históricos de controle e eliminação. Como discutido por Costa e Mendes (2022), a partir de Clóvis Moura, a passagem do “bom escravo” ao “mau cidadão” e, posteriormente, à figura do “traficante”, não representa uma ruptura, mas uma reconfiguração das formas de barragem ao negro na sociedade de classes. Nesse contexto, a Guerra às Drogas opera como um dos principais dispositivos contemporâneos de racialização da ameaça, constituindo-se assim em uma continuação de um projeto histórico de criminalização e genocídio do povo negro. A droga, nesse arranjo, funciona menos como causa e mais como pretexto, permitindo atualizar, sob roupagem moral, médico ou jurídica, processos históricos de desumanização racial (Costa & Mendes, 2022; Briolly, 2019).

Essa dimensão racial do proibicionismo atravessa também as experiências narradas, ainda que nem sempre seja nomeada explicitamente pelos participantes. Nesse sentido, a reprodução de leituras moralizantes e punitivistas sobre o consumo alheio, observada também entre os usuários do CAPSad, não pode ser compreendida apenas como efeito da ideologia proibicionista em abstrato, mas como expressão concreta de uma sociabilidade marcada pela disputa por reconhecimento em um cenário de escassez material e simbólica. Ao diferenciar-se do “outro usuário” – cuja figura tende a ser associada, nos discursos, a imagens de sujeira, violência e ameaça, frequentemente racializadas, ainda que de modo implícito – o sujeito não apenas busca se afastar dos estigmas das drogas, mas também, ainda que de forma contraditório, do lugar historicamente atribuído ao negro, como perigoso, indisciplinado e, assim, eliminável (Costa & Mendes, 2022, Briolly, 2019). Trata-se, portanto, de um movimento defensivo que, entretanto, não

protege ninguém, uma vez que reforça estruturas raciais e classistas que sustentam a desumanização coletiva.

Desse modo, a compreensão das narrativas sobre drogas, cuidado e sofrimento exige situá-las como parte de uma síntese de múltiplas desumanizações, de classe, raça, entre outras, que somam-se às desumanizações associadas às drogas e a própria situação de rua. A droga, geralmente tratada como elemento explicativo central dessas trajetórias, aparece também como um dos operadores que permite organizar, justificar e naturalizar desigualdades históricas, deslocando para os indivíduos – e, de forma particularmente violenta, para os corpos negros e pobres – os efeitos de uma ordem social dominante estruturalmente excludente.

A patologização do consumo, nesse panorama, pode ser compreendida como uma das vias possíveis – ainda que profundamente contraditória – de acesso a formas mínimas de reconhecimento e proteção simbólica. Evidência disso, são os relatos de Rota e Rumo, por exemplo, que se referem a descoberta da “adição”/“dependência química” como algo que finalmente lhes permitiu compreender – e em certa medida justificar – suas trajetórias de sofrimento. A classificação diagnóstica parece, em alguns casos, produzir certo alívio subjetivo, na medida em que supostamente desloca a “culpa” do sujeito para a doença, “explica” seu comportamento considerado “disfuncional” e descontrolado, assim como valida de alguma forma o sofrimento. Trata-se, contudo, de uma humanização paradoxal: humaniza-se ao reconhecer o sofrimento, mas desumaniza-se ao esvaziá-lo de sua historicidade e concretude social.

Então, se por um lado, a medicalização pode representar, para alguns participantes, uma inflexão em relação às leituras estritamente moralizantes, por outro lado esse movimento reinscreve o sujeito em novas formas de objetificação – e moralização. Ao ser definido prioritariamente pelo diagnóstico, não é incomum que o indivíduo passe a ser reduzido à condição

de “dependente químico”, identidade que tende a totalizar sua existência e organizar retrospectivamente sua trajetória. Assim sendo, temos uma relação dialética, em que a negação dos processos acabam por reafirmar ambos, um na relação com o outro; a oposição de um ao outro, reafirma ambos. A patologização e a consequente medicalização acabam por manifestar outro tipo de moralismo: um moralismo médico psiquiatrizante - sendo fundamentadas e justificadas por ele. Soma-se a isto outras formas de moralismo, como, por exemplo, o moralismo religioso, que tem na dependência um pecado.

Ainda que a outras formas de moralismos – talvez mais explícitos, como o religioso – geralmente pareçam, em certa medida, atenuadas pela patologização, a individualização, a supremacia da droga e, a consequente e persistente moralização da questão permanece, agora sob roupagem científica: o consumo continua sendo tratado como uma experiência reduzida à esfera intrapsíquica, produzida no interior do sujeito, dissociada das condições materiais e simbólicas de produção de vida. A responsabilização individual, então, não desaparece, apenas se reorganiza, deslocando-se do campo moral para o campo psi, em consonância com a hegemonia dos saberes psicológicos e psiquiátricos na gestão da questão das drogas, que também não deixa de reproduzir moralismos, porém mistificados enquanto saber científico.

Nesta dinâmica, mesmo as condições objetificadas ou coisificadas dos indivíduos se dão numa complexidade contraditória, não sendo únicas ou monolíticas, podendo variar inclusive quanto à apreensão que um mesmo indivíduo faz de si e de sua relação com a droga - ou como se diferencia do “outro”, conforme supracitado. Por vezes são “doentes”, vítimas de tais substâncias (novamente, tornadas sujeitos). Em outras vezes, ou em casos distintos, são culpados por consumirem tais substâncias, sejam eles desviados, pecadores, moralmente frágeis etc. No entanto, como evidenciado por Costa (2022), na análise das políticas antidrogas, “por um lado ou por outro,

são atravessados por uma visão moralista e pejorativa, que também chancela uma ação coercitiva e controladora do Estado” (p. 10) e de instituições privadas - como as igrejas e CTs (que geralmente são religiosas).

E assim aconteceu na minha vida. Mas doente, como muitos pastores estão dentro da igreja e são doentes. Então eu larguei as drogas, eu amorteci. Eu não sabia que sofria de uma doença chamada adicção [...] Então, consequentemente vem a queda [...] Eu ouvi 17 anos que eu tava curado [...] Não tava. Eu dava testemunho, viajei pelo país contando a minha vida. Porém, se eu soubesse que era mentira, eu não tinha contado. Se eu soubesse que eu tinha algum problema emocional, psicológico, eu não ia contar, eu não ia enganar as pessoas. Mas eu tava sendo enganado. Me enganaram. Eles queriam o dízimo, o dinheiro, queriam que eu enchesse a igreja. (Rota)

Alguns participantes reconhecem as relações entre o desenvolvimento daquilo que tendem a compreender como “doença” – a dita “dependência química” – e determinadas condições concretas de produção de vida, tais como as estruturas sociais de classe, racistas, patriarcais, a fragilidade e rompimento de vínculos, experiências reiteradas de violência e controle, ausência de perspectivas, etc. No entanto, tais mediações não apenas costumam ser traduzidas em termos psicologizantes – como “depressão”, “trauma”, “alguma coisa psicologicamente que deu problema”, “sensação de impotência”, “lado psicológico e emocional” – como também aparecem nas narrativas como eventos pontuais localizados no passado, gatilhos iniciais para o consumo abusivo. Nessa lógica, a dependência passa a ser concebida como algo que, uma vez instaurada, se sustenta por si só, quase como uma entidade autônoma, deslocada de sua historicidade e condições concretas em que os sujeitos se produzem e são produzidos. Observamos, assim, mais um processo de entificação e de humanização das drogas e da doença “delas”, em detrimento dos

próprios indivíduos. Agora não só a droga, mas a doença da droga são tornadas sujeitos, ao passo que se recrudescem a objetificação e coisificação dos sujeitos.

Embora as próprias experiências relatadas insistam em tensionar essa lógica, ao revelarem a persistência da precariedade, da exclusão e da violência no cotidiano – tratadas por alguns inclusive como gatilhos para as chamadas recaídas –, a narrativa medicalizante tende a reinscrever o sofrimento como algo localizado no passado ou no interior do sujeito, obscurecendo seu caráter contínuo e socialmente produzido. Desse modo, o consumo é deslocado de sua inserção em uma totalidade sócio-histórica, o que pode ser interpretado como uma consequência da ideologização do senso comum, na medida em que explicações individualizantes cumprem a função de obscurecer as raízes estruturais da questão social. Isso fica bastante evidenciado nas seguintes falas: “Estava adormecendo uma dor. Alguma coisa que eu tinha e que foi adquirida muito cedo, muito adolescente. Alguma dor, alguma coisa que me torturava, alguma coisa que faltou” (Rota) e “porque hoje você vê que o problema não é mais o vício, né, a cocaína. Isso foi a fuga, né, que você conseguiu, a anestesia, né. É outro problema que você tinha lá no... Sei lá, subconsciente” (Rumo).

Ao ser capturado predominantemente por leituras patologizantes, os sofrimentos narrados pelos participantes tendem a ser despolitizados e psicologizados, evidenciando como a lógica de mercantilização da “saúde mental” e psicologização e psicopatologização da vida são fenômenos ideológicos que atingem, ainda que de formas e com objetivos diferentes, todas as classes e modifica sociabilidades (Benelli, 2009). A dor que emerge diante da impossibilidade de produção de vida em condições minimamente dignas passa a ser nomeada como sintoma, transtorno ou doença, deslocando o foco das estruturas sociais que a produzem para o indivíduo que a vivência, reforçando, consequentemente, processos de culpabilização individual e moralização. É nessa

direção que alguns estudos, inclusive com a população em situação de rua, apontam como há uma simbiose entre a patologização e medicalização das drogas, subsistindo a criminalização (Braga e Silva & Delduque, 2015; Fiore, 2005; Melli & Almeida, 2024)

Os sofrimentos relatados, dessa forma, podem ser compreendidos de forma muito mais ampla a partir do conceito de sofrimento ético-político, elaborado por Sawaia (2001). A partir dessa perspectiva, o sofrimento deixa de ser reduzido a eventos desencadeadores ou a um problema intrapsíquico individual, passando a ser compreendido como expressão de relações sociais marcadas pela desigualdade, precarização da vida, negação de direitos, desvalorização sistemática de determinadas vidas, etc. Esse sofrimento é vivido no corpo e na subjetividade, mas tem origem nas condições concretas de existência, nas experiências reiteradas de exclusão, humilhação, violência, exploração e desumanização.

Compreendendo dessa forma, o consumo de drogas/“dependência química” pode ser interpretado não como causa do sofrimento – como colocado pela maioria dos participantes –, mas sim como resposta possível frente tais experiências, ainda que contraditória e, em alguns casos, destrutiva. Não à toa, o uso de substâncias aparece, em diferentes relatos, como recurso para anestesiar dores, silenciar angústias, suportar a vida ou produzir algum sentido em contextos marcados pela precariedade material, pelo rompimento de vínculos, violências e negação sistemática de direitos. Nesse sentido, o consumo de drogas, além de suprir necessidades humanas, pode também ser interpretado enquanto protesto e denúncia contra condições de vida desumanizadoras, mesmo que tal protesto, por vezes, se volte contra quem protesta (Costa, 2020).

Corroborando com o senso comum e com o que se produz no âmbito social, a centralidade atribuída à droga enquanto explicação totalizante e acrítica não se limita, entretanto, à forma como

os participantes narram suas trajetórias passadas. Sua supremacia também produz efeitos diretos sobre as formas de cuidado imaginadas no presente e sobre os horizontes de futuro possíveis. Se a droga é concebida como a causa primordial das inúmeras vulnerabilidades narradas, a eliminação do consumo se torna, então, condição necessária – tratada, muitas vezes, como suficiente – para qualquer possibilidade de transformação da própria vida. A abstinência emerge, assim, nos relatos da maioria dos participantes, como a única (não-)relação possível e legítima com a droga, de forma que Travessia e Marcha aparecem como exceções, ao conceberem e vivenciarem outros tipos de relações, conforme será melhor desenvolvido adiante.

Entre os entrevistados que defendiam a abstinência como única possibilidade de (não-)relação pessoal com a droga, todos relataram estar abstinentes por períodos variados, a partir de processos singulares, compreendidos aqui enquanto expressão concreta do universal, através das mediações sociais – a particularidade (Pasqualini & Martins, 2015). No caso de Caminho, enquanto único participante que se encontrava em Acolhimento Integral no momento da entrevista, por exemplo, o período de tempo de abstinência relatado era compatível com o tempo em que estava internado no CAPS. Para ele, no entanto, não há relação entre esses dois fenômenos, atribuindo a manutenção momentânea da abstinência exclusivamente à falta de dinheiro: “por enquanto eu não tô tendo essa tentação forte, porque eu não tenho dinheiro. Normalmente, no meu caso, é quando eu tenho dinheiro”.

Seu posicionamento em relação a efetividade do CAPSad para casos como o seu, cuja demanda é “mais espiritual” – segundo seus próprios termos –, é firme e baseada em argumentos religiosos. Em seu discurso, o CAPS, com sua terapêutica centralizada na medicalização, aparece enquanto dispositivo representativo da “ciência”, considerado, então, incompatível com suas crenças, uma vez que, de acordo com sua perspectiva, a ciência e religião são pólos opostos,

irremediáveis e inconciliáveis. Seu fatalismo, no entanto, não parece ser restrito ao CAPS. Na verdade, sua relação com a própria vida – centralizada na droga – é marcada pela desesperança, de forma que, ao mesmo tempo em que a abstinência aparece como única “salvação” possível, também é percebida como algo quase inalcançável – insustentável a longo prazo –, o que, no seu caso, não só reforça sentimentos de impotência e fracasso pessoal, como aparentemente também tem comprometido o acesso e a vinculação a dispositivos de cuidado, como o próprio CAPSad.

Não tenho vontade, não tenho mais esperança de nada, não tenho esperança de viver, de trabalhar, de fazer curso, de voltar a ter família, não tenho esperança. Eu perdi tudo isso. Perdi tudo. Hoje eu vivo no mundo como não-vivo. Vivo sozinho assim, sem esperança nenhuma. (Caminho)

Em contraste com a perspectiva de Caminho, em que a recaída é tomada como destino inevitável, dado a priori, no caso dos demais entrevistados que, na época, declararam-se estar “em abstinência”, a relação com a droga pareceu ser tomada mais enquanto *processo* singular, construído na experiência cotidiana, mesmo que com um horizonte predeterminado comum – a manutenção da abstinência. Nesses casos, a recaída ainda se apresenta como ameaça, porém não como algo definitivo ou definidor de seus processos, apenas como um dos efeitos típicos da “dependência química” – reafirmando a centralidade da droga e da doença como núcleos explicativos –, capaz de ser mediado, principalmente via medicalização. Nesse sentido, o contato e vinculação com os CAPSad – e a RD – foram tratados por Estrada, Rota e Rumo como fundamentais na transformação de suas trajetórias com seus respectivos consumos: “Aqui eu parei, né, tem um tempo. Às vezes eu tenho as recaídas, mas eu seguro legal. Tô segurando legal e tomando os remédios, né?” (Estrada)

Conforme indicado pelo trecho da entrevista de Estrada, as experiências chamadas como

recaídas não são tratadas como fins/recomeços em seu processo atual de cuidado, tampouco parecem deslegitimar aquilo que considera como progressos em relação ao próprio consumo. Em seu caso, existe a demanda por abstinência, porém esta é tratada como destino final de um processo, no qual o acompanhamento no CAPSad vem ocupando, segundo seu relato, posição central, enfatizando o tratamento medicamentoso como um recurso importante, especialmente em momentos de “risco” de recaída. Sobre essa questão, os posicionamentos tanto dos entrevistados como das pessoas com quem pude conversar informalmente em campo variam bastante, denotando a importância do PTS e da não homogeneização das diferentes relações possíveis com as drogas, inclusive com aquelas consideradas de “natureza” medicamentosa.

Revelando algo semelhante, Rota, ao final de nossa interação, comemorou não ter usado sua “droga de preferência” naquele dia, mesmo “com dinheiro no bolso”, descrevendo sua experiência como um exercício cotidiano de vigilância e autocontrole, vivido como “um dia de cada vez”. Assim como Estrada, também reconhece a importância do tratamento medicamentoso, porém enfatiza a relevância do seu contato com o CAPS principalmente no que diz respeito à transformação de suas crenças sobre os próprios problemas – centralizados, agora, na adicção –, anteriormente mediadas exclusivamente pela religião (moralização), conforme já mencionado. Ou seja, a ênfase em seu relato está na possibilidade de uma mudança de perspectiva que o permitiu não apenas ressignificar a relação com seu consumo – mesmo que a partir da medicalização –, mas também ter acesso a outras possibilidades de cuidado, mais especificamente cuidado especializado, sob aquilo que ele chama, assim como Caminho, de ciência.

Já Rumo, em abstinência total há cerca de três anos, declara que, após inúmeras tentativas, só foi possível alcançá-la e mantê-la a partir da Redução de Danos. É o único entre os entrevistados a citá-la por nome, evidenciando, a partir dela, algo em comum com os relatos de Estrada e,

especialmente com Rota, porém de forma muito mais explícita: uma tendência em buscar compreender e tratar a relação com as drogas enquanto processo singular complexo, mesmo que mediada pela medicalização, patologização e psicologização da relação, mesmo que ainda centralizada na droga.

Falaram com eu ‘tem que começar com redução de danos. Se você já tentou todas essas coisas, né? Tente a redução de danos’. Aí me explicaram, aí eu vim entender, né, como é que funciona, né? E você vai indo devagarinho, cara, um tempo por vez [...] cada ser humano tem sua relação com a droga, tem o seu processo, né? E aí trazer uma receita mágica, unificada, padronizada pra todo mundo, é logicamente que não vai funcionar, né? (Rumo)

O relato de Rumo, ecoando posicionamentos de Rota, também evidencia a importância do contato com dispositivos tensionadores das formações discursivas moralistas em relação às drogas, reproduzidas, segundo seus relatos, copiosamente dentro das igrejas evangélicas. Assim como Caminho, tanto Rota quanto Rumo tiveram trajetórias marcadas pelo vínculo e rompimento com igrejas evangélicas, guardando suas particularidades e semelhanças. Os processos de “rompimento”, nos três casos, não parecem comprometer a fé no evangelho. Porém, enquanto Caminho compreende seu afastamento da igreja como expressão de uma fraqueza moral individual, que impedia seu real comprometimento com o regime de regras e privações impostas; Rota e Rumo, em análises retrospectivas, compreendem a vinculação prévia a igrejas evangélicas como um entrave em suas trajetórias de cuidado: “[...] E entra, minha irmã, essa questão assim da... Junto com esse problema familiar que foi a questão da religião. A religião atrapalhou a minha vida por causa disso, né?” (Rumo).

Porque eu era um cara doente, porque eu precisava de um médico, precisava de um hospital,

precisava de um cápsula, se tivesse um cápsula ali eu já entrava ela logo dentro. Em vez disso, comprei o discurso da igreja. Mas hoje em dia serve pra alguma coisa, pra ajudar e despertar algumas pessoas que estão cegas. (Rota)

A igreja evangélica se apresenta, tanto para Rota quanto para Rumo, em momentos de vulnerabilidade – conforme nomeado pelo próprio Rumo –, marcados, de acordo com seus relatos, pela chamada adicção/“dependência química”, que já estava “instaurada”. A vinculação parece incorrer, inicialmente, em ambos os casos, em uma interrupção no próprio consumo, que, segundo seus relatos, não se sustenta, principalmente pela forma como a igreja evangélica tende a negar a complexidade da relação com as drogas. Tal percepção, comum a ambos, não é à toa. Na verdade, diz do processo de transformação do uso de drogas em questão social, no qual a religião cristã tem desempenhado importante papel, principalmente enquanto dispositivo de controle disciplinar (Fiori, 2005). As drogas têm sido compreendidas – ou melhor, produzidas –, dentro das igrejas, como expressão máxima do mal, cujos efeitos devastadores arruinam vidas e famílias, sendo seus usuários, então, pecadores. Nessa lógica, a abstinência absoluta surge como única possibilidade de redenção, produzindo um horizonte binário entre “cura” e “queda”, salvação e fracasso, e, conseqüentemente, interditando a possibilidade de reflexão sobre a complexidade da própria experiência.

[...] a gente tem duas portas na periferia, certo [...] Primeiro do álcool, né? [...] E aí a igreja entra nesse contexto na outra porta, né? A porta da salvação, né, que oferece salvação, né, pra vulnerabilidade. Hoje a gente vê, né, que é um aproveitamento mesmo, né? As pessoas se aproveitam dessa fragilidade humana, né, cara? Mas ao mesmo tempo, eu não radicalizo, né? Eu vejo que também teve gente muito boa, né? Tem umas pessoas que salvam. (Rumo)

O rompimento com essas instituições religiosas, ainda que vivido de formas distintas por Caminho, Rota e Rumo, para os dois últimos parece ter a ver com o reconhecimento de práticas exploratórias reproduzidas dentro dessas instituições. Além disso, tal rompimento aparece para ambos como condição para o acesso a outras formas de cuidado e para a possibilidade de ressignificação da própria trajetória, a partir, principalmente, desse tensionamento das “explicações” oferecidas dentro das igrejas. O caso de Caminho, por sua vez, evidencia de forma mais radical os efeitos de uma leitura religiosa totalizante que não foi tensionada ao longo do seu caminho, apesar do rompimento com a instituição. Diferentemente de Rota e Rumo e conforme mencionado anteriormente, Caminho não identifica o CAPSad como espaço capaz de produzir deslocamentos significativos em sua relação com o consumo, justamente por perceber a ciência e a religião como campos inconciliáveis. Tal lógica é, inclusive, explicitamente denunciada e criticada por Rota, como amplamente difundida dentro das igrejas evangélicas, traduzindo-se em negacionismo científico: “Porque a ciência era ignorada um pouco pela igreja. Isso daí tem causado muitos problemas para as pessoas” (Rota).

A ciência e a Bíblia não se dão, entendeu? A Bíblia fala que o homem foi criado do pó, a ciência diz que o homem foi a evolução do macaco. Elas não se fecham. E o CAPS é a ciência e eu acredito na espiritualidade da Bíblia. (Caminho)

Não obstante, seja via negacionismo ou conhecimento científico, seja via medicalização – moralização médica – ou moralização religiosa, a abstinência segue se apresentando à maioria das pessoas com quem pude interagir como destino final de suas respectivas relações com as drogas, consequência da sua centralidade enquanto explicação totalizante das experiências. Afinal, se a droga é compreendida como causa primordial das múltiplas vulnerabilidades narradas, a interrupção total do consumo se torna, nessa lógica, uma condição necessária e, frequentemente,

suficiente para a transformação de suas vidas. O futuro imaginável, nesse sentido, é rigidamente condicionado à eliminação da substância, enquanto as demais dimensões da existência permanecem em segundo plano, ou sequer são consideradas, como se fossem ser resolvidas automaticamente.

Nesse contexto, torna-se particularmente significativa a confusão observada em alguns participantes quando convidados a refletir sobre as possíveis funções do consumo de drogas para eles. A dificuldade em responder – e até compreender – a pergunta, não parece indicar ausência de função – uma vez que algumas já foram inclusive nomeadas anteriormente –, mas antes a força de um regime discursivo que tende a interditar a possibilidade de conceber o consumo, desde sua origem, como algo que pudesse, em alguma medida, responder a necessidades concretas. Nos relatos dos participantes, o início do consumo considerado abusivo costuma ser explicado a partir de narrativas amplamente disseminadas no âmbito social: exposição precoce no contexto familiar ou comunitário, influência de “más companhias”, “uma droga leva a outra”, ou até, como resposta a experiências de sofrimento e violência vividas no seio familiar. Conforme abordado anteriormente, uma vez estabelecido o contato com a substância, o consumo passa a ser narrado como algo que se sustenta por si só, sob o signo da “dependência química” e/ou dos efeitos químicos das substâncias.

Essa lógica, sustentada na demonização da droga como mal absoluto, compromete a elaboração de sentidos mais complexos sobre a relação estabelecida com a substância, fazendo com que, algumas vezes, suas funções precisem ser apreendidas apenas pelas margens dos relatos, de forma indireta e fragmentada. Dessa forma, uma leitura atenta das narrativas permite perceber que a relação com as drogas não se desenvolve no vazio, mas é continuamente mediada por condições concretas de produção de vida. Nesse sentido, a relação com o trabalho emerge, tanto

nos relatos dos entrevistados quanto nas interações informais, como um dos principais eixos mediadores da relação com as drogas, mesmo que não de forma explícita.

Considerando que todos os entrevistados, assim como a maioria das pessoas com quem pude interagir em campo, são homens, essa centralidade do trabalho não pode ser compreendida de forma dissociada dos processos de socialização masculina, historicamente marcados pela associação entre identidade, valor social e capacidade de provisão. O trabalho, mesmo alienado, tende a ocupar um lugar estruturante na definição do que significa “ser homem”. Nesse contexto, a adaptação às condições de trabalho – ainda que alienantes, exploratórias e desumanizantes – é naturalizada como exigência moral. A não adaptação, então, em vez de ser compreendida como denúncia das próprias condições materiais de trabalho, é interpretada como falha individual.

As drogas parecem emergir, nesse cenário, como um dos efeitos dessa adaptação forçosa a experiências cotidianas de desumanização, funcionando muitas vezes como recurso, especialmente para homens, para sustentar ritmos extenuantes, amortecer o sofrimento produzido pela exploração, espairecer, viabilizar sociabilidade ou simplesmente tornar suportável uma vida marcada pela precariedade. No entanto, esse processo é ideologicamente invertido: o consumo passa a ser tratado como algo que compromete e/ou impossibilita o trabalho e não como expressão das contradições que atravessam a própria organização do trabalho na sociedade capitalista.

Essa ambivalência aparece de forma recorrente nas narrativas. Travessia, por exemplo, relata que períodos em que esteve empregado coincidiram com aumento significativo de consumo – e de “surto”, segundo seus próprios termos –, ainda que sem estabelecer associação direta entre os fenômenos, como se fossem por acaso. De modo semelhante, porém sob outros termos e explicações, Caminho – ecoando falas de outros interlocutores em campo, inclusive de Rumo, Rota e Marcha – identifica o trabalho como fator de risco para o consumo abusivo, em função do

acesso ao dinheiro e da dificuldade em administrá-lo: “Porque eu muitas das vezes eu não trabalho, por quê? Pra não ter mais dinheiro pra não usar mais droga. Quanto mais dinheiro eu tiver, mais droga eu uso, tu entende?” (Caminho). Rumo, assim como Caminho, Estrada e inúmeros outros, também relata histórico de vínculos empregatícios breves e instáveis, cujos rompimentos são geralmente associados à “dependência química”, jamais às próprias condições e dinâmicas às quais as relações de trabalho estão sujeitas.

Aí passou um tempo, com 18 anos que eu comecei a trabalhar que eu comecei a fumar [maconha] regularmente [...] E um pino para mim de uma grama e meia durava três dias. Depois quando eu comecei a trabalhar, não durava, dava uma hora assim eu já tinha acabado com tudo. (Travessia)

[...] é como minha carteira de trabalho, se você vê minha carteira de trabalho, eu nunca fiquei um ano numa empresa, entendeu? É três meses aí, é quatro meses aí. Então assim, foi sempre... Não tinha uma coerência, não tinha um esperar, sabe? (Rumo)

Uma vez em situação de rua, as drogas costumam se apresentar – mesmo que nem sempre de forma explícita – como mediadoras de muitas das relações possíveis no território, sendo o consumo frequentemente descrito, principalmente em conversas informais, como recurso para enfrentar as condições extremas impostas pela vida nas ruas: fornece coragem para *manguear* – ou até roubar –, possibilita permanecer acordado durante a noite como estratégia de autopreservação, permite aquecer o corpo em períodos de frio, reduz a sensação de fome diante da escassez de alimentos, ajuda a suportar a violência cotidiada e, em alguns casos, é explicitamente nomeado como aquilo que impede o suicídio. Nessas condições, o uso de substâncias pode ser compreendido como uma forma concreta – ainda que profundamente contraditória – de redução de danos, diante das ausências, insuficiências e negação de acesso à recursos materiais, simbólicos,

comunitários e institucionais.

Por outro lado, contraditoriamente, nos marcos da cidadania pelo consumo, o consumo das drogas também pode ser interpretado como uma das poucas vias de acesso à condição de cidadão, ou a um simulacro disso, já que se trata de uma das poucas mercadorias às quais se têm acesso e condição de consumir no contexto da rua. É como se por meio do consumo de tais mercadorias, e mais ainda, o consumismo delas, buscassem suprimir a negação da condição de sujeitos (ou cidadãos). Não à toa, essa espoliação/subtração da humanidade é contraposta a um consumo excessivo como contrapeso (Mendes, 2018).

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a situação de rua é tratada, por muitos, como uma das consequências máximas da “dependência química”, tal lógica convive, muitas vezes de forma concomitante, com sua própria inversão, em que o estar em situação de rua também sustenta o consumo abusivo. Temos aí a instauração de um ciclo perverso, em que para sair da rua seria necessário parar de usar droga, ao mesmo tempo em que para eliminar o consumo seria necessário sair da rua. Esse conflito não se produz apenas no plano das narrativas individuais, encontrando correspondência direta na forma como as políticas públicas têm historicamente organizado – ou negado – o acesso ao direito à moradia para a população em situação de rua, majoritariamente a partir do chamado modelo por etapas.

Nesse modelo, o acesso à moradia não é tratado como ponto de partida – negando seu caráter enquanto direito básico universal – mas etapa final de um “processo de reintegração”, que envolve transitar por instituições de diferentes naturezas, além de se se engajar em processos de reabilitação e desintoxicação. De caráter meritocrático, o acesso passa não só a depender da capacidade de adaptação dos sujeitos a exigências institucionais – e ao sistema de forma geral –, mas da própria necessidade de abstinência – seja de forma implícita ou explícita. Ou seja, depende

de critérios e exigências que não se adequam ao universo do seu público e que, na prática, funcionam como filtros morais de acesso a um direito humano fundamental, formalmente reconhecido, condição material básica para garantia de inúmeros outros direitos (Campos & Magalhães, 2024). Se para acessar direitos, é preciso parar de usar drogas e para parar de usar drogas, é necessário sair da rua, as CTs se apresentam nesse contexto como uma das “soluções” possíveis, se aproveitando desse ciclo vicioso, ao custo de individualizar um problema estrutural e reforçar a lógica de que o acesso a direitos deve ser mediado pela correção moral e comportamental dos sujeitos, através ainda da violência.

O caso de Rumo é particularmente elucidativo nesse sentido. Apesar de manter abstinência total há cerca de três anos – resultado que ele próprio reconhece como uma conquista fruto de um processo mediado pela RD –, suas experiências concretas evidenciam a permanência de múltiplas vulnerabilidades, especialmente no que diz respeito ao acesso à direitos básicos. Rumo denuncia em seu relato a ausência de políticas públicas capazes de assegurar moradia, trabalho e condições mínimas de estabilidade material, que compromete significativamente o alcance das transformações possíveis, revelando os limites de uma abordagem que centraliza o cuidado quase exclusivamente na relação com a droga e, conseqüentemente, de serviços especializados como o CAPSad, consequência da fragmentação da questão social em questões sociais e setorização das políticas. Seu depoimento também se configura como denúncia em relação às limitações e insuficiências do modelo por etapas, conforme denunciado por Campos e Magalhães (2024).

Estou preparado pra mim ter um quarto, pra mim continuar minha vida [...] Mas aí você... Como é que você vai recomeçar tua vida dentro de uma casa social? Que você tá sujeito toda hora “ô, vamos fumar?”. E casa social é provisório, né? “Vamos cheirar?”, entendeu?

Mas é o ambiente que eu tenho pra morar hoje, nas condições que eu tenho hoje. Como é que eu vou fazer, minha irmã? Então, é uma luta [...] Ó, eu por exemplo, eu fiz um documento pra mim entrar na Codhab, pro aluguel social, mas eu já tô com outros pensamentos, né? E também é isso, pra eu entrar na fila da Codhab é paciência. E como é que você vai fazer? Porque eu conheço gente que tá há três anos em fila e ainda não recebeu nada. Você acha que eu vou ficar seis anos numa casa social pra mim ter um apartamento, que é a lei? [...] Se você fica seis anos em casa social, você consegue. Seis anos, minha irmã. Você não consegue ficar ali dois meses. É um absurdo [...] E aí você colocar como pré-requisito pra pessoa conseguir uma casa passar seis anos num contexto que é provisório? (Rumo)

A insistência na abstinência como solução totalizante tende, assim, a obscurecer o fato de que o sofrimento ético-político persiste mesmo quando o consumo é interrompido, umas vez que as condições concretas de produção de vida, marcadas pela desigualdade, pela precarização e pela negação sistemática de direitos, não necessariamente se transformam. Dessa forma, mesmo quando a relação com a droga passa a ser compreendida como processo singular, complexo e não linear – como é o caso de Estrada, Rota e Rumo –, a centralidade da substância raramente é efetivamente questionada. Em vez disso e a partir disso, produz-se uma singularização absoluta das experiências, que tendem a ser compreendidas por mediações psicologizantes e individualizantes – e ainda moralistas –, escamoteando as mediações sócio-estruturais que as produzem, alienando-os.

É nesse cenário que as trajetórias de Travessia e Marcha se tornam particularmente potentes para tensionar a centralidade da droga como explicação totalizante e da abstinência como único horizonte possível para relação. Travessia é o participante que mais tensiona explicitamente em

sua narrativa a supremacia da droga e a noção de “dependência química” como categoria organizadora de sua experiência. Sua trajetória, marcada pela psiquiatrização precoce e pelo contato contínuo com diagnósticos diversos e medicamentos, parece ampliar sua capacidade de questionar a arbitrariedade com que determinadas substâncias são definidas como drogas e outras como remédios. Defende, dessa forma, a possibilidade de manter relações conscientes e reguladas com as drogas, enfatizando a importância da informação, do conhecimento sobre os efeitos e da qualidade das substâncias e da atenção aos próprios limites corporais. Seu consumo é mediado por critérios de cuidado – como a redução do uso do álcool e cocaína em função de problemas cardíacos –, sem que isso implique na adesão à abstinência como único horizonte legítimo.

Quase todos [remédios] da psiquiatria que tem, eu já tomei quase todos [...] Porque minha avó vai comigo, fala as coisas lá, o médico escuta, porque minha avó é enfermeira há mais de 30 anos. Quando ela vai comigo, eu deixo ela falando, eu fico quieto. Ai eles olham lá e me dão os remédios, eu tomo. Às vezes eu fico sem tomar uns dia. Teve uma época que eu tava jogando dentro da privada. (Travessia)

Hoje é mais tranquilo. Porque, eu aconselho todo mundo, você quer usar droga? Você não precisa parar com as drogas, mas se você estuda ela, o efeito dela [...] Só a cocaína, eu prefiro parar por conta do meu coração. (Travessia)

Embora Marcha, em muitos momentos, reproduza leituras que colocam o consumo como eixo explicativo de sua trajetória de vulnerabilidades, inclusive para sua transição à situação de rua, seu discurso é atravessado por contradições importantes. Além de demonstrar uma elevada consciência sobre as determinações estruturais da miséria, da desigualdade e da violência, o fato de ter conseguido sair da situação de rua sem necessariamente precisar eliminar as diferentes possibilidades de relação com as drogas, já tensiona tal centralidade atribuída. Marcha é o usuário

com vínculo mais longo e estável com o CAPSad, cujo trabalho foi realizado não só com a participação da família, mas a partir da construção de redes de apoio institucionais e comunitárias, entre as quais se destaca, de acordo com seus próprios relatos, a possibilidade de aproximação com movimentos de luta. Dessa forma, atribui as transformações possíveis em sua vida não só ao tratamento no CAPSad, mas às redes de apoio construídas e fortalecidas a partir dele.

Nesse sentido, regula seu consumo a partir de combinados construídos junto aos profissionais de referência do CAPS – “mas eu fui autorizado a só fumar, né? Não usar química mais. Tô usando pouca química [...] mas fumar também tem química, né?” – e de suas próprias necessidades, principalmente sociais. Enquanto figura reconhecida e frequente no território e em espaços de militância, principalmente relacionados à luta antimanicomial e a PSR – se tornando assim uma das pessoas com quem mais pude me aproximar –, Marcha é frequentemente convidado a participar de eventos das mais diversas naturezas. Inicialmente ia exclusivamente como representante dos usuários das políticas, para gradualmente começar a ser chamado como atração artística.

Em um primeiro momento, a visibilidade aparecia como retribuição suficiente, no entanto, nos últimos tempos, dada a alta demanda por seus trabalhos, Marcha vinha começando a elaborar incômodos em relação ao seu caráter não remunerado, dando a entender se sentir instrumentalizado e explorado em determinadas ocasiões. Sentimentos estes que convivem simultaneamente com sentimentos de gratidão e dívida, adicionando outras camadas de complexidade, que parecem comprometer tais elaborações, como se estas fossem expressão de uma ingratidão. Nesse contexto, o consumo aparece como recurso para lidar com a exposição pública, mediar relações de poder e, acima de tudo, suportar as contradições de uma inserção social e política mais consciente no território no qual anteriormente viveu e presenciou as mais diversas violências.

Eu não queria nem saber dessas coisas que eu sei. Eu queria que apagasse da minha mente. Porque eu já vi muita gente se gladiar, morrer, ser furado. E essa miséria, a gente vive muita coisa, né, muita covardia. E eu queria que apagasse essa minha mente. Eu queria que apagasse. (Marcha)

As trajetórias de Marcha e Travessia também evidenciam os limites em tratar o rompimento de vínculos – especialmente familiares – e a ida para rua exclusivamente como consequência do uso de drogas. Em ambos os casos, a ida para a rua e o consequente distanciamento familiar – mesmo explicado por Marcha a partir da progressão do consumo – parece estar mais associado à necessidade de esconder o uso de drogas e seus efeitos da própria família, ainda que vivida de formas distintas. No caso de Travessia, por exemplo, seus relatos indicam que o contato próximo com a família muitas vezes é percebido como contexto de controle, vigilância e repressão, produzindo e reproduzindo a necessidade de ocultar o próprio consumo, nomeada por ele, inclusive, como forma de cuidado – “não usar na frente de familiar”; “não usar perto de crianças”. Suas idas para rua parecem se tratar, de acordo com seu relato, de movimentos em busca de “liberdade”, ainda que de forma contraditória, limitada e precarizada.

[...] E não deixar a mãe ver também, a família ver, porque eles sabem o que eu uso, só não podem pegar, porque na hora que pegar que vai ser a confusão, entendeu? Porque se tiver longe, ela não tem como proibir, entendeu? Mas ela não pode ver que é pior. (Travessia)

Já no caso de Marcha, apesar de a entidade droga e seus efeitos ainda ser tratada como explicação totalizante, também compreende seu afastamento da família como uma escolha pessoal, determinada pelo sentimento de rejeição proveniente da estigmatização proibicionista e seu moralismo. De acordo com ele, tal sentimento não era compatível com a realidade material, uma vez que sua família nunca desistiu de restabelecer contato, concluindo se tratar de uma projeção

sua. De qualquer forma, parece fazer parte de um movimento ainda presente, mesmo que constantemente tensionado em sua trajetória: de internalização, reprodução e auto-identificação com os estigmas associados às drogas e, conseqüentemente, seus consumidores e a própria situação de rua. “Eu mesmo, eu mesmo me afastei por causa das drogas. É porque a gente, eu estou dizendo eu, né, eu criei uma imagem da minha família, pra mim mesmo, que eu era rejeitado pela minha família” (Marcha).

Marcha, como já abordado, foi um dos participantes com quem tive oportunidade de me aproximar mais durante a observação participante, não só pela sua presença frequente no território, mas por já termos nos conhecido antes, em contextos de militância. Em nenhum desses contextos Marcha apresentou problemas em falar abertamente sobre o próprio consumo. Mesmo não costumando entrar em detalhes, é uma dimensão frequentemente abordada por ele, também considerando sua posição enquanto referência comunitária da população usuária do CAPSad. Apesar da naturalidade com que menciona, em seu discurso, a própria relação com a droga, Marcha segue empreendendo esforços ativos para buscar escondê-la em ato, efetivamente isolando-se em momentos de consumo.

Não parece ser coincidência, então, que muitos dos atores com quem pude conversar informalmente no território, maioria vinda de outros estados, indicavam em seus relatos terem começado suas respectivas carreiras de andarilhos a partir da necessidade de se afastarem/romperem com os territórios onde seus respectivos consumos começaram. Tal necessidade aparece em muitas narrativas como elemento central – mesmo ainda centralizado na relação com a droga – na produção desses afastamentos, reforçando a ideia de que o proibicionismo – e a estigmatização – não opera apenas na esfera legal, médica ou midiática, mas também nas relações íntimas, afetivas, familiares e até nas relações comunitárias e de cuidado. Não foi

incomum, por exemplo, em situações de interação em grupo – frequentes dada às limitações em termos de privacidade possível na rua – alguém começar a consumir algum tipo de substância e um terceiro automaticamente reprimi-lo, usando como justificativa a minha presença e produzindo, assim, afastamentos desnecessários.

Essa lógica produz uma clivagem profundamente desigual: enquanto em determinados cenários, as drogas são socialmente aceitas e consumidas em contextos de sociabilidade, principalmente pelas elites, em outros o consumo é empurrado para espaços de isolamento, vergonha e clandestinidade, especialmente quando se dá entre as classes populares. O uso, nesses casos, deixa de ser prática social compartilhada e passa a ser experiência solitária, ocultada e estigmatizada, intensificando processos de exclusão, desumanização e alienação.

Tal cenário de rompimentos/afastamentos se complexifica ainda mais quando se considera o modo como o chamado “resgate de vínculos”, frequentemente mobilizado nas políticas voltadas à população em situação de rua, tende a operar prioritariamente por meio da mediação com a família, buscando viabilizar o retorno desses sujeitos ao convívio familiar como solução possível – e muitas vezes única – para a situação de rua. A trajetória de Marcha é bastante ilustrativa nesse sentido: ainda que a possibilidade de sair da situação de rua tenha sido viabilizada pelo retorno à casa dos pais, esse rearranjo não elimina sua demanda de acesso à casa própria, expressa pela persistência em manter seu cadastro ativo na Codhab. A reaproximação familiar, portanto, não aparece como horizonte suficiente ou definitivo, mas como solução provisória diante da ausência de alternativas concretas de acesso à moradia enquanto direito.

Eu também sou cadastrado na Codhab, tô só esperando receber, tô só esperando aí. Já tô habilitado [...] É que eu virei PCD, né? Eu sou PCD [...] Aí o meu processo tá ali, mas para morador de rua não existe, né? (Marcha)

Situação semelhante se observa no relato de Travessia, cuja família também se encontra disposta a recebê-lo. Apesar de manifestar saudade e afeto, Travessia não cogita retornar a morar com eles, “optando” por permanecer, ao menos por ora, em situação de rua, enquanto sustenta o desejo de morar sozinho. Em ambos os casos, o retorno à casa da família aparece atravessado por percepções de controle, vigilância e assimetria de poder, especialmente no que diz respeito ao consumo, de modo que a moradia familiar se apresenta menos como espaço de autonomia e mais como extensão de dispositivos de regulação da vida cotidiana: “Ah, sinto [falta da família] assim, de ir lá visitar hoje e ir embora, porque morar foi complicado [...] Porque às vezes eu quero beber, eles fica em cima demais, enchendo o saco” (Travessia).

Ao longo da experiência de campo, relatos semelhantes se repetiram entre alguns interlocutores, que, assim como Travessia, afirmavam ter uma família, geralmente em outro estado, para a qual voltar. A recusa ao retorno, nesses casos, não parecia estar relacionada exclusivamente à “dependência química” ou ao “desejo” de permanecer na rua, mas a ausência ou insuficiência de alternativas que permitam garantir algum grau de autonomia e dignidade. A permanência na rua, assim, emerge não como escolha livre, mas como resultado de uma configuração em que as possibilidades se restringem a permanecer sob tutela familiar, do Estado e/ou outras instituições – como as próprias CTs – ou seguir em contextos de extrema precarização.

Essa dinâmica adquire contornos específicos quando considerados os atravessamentos de gênero. Para homens socializados a partir da expectativa de autonomia, provisão e autossuficiência, o retorno à casa da família – especialmente em condição de desemprego, adoecimento ou sob vigilância constante – tende a ser vivido como experiência de infantilização e perda de reconhecimento social (Albuquerque, 2020). Nesse sentido, a busca por moradia própria,

ainda que distante e de difícil concretização, aparece como horizonte simbólico fundamental, articulando-se diretamente com a produção de sentidos sobre liberdade, dignidade e pertencimento social. A insistência em explicar a situação de rua exclusivamente a partir do consumo de drogas e processos individuais acaba, assim, por invisibilizar a centralidade da moradia enquanto direito negado e prioritário, reforçando leituras individualizantes e patologizantes que desconsideram as condições materiais e concretas em que se produzem e são produzidos.

Todos esses elementos apontam para a insuficiência das abordagens que tratam a abstinência como solução totalizante e reforçam a necessidade de pensar outras possibilidades de relação com as drogas, articuladas às condições concretas de existência. Mais do que uma defesa abstrata, as experiências narradas pelos próprios participantes evidenciam que a legalização – e consequente regularização – das drogas se colocam como condição fundamental para a construção de práticas de cuidado e assistência efetivamente humanizadoras. Apenas a partir da superação do proibicionismo é possível retirar o consumo da clandestinidade, reduzir danos reais, enfrentar desigualdades estruturais e deslocar o foco do controle moral dos corpos para a garantia de direitos e de condições dignas de vida.

4.3 A relação com o estar em situação de rua

A situação de rua é frequentemente compreendida, tanto no senso comum quanto nos próprios relatos dos interlocutores, como uma das consequências máximas da dependência das drogas – ao mesmo tempo em que também pode sustentá-la. Ainda que essa leitura seja constantemente tensionada pelas próprias experiências concretas relatadas e observadas ao longo do trabalho de campo, a situação de rua segue sendo hegemonicamente ancorada em interpretações que privilegiam trajetórias individuais, escolhas pessoais e supostos fracassos de “adaptação”. Não

obstante, essas experiências evidenciam que o estar em situação de rua não pode ser apreendido a partir de explicações unívocas ou deterministas, mas como questão complexa, heterogênea e historicamente produzida, cuja compreensão exige atenção às múltiplas mediações sociais, institucionais e políticas que o atravessam.

Dessa forma, em contraste com essas perspectivas, na presente pesquisa, parte-se da compreensão da situação de rua como uma das expressões mais radicais da chamada “questão social”, produto histórico das formas de organização do trabalho, da propriedade e da produção de vida no capitalismo. Nesse registro, a presença de pessoas vivendo nas ruas não aparece como desvio ou exceção, mas como elemento constitutivo de um sistema que produz, de modo estrutural e permanente, contingentes populacionais tornados excedentes, enquanto superpopulação relativa e que orbitam, de maneira precária, em torno do mercado de trabalho formal, costumeiramente passando ao largo de direitos básicos, como a moradia (Mendes & Costa, 2022). A rua pode ser lida, assim, como um dos espaços onde se materializam de forma extrema as contradições inerentes à relação capital e trabalho.

Entre as condições que caracterizam esse segmento populacional pauperizado e subalternizado, cabe destacar, corroborando com as definições oficiais disponíveis, a pobreza extrema, a fragilização de vínculos familiares e a não existência de moradia convencional, de forma que a rua se torna simultaneamente espaço de moradia e/ou sustento (Brasil, 2009; Mendes, 2018). Contudo, quando essas dimensões são mobilizadas sem as devidas mediações, o foco tende a ser deslocado para déficits individuais, a partir de vieses meritocráticos, contribuindo para obscurecer os processos estruturais que produzem e reproduzem a rua como destino socialmente possível.

A noção de *desadaptação*, nesse sentido, opera como uma categoria ideológica poderosa,

ao transformar relações sociais historicamente produzidas em problemas de conduta individual. Não é incomum que essa lógica seja incorporada pelos próprios sujeitos, que narram suas trajetórias em termos de escolhas mal sucedidas, falhas morais ou incapacidades pessoais de se adaptar, frequentemente centralizadas na “dependência química”. Ao mesmo tempo, essa mesma desadaptação pode ser interpretada como uma recusa prática – ainda que não racionalizada ou organizada politicamente – às formas dominantes de produção de vida – ou melhor, de desumanização –, marcadas pela exploração, pela precarização e pela cidadania mediada pelo consumo. O que aparece como fracasso pessoal também pode ser compreendido como denúncia difusa contra as condições que tornam a inserção plena na ordem social uma experiência sistematicamente negada para amplos setores da classe trabalhadora.

Além disso, ao serem definidos – e frequentemente se definirem – primordialmente pela falta, perde-se de vista, também, a complexidade das relações territoriais, das práticas cotidianas e das formas situadas de agência, ainda que limitadas por condições estruturais diversas, fixando a rua como espaço ontológico de exclusão e reduzindo a experiência da situação de rua à lógica da carência e sobrevivência. Nesse sentido, nem mesmo a substituição do termo “morador de rua” por “pessoa em situação de rua” é suficiente para romper com a lógica de desposseção “como centro agregador da variedade dos sujeitos constituídos em uma ‘população’” (Schuch & Gehlen, 2012, p. 19), apesar de representar um avanço político-conceitual relevante, expressão de esforços em buscar definições menos estigmatizantes, ao enfatizar o caráter situacional, heterogêneo e contingente dessa experiência social.

Ainda que os discursos costumem ser atravessados por leituras centradas na carência, marcada por individualismos e fatalismos, os relatos e as práticas observadas em campo evidenciam formas persistentes de inventividade e de ação situada na busca por mediações

possíveis com a vida na rua, ainda que não compreendidas dessa forma. Esses fatalismos, longe de serem disposições psicológicas individuais, podem ser compreendidos, em diálogo com Martín-Baró (1987), como um efeito ideológico da naturalização da ordem social vigente – expressão de relações de dominação – que, ao apresentar relações historicamente produzidas como imutáveis, desloca as possibilidades de transformação para o plano do esforço, da responsabilidade e dos méritos individuais, mesmo que possivelmente mediada pelo acesso ainda limitado às escassas políticas disponíveis. Costa e Mendes (2020b), ao discorrerem sobre o caráter dialético do fatalismo destacam que se “uma atitude submissa atrelada a um suposto destino pronto é manifestação adaptativa à vida em uma sociedade cada vez mais incerta e insegura, ela também expressa a própria miséria dessa realidade que carece de posturas como essa para se manter” (p. 694).

A agência que emerge nesse contexto não se expressa como autonomia plena ou resistência romantizada, mas como movimentação constante dentro de um campo de possibilidades delimitado pela escassez material, pela precarização dos serviços – quando disponíveis – e pela “ineficiência” e insuficiência das políticas em atender as necessidades concretas desses sujeitos – tratados como parte de uma população homogeneizada. O acionamento de equipamentos estatais, de redes formais e informais de apoio e de dispositivos institucionais aparece, assim, como parte de estratégias contraditórias, fragmentadas e frequentemente descontinuadas de acesso a direitos, revelando simultaneamente uma relação crítica e pragmática com as formas de gestão da pobreza que, muitas vezes, reproduzem sob novas roupagens mecanismos tradicionais de controle e responsabilização individual.

A partir de determinados parâmetros de normalidade, que orientam formas específicas de gestão pública, intervenção e controle, as políticas parecem operar menos a partir das necessidades

concretas desses sujeitos e mais em função do suposto ordenamento social e pacificação do espaço urbano, expressão de nossa tradição higienista. Nesse horizonte, as intervenções são frequentemente – e prioritariamente – voltadas à retirada das pessoas dos espaços públicos, não importa a partir de quais mecanismos, via de regra provisórios, violentos e desarticulados de projetos mais amplos de garantia de direitos.

Durante a realização da pesquisa, vimos avançar estes mecanismos. Mencionamos novamente o Programa Acolhe DF. Na retórica, o referido programa se destina à “busca ativa para acolhimento e reinserção social da pessoa com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade” (Distrito Federal, 2025, ementa). No entanto, concretamente, se tratou de uma medida a intensificar os processos de higienismo social e de manicomialização no DF, a partir do momento em que as pessoas eram (e ainda são) retiradas das ruas e levadas a CTs que tinham contratos e recebiam financiamento público do GDF. Em vez de “acolhe”, o programa seria mais bem caracterizado pelo termo “recolhe”.

É nesse terreno de agência situada e de escassez estruturalmente produzida que a itinerância emerge como uma dimensão central da relação com o território, as cidades e de acesso a direitos. Não à toa, a maioria das pessoas com quem pude interagir em campo sequer eram de Brasília, tampouco planejavam uma permanência prolongada. De forma semelhante, a maioria dos entrevistados se autodefine enquanto andarilhos, mobilizando suas trajetórias de deslocamento como parte constitutiva de suas narrativas de vida. Parte da literatura diferencia “pessoa em situação de rua”, “trecheiro” e “andarilho”, como figuras com distintos padrões de circulação e vínculo territorial, porém, tais distinções tendem a se apresentar de modo rígido e nem sempre capturam a porosidade das trajetórias concretas (Nascimento & Justo, 2015). Nesse trabalho, então, interessa menos fixar categorias do que acompanhar como estas são mobilizadas pelos

próprios sujeitos para narrar a si, justificar deslocamentos, produzir distinções morais e negociar acesso a serviços.

Para interlocutores como Travessia, Rumo e Estrada, por exemplo, o movimento aparece narrado tanto como “vontade de conhecer lugares novos”, quanto como uma das poucas formas de exercício de controle sobre a própria vida, frente a um contexto marcado pela escassez material, instabilidade e intervenções institucionais reiteradas. A itinerância é elaborada por eles menos como expressão da falta e mais como ação: desloca-se para escapar de conflitos territoriais, para acessar serviços e benefícios, recompor redes de apoio, ou simplesmente, para não se deixar capturar por arranjos institucionais percebidos como restritivos ou violentos.

Além disso, as trajetórias de itinerância, marcadas por passagens em diferentes estados e municípios, também proporcionam experiências que, acumuladas, são utilizadas como referência na avaliação das redes formais e informais disponíveis à população em situação de rua dos diferentes lugares percorridos. O CentroPop, por exemplo, surge recorrentemente como referência quase incontornável: muitas vezes é o primeiro equipamento buscado, mesmo com suas contradições e limites reconhecidos, figurando em comparações entre “como é aqui” e “como é lá”, tanto em termos de oferta de serviços, quanto de tratamento recebido, regras e funcionamento cotidiano.

E às vezes o lugar que não tem a regra certa, que nem o Centropop. Entra a hora que quer, sai a hora que quer [...] Ai se os cara quer auxílio social, então ele vai entrar lá, só vai passar pelo assistente social, aí cê tem que pegar fila. É uma burocracia do caramba também aí. É um dos pior pop que eu cheguei. Os melhores pop que eu passei é tudo no Paraná e Santa Catarina. O do Rio Janeiro também é bom. (Travessia)

Contudo, ao mesmo tempo em que essa experiência comparativa possibilita críticas mais

densas às políticas e equipamentos, um certo vocabulário atravessa de modo persistente as avaliações produzidas sobre serviços, ações territoriais e sobre o próprio SCS – assim como outros territórios caracterizados pela aglomeração dessa população: “bagunça”, “desordem”, “caos”, “zona”, “falta de organização”, etc. Em muitos relatos – não apenas entre os entrevistados, mas também em interações informais – as críticas recaem menos sobre a insuficiência material das políticas (falta de vagas, precariedade estrutural, ausência de direitos básicos) e mais sobre a suposta incapacidade dos serviços em “administrar” a população atendida, de forma que nem o Café com Escuta escapa dessa lógica. A desorganização do território e dos equipamentos é frequentemente atribuída ao comportamento de “alguns” sujeitos: aqueles que “bagunçam”, “fazem coisa errada”, “brigam”, “furtam”, “traficam e usam drogas”.

Ah, é uma bagunça. O tratamento lá não é igual aqui, assim, sabe? É tudo bagunçado. Os caras lá ficam usando droga lá dentro, ficam bebendo lá dentro, os caras não ligam, tá nem aí. Muita bagunça. Muita briga, lá dentro mesmo. Tipo igual o CentroPop aí [...] Gosto daqui [do CAPSad Candango], bem melhor do que lá no POP, porque lá no POP, lá rola droga lá dentro, né, tráfico lá dentro, briga, muita briga, gente puxando faca um pro outro lá dentro, querendo jogar pedra no outro. (Estrada)

Não se trata aqui de desqualificar denúncias concretas de violência, conflitos e riscos reais vividos no cotidiano, mas de tensionar o modo como essas cenas são explicadas. Quando a bagunça é lida sobretudo como produto de condutas individuais, tende-se a obscurecer as determinações sociais e institucionais que atravessam esses territórios: condições de extrema pobreza e vulnerabilização, ausência de proteção social contínua, circulação forçada, escassez de recursos, rotatividade e instabilidade permanentes, intervenções estatais higienistas e criminalizantes, etc. Nesse enquadramento moral, a solução que se apresenta com facilidade é o reforço de regras,

vigilância, fiscalização e controle, como se a ordem fosse um problema de disciplina. Essa gramática, ao individualizar processos estruturais, opera também como uma via de legitimação de respostas institucionais que prometem organização, estabilidade, ordem e disciplina, por meio do controle da vida cotidiana – questão que retorna adiante, quando se discute a centralidade ocupada pelas CTs.

Importa notar que essa leitura moral circula no território, organiza percepções e atravessa as próprias narrativas. Assim, a estigmatização não aparece apenas como violência simbólica imposta externamente, mas também como regime de classificação que induz diferenciações internas e hierarquias entre aqueles que compartilham a experiência da rua, deslocando estigmas para outros mais facilmente associáveis à desordem. Em diferentes relatos a categoria “andarilho”, por exemplo, não funciona apenas como descrição de deslocamentos, mas como marca identitária mobilizada para diferenciar-se de outras figuras da rua. Alguns interlocutores contrapunham o andarilho à imagem do “morador de rua”, entendido como aquele que “fica parado”, “estagnado”, “se aglomera”, se mistura”.

Essa diferenciação se soma a outras mencionadas anteriormente, sugerindo menos uma recusa da estigmatização em si e mais uma tentativa de deslocá-la para o outro, preservando para si uma narrativa de autonomia, disciplina e “caminho próprio”. Ou seja, nos relatos, o problema não são os estigmas atribuídos a população em situação de rua e sim sua generalização. Não por acaso, em certos discursos, “andar sozinho” aparece como conduta protetiva, ainda que na prática do território, as cenas observadas indiquem vínculos, alianças e circulação acompanhada, tensionando a oposição entre isolamento virtuoso e comunidade “suspeita”. Se a comunidade, quando se faz visível como aglomerado, passa a operar como sinal de perigo e desordem, então, o direito à convivência e comunidade é mais um entre os inúmeros direitos negados a essa população.

Se, por um lado, alguns afirmam não desejar fixação – como no caso de Caminho, Estrada e do próprio Travessia em seus primeiros relatos –, por outro, os horizontes de permanência passam a se reconfigurar à medida que novas possibilidades institucionais se apresentam. No caso de Travessia – e a partir de diferentes processos, conforme exposto anteriormente, também para Marcha e Rumo – o avanço no vínculo com o CAPSad desloca progressivamente seus projetos de continuidade da itinerância para expectativas de permanência em Brasília, associadas à retomada dos estudos, ao ingresso na universidade e ao acesso a formas de moradia vinculadas à política universitária. A oscilação entre movimento e fixação evidencia como as trajetórias não se organizam apenas a partir de “escolhas” individuais, mas são continuamente orientadas pelo desenho das políticas e pelos critérios de acesso a direitos, aproximando-se mais de políticas de sedentarização do que de promoção de trânsito permanente, em contraste com parte dos achados descritos por Freitas (2014) para outros contextos, conforme serão expostos a seguir.

A centralidade da mobilidade não se expressa apenas na circulação interestadual – como enfatizado nos relatos da maioria dos entrevistados, enquanto andarilhos – mas também como exigência cotidiana de deslocamentos intra-urbanos. No caso do DF, historicamente produzido para o transporte motorizado e marcado por setorização das atividades, longas distâncias se impõe como condição de acesso a serviços, direitos, entre outros. Nesse contexto, a mobilidade aparece, então, como prática forjada na interseção entre a busca por autonomia e acesso a direitos, conflitos territoriais, a insuficiência das políticas e o condicionamento – mesmo que não passivo – às formas institucionais de gestão de fluxos urbanos (Freitas, 2014).

Já no plano interestadual, essa gestão se torna ainda mais explícita quando a circulação é mediada pela lógica administrativa de concessão de passagens. Nas experiências narradas e observadas, o deslocamento frequentemente não aparece como direito, mas como “favor”

condicionado, atravessado por critérios que filtram quem pode circular, para onde e em quais circunstâncias. Exigências como comprovação de destino, presença de vínculos familiares no município de chegada, limitação a determinadas cidades ou exclusivamente à “cidade de origem” e, inclusive, imposição de sobriedade para embarque – incorrendo em internações em CTs –, compõem um repertório de condições que, sob a justificativa de “encaminhamento” e “proteção”, produz um regime de mobilidade tutelada e controlada. Assim, a circulação é autorizada apenas quando compatível com expectativas institucionalmente reconhecidas de ordenamento – retorno à família, reinserção laboral, “retirada do território” – ao passo que deslocamentos orientados por desejos, projetos próprios ou redes de sociabilidade construídas no trânsito tendem a ser deslegitimadas.

Por que em Florianópolis, se você tiver o telefone de qualquer pessoa, não precisa ser só da sua família, pode ser até um amigo, que está lá no nordeste e vai te receber na casa dele. Você ligou, se ele fala que te recebe, já te dá a passagem na hora. Não precisa ser da família sua, só te receber em qualquer lugar que você já vai. E no estado de Goiás tem cidade que eu passei assim, que você não pode pedir passagem para lugar nenhum. Ele já tem uma passagem programada [...] No Paraná eles ligam para a nossa cidade, eles ligam para a família primeiro [...] Mas aqui, o meu acusou eu, que eu eu falei que eu queria trabalhar lá em Salvador. Falou que não dá, porque só podia voltar para família, que também não deu [...] Aí, no Paraná ligam para a família, primeiro. Se a família não puder pagar, aí eles pagam. A minha mãe falou que não podia pagar e pagaram. Aí eles levou eu lá na rodoviária e deu lanche, deu tudo. Aqui não, aqui eles te dá passagem, te larga, aí você tem que se virar para chegar até lá. (Travessia)

Cabe aqui um diálogo com os achados de Freitas (2014) com as devidas mediações, uma

vez se tratar de dados coletados em município do estado de São Paulo, não necessariamente aplicáveis à realidade do DF, considerando a descentralização das políticas. Mesmo partindo de distinções enrijecidas entre pessoas em situação de rua, andarilhos e trecheiros, Freitas (2014) ao analisar como as políticas de mobilidade, em um município de SP, se organizam no atendimento especificamente a população em situação de rua e trecheiros, chega à seguinte conclusão: enquanto para as pessoas em situação de rua, as políticas são voltadas a sedentarização – “processo que visa o retorno à família, a inserção em um trabalho e acesso a direitos sociais” (p. 148) – para os trecheiros, as políticas ficam reduzidas a promoção do trânsito permanente ou até a institucionalização, em casos de consumo de drogas (Freitas, 2014).

O horizonte das políticas, dessa forma, conforme denunciado pelo autor, é a remoção daquelas pessoas – nomeadas criticamente por ele como “os indesejáveis” – dos espaços públicos. Com divergências em termos de estratégias, o horizonte das políticas do DF – assim como dos mais diversos municípios pelos quais passaram os entrevistados – é o mesmo. Ou seja, ao mesmo tempo em que a concessão de passagens supostamente supre as demandas dessa população, ao garantirem a continuidade da itinerância, também serve a agendas higienistas, ao impedir a permanência dos sujeitos nas respectivas cidades, cuja presença ociosa em praças públicas é vista e tratada como “sujeira”. Os relatos de Caminho, Travessia e Estrada são bastante ilustrativos nesse sentido:

Aí eu fiquei lá nesse albergue lá, fiquei lá um tempinho. Aí o assistente social falou assim “o que que você quer aqui?”, veio me entrevistar, falei assim “eu quero ver se eu arrumo um carrinho de picolé pra trabalhar”, ela falou “não, você só pode ficar sete dias aqui. Se você não arrumar nada, você vai ter que pedir passagem ou então vai se virar por aí”.
(Estrada)

Por que eles querem o quê? Eles querem te ajudar pra você circular o dinheiro lá dentro, pra nunca parar o dinheiro da cidade, entendeu? [...] Em três meses, se você não arruma um emprego, eles falam: "para onde você quer ir?" E te dão a passagem pra você ir, mas eles ficam com você até o final. Pra você embarcar. (Travessia)

Lá em Santa Catarina eles estão numa política assim, ó, eles não querem morador de rua, entendeu? Eles querem eliminar. Daí se tu chegar "eu quero ir embora", "toma passagem", "quero me internar", "vamos". Devia ser assim aqui. (Caminho)

O direito à mobilidade não se apresenta, então, como um direito plenamente garantido, mas como campo de disputas e condicionamentos. Dessa forma, ainda que sejam atravessados por decisões e estratégias dos sujeitos, o ritmo, a direção e a velocidade desses movimentos são fortemente modulados pelas políticas públicas e intervenções estatais, cujos esforços parecem ser regular os fluxos desses corpos pela cidade, convertendo o direito à mobilidade em mecanismo de gestão e controle (Freitas, 2014). Assim, o movimento – mesmo atravessado por contradições – torna-se uma mediação fundamental entre sujeitos, o território e o Estado: desloca-se para acessar direitos e políticas, mas também para escapar de abordagens, conflitos territoriais e formas reiteradas de vigilância e controle.

Nesse contexto, o acesso ao Passe Livre, especialmente interestadual, emerge nos relatos, aparentemente não apenas como benefício de transporte, mas como horizonte de circulação menos controlada. Representa a possibilidade de viajar sem depender da autorização pontual, seletiva e moralizada de dispositivos assistenciais. Contudo, essa “des-tutela” é apenas relativa, uma vez que o acesso ao Passe Livre é condicionado a critérios de elegibilidade que deslocam a mobilidade do campo dos direitos universais para o campo da classificação e da comprovação pericial, conforme será melhor detalhado. O Passe Livre aparece como uma demanda frequente entre as pessoas com

quem pode interagir, orientando, inclusive, a vinda de alguns a Brasília.

As observações realizadas no SCS indicam que a itinerância é fortemente mediada por circuitos informais de troca de informações entre pares. A maioria das pessoas com quem interagi em campo, conforme exposto, não eram de Brasília – muitas, inclusive, recém-chegadas – de forma que a vinda para a capital é frequentemente narrada como resultado da circulação de relatos sobre um suposto “acesso facilitado” a direitos e benefícios, assim como sobre melhores condições de vida para a situação em situação de rua, por exemplo. A permanência em Brasília, por outro lado, raramente se apresentava como projeto a longo prazo, aparecendo mais como uma “parada” estratégica para dar continuidade à itinerância em melhores condições, através do acesso, por exemplo, ao Passe Livre Interestadual (PLI) e outros benefícios, especialmente o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Essa dinâmica se reflete também na forma como as relações de campo se constituem e se desfazem. Muitas das interações ao longo da experiência em campo permaneceram restritas a um único encontro – ou, no máximo, dois – em razão da alta rotatividade que marca o território e das trajetórias atravessadas pela itinerância. Essa rotatividade, contudo, não pode ser lida apenas como expressão de mobilidade desejada ou de circulação como direito, tampouco como algo que reduz o SCS em mero ponto de passagem, afinal, há ali uma comunidade relativamente estável, inclusive com figuras antigas, muitas delas conterrâneas de Brasília. Em alguns casos, por exemplo, o “sumir do território” pode significar também captura por dispositivos de controle – como prisões e CTs – que interrompem movimentos e vínculos, reordenando à força os fluxos pela cidade.

Em contraste, nos casos daqueles itinerantes em que a permanência em Brasília – e no SCS – se prolonga, ela aparece menos como projeto desejado de fixação territorial e mais como efeito das próprias arquiteturas institucionais que regulam o acesso a direitos e benefícios. Muitos se

veem compelidos a permanecer por períodos prolongados, na expectativa de acessar direitos cuja efetivação, na prática, revela-se muito mais lenta e restritiva do que o imaginado, em função da burocratização, sucessão de encaminhamentos, desmarcações, atrasos e exigências documentais que caracterizam os processos de acesso a políticas. De acordo com observações e relatos das experiências, o Passe Livre, por exemplo, se revela, na prática, como sendo de difícil acesso: “Porque aqui, você vai fazer o CAPS, são quatro meses para você não conseguir um cartão, não conseguir um cartão passe livre” (Travessia).

É nesse contexto que o CAPSad emerge para muitos interlocutores como uma das principais mediações institucionais para o acesso aos direitos/benefícios mencionados – o Passe Livre e o BPC. Não só a demanda pelo serviço, como também o próprio vínculo com a instituição aparece, em diversos relatos, menos orientado pela busca por cuidado em saúde mental e mais pela necessidade de obtenção de laudos e classificações diagnósticas que funcionam como pré-requisitos burocráticos para a elegibilidade a esses benefícios. Além do acesso a direitos ser mediado pela necessidade de patologização, tal acesso não se dá a partir de qualquer diagnóstico, uma vez que é necessário comprovar quadro de “deficiência”.

Se trata de uma visão que entende que a deficiência é resultado da interação entre o corpo e o meio, sendo um contraponto ao modelo biomédico, que entendia que a deficiência estava presente apenas nas características corporais do indivíduo. Logo, o diagnóstico médico não pode, sozinho, determinar se existe ou inexistência de deficiência para quem quer receber o BPC. Isso deve ser verificado a partir de uma análise biopsicossocial. A avaliação da deficiência é realizada por médicos peritos e assistentes sociais. Ela tem, por objetivo verificar se os impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial vivenciados pela pessoa produzem efeitos de longo prazo (pelo menos 2 anos) e se isso a

impossibilita de participar, de forma plena e efetiva, na sociedade e em igualdade de condições com as demais pessoas. (MDS, 2019, seção 8, parágrafo 2)

O BPC, enquanto benefício assistencial para pessoas com deficiência e idosos de baixa renda, é garantido pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993. Embora a gratuidade do transporte interestadual seja especificamente regulamentada pela Lei nº 8.899/1994 (Lei do Passe Livre), ela funciona de forma complementar aos benefícios sociais, ou seja, também está condicionado à comprovação de deficiência. Mesmo a deficiência sendo definida, desde então, a partir de “impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial”, nos últimos anos, as recentes aprovações em comissões na Câmara dos Deputados de novas medidas para facilitar o acesso de pessoas com transtornos mentais incapacitantes ao benefício, parecem indicar que tal acesso não estava sendo efetivado na prática (Ribeiro, 2023). Não obstante, essas novas aprovações também podem estar relacionadas com o aparente aumento nas demandas por diagnóstico.

Um relato comum entre as pessoas que buscavam acesso a esses benefícios através do CAPSad era de que apenas certos diagnósticos garantiam tal acesso, de forma que a “dependência química” – segundo alguns, também de acordo com os próprios profissionais da instituição – não estava entre eles, se mostrando insuficiente se não incorporada a outro diagnóstico, como esquizofrenia ou bipolaridade. Tais relatos podem ser evidência da moralização que atravessa essa categoria diagnóstica, que, ao ser associada a ideias de escolha, falha moral, falta de força de vontade e responsabilidade individual, tende a ser tratada como um sofrimento menos “digno” desse tipo de proteção. Mais do que isso, evidenciam a patologização como tecnologia de acesso a direitos e algumas das consequências disso. A doença se torna via de acesso a direitos, sob a pena de ela ser a portadora de tais direitos, recrudescendo a coisificação do real sujeito. É como se

a doença fosse o “passe”, só que em vez de “livre” ela tem garantido viagem só de ida a instituições e contextos aprisionantes, como as CTs.

Os relatos de Rumo, Caminho, Marcha e Travessia tornam essa dinâmica particularmente explícita, a partir de diferentes perspectivas. Marcha, por exemplo, considera a possibilidade de ser reconhecido como Pessoa Com Deficiência (PCD), a partir da vinculação com o CAPSad, como um avanço significativo em sua trajetória, não só por permitir o acesso ao BPC e ao Passe Livre, mas por também ser considerado um facilitador do acesso à políticas habitacionais, uma vez que, segundo ele, não existe mais política habitacional para pessoa em situação de rua, apenas para PCD: “se você for ali na Codhab: ‘não, para morador de rua não tem mais não. [...] que que eles tão fazendo? Pegando a casa e vendendo’ [...] Ai por causa de um, os outro empaca”. Marcha representa então um caso de “sucesso” para aqueles que buscam o CAPSad com expectativas de acesso a esses benefícios, como é o caso de Caminho, por exemplo: “Porque como eu sei que o CAPS pra mim não adianta e o remédio não adianta, é mais por causa dos laudos mesmo [...] para conseguir os auxílios”. Travessia, por sua vez, critica aqueles que buscam o serviço exclusivamente com esse objetivo, ainda que reconheça, em sua própria trajetória, o desejo de que o acesso a benefícios seja um desdobramento do cuidado.

Mas tem gente que vem aqui e só quer o laudo. E vem bêbado e quer brigar. E acha que vai conseguir o laudo e vai conseguir aposentar. Se fosse fácil aposentar e pegar o BPC, o Brasil inteiro [...] Eu, se eu pegar o BPC é bom, mas o que eu queria mesmo já está em andamento, que é pegar o passe livre daqui de Brasília. (Travessia)

Já Rumo, por sua vez, expõe a necessidade de algum tipo de auxílio financeiro para conseguir pagar um aluguel e, finalmente, pôr um fim em seu trânsito permanente em casas de passagem. O BPC, nesse sentido, parece se apresentar como uma das únicas perspectivas, sendo a

lógica de seu acesso, entretanto, extremamente criticada por ele, exatamente pela necessidade de patologização e consequente medicalização.

Porque, pra mim conseguir um benefício, um BPC... Que eu tenho minha patologia, poderia entrar e eu vou entrar... Mas eu tenho que tá louco pra mim conseguir um... F não sei o que do CAPS, né? [...] Pô, então quer dizer que eu tenho que me drogar de novo e entrar lá, me drogar com comprimidos, com remédio, pra mim ter acesso de novo a um... Que retrocesso! (Rumo)

Nesse arranjo, o CAPSad se inscreve em um campo de ambivalências, como mediação tanto para circulação como para permanência. De um lado, opera como instância de legitimação burocrática para o acesso a benefícios que modulam a mobilidade, mesmo não concebidos especificamente para a população em situação de rua. De outro, torna-se um dos nós do território em torno dos quais se organizam estratégias de permanência, de espera, de fuga e de produção de redes de sustentação no SCS. A busca por laudos, diagnósticos e classificações periciais, portanto, reorienta a relação com o serviço, assim como as próprias expectativas em torno do que o CAPSad pode – e deve – oferecer.

É a partir dessa mediação institucional que se torna possível compreender por que uma parte significativa das demandas dirigidas ao serviço orbitam em torno da expectativa de internação, conforme nomeado pelos usuários, ou “acolhimento integral”, conforme nomeado nas políticas. Nos relatos, o CAPSad aparece frequentemente convocado a suprir não apenas necessidades relacionadas ao consumo abusivo de drogas, mas deficits mais amplos de proteção social: alimentação, higiene, descanso, segurança e, sobretudo, a possibilidade de uma suspensão temporária da experiência da rua. Assim, o “cuidado” é muitas vezes traduzido menos como processo terapêutico e mais como refúgio provisório frente à exposição cotidiana à violência, à

instabilidade e à precariedade material, ou seja, estratégia situada para acessar, ainda que de modo precário, dimensões básicas de produção de vida, que deveriam ser garantidas como direitos sociais universais.

Essa inflexão ajuda a evidenciar uma contradição mais ampla, que não diz respeito apenas ao lugar ocupado pelo CAPSad, mas à própria organização setorializada e fragmentada das políticas públicas – e, conseqüentemente, da gestão da questão social, transformada em “questões sociais”. Ao ser acionado como mediação para o acesso a benefícios, proteção social e condições mínimas de existência, tal serviço passa a concentrar demandas que extrapolam seu campo formal de atuação e, principalmente, suas capacidades materiais. Nesse sentido, a centralização da RAPS em um serviço especializado revela seus limites, principalmente se considerarmos a saúde(-mental) enquanto produção de vida (Costa, 2024).

Em diálogo com Basaglia (2010) – uma vez que a RPB foi inspirada na italiana – essa configuração pode ser lida como um contrassenso em relação à radicalidade do “discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico)” (p. 9) característico do horizonte da reforma psiquiátrica italiana, que não se limitava a substituição do manicômio por novos dispositivos especializados, implicando a reconfiguração da própria rede social e comunitária como espaço central de produção de saúde, convivência e direitos. A captura de demandas por abrigo, alimentação, proteção por um serviço especializado de saúde, nesse sentido, revela os limites de uma política que, mesmo territorial, permanece organizada em torno de recortes setoriais. Compromete-se, assim, a efetivação da integralidade do cuidado, a partir da fragmentação da questão social (Santos, 2008).

Desse modo, ao mesmo tempo em que a existência de um grande número de projetos sobre as políticas sociais setoriais pode ser um indicador de que estamos pesquisando as

expressões da “questão social”, pode também indicar a reiteração da fragmentação e da setorialidade na discussão das políticas sociais, e, conseqüentemente, da “questão social”. (Santos, 2008, p. 12)

As avaliações produzidas pelos próprios sujeitos sobre o CAPSad se organizam, então, em torno desse descompasso entre o que o serviço formalmente propõe e aquilo que dele se espera. Um conjunto recorrente de críticas incide sobre a localização territorial do equipamento, por exemplo, frequentemente sintetizada na formulação “é para parar de usar, mas colocam o serviço em frente à boca” (diário de campo). De modo semelhante, a política de portas abertas – princípio estruturante do cuidado em liberdade – é, em diferentes relatos, interpretada como fragilidade institucional. Nesses casos, a possibilidade de entrar e sair, a convivência entre pessoas em distintos estados de uso e a circulação constante no serviço são alvo de críticas atravessadas por moralismos, revelando também contradições que os muros do CAPSad não conseguem – e nem devem – manter do lado de fora. Algumas das críticas produzidas recaem, então, exatamente sobre os aspectos fundamentais que tornam o CAPSad um serviço substitutivo aos manicômios, ou seja, seu caráter de cuidado territorial e em liberdade, sugerindo a permanência hegemônica da lógica manicomial como horizonte de inteligibilidade.

Aí CAPS, lá eu fiz inscrição em Salvador, mas não prestou. Não prestou, não gostei [...]

Ah, é uma bagunça. O tratamento lá não é igual aqui, assim, sabe? É tudo bagunçado. Os caras lá ficam usando droga lá dentro, ficam bebendo lá dentro, os caras não ligam, tá nem aí. Muita bagunça. Muita briga, lá dentro mesmo. Tipo igual o CentroPop aí.

(Estrada) Soma-se a isto a precariedade da própria RAPS do DF. Até mesmo quanto aos CAPS,

negritamos que o DF possui a segunda pior cobertura de todas as 27 unidades federativas, com apenas 18 CAPS no total e, destes, 14 habilitados (Ministério da Saúde, 2024). Apenas um CAPS,

o CAPS I de Brazlândia tem cobertura populacional dentro dos parâmetros mínimos estipulados pelo Ministério da Saúde. Existem CAPS abarcando territórios com quase 1 milhão de habitantes (Distrito Federal, 2022). Para piorar, outros níveis de atenção da RAPS são igualmente precários ou inexistentes. No caso da população em situação de rua, e nela, das pessoas com problemas associados ao consumo abusivo de drogas, salta aos olhos (negativamente) a existência de apenas uma Unidade de Acolhimento para adultos (UAA), no nível de atenção residencial de caráter transitório - o mesmo nível de atenção das CTs -, assistindo até 15 pessoas. Ainda, inexistem Centros de Convivência no âmbito da atenção básica da RAPS. Assim, a centralidade do CAPSad se intensifica até mesmo por conta da insuficiência ou ausência de outros serviços no DF, resultando em ainda maiores demandas e sobrecarga.

Esse cenário de escassez se amplifica quando avançamos sobre outras políticas e redes do próprio SUS, mas também do SUAS. Para se ter uma ideia, segundo o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT)¹¹, há um déficit de pelo menos 35 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) no DF, que são os serviços responsáveis pela gerência dos benefícios citados pelos entrevistados - sem adentrar nas carências de profissionais e condições precárias de trabalho e assistência. Os dois CentroPOP para abarcar todo o território do DF são também, evidentemente, insuficientes. Inclusive, no momento final de escrita desta dissertação, surgem notícias de mudança do local de um dos CentroPOP, que fica na Asa Sul, no Plano Piloto, para outra região, sem consultas à população assistida por ele, corpo técnico da SEDES ou estudos e planejamentos a fundamentar tal decisão - mas atendendo a demandas de moradores que relatam “problemas” com a população em situação de rua¹².

¹¹<https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/comunicacao-menu/sala-de-imprensa/noticias/noticias-2025/17311-assistencia-social-pesquisa-do-mpdft-aponta-deficit-de-cras-no-df>

¹² <https://noticias.r7.com/brasil/df-no-ar/video/governador-determina-reforco-de-seguranca-e-transferencia-do-centro-pop-na-asa-sul-df-03022026/>.

É nesse contexto que as CTs passam a operar como parâmetro de comparação entre algumas das pessoas com quem tive contato em campo. Não foi incomum – principalmente após me tornar conhecida no território –, por exemplo, pessoas me abordarem com demandas por internação, muitas explicitamente solicitando recomendações de CTs. Nesses casos, quando provocados sobre a possibilidade de internação no CAPSad, a resistência costuma ser a resposta mais frequente, geralmente fundamentada no mesmo argumento: a necessidade não só de sair de rua, mas de afastamento territorial para se alcançar a tão almejada abstinência, único horizonte possível de cuidado.

Ainda assim – mesmo com discursos marcados por contradições –, o CAPSad aparece, para muitos, inclusive entre os entrevistados, como alternativa preferível justamente por não se estruturar como instituição asilar-manicomial, preservando a liberdade e a vinculação territorial. A disputa por hegemonia fica explícita: o serviço é criticado por muitos por não internar nos moldes asilares-manicomiais, mas ao mesmo tempo, é valorizado por outros exatamente por não aprisionar. Tensão que evidencia tanto a insuficiência da rede de políticas de forma geral quanto o peso histórico do paradigma manicomial na produção de expectativas sobre o cuidado.

[sobre voltar a se internar em CTs] Não, nunca mais. Porque nem o CAPS é a favor disso. Ele é a favor de você melhorar e voltar para sociedade e se possível arrumar um emprego, voltar para família [...] Porque aqui você pode entrar e sair a hora que você quiser.
(Travessia)

As contradições e críticas mobilizadas nos/pelos relatos e observações não devem, assim, ser mal-interpretadas como um ataque ao serviço em si. Ao contrário: é justamente porque ele opera – com todos seus limites e contradições – como um dos principais dispositivos substitutivos ao manicômio, fruto de conquistas históricas dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e luta

antimanicomial. Defendê-lo implica defender o próprio princípio do cuidado territorial e em liberdade, especialmente em um contexto marcado pela permanência de soluções de caráter asilar-manicomial como horizonte privilegiado de resposta institucional. Ao mesmo tempo, as próprias críticas ajudam a enxergar como a lógica manicomial persiste mesmo com a suposta extinção de suas instituições físicas: quando o cuidado é demandado como isolamento, contenção e afastamento territorial, o que se revela é a força histórica de uma gramática que confunde proteção com tutela e cuidado com aprisionamento – terreno no qual a expansão das CTs se produz e reproduz, tema que será desenvolvido no eixo seguinte.

É a partir dessa posição ambivalente que o Candango se insere no território do SCS, não como dispositivo isolado, mas como parte de um emaranhado mais amplo de serviços públicos, como: o CentroPop e a Codhab; organizações do terceiro setor, como o Instituto No Setor e o recém inaugurado Centro de Acesso a Direitos e Inclusão Social (CAIS), coordenado por um coletivo histórico e reconhecido de Redução de Danos do DF – Tulipas do Cerrado –, coletivos da sociedade civil, como o próprio Café com Escuta; ações de cunho caritativo, geralmente mobilizadas por igrejas ou pelo próprio INS e outros coletivos; projetos de extensão universitários, a presença constante de representantes do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), além de redes informais de apoio.

Por outro lado, essa mesma rede que configura o SCS como espaço possível de permanência, cuidado e fortalecimento de vínculos segue inserida em um território atravessado por inúmeras contradições e dinâmicas intensas de conflito, insegurança, violência e intervenção estatal – via de regra violenta –, especialmente a partir da presença constante das forças policiais no território. A atuação da PM, por exemplo, aparece nos relatos e nas observações de campo menos como garantia de proteção e mais como instância de vigilância, violência, contenção e

produção de deslocamentos forçados, frequentemente associada a práticas de abordagem violenta, generalizações – em que todos são tratados como “farinha do mesmo saco” (diário de campo) – e remoções de pertences.

No SCS, onde já existia um posto policial com funcionamento 24h, a presença cotidiana das viaturas e das rondas se inscreve – na teoria – como parte de um projeto mais amplo de “revitalização” da área, orientado pela preservação da ordem e da segurança pública, na prática se constitui como uma das frentes de efetivação de um projeto higienista e orientado pela especulação imobiliária. No entanto, nos relatos escutados em campo, essa segurança se apresenta de forma seletiva: a proteção é “garantida” basicamente quando os conflitos atravessam pessoas “externas” ao território, às custas da criminalização generalizada da população; enquanto as violências internas à PSR tendem a ser naturalizadas e invisibilizadas. A formulação de Marcha, nesse caso, expressa uma percepção comum:

Os policiais não estão nem aí. Os cara brigando com faca aí fora, com pedra, com tudo. Quer que as pessoas se matem. Os policiais só tão aí quando roubam de alguma outra pessoa. Quer que as pessoas se matem. Quando morre um aí, quando caí um aí furado, aí chama o SAMU. Eles ficam só olhando. (Marcha)

A recorrência de queixas sobre furtos, assaltos e conflitos territoriais fazia parte do cotidiano da pesquisa. Não foi incomum chegar ao SCS e ser imediatamente interpelada por desabafos como “fui roubado essa noite” ou “levaram minhas coisas enquanto eu dormia”, revelando um cenário em que a insegurança é vivida simultaneamente como experiência entre pares e como efeito das próprias formas de intervenção institucional.

A remoção de cobertores, documentos, mochilas e objetos pessoais, relatada e observada ao longo da experiência em campo – assim como também divulgada na mídia, conforme exposto

anteriormente – como prática frequente, aparece, nesse sentido, não apenas como ação pontual de controle, mas como parte desse projeto higienista. Configura-se enquanto estratégia de desgaste e expulsão “indireta”, na medida em que vai minando as possibilidades de permanência material no território. Ou seja, a presença mais ostensiva do Estado no SCS se dá pelo seu braço repressivo. Quando o Estado “aparece” é fundamentalmente para retirar e não garantir direitos.

A inauguração de uma Unidade Integrada de Segurança Pública (UISP), dia 13 de dezembro, seis dias antes da inauguração do CAIS, na quadra 5 do SCS, próxima ao CAPSad, reforça essa leitura. Anunciada como marco da política de revitalização e ordenamento urbano, sua presença – impossível de passar despercebida por quem passa por ali – evidenciam que a gestão da situação de rua segue sendo pensada, prioritariamente em termos de insegurança, controle e expulsão – a partir da criminalização, institucionalização e manicomialização desse segmento – e não de garantia de direitos e de produção de vida em condições minimamente dignas. Esse tal projeto de revitalização sempre parece se dar às custas da violação de direitos dessa população, a partir de diferentes frentes.

O Setor Comercial Sul exige um olhar diferente e um trabalho permanente. Não se trata apenas de reformar, mas de transformar a cidade, o que é sempre um desafio. A revitalização do SCS é uma das obras mais simbólicas deste governo e exige ação contínua, integrada e consistente para gerar resultados duradouros. Por isso, a decisão de trazer para cá uma estrutura moderna de segurança, tecnologia e inteligência, aliada ao investimento do setor produtivo e das entidades comerciais. O SCS é o centro da nossa capital e precisa ser cuidado todos os dias, para que possamos ter orgulho de receber quem chega a Brasília em um espaço renovado, seguro, moderno e vivo. (Agência Brasília, 2025, parágrafo 5)

É nesse campo tensionado entre redes de apoio contraditórias, limitadas e, ainda assim,

extremamente potentes e dispositivos de controle que a permanência e a itinerância podem adquirir novos sentidos. Se por um lado, o movimento por vezes aparece como estratégia para escapar de conflitos, abordagens e capturas institucionais, por outro, a insistência em permanecer no SCS, mesmo diante de violências, precariedades e intervenções produzidas cotidianamente, pode ser interpretada como forma de protesto e denúncia prática contra intervenções higienistas e as insuficiências da rede e das políticas disponíveis. Permanecer, assim como circular, não se reduz à escolha individual ou efeito mecânico da escassez, mas pode se configurar como ação situada em um território onde cuidado e controle, acolhimento e expulsão, proteção e insegurança se entrelaçam na produção concreta da vida nas cidades e no território, enquanto território usado.

4.4 A relação com as CTs

As experiências anteriores à presente pesquisa com a população em situação de rua, especialmente a partir de estágios e projetos de extensão, já indicavam a centralidade das CTs nas trajetórias narradas por esse segmento. A literatura também aponta para o aumento da relevância de tais instituições com a população em situação de rua (Mendes & Costa, 2022). No caso do DF, mesmo os censos sobre população em situação de rua realizados já consideraram as CTs no percurso metodológico, indo até elas para levantamento e coleta de dados, o que já indica uma naturalização e chancela a elas. No censo de 2022, das 2.938 pessoas identificadas, 91 (3,1%) estavam em CTs (Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal [IPEDF], 2022). No de 2025, das 3.521 pessoas identificadas, 157 (4,4%) estavam em CTs (IPEDF, 2025). Ou seja, o crescimento da institucionalização da população em situação de rua também é captado pelos censos do DF, por mais que tais dados tendem a ser subestimados. Com o desenvolvimento de programas como o Acolhe DF, este cenário tende a se intensificar ainda mais.

Essas instituições insistiam em aparecer de forma reiterada nos relatos, cujas demandas raramente eram explicadas a partir de necessidades diretamente relacionadas às drogas, mas, sobretudo, à própria situação de rua. Em um dos relatos, por exemplo, a internação em CTs aparece como alternativa de abrigo e recuperação da saúde diante de um pé machucado e da impossibilidade de se manter em movimento, descrito como condição necessária para quem está em situação de rua. Em outro, aparece como último recurso frente à lotação de vagas em abrigos e à ameaça de morte que inviabilizava a permanência no território. Mesmo quando as experiências descritas eram frequentemente – e fundamentalmente – atravessadas por violações de direitos e violências, as CTs não deixam de figurar como possibilidade. Foi a partir desse acúmulo que se formulou, inicialmente, a seguinte pergunta de pesquisa: o que leva as pessoas em situação de rua a seguirem recorrendo a internações em Comunidades Terapêuticas, mesmo quando essas experiências são atravessadas por violações e violências?

Ainda na fase de elaboração do projeto, essa formulação foi prontamente tensionada por meu orientador, que advertiu para o risco de tratar a internação como resultado de uma “escolha”. À época, a advertência me pareceu clara: parecia evidente que não se escolhe aquilo que se apresenta como uma das únicas alternativas disponíveis em um campo marcado pela insuficiência, ineficiência e precarização das políticas públicas. Entretanto, foi apenas com o contato prolongado com o território que a magnitude dessa advertência se impôs em toda sua extensão. As CTs não apareciam apenas como um recurso entre outros, escassos e precarizados, acionadas diante da ausência de políticas efetivas, mas como presença constante e insistente no próprio território, mesmo não havendo nenhuma instituição física localizada nas imediações do SCS.

Se as CTs não se fazem presentes no território pela materialidade de seus muros, elas se fazem pela densidade de suas mediações. Surgem nos pedidos de internação, em conversas entre

as próprias pessoas em situação de rua, nos fluxos institucionais e em ações de recrutamento/convencimento no território – seja a partir do programa Acolhe-DF, de ações de cunho caritativo e vínculo religioso ou de agentes individuais: “Aí os cara tava dando sopa, comida, aí perguntou se eu queria ir pra comunidade terapêutica [...] (Travessia); “Sai muito pessoal para doar comida e levar os moradores de rua para esses lugares. Lá tem bastante isso” (Caminho). Em diferentes experiências em campo, por exemplo, as CTs eram mobilizadas como referência quase automática quando se falava em “saída da rua”, “cuidado” ou “recomeço”, funcionando como horizonte tácito de comparação com outros dispositivos da rede, mesmo quando não de forma explícita, conforme evidenciado no eixo anterior.

Sua insistente presença, tanto no território quanto nas trajetórias e relatos dos sujeitos, legitima-se na hegemonia manicomial e proibicionista, que, a partir da patologização, moralização e criminalização da pobreza e do consumo, organiza, de forma difusa e contraditória, os sentidos socialmente disponíveis sobre drogas, “cuidado” e a própria situação de rua. Neste enquadramento, a vida na rua é frequentemente associada ao consumo abusivo de drogas, desordem, indisciplina, instabilidade e periculosidade, a partir da reprodução de estigmas que passam a circular também entre os próprios sujeitos contra os quais se voltam, reorientando percepções, expectativas, avaliações morais e demandas por determinadas intervenções.

Ah, pra mim morador de rua é um câncer, sabe? Lá na cidade de Santa Catarina, eles estão ajudando bastante. Criciúma mesmo, lá o prefeito oferece curso, trabalho, abrigo, comunidade terapêutica, passagem, entendeu? Te oferece tudo assim. E daí não sai da rua por quê? [...] Ah, compulsório também, né? Internação compulsória. (Caminho)

Cadê o corpo técnico, cadê as pessoas que estão preparadas pra coibir? E a outra coisa, se você não quer a lei lá, se você não quer a polícia lá, você vai dar conta na hora que estourar

a bomba? [...] E não é brincadeira, é uma epidemia, é uma doença. Epidemia se trata, se combate, com remédios, com armas, com armas letais, para combater o vírus, para combater a doença [...] Então, o que eu acho propriamente é que essa segunda polícia, que se veste de azul, tem que estar em todos os segmentos, armada [...] Tá faltando, mesmo que você discorde, que seja um pouquinho mais enérgico, que o sistema seja um pouco mais bruto, um pouco mais carregado. (Rota)

O uso de metáforas biomédicas e bélicas – “epidemia”, “câncer”, “doença”, “combate”, “armas” – opera como um dispositivo retórico que naturaliza a violência como “cuidado”, legitimando respostas coercitivas e punitivistas diante de problemas sociais que são, em suas raízes, históricos, políticos, econômicos e estruturais. Nessas formulações, em vez de ser compreendida como expressão de desigualdades e negação de direitos, a presença da PSR é traduzida como ameaça sanitária, moral e urbana, cuja contenção se apresenta como necessidade técnica, terapêutica e, ao mesmo tempo, policial. Os relatos trazidos, no entanto, não podem ser tratados como desvios individuais ou simples opiniões pessoais, uma vez que se configuram em atualizações de uma lógica tradicional de gestão moral e institucional da pobreza, principalmente no Brasil pós-abolição.

É nesse contexto que a Psiquiatria – final do século XIX e início do século XX – encontra no discurso e preocupações higienistas espaço para fazer história no país, uma vez que cabia à medicina refletir e atuar sobre os comportamentos naturais, urbanísticos e institucionais das doenças, consideradas então como consequência da desorganização social e mau funcionamento da sociedade. Os psiquiatras brasileiros acreditavam e defendiam cientificamente que a miscigenação racial, os vícios e a ociosidade eram as principais causas da degradação moral e social do país. Nessa lógica, populações negras e pobres, aqueles reconhecidos como “ociosos”,

“degenerados”, “viciados” e/ou “vagabundos”, foram progressivamente enquadrados como problema médico, jurídico e policial, justificando sua segregação em instituições de reclusão, sob a retórica da proteção, da cura e da preservação da ordem social (Mansanera & Silva, 2000). A rua, nesse arranjo, não se figurava apenas como espaço de carência, mas foco de risco, contágio e desordem urbana, exigindo intervenções de saneamento social.

Lendo as falas de Caminho e Rota a partir dessa recapitulação, percebe-se que elas encarnam e reproduzem uma lógica de exclusão e contenção característica das instituições manicomiais, do higienismo social e racial e da gestão moral de populações consideradas desviantes. Mais do que apenas reproduzir estigmas como meras opiniões individuais, essas formulações revelam como a violência – simbólica e material – se torna comum, legítima e esperada nas formas de compreender e responder à presença de pessoas em situação de rua. É nesse horizonte que a internação – inclusive compulsória – deixa de aparecer como medida excepcional – conforme preconizada na Lei da Reforma Psiquiátrica – e passa a se apresentar como resposta necessária e até desejável, como demanda que circula no próprio território, atravessando avaliações morais, percepções de risco e noções socialmente compartilhadas sobre o que significa “cuidar”, “proteger” e “organizar” a cidade.

Legalmente, as internações em CTs são proibidas, conforme Lei 11.343/2019. Contudo, não existe CT sem internação – e de caráter asilar-manicomial. Uma série de relatórios de inspeção e fiscalização, realizados por órgãos e entidades estatais constata e denuncia esta obviedade (p. ex., CFP, 2011; CFP, MNPCT & MPF, 2018; MPF e MPT, 2025, dentre outros). O que acontece é uma mudança de terminologia, meramente retórica, em que a internação asilar-manicomial é nomeada como *acolhimento*, como se esta mudança nominal alterasse a prática na sua concretude e em suas implicações. Este é uma das artimanhas utilizadas pelas CTs, canceladas

e materializadas pelo Estado, para mistificar o que elas são e fazem. O mesmo pode ser dito da espiritualidade, cuja suposta abordagem pelas CTs tem sido, concretamente, violência religiosa (Costa, 2025).

Pelas regras, tu trabalha só duas horas por dia, uma hora de manhã, uma hora de tarde. Tu não é forçada a nada. Nenhuma religião tu não é forçado. E as evangélica tu é forçado. É forçado a orar, te forçam tu a ler bíblia, te força tu a trabalhar, a ter disciplina. Eles te forçam. (Caminho)

Mas tem umas casas que é obrigado, quando é religioso, né, eles querem que você se entregue a religião deles. Quer que você faça... É porque religião é capitalismo, né? É um negócio que eu não gosto. (Marcha)

Ainda nesse ponto, vale sublinhar uma contradição que aparece de forma recorrente nas narrativas: a dimensão religiosa figura simultaneamente pilar de vínculo e como vetor de violência. Em vários relatos, a imposição de práticas e normas religiosas é criticada, não apenas por seu caráter compulsório, como também exagerado, pelo modo como atravessa a rotina institucional como disciplina moral. Ao mesmo tempo, a fé – especialmente em trajetórias marcadas por vínculos com igrejas evangélicas, como é o caso de Caminho, Rota e Rumo – opera, para alguns, como sustentáculo subjetivo que ajuda a conferir sentido à permanência na CT e a legitimar, retrospectivamente, o próprio “tratamento” ali imposto, o que pode contribuir para a naturalização das violências vividas e para a dificuldade em nomeá-las como tal, a partir de processos de “lavagem cerebral”, conforme denunciado por Rumo.

Tem umas que é assim, é oração, trabalho e disciplina. Esse é o lema, entendeu? [...] Eu acredito nessa: oração, trabalho e disciplina [...] Muitas me ajudaram. Muitas. Espiritualmente, não em relação ao vício. (Caminho)

É porque assim, o que eu vejo é que muitas vezes acontece uma lavagem... Literalmente uma lavagem cerebral, né? E tão forte que eu demorei... Porque são fortalezas, se torna uma verdade pra você, né? E aí, que é o que eu digo, né, que teve esse lado ruim, né, de criar essas fortalezas, mas também teve esse lado que... Assim, eu ia e por acreditar naquilo, né, então me tirava da droga, pelo menos por um tempo. (Rumo)

Dessa forma, a hegemonia da manicomialização e proibicionismo – com uma de suas consequências sendo a naturalização de violências – não se produz apenas no plano das representações, do senso comum e muito menos em um vazio sócio-histórico. No campo mais amplo das políticas sobre álcool e outras drogas, por exemplo, a expansão das CTs não é um fenômeno recente, embora tenha assumido outras intensidades, velocidades e ritmos nos últimos anos, especialmente com aprovação das novas(-velhas) PNAD e LD no governo Bolsonaro. Esse movimento, incoerente com os demais instrumentos orientadores ou normativos da área, especialmente em relação às políticas e pressupostos resultantes da RP e da RD, se materializa como uma das principais frentes da Contrarreforma Psiquiátrica, expressão de processos de “(re)manicomialização e mercantilização do cuidado” (p. 342), sob a retórica do “acolhimento”, ancorados no recrudescimento de avanços neoliberais e conservadores (Costa, 2023; Costa, 2022).

Nesse arranjo, as CTs passam a ocupar uma posição estratégica central, uma que vez que legitimam sua atuação nas/pelas lacunas das políticas e serviços – quantitativamente insuficientes e materialmente precarizadas – ao mesmo tempo em que contribuem com a sua manutenção e aprofundamento, na medida em que desloca o investimento público para instituições privadas e, não suficiente, de caráter asilar-manicomial (Costa, 2020). Não se trata, portanto, apenas de uma disputa simbólica em torno dos sentidos do cuidado. Trata-se de um rearranjo material e

institucional, materializado na própria arquitetura das políticas, na qual a expansão das CTs enquanto instituições do terceiro setor, assim como seu financiamento público, se articulam a processos mais amplos de refuncionalização das políticas sociais no neoliberalismo, a partir da precarização dos serviços públicos e da privatização da proteção social, via naturalização de parcerias público-privadas (Yamamoto & Oliveira, 2010; Montaña, 2010). As chamadas lacunas da política não podem ser compreendidas, então, como meras ausências fortuitas ou falhas ocasionais de cobertura estatal: são o Estado se fazendo presente.

É algo paradoxal que, mesmo em face de uma diminuição de recursos drástica como a determinada pela EC 95 [Brasil, 2016], que ameaça a própria existência do SUS, existam recursos para financiar amplamente as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos. Seria importante mapear a origem destes recursos e a provável desassistência que esta reorientação acarreta. (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020, p. 8)

A expansão dessas instituições se produz, ainda, em um verdadeiro limbo institucional e assistencial entre saúde, assistência social e justiça. Esse processo é marcado pela progressiva reconfiguração da responsabilidade estatal sobre essas instituições, a partir da gradual “desvinculação da política sobre álcool e outras drogas da pasta da Saúde” (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020, p. 7) e “transição da assistência a usuários de álcool e outras drogas do MS para o MDS” (p. 9). Com a aprovação da Lei Complementar nº 187/2021, por exemplo, e consequente inclusão das CTs como entidades beneficentes, estas instituições vinculam-se cada vez mais a área da assistência social, ao mesmo tempo que afastam-se da órbita da área da saúde. Esse movimento evidencia a busca de articulação com atores que não só defendem sua participação no Estado, como visam ampliar as possibilidades de financiamento e (a ausência de) fiscalização, escapando de mecanismos regulatórios da saúde, bem como do controle e participação sociais do SUS, e

culminando na separação da atual “Política Nacional de Drogas” da nova Política Nacional de Saúde Mental (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020; Quintas, 2022).

Esta separação entre as duas políticas têm também a clara intenção de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado realizado em liberdade (...) sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas. (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020, p. 11)

Expressão desses processos, o caráter ambíguo da definição dessas instituições é mantido, de forma a serem definidas mais a partir do que dizem ser e menos a partir do que são concretamente, ou deveriam ser, de acordo com parâmetros claros. O efeito é a produção de uma figura institucional paradoxal: são instituições previstas na RAPS, porém, não integram o SUS, tampouco podem ser consideradas instituições de saúde. Também não pertencem à competência técnica do SUAS – como afirma a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 151, de 23 de abril de 2024 –, embora seja executado e financiado no âmbito do MDS, principalmente via editais de credenciamento. A questão é que, ao não serem nada e de nenhuma política setorial, acabam sendo tudo e de todas elas, arranjando formas de se inserir nelas, justamente por meio deste limbo normativo. A hipótese que se coloca é se a expansão das CTs no âmbito do MDS pode operar, na prática, como um mecanismo de deslocamento de recursos e centralidade política que incide sobre o próprio SUAS, de forma semelhante ao que ocorre no âmbito do SUS, mais especificamente da RAPS. Perpetua-se um ataque direto à Reforma Psiquiátrica e ao SUS, só que por “fora” dele (Costa, 2025).

Quanto ao DF, adiciona-se outra política setorial e sua respectiva secretaria, no caso, a SEJUS, responsável pelo credenciamento das CTs e de seu financiamento público, no âmbito do GDF. Circunscrito a ela, temos o CONEN que, supostamente, deveria ser o principal órgão

consultivo, deliberativo e fiscalizador das políticas sobre drogas, mas que tem sido concretamente um *conselho das e para as CTs*, com a totalidade do FUNPAD gerido por ele sendo transferida às CTs, materializando um controle social às avessas, isto é, um controle das políticas pelas CTs (Costa, 2023).

Nada desta dinâmica é ocasional, com o financiamento público às CTs, acompanhando o subfinanciamento crônico dos serviços públicos e substitutivos do SUS, que compõem a RAPS, quando não os cortes e contingenciamentos. Da mesma forma, há um movimento de legitimação das CTs, de fomento a elas, que é econômico, mas dialeticamente ideológico, ao passo que deslegitima as alternativas realmente de cuidado a elas – uma vez mais, os serviços substitutivos públicos da RAPS. Citamos novamente a pesquisa de Freitas Júnior e Costa (2024), que identificou 18 CTs que receberam algum tipo de financiamento público – federal ou distrital – entre 2019 e 2022. O montante identificado foi de R\$28.211.659,27, sendo que cerca de metade adveio diretamente do FUNPAD e, portanto, via CONEN e SEJUS. Vale aqui rememorar, a título de comparação, que só existem sete CAPSad e, pior, uma Unidade de Acolhimento para adultos no DF, que está no mesmo nível de atenção da RAPS que as CTs, o de caráter residencial transitório. Com essa comparação, não estamos aceitando ou endossando as CTs na RAPS, mas apenas apontando que só existe um serviço público e não manicomial no DF para atender a população que tem sido manicomializada nas CTs. Ora, não se trata de um desvio, portanto, mas de um projeto – e que vem sendo muito efetivo e bem consolidado.

Quando esse cenário se cruza com a situação de rua, contudo, a gravidade da centralidade e ambiguidade das CTs adquire contornos específicos, principalmente considerando a história higienista do país. Para a PSR, essas instituições não se apresentam apenas como uma resposta ao consumo de drogas, mas como uma das poucas alternativas concretas de abrigo, proteção e

“descanso da rua” disponíveis em um contexto de escassez estrutural de políticas habitacionais, de acolhimento e de proteção social contínua efetivas. Elas se configuram como parte constitutiva de um arranjo no qual determinadas respostas – asilares, disciplinares e moralistas – se tornam estruturalmente e quantitativa mais disponíveis, enquanto outras – como políticas de moradia, de geração de renda e emprego, de proteção social contínua e cuidado territorial integral – são veemente negadas, obstaculizadas, precarizadas e sucateadas.

Ah, nesse período [de permanência em situação de rua] eu passei várias internações, ia, saía, ficava um tempo aquela coisa de você dar uma descansada pro corpo, né, pro organismo, né, fígado, essas coisas que começavam a me bater muito forte, né. E aí eu tinha esses refúgios, né, como a gente fala mesmo, né, umas férias, né. Umas férias da rua, né? Umas férias da rua, mas sem objetivo nenhum. (Rumo)

Eu passava esse tempo todo lá, porque eu tinha ainda a concepção de que era família, eu tinha esperança de que um dia ela pudesse me perdoar e eu restaurar a minha vida. Não conhecia a rua [...] No máximo dois dias, três dias, não ficava mais, já entrava em outra clínica. Serviu mais como abrigo do que cura, do que tratamento. Eu queria me livrar daquilo [do consumo de drogas], mas eu não conhecia a rua, não sabia o que era o submundo da rua. Tinha medo, na realidade medo, aí comecei a pular de clínicas e clínicas e clínicas. Comecei a não ter mais lugar para ir. Depois dessas indas e vindas. (Rota)

Relatos como o de Rumo e Rota não são incomuns, evidenciando que, para esse segmento populacional, as CTs emergem menos como espaço terapêutico e mais como refúgio da rua, “oferecendo” infraestrutura mínima de vida, ainda que – reconhecidamente ou não – por meio da violência, privações, opressões e explorações. O que se questiona é que, para “tirar” da rua, se aceita qualquer tipo de violência. Logo, o problema não é assistencial, de tratamento ou cuidado:

é de limpeza (urbana); é higienismo. O problema está em quem está na rua e a acessa. Nem mesmo se preocupa em como a pessoa está na rua, pois, muitas das vezes, ela se encontra em condições até mais degradantes nas CTs, como evidenciam os casos de sequestro, tortura, maus tratos, castigos, trabalha análogo à escravidão e até de mortes nas CTs do Brasil e do DF (MNPCT, 2024; Costa & Lemos, 2025), também relatados pelos entrevistados e por diferentes interlocutores em conversas informais. Por sua vez, isso reitera que nem a rua, supostamente pública, é para todas as pessoas.

Tem umas que eles não deixam sair, eles ficam bravos. Porque, por exemplo, muitas comunidades agora o governo ajuda [...] eles recebem só de tu ficar, se tu não ficar não recebe [...] E se tu romper o tratamento, eles não pegam o carro e te levam lá na parada, não. Não dão nenhum tipo de auxílio. Não dão nada. Pega as tuas coisinhas e vai [...] E essas evangélicas, eles usam muito isso, ou tu sai pra vender, ou tu sai pra pedir doação, entendeu? Eles te usam pra ganhar. É como se fosse trabalho escravo. (Caminho)

Que tratamento? Lá não tem tratamento [...] eles são violentos com os internos [...] eu fiquei no meio desse povo aí, correndo risco de vida, de morrer [...] Eles batiam, levavam pra fazenda e desciam a taca [...] Escancarado. Se o cara não quisesse ficar, apanhava [...] Te forçam com regras. Se tu não aceitar as regras ou tu é excluído ou tu paga corretivos, né? [...] Lavar louça, o buraco [...] Trabalhar, trabalhar no domingo. É tem tem vários tipos de corretivos se tu não obedecer a regra deles. (Rota)

“Eu vi as pessoas sendo maltratadas, para tomar um banho, para dar uma comida, as pessoas sendo maltratadas, humilhadas, dentro dessas casas terapêuticas, aí [...] Teve uma casa também, não sei se foi a Caverna de Azulão ou do Leão de Judá, que morreu lá, uma pessoa morreu lá dentro [...] Amarraram ele lá, bateram nele [...]. (Marcha)

Nós tínhamos que esperar toda terça-feira chegar um caminhão de outro lugar, de outra clínica - já que era paga - com comida podre, separar a comida boa da ruim, comer [...] E tinha que ficar fazendo faxina lá pro cara, além da metade do auxílio que ele tinha, tinha que fazer a faxina [...] fora isso, eles ganham 2 mil reais cada cabeça. O governo fornece pra eles. (Travessia)

Quando confrontados com os resultados de relatórios de inspeção e fiscalização, esses relatos não aparecem como “casos isolados”, mas como expressão empírica de um padrão institucional. Mencionamos aqui como exemplo o *Dossiê. As violências das Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal e entorno*, que identificou em matérias e relatórios de inspeção ou fiscalização 27 CTs do DF e entorno que cometeram algum tipo de violência e/ou com algum indício de violação de direitos humanos e irregularidades, entre 2011 e outubro de 2025. Algumas das violências encontradas foram: privação de liberdade; maus tratos e tortura; ameaças, punição e castigos; trabalho forçado e não pago; violações de direitos trabalhistas; e trabalho análogo à escravidão. Ao todo, foram 14 mortes, com cinco mandados de prisão referentes a 11 pessoas ligadas às CTs e 10 pedidos de interdição, sendo que seis foram descumpridos. Isso sem mencionar inúmeras irregularidades quanto a requisitos básicos de normativas (Psicologia e Ladinidades, 2025).

Mencionamos novamente os nomes de Darly Fernandes de Carvalho, José Augusto Rosa Neres, Lindemberg Nunes Pinho, Daniel Antunes Miranda, Luís Gustavo Ferrugem Komka e João Pedro Costa dos Santos Moraes, que morreram no incêndio em uma CT, a Liberte-se, que ficava no Paranoá, em 31 de agosto de 2025; ou seja, no decorrer de realização desta pesquisa. Todos eles estavam trancados em um dos recintos da CT, sendo consumidos pelo fogo e morrendo em decorrência disso ou por complicações associadas.

Estes achados convergem com pesquisas, inspeções e fiscalizações nacionais (p. ex., CFP, 2011; CFP, MNPCT & MPF, 2018; MPF e MPT, 2025), denunciando o óbvio: as CTs são instituições de violência, como quaisquer instituição manicomial. A violência é constitutiva de sua condição, não sendo uma anomalia ou desvio. Por mais que elas possam satisfazer algumas necessidades elementares da população em situação de rua, se o fazem por meio da violência – e não qualquer violência, como vimos –, não é tratamento, muito menos de cuidado. Se aceitarmos isto estaremos reproduzindo a máxima extremamente perigosa de que *os fins justificam os meios* (Costa, 2025). Ademais, ao serem permitidas e, pior, financiadas pelo Estado, a violência delas é também violência estatal.

Essa lógica – de que vale suportar quase todo tipo de violência se isso produzir alguma interrupção do consumo ou algum alívio provisório da rua – aparece como uma das formas mais frequentes de naturalização das violências, tanto no território quanto nas entrevistas – e não só em relação às CTs, como explicitado anteriormente. Muitas vezes, experiências em CTs atravessadas por violência, narradas em detalhes, são compreendidas e tratadas como o “normal” ou, quando reconhecidas como violência, como um “mal necessário” ou “parte do processo”. Nesse sentido, em alguns casos, essa naturalização se evidencia inclusive naquilo que é reconhecido como violência. Caminho, por exemplo, descreve uma situação de intimidação direta, indicando cárcere privado: “já me oprimiram também por tentar ir embora, os monitor mesmo assim, com um pedaço de pau [...] não chegaram a bater em mim”. Porém, ao ser questionado se já sofreu algum tipo de violência em suas experiências em CTs, responde negativamente, nomeando apenas “ameaças”. De forma similar, ocorre quando faço a mesma pergunta a Estrada, depois de já ter ouvido em seus relatos experiências de violência dentro dessas instituições:

Não, não, mas assim, eles gostavam de humilhar a gente, sabe? [...] Aí no começo foi bom

e tal, mas aí depois o obreiro lá começou a querer humilhar a gente. Começou muita treta, briga com um, briga com outro. (Estrada)

O que está em disputa é o próprio critério do que conta como violência: é apenas agressão física? Marcha e Rumo, por exemplo, reconhecem muitas das experiências vividas como violência, entretanto, também foram os únicos a declarar terem sofrido e/ou testemunhado situações de agressão física – e inclusive morte no caso de Marcha. Entretanto, enquanto Marcha, militante da luta antimanicomial, compreende não só as experiências vividas, mas a própria natureza dessas instituições como violenta, Rota, por outro lado, ecoando posicionamentos de muitos outros, parte da mesma racionalidade – de que os fins justificam os meios – como justificativa retrospectiva: “Isso é normal, não trate como absurdo. Você vai entender que não é. No fim da história, eu estou aqui com você”.

“Quando acordei, faixa de judô nos pés, nas mãos, deitado, dez cobertor, daqueles de rua, em cima de mim, eu suando [...] Aquilo ali é um choque térmico, aquilo ali é porque eu tava compulsivo, todo machucado [...] Passa amarrado, porque é violento, né? O noiado é violento. (Rota)

Nessa lógica – reproduzida por muitos ao longo da experiência em campo, sendo os relatos de Caminho, Rumo e Estrada evidência disso – a possibilidade de saída permanente da rua tende a ser simbolicamente reconfigurada como resultado de um processo individual, em que o “tratamento” surge como necessário para o desenvolvimento do autocontrole e disciplina, sustentando, assim, a atuação das CTs. A manutenção da abstinência passa a operar como promessa de reorganização mais ampla da vida, como se a transformação das condições materiais de existência – como reconstrução de vínculos, reinserção social, acesso a direitos – pudesse ser alcançada prioritariamente pela retificação moral, comportamental e disciplinar dos sujeitos.

Nossas ponderações não implicam a desconsideração dos sentimentos, das percepções e elaborações dos entrevistados. No entanto, servem para demonstrar o nível de naturalização e normalização da violência, em trajetórias e situações já com um acúmulo de violência, que mistifica e oculta as próprias violências vividas. Eis mais um motivo para se ir para além das aparências, da necessidade de as pesquisas e mesmo outras formas de apreensão da realidade, com outros intuitos, como os mecanismos de fiscalização e inspeção, avançarem para além do dito, buscando apreender o não dito, ou mesmo indo em direção ao conteúdo das coisas, dissecando a sua autonomia. Não fazendo isso, pode-se corroborar a violência e justificá-la, numa lógica perversa que imputa a quem sofreu a violência e negação dela própria, já que a pessoa não a reconheceu como tal ou a nomeou desta forma. No caso das CTs isso diz também de um imperativo ético-político.

Simultaneamente, um dado que atravessa as entrevistas é que, em algum momento, todos os participantes – sem exceção – formulam conclusão que pode ser sintetizada na seguinte frase: “centro de recuperação não recupera ninguém” (Estrada), no sentido de produzir, fora dos muros, a abstinência estável que promete.

Tem gente que sai que fica 10 anos lá, 1 ano, 2 anos, volta e fica pior. Porque o pior do dependente químico não é ele tá agora usando, é a recaída. Quando a recaída vem, vem duas vezes mais forte do que quando ele tava usando. (Travessia)

Eu vi cara ficar um ano e voltar para a rua pior, porque volta mais forte, aí volta a usar o dobro do que usava [...] Ficou um ano no centro de recuperação, saiu bom, foi assaltar para pegar droga e foi morto [...] Foi pior, era melhor ter continuado a beber, tinha durado mais tempo. (Estrada)

Ainda assim, na maioria das vezes, essa crítica não se sustenta como recusa radical do

dispositivo, sendo mediada por ponderações reformistas e por deslocamentos de responsabilidade para o indivíduo ou para a instituição específica. Caminho, por exemplo, defende que para ele, que já passou por mais de 40 internações, “não funciona mais”, mas reabre a possibilidade como aposta para outros que nunca tentaram: “Porque daí tu vai lá e tudo é novo pra ti. Tu pode mergulhar e funciona. Funciona pra vários”. Assim como Caminho, Estrada e Travessia, mesmo recusando de forma generalizada a efetividade desse modelo de tratamento em cumprir com seu suposto objetivo, ainda reproduzem a mesma lógica, sintetizada na seguinte fala: “Se a pessoa não quer, não vai fazer diferença nenhuma a comunidade terapêutica” (Travessia). São mediações que expressam a forma como a ideologia proibicionista – e moralista – reforça a ideia de falha individual quando o “resultado” não se mantém.

Além disso, Travessia, ao mesmo tempo que afirma que “não recomendaria” para ninguém, abre exceção para os trabalhos de um grupo religioso específico, cuja uma das frentes – da qual fez parte por pouco tempo no passado – era exatamente realizar ações de recrutamento em territórios de alta concentração da população em situação de rua para encaminhamento para CTs, nas quais ele mesmo nunca ficou internado. Esse tipo de mediação não é um detalhe, iluminando um mecanismo recorrente nas entrevistas de diferenciação entre diferentes instituições, que raramente se organizam em torno da sua efetividade em cumprir o que prometem. Em vez disso, as comparações tendem a se ancorar em atributos que supostamente tornariam o confinamento “mais humanizado”: “tem liberdade religiosa”, “pode sair a hora que quiser”, “a comida era melhor”, “a estrutura era melhor”. A partir desses marcadores, produzem-se hierarquias internas – CTs “boas” e “ruins”, CTs “que seguem as regras” e CTs “clandestinas”, CTs “mais sérias” e CTs “picaretas” – como se o problema central estivesse em desvios pontuais e não na forma institucional em si. O resultado é uma hierarquização do que não é hierarquizável, em que se

negocia qual versão dela parece menos brutal.

Como eu te falei, tem umas que é pra ajudar mesmo e outras com interesse de dinheiro [...] Porque tem muitas CTs que foram criadas por ex-usuários, entendeu? Daí eles querem ajudar mesmo. Ah, quando o cara já foi usuário, já viveu o que aquela pessoa tá vivendo [...] Ajudar por exemplo, “ó, eu consegui vencer, aí eu tô vendo aquela pessoa que ta mal, aí eu vou ajudar ela a vencer também”. (Caminho)

Tinha que fazer laborterapia, né? [...] Não tinha coisa muito pesada nos lugares que eu passei, né? [...] era mais pra ocupar a mente daquela pessoa pra não ficar ociosa ali dentro daquele lugar. Não vou dizer que foi cem por cento que não contribuiu, cinquenta por cento contribuiu. Não contribuiu mais porque a ciência não andou junto com eles. (Rota)

Essa lógica parece operar, então, como uma solução retórica para lidar com a condição central já reconhecida pelos próprios participantes – “centro de recuperação não recupera ninguém” – sem abrir mão do dispositivo. Preserva-se a CT como alternativa “válida” ao deslocar a crítica do modelo para cada caso. Ao mesmo tempo, os diferentes tipos de CTs elencados – católicas/evangélicas, clandestinas, com remédio, sem remédio, com método dos doze passos, “que foram criadas por usuários”, etc. – evidencia justamente o limbo normativo em que essas instituições se produzem em que, na ausência de parâmetros públicos efetivos, aquilo que deveria ser regulação – ou melhor, extinção – vira comparação empírica entre “menos pior” e “pior”, naturalizando a violência como risco administrável e não como regra de seu funcionando. Nesse sentido, Marcha é o mais radical:

É porque eu pensei que cada comunidade terapêutica fosse diferente. Mas é tudo igual, tudo é uma lavagem de dinheiro. É um capitalismo, as pessoas só tão atrás de dinheiro, te extorquindo [...] Para mim, eu quero que fechassem logo as comunidades terapêuticas.

Mesmo que o processo de internação possa envolver demandas por abstinência, a recorrência de internações mencionadas pelos participantes, principalmente no caso da PSR, não pode ser compreendida meramente como um atestado da ineficácia dessas instituições em cumprir com o que supostamente seria seu objetivo – a manutenção da abstinência fora da instituição. O que queremos dizer é o seguinte: quando a maioria dos participantes afirma já ter perdido as contas de quantas vezes foram internados, fica evidente que se trata de processos mais amplos de institucionalização; ou seja, que o objetivo do processo não é o tratamento em si, mas a manicomialização de tais indivíduos, a limpeza das ruas. “E fazendo um depósito de ser humano [...] Eles querem que a pessoa fique lá” (Marcha).

A familiaridade institucional, construída por sucessivas passagens, parece também sustentar o ciclo de institucionalização mencionado pelos participantes, tendo como uma de suas possíveis consequências a fidelização crônica a instituições manicomiais. Contraditoriamente, quanto mais internações, mas se reproduz a ideia de que só existe a internação como saída e possibilidade de tratamento, mesmo que ela não seja “efetiva”. Logo, mais se requer a internação. Nesse sentido, não só Rumo e Rota, mas também Marcha e Caminho afirmaram terem perdido as contas de quantas vezes foram internados em CTs.

Soma-se a isto as outras formas comuns de institucionalização à PSR, para além das CTs, como as prisões, as unidades socioeducativas durante a adolescência etc., e temos a generalização, a normalização e a naturalização da violência como “a” possibilidade de assistência a estas pessoas. Com algumas exceções, o que aparece a tal população, mediado pelo Estado, é a punição, é o aprisionamento, a manicomialização, só que com roupagens e aparência de tratamento, de cuidado, de ressocialização, de acolhimento etc. Logo, é o que existe; o que é possível e realidade. Eis o que Mallart (2019) chamou de *arquipélago*. O manicômio, seja em sua forma tradicional,

seja na *nova-velha* forma, via CTs, é só uma das ilhas a compô-lo, sendo que tais ilhas estão sempre porosas e abertas umas às outras, fomentando trajetórias que as retroalimentam.

Não obstante, na maioria das entrevistas – com exceção de Estrada –, a partir da narrativa retrospectiva de suas trajetórias, outras alternativas de abrigo sequer são mencionadas, como se as CTs fossem de fato a única possibilidade concreta de “afastamento”, “férias”, ou “descanso” da rua. Tal fenômeno foi comum na experiência da pesquisa de forma geral. Quando os serviços de acolhimento – como casas de passagem, abrigos, albergues, etc. – aparecem nos relatos, principalmente em campo, em geral o fazem a partir de críticas. As narrativas são atravessadas por referências à superlotação, à insalubridade, aos conflitos internos, à localização e às regras e horários institucionais – para alguns caracterizados como rígidos, para outros insuficientes – compondo um cenário em que frequentemente a seguinte conclusão se impõe: “é melhor ficar na rua” (diário de campo). Chama atenção, entretanto, o fato de que a maioria significativa dos relatos sobre esses dispositivos se referem a experiências em outras cidades. O caso de Estrada, por exemplo, é evidência disso, sua trajetória de andarilho é atravessada pelo contato com albergues em diferentes cidades. Embora reconhecidos enquanto recursos de apoio territorial, apesar das contradições e limites, Estrada, em nenhuma de nossas interações – que não foram poucas – faz qualquer tipo de menção aos serviços de acolhimento disponíveis em Brasília, de forma que um trecho do seu depoimento sobre experiência em outra cidade, pode nos indicar, ao menos hipoteticamente, um porquê.

Lá não tem abrigo, só tem que ficar na rua. Só pra não ficar na rua, fiquei no centro de recuperação. Aí não ficava na rua... Não conheço ninguém, não conheço nada, ficar na rua.... Aí, peguei e fiquei uns tempinhos lá, depois eu fui embora, peguei a estrada e fui embora. (Estrada)

Conforme informações públicas da Secretaria de Desenvolvimento Social do DF (Sedes-DF), os serviços de acolhimento do DF não contemplam albergues, apenas casas de passagem e abrigos, cujo acesso é mediado por critérios burocráticos e vagas pré-estabelecidas, além de serem localizados, em sua maioria, em RAs afastadas dos principais circuitos de circulação da PSR no Plano Piloto. Ainda que os canais institucionais indiquem a existência de “cerca de 90 unidades de acolhimento gerenciadas pela Sedes-DF e indiretamente pela rede parceira” – denotando parcerias público-privadas – a dificuldade pessoal de localizar informações específicas sobre essas instituições, via internet, pode ser expressão também da dificuldade de acessá-las. Dessa forma, enquanto as CTs se apresentam insistentemente, no próprio território, como opção viável e de acesso imediato – uma vez que as ações de recrutamento costumam incluir transporte, embora só de ida –, o acesso a esses serviços de acolhimento da SEDES é mediado não só pelo contato com outras instituições – como CentroPops, CRAS e CREAS –, mas por processos de triagens, avaliações e encaminhamentos.

“Isso significa que uma região que tem uma unidade de acolhimento não vai atrair pessoas em situação de rua pelo simples fato de estar lá”, explica a secretária de Desenvolvimento Social, Ana Paula Marra. “As unidades já têm o número de acolhidos estabelecidos, ou seja, não vai haver aglomeração de pessoas na região, porque eles não terão acesso ao acolhimento dessa forma”. (Agência Brasília, 2025b, parágrafo 4)

Esse cenário se altera parcialmente com a inauguração do primeiro hotel social da capital, em julho de 2025, que, desde então, passou a aparecer frequentemente em conversas informais durante a experiência em campo como possibilidade concreta de estadia noturna. Não à toa, nas duas entrevistas realizadas após sua inauguração, ambos Rota e Rumo mencionaram vínculo com esse serviço. Além de o equipamento oferecer 200 vagas para pernoite e receber animais de

estimação – sendo esse um dos seus principais diferenciais, inclusive em comparação a outras unidades do país –, também disponibiliza ônibus saindo da Rodoviária e do CentroPop da Asa Sul – próximo ao SCS. Nesse sentido, ao contrário dos demais serviços de acolhimento oferecidos pela SEDES, “no Hotel Social, o cidadão pode solicitar acolhimento noturno diariamente” (Agência Brasília, 2025b, parágrafo 9), ou seja, basta chegar cedo e enfrentar fila para garantir a vaga, conforme relatado em conversas informais. A própria dinâmica de “competição” por acesso narrada evidencia tanto a escassez estrutural desse tipo de oferta quanto seu caráter provisório e altamente condicionado. Tal dinâmica ajuda a entender por que as CTs podem aparecer como alternativa ‘estável’ (ainda que violenta) diante de ofertas noturnas condicionadas.

Antes mesmo de sua inauguração, já circulavam avaliações críticas no território, sobretudo relacionadas à sua gestão por uma organização da sociedade civil (OSC) do terceiro setor, mesmo que não nomeadas nesses termos. Em conversas informais, esse tipo de arranjo foi frequentemente descrito como forma de exploração daqueles em situação de vulnerabilidade em prol da visibilidade institucional, captação de recursos e produção de capital simbólico. Ações pontuais, principalmente de cunho caritativo, tendiam a ser interpretadas de maneira semelhante: como gestos que produzem alívio imediato e, por isso, necessários, mas que, ao mesmo tempo, eram compreendidos como forma de exploração da população em situação de rua, visando o lucro. “Hoje em dia, se quiser ficar rico, se quiser ganhar dinheiro, é só dar um prato de sopa, filmar, botar na internet e fazer uma vaquinha. Deu. Aí tu ganha fontes de dinheiro” (Caminho).

As pessoas ter consciência que não é só um dia da semana que a pessoa come. Porque tem lugar que eu já passei, que dá feriado e não vem doação nenhuma. Então, feriado eu não como [...] Muitos vêm pra tirar foto também. Eles tiram foto porque eles ganham também. Eles não fazem doação porque eles são bonzinhos. (Travessia)

Essas pessoa mesmo que traz comida pra gente aí [...] Porque eles filma, tira foto, coloca na internet, “olha aí”, aí as pessoas ficam “olha que legal, vou ajudar, vou mandar dez mil reais pra eles”. Aí manda dez mil reais de doação, aí eles compra o carro e cem reais para a sopa velha, com batata e cenoura. (Estrada)

Simultaneamente, tais críticas convivem com ponderações que dizem do lugar contraditório ocupado pelo terceiro setor, como instituições que permitem a desresponsabilização do Estado frente às necessidades sociais, a partir da refilantropização da questão social, em que a garantia de direitos é transformada em ajuda, favor, caridade etc. (Montaño, 2010). Em conversas informais, por exemplo, as poucas críticas mobilizadas à qualidade dos serviços oferecidos no território por instituições dessa natureza eram frequentemente reprimidas por terceiros, com formulações que podem ser sintetizadas na seguinte fala: “tão dando de graça e você ainda tá reclamando?” (diário de campo). Essa lógica da gratidão absoluta se expressa também na frequência, mencionada anteriormente, com que as pessoas sentem necessidade de agradecer a atitudes mínimas. Opera, assim, como mecanismo de deslegitimação da reivindicação por direitos e de naturalização da precariedade: se é favor, reclamar é ingratidão; se é direito, reclamar é política. Não à toa, os serviços públicos como CAPSad e CentroPop parecem sujeitos a críticas muito mais duras e sem culpa.

Porque lá no Ceará dava pouca marmitta sabe, a gente comia mais era a sopa, sopa, sopa, sopa, sopa, sopa. Em dia de semana, o pessoal fazia o que podia né, não estou reclamando [...] Elas querem matar sua necessidade ali na hora, né [...] É isso, apaga o fogo mais imediato, né. Então é aquela coisa ali de você... Pô, tá maravilhoso ser enxergado, né? (Rumo)

No caso das CTs, enquanto instituições do terceiro setor, as avaliações sobre seus serviços

estão sujeitas a praticamente às mesmas contradições, porém de modo ainda mais agudo, considerando que a “ajuda” se combina com violência, coerção, aprisionamento, opressão e exploração. Nesse sentido, as críticas mais explícitas a essas instituições, comuns em todos os relatos dos entrevistados, se referem ao seu caráter exploratório, principalmente em relação ao atendimento a esse segmento populacional específico. De acordo com Marcha, por exemplo, o tratamento despendido ao “morador de rua” nas CTs é extremamente diferente quando comparado com o direcionado àqueles que “têm família”: “Você é morador de rua, foi pego na rua, ah, eu peguei você na rua, deixei aqui, você vai trabalhar pra mim”. A lógica assistencialista do favor, principalmente para uma população que é descrita a partir da miséria, é então acionada também para legitimar a exploração, que, de acordo com os participantes, se dá a partir de diferentes vias. Sendo assim, não fica reduzida a imposição da laborterapia, enquanto trabalho voltado à manutenção da estrutura da instituição – apesar de incluí-la – englobando as diferentes formas levantadas de lucrar em cima dessa população. “Só quer me explorar, me sugar” (Marcha).

Para mim essas evangélicas que tem hoje lá no Rio Grande do Sul - vou falar do Rio Grande do Sul porque aqui eu não conheço nenhuma - é só fachada. Só usa os moradores de rua para ganhar dinheiro. (Caminho)

Teve um cara que xingou o pastor lá, que o pastor queria cobrar 200 mil pra ir fazer o culto lá, xingando um monte e dando só resto de comida para nós e andando de Hilux e comendo coisa do bom e do melhor. E pegando metade do nosso auxílio ainda. Porque fora isso, eles ganham 2 mil reais cada cabeça. O governo fornece pra eles [...] ainda tinha que trabalhar para eles ainda [...] achei que ele tava cuidando de mim, mas ele tava só me sugando essa desgraça. (Travessia)

Centro de recuperação não recupera ninguém. Eles estão ali porque eles querem ganhar em

cima de você. Porque eles vivem de doação, entendeu? Eles colocam lá ó, “centro de recuperação tal, precisamos de doação”. Vêm as doações e as coisas ruins eles dão pra gente, as coisas boas ficam pra eles. (Estrada)

A mente ainda tá fechada por causa do dinheiro. Porque é muito dinheiro e muitas pessoas que têm esses centros de recuperação não querem passar o controle pra ciência, porque a ciência vai cobrar. A lei vai cobrar, a justiça vai cobrar. Você tá entendendo? (Rota)

O cara foi lá, fez kit, dava pro cara vender, você vinha, ficava na casa, lá tinha a sua janta e tal. Com aquele dinheiro que você pagava a sua estadia, cê tá entendendo? Olha a ideia do cara, que maravilhosa. Pra mim era diabólica, entendeu? Esse cara quer me explorar. Não, é um trabalho. Hoje eu já olho lá atrás e entendo. (Rumo)

Essa reinterpretação retrospectiva de Rumo – denúncia de trabalho análogo a escravidão – é sintomática da economia moral que atravessa a assistência quando esta se organiza sob a forma do “favor”. No registro da refilantropização da questão social, a satisfação de necessidades elementares deixa de aparecer como responsabilidade do Estado e passa a ser lida como dádiva de terceiros; neste caso, aliado ao salvacionismo e messianismos religiosos. Nessa lógica, a precariedade se naturaliza e a indignação se converte em culpa, pois reclamar do que é “de graça” é imediatamente enquadrado como ingratidão. O que se produz, assim, é uma pedagogia cotidiana da submissão: ensina-se que o máximo a esperar é um “alívio imediato”, e que esse alívio – mesmo quando condicionado, humilhante ou insuficiente – deve ser recebido – ou retribuído – com gratidão. Cria-se, assim, um terreno fértil para a mercantilização da vulnerabilidade: a pobreza e a rua tornam-se mercadorias, matérias-primas – e fornecedoras de mão de obra – para a captação de doações, a produção de visibilidade e a circulação de recursos – inclusive públicos – sob a aparência da “ajuda”, de “caridade”, de “salvação”. A própria PSR é tornada mercadoria, ao passo

que produtora de outras mercadorias. Une-se, nisso, vários moralismos: psiquiátricos, religiosos, dentre outros. Quanto mais internos, mais mercadorias, meios de obtenção de lucros, menos necessidade de contratação de profissionais para a manutenção da própria instituição e assim por diante.

Como bem apreendeu Marx (2013), “[a] riqueza das sociedades onde reina o modo de produção capitalista aparece como uma ‘enorme coleção de mercadorias’” (p. 157). No caso das CTs, a sua manutenção e a riqueza de quem lucra com elas, aparece como uma *enorme coleção dos internos-mercadorias* - e das mercadorias produzidas por eles. Como qualquer negócio capitalista, este mercado requer uma contínua expansão e desenvolvimento, o que, por sua vez, implica avançar sobre o fundo público, sobre outras fontes de riqueza e sobre as pessoas a serem transformadas em mercadorias, sendo comercializadas, e a produzirem mais mercadorias - vide a laborterapia. Não à toa, as CTs, como carro-chefe da Contrarreforma Psiquiátrica brasileira, vêm, igualmente, no cerne da renovação e expansão da *indústria da loucura* ou complexo industrial-manicomial (Costa, 2025).

Considerando todo o exposto, acreditamos ter apreendido, apresentado e debatido as múltiplas mediações e determinações - não todas, mas uma parte significativa delas - que envolvem responder a por que pessoas em situação de rua seguem “recorrendo” a internações em CTs, mesmo quando essas experiências são atravessadas por violações e violências. Ao menos nas particularidades do SCS e dos indivíduos com os quais tivemos contato e que em tal território produziam suas relações e vidas, podemos depreender que, antes mesmo de tais pessoas “requerem” as CTs, elas é que são requeridas por tais instituições.

Assim, antes de se perguntar o que leva as pessoas em situação de rua a recorrerem às internações em CTs, mesmo quando essas experiências são atravessadas por violações e

violências, devemos compreender que são as CTs que recorrem à PSR, se antecedendo e, nisso, produzindo uma demanda para elas próprias; isto é, que “só” elas são capazes de atender. Esse movimento se dá, inclusive, como estratégia de ocultar ou mistificar que são instituições violentas, já que ali estão para ofertar cuidado, assistência. As CTs se antecipam e se expandem, se aproveitando da *ausência presente* do Estado, e sendo elas próprias partícipes deste movimento, ao compô-lo e serem fomentadas e abastecidas pelo Estado, produzindo uma mistificação que inverte o processo, como se fossem elas as requeridas, ou as “desejadas”.

A presença ativa e ostensiva das CTs no território serve também como controle ideológico, em que elas dominam e impõem as ideias e valores sobre si, sobre as drogas, acerca da PSR, quase que sem contrapontos, resultando até mesmo na imposição da gramática utilizada; e ao impor a forma como se nomeia e mesmo a nomeação, as CTs acabam por produzir a realidade tal como desejam; uma realidade funcional a elas próprias. A ocupação ostensiva das CTs das ruas, para abastecimento de suas fileiras, se dá objetiva e subjetivamente, material e simbolicamente. Nisso, institucionalização e manicomialização viram acolhimento; violência é transformada em tratamento etc. As CTs mistificam a si próprias, como se fossem instituições de tratamento, de cuidado, e não de violência. Nesse *continuum* (de mistificação e violência), podem até produzir iniciativas e momentos em que são requeridas pela população em situação de rua - como os próprios relatos demonstram -, mas que devem ser interpretados e compreendidos como parte desta dinâmica complexa mistificadora e violenta, somando a ela mais camadas de mistificação e violência.

Esse movimento expansivo das CTs, que diz do seu ganho de força (política, econômica e ideológica) também se dá pelo avanço de seus braços, sobretudo nas populações que encarnam de maneira mais agudizada as manifestações e desdobramentos da “questão social”. Por isso, elas se

encontram mais desprotegidas e vulneráveis à lógica asilar-manicomial como gerência das contradições internas do próprio modo de produção capitalista. Ora, quanto mais se produz as manifestações da “questão social”, sendo a PSR como superpopulação relativa uma delas, mais CTs e instituições análogas são requeridas. As próprias CTs são uma das respostas institucionalizantes (manicomializantes, aprisionantes, punitivas) que atravessam e constituem as trajetórias aqui abarcadas, e que, ao mesmo tempo, normalizam e naturalizam tais formas violentas como se fossem as únicas possíveis ou desejadas.

Se as trajetórias aqui abarcadas na sua concretude reafirmam e denunciam as estruturas sociais exploratórias e opressivas de nossa sociabilidade, ao passo que fazem o mesmo com a própria função social das CTs, nem mesmo as ruas *ocupadas* por tais instituições podem ser interpretadas e apreendidas de maneira genérica, abstrata. Assim, não é de qualquer rua que a PSR deve ser retirada. Se estivesse em ruas e territórios marginalizados, em locais ermos, tal como estão localizadas boa parte das CTs e demais instituições manicomiais (Lemos & Costa, 2025), talvez não fosse necessário *retirar* ninguém dos caminhos. Agora, quando falamos de ruas que materializam não só um maior fluxo de gente, mas de riqueza, ou que possibilitam esse acúmulo - mais uma vez, não de gente - retirar a PSR delas, para que deixe de atrapalhar o tráfego, passa a ser algo necessário. O caso aqui abarcado, da PSR no SCS, que fica no Plano Piloto de Brasília, perpassado por um alto fluxo comercial e pela especulação imobiliária, e as inúmeras iniciativas do GDF de de higienismo/limpeza urbana e manicomialização do território são bastante exemplares. A pergunta que fica, então, é: *retirar quem, o que e de quais ruas?* A ocupação de determinadas ruas pelas CTs tem significado a desocupação dessas mesmas ruas por determinadas pessoas, como a PSR.

Além disso, sua força diz não só de uma conjuntura que cada vez mais a requer e fomenta,

como gerência daquilo o qual tem sido intensificado, mas do que ela própria representa, expressa e reproduz de uma formação social que se desenvolve e realiza por meio de uma gênese e desenvolvimento coloniais, no/pelo escravismo e que, nas suas contradições e dinâmica, tem algo constante: a violência. A existência das CTs, tal como elas concretamente são, numa amálgama de manicômios, prisões, igrejas e senzalas (Mendes & Costa, 2022), e sua relevância dizem justamente, nas particularidades do campo da saúde mental, álcool e outras drogas, da força do *velho* e da captura do *novo* por ele; dizem do que temos sido, e do que, dialeticamente, não temos sido ou não temos podido ser como sociedade. O próprio Estado atua mediando essa relação, ao requerer cada vez mais as CTs e ainda mais pessoas para as CTs.

Por fim, as CTs, ao invés de serem instituições que concretamente sanam lacunas assistenciais à população em situação de rua, especialmente àquelas com necessidades associadas ao consumo problemático de drogas, elas têm sido um obstáculo para que tais lacunas sejam efetivamente sanadas. Como vimos, não se tratam de instituições de tratamento ou de cuidado, mas de violência, de tal forma que são os serviços realmente assistenciais - e que, para serem isso, precisam ser substitutivos ao manicômio, ou seja, não manicômiais - as respostas concretas para sanar tais lacunas. O ponto é que o avanço das CTs, seu ganho de força e legitimidade chancelados pelo Estado, avança contra tais propostas, como os CAPS, as UAAs, dentre outros serviços da RAPS, bem como do SUAS e iniciativas públicas de moradia, empregabilidade, geração de renda e afins. Assim, ao mesmo tempo que as CTs encontram-se inseridas nas políticas públicas, atravessando vários setores, elas acabam indo na contramão de tais políticas, atentando contra elas

- e contra a população assistida por elas, como a população em situação de rua.

Ora, se a dialética das CTs vai *contra* as políticas, a despeito de estarem inseridas nelas, é premente a sua retirada das políticas, isto é, a sua retirada da Portaria 3.088 da RAPS, do SUS e

de quaisquer políticas sociais, bem como o fim das regalias e privilégios fiscais e do financiamento público a elas. Estas são mediações táticas fundamentais para pavimentar a superação das CTs e de quaisquer instituições manicomiais, ao passo que fortalecem as alternativas realmente assistenciais - e que, para isso e por isso, não podem ser manicomiais - já existentes no âmbito da RAPS, do SUS, do SUAS e demais políticas. O fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, na construção de uma sociedade sem manicômios, e que também assegure direitos da população em situação de rua, passa necessariamente pelo fim das CTs e demais manicômios em nosso país e sociedade.

Da mesma forma a dialética das CTs é *para* e *contra* a população em situação de rua. A própria PSR, por meio do MNPR, do Movimento Nacional de Luta e Defesa da População em Situação de Rua (MNLDP SR) e demais iniciativas suas de auto-organização e luta, vêm denunciando enfática e reiteradamente as CTs, se colocando em contrariedade a elas e ao avanço manicomial e higienista materializado por elas. Como contraponto, reivindicam a defesa e o fortalecimento das políticas sociais, seus mecanismos e serviços: como o investimento na ampliação e qualificação das unidades e dos serviços de acolhimento e outras modalidades necessárias; a atualização e ampliação do CadÚnico e dos censos para garantir acesso a benefícios de transferência de renda; o fortalecimento das equipes de abordagem social; a articulação intersetorial com políticas de habitação, trabalho, renda, cultura e saúde; garantia de alimentação adequada; acesso a água potável e insumos básicos de higiene, assim como o fortalecimento dos espaços de participação social, como o CIAMP-Rua¹³. Acreditamos ser fundamental terminar explicitando tais demandas, já que são oriundas da organização e mobilização da PSR, negritando

a relevância de que ela seja ouvida e considerada, junto do fortalecimento de sua mobilização e

¹³ *Movimentos de defesa da população de rua lança nota contra o uso de comunidades terapêuticas em políticas públicas.* Link: <https://cebes.org.br/movimentos-de-defesa-da-populacao-de-rua-lanca-nota-contra-o-uso-de-comunidades-terapeuticas-em-politicas-publicas/30521/>.

articulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente pesquisa, buscamos analisar o papel desempenhado pelas Comunidades Terapêuticas sobre a população em situação de rua, a partir das experiências, sentidos e avaliações produzidas por sujeitos que vivenciam ou vivenciaram tanto a situação de rua quanto a passagem por essas instituições. Para isso, realizamos num primeiro momento uma contextualização histórica sobre a população em situação de rua, as relações indivíduo-drogas, como as políticas abarcam essa dinâmica e como as CTs se consolidam e ganham força num contexto de Contrarreforma Psiquiátrica.

Posteriormente, no segundo capítulo, procedemos com uma revisão da literatura, em que analisamos a produção acadêmica sobre as CTs no Brasil, destacando a predominância de abordagens que naturalizam a lógica manicomial, biomédica e proibicionista. No estudo, comparamos pesquisas que ignoraram a voz dos internos/egressos de CTs com aquelas que consideraram tais vozes e tais indivíduos como sujeitos, não apenas objetos, evidenciando críticas ao modelo disciplinar, religioso e exploratório das CTs, e ressaltando a necessidade de escuta e valorização dos sujeitos historicamente silenciados - com as produções acadêmicas não podermos ser mais um elo de silenciamento, numa cadeia que tem as CTs como outros de seus elos.

Nos capítulos 3 e 4, adentramos em nossa imersão no Setor Comercial Sul – território localizado no Plano Piloto do Distrito Federal, marcado pela alta concentração de pessoas em situação de rua –, que foi condição central para a coprodução dos dados desta pesquisa. A observação participante, os registros em diário de campo, os diálogos informais e a construção gradual de vínculos permitiram compreender dinâmicas que dificilmente emergiram apenas a partir de entrevistas pontuais, como por exemplo, as múltiplas formas pelas quais as CTs se fazem

presentes, se impõem e produzem efeitos no território em questão e nas trajetórias de vida dos sujeitos por elas capturados.

Ainda que não existam CTs fisicamente localizadas nas imediações do campo de pesquisa – uma vez que se trata de zona urbana e perímetro comercial –, sua presença se impõe no território de maneira insistente, não só nos relatos dos participantes e em conversas informais, mas também através de ações de recrutamento realizadas no território, coerções diretas e indiretas, atuação de programas governamentais – como o Programa Acolhe DF. Elas se legitimam como resposta central para a “assistência” a tal população, sobretudo, diante da carência ou ineficiência de diferentes políticas, ou seja, exatamente por ser uma das poucas respostas disponíveis – quando não a única. Não à toa, as CTs são majoritariamente “acionadas” como alternativa possível de acesso a abrigo, alimentação, cuidados básicos e afastamento provisório da rua. A demanda por abstinência, nesse contexto, pode até aparecer frequentemente como justificativa formal, porém, revela-se profundamente imbricada à própria condição de estar na rua, em que para parar de usar drogas é necessário sair da rua, da mesma forma que para sair da rua é necessário parar de usar drogas.

Ocorre não só uma naturalização social do papel das CTs, frequentemente legitimado por discursos morais e religiosos, mas também da sua natureza violenta. Apesar das experiências com as CTs relatadas serem atravessadas por práticas marcadas por violações de direitos – como privação de liberdade, trabalho forçado, esquemas de punições e castigos, submissão a práticas religiosas obrigatórias, agressões físicas e tortura etc. –, muitas vezes estas não são reconhecidas como violentas, mas descritas como “parte do tratamento” ou necessárias para alcançar a abstinência – reproduzindo a máxima dos “fins justificam os meios”. Quando chegam a ser reconhecidas como violência, são narradas como “preço a pagar” para sair da rua. As experiências

relatadas permitem, assim, sustentar que a violência não constitui exceção ou desvio no funcionamento das CTs, mas regra estrutural de seu modelo, convergindo com os achados da revisão bibliográfica e dos relatórios de inspeção e fiscalização nacionais, reforçando a compreensão das CTs como novos(-velhos) manicômios.

Além disso, o fortalecimento político, econômico e ideológico das CTs se dá, sobretudo, pela sua expansão sobre populações que encarnam de forma mais radical as expressões e desdobramentos da questão social. A população em situação de rua, majoritariamente negra e pobre, encontra-se particularmente vulnerável à lógica asilar-nacional enquanto forma de gestão interna das contradições produzidas no seio do modo de produção capitalista, ao passo que estas contradições têm sido recrudescidas com o próprio desenvolvimento capitalista. Nesse caso, essa lógica assume contornos ainda mais explícitos de higienismo social, ao operar como dispositivo de retirada dos corpos tidos como abjetos da cena pública, sob a roupagem de cuidado e da assistência, porém, a partir da manicomialização, do punitivismo e do confinamento, atravessando e constituindo as trajetórias aqui analisadas, ao mesmo tempo que normalizando e naturalizando tais formas de violência como se fossem, naturais, inevitáveis ou até desejáveis.

Nesse sentido, trata-se de uma dinâmica que não pode ser dissociada das particularidades da formação social brasileira, cuja realização capitalista é marcada pela gênese colonial e escravocrata, em que a violência constitui elemento estruturante. A existência das CTs, tal como se concretizam, enquanto amálgama de manicômios, prisões, igrejas e senzalas, expressa a força do velho na captura do novo e revela os limites históricos de uma sociedade que segue gerindo suas contradições por meio do confinamento, segregação e eliminação simbólica – e em alguns casos também física – de determinados corpos.

É a partir desse conjunto de observações, relatos, experiências e análises que se tornou

possível tensionar a pergunta que inicialmente mobilizou a presente pesquisa: por que as pessoas em situação de rua seguem recorrendo a internações em CTs, mesmo quando essas experiências são atravessadas por violências? Ao menos nas particularidades do SCS no DF e das trajetórias dos sujeitos com os quais tivemos contato, foi possível depreender que antes mesmo de as pessoas em situação de rua recorrerem às CTs, elas são “recorridas” por essas instituições. As CTs se antecipam à demanda, produzindo-a ativamente, ao mesmo tempo que se apresentam como única resposta capaz de atendê-la. Expandem-se, assim, aproveitando-se da *ausência presente* do Estado, ao também fazerem parte deste panorama.

Essa constatação é fundamental para pesquisas e demais iniciativas na área, que se voltam a analisar e compreender processos assistenciais para a PSR por meio das CTs. Em consonância com os achados da revisão realizada, no capítulo 2, é necessário considerar a PSR como sujeito, e não um mero objeto, o que possibilita, por sua vez, avançar na apreensão dos sentidos de suas condições, indo além das aparências fenomênicas. Isso significa não só um pressuposto e horizonte metodológico, mas ontológico, epistemológico e ético-político conformando uma produção de conhecimento implicada com a análise e transformação da realidade, mas que, para isso, não pode incorrer em simplificações e mistificações da realidade, como se as relações com as CTs pela PSR fossem simples “escolhas”, “desejos”; ou como se o que as CTs fazem, concretamente, é tratamento e, pior, cuidado. Ficam reiteradas as máximas da Luta Antimanicomial, as quais se ensinam materializar por meio da Reforma Psiquiátrica, de que a liberdade é terapêutica e que, se há violência, não é cuidado.

As CTs, ao invés de sanarem lacunas assistenciais, têm se constituindo como obstáculo concreto para que tais lacunas sejam enfrentadas, principalmente ao serem fomentadas, financiadas e abastecidas pelo Estado. Afinal, ao serem incorporadas às políticas públicas e financiadas com

recursos estatais, concorrem diretamente com serviços substitutivos ao manicômio da RAPS e do SUS, bem como os do SUAS, se apropriando de recursos, legitimidade e centralidade política de respostas territoriais, intersetoriais e baseadas em direitos e, conseqüentemente, mistificando sua natureza violenta.

Ao mesmo tempo em que são incorporadas às políticas públicas, atravessando diferentes setores, as CTs operam na contramão dessas políticas, atentando contra seus princípios e objetivos. Nesse sentido, torna-se incontornável a necessidade de afirmar que o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e a construção de respostas efetivas à população em situação de rua passam pela retirada das CTs das políticas públicas, com a sua exclusão da Portaria nº 3.088 da RAPS, do SUS e de quaisquer políticas sociais, bem como pelo fim de seus privilégios fiscais e do financiamento público. Essas medidas não se configuram como posicionamentos abstratos ou meramente ideológicos, mas como mediações táticas fundamentais para pavimentar a superação das CTs e de quaisquer instituições manicomiais. Ao mesmo tempo, permitem fortalecer as alternativas realmente assistenciais — e, justamente por isso, não manicomiais — já existentes no âmbito do SUS, do SUAS e das demais políticas públicas. A construção de uma sociedade sem manicômios, que assegure direitos à população em situação de rua, passa necessariamente pelo enfrentamento direto às CTs enquanto dispositivos centrais da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira.

Esses posicionamentos encontram ressonância direta nas reivindicações formuladas pelos próprios movimentos nacionais de população em situação de rua, como o MNPR, que vêm denunciando reiteradamente a permanência das CTs como serviços ofertados no âmbito das políticas públicas, defendendo que tais instituições não devem compor as respostas do Estado às vulnerabilidades vividas por essa população; até mesmo porque, ao serem canceladas pelo Estado, a violência das CTs passa a ser estatal. Ao contrário, o que a auto-organização da PSR tem

defendido é que a atenção que se volta a ela mesma passa pelo fortalecimento de políticas públicas universais, integradas, intersetoriais e baseadas em direitos.

REFERÊNCIAS

- Agência Brasília. (2014, 04 de dezembro). *Inaugurado CAPS 24 horas no Setor Comercial Sul*. <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/w/inaugurado-caps-24-horas-no-setor-comercial-sul/>
- Agência Brasília. (2025a, 13 de dezembro). *GDF inaugura Unidade Integrada de Segurança Pública*. <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/w/gdf-inaugura-unidade-integrada-de-seguranca-publica>
- Agência Brasília (2025b, 08 de agosto). *Saiba como funciona o serviço de acolhimento institucional do DF*. <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/w/saiba-como-funciona-o-servico-de-acolhimento-institucional-do-df>
- Alves, F. M. (2006). O tratamento da drogadição em uma perspectiva psicossocial. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(2), 1-17.
- Amarante, P. (2015). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4ª ed.). Fiocruz.
- Andrade, A. M. (2018). *Fatores de risco e fatores de proteção decorrentes do uso de crack em um CAPS AD no Distrito Federal: Uma abordagem qualitativa* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/34169>
- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674.
- Andretta, I., Limberger, J., Schneider, J. A., & Mello, L. T. N. de. (2018). Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em usuários de drogas em tratamento em comunidades terapêuticas. *Psico USF*, 23(2), 361–373. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230214>
- Baptista, J. Á., Camatta, M. W., Filippin, P. G., & Schneider, J. F.. (2020). Singular therapeutic

- project in mental health: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180508. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
- Barcelos, K. R., Wandekoken, K. D., Dalbello-Araujo, M., & Quintanilha, B. C. (2021). A normatização de condutas realizadas pelas Comunidades Terapêuticas. *Saúde debate*, 45(128), 130–140. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112810>
- Bardi, G., & Garcia, M. L. T. (2022). Comunidades terapêuticas religiosas: Entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)*, 27(4), 1557–1566. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
- Barros, S., Batista, L. E., Dellosi, M. E., & Escuder, M. M. L. (2014). Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1235–1247. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400010>
- Barros, A., & Peres, M. (2011). Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. *Periferia*, 3(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552156375006>
- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In F. Basaglia, *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 91-132). Garamond.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (orgs.). (2013). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack – Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?* Fundação Oswaldo Cruz. <https://arca.fiocruz.br/items/01bd25c6-8084-408f-b7cb-a81d9a1ef690>
- de Beauvoir, S. (1949/2012). *O segundo sexo: Fatos e mitos* (Vol. 1). Recuperado de <https://materialfeminista.milharal.org/files/2012/08/O-Segundo-Sexo-vol1-Fatos-e-Mitos-Simone-de-Beauvoir1.pdf>
- Benelli, S. J. (2009). A cultura psicológica no mercado de bens de saúde mental contemporâneo.

- Estudos de Psicologia*, 26(4), 515–536. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400012>
- Botti, N. C. L., & Machado, J. S. A. (2015). Comportamento violento entre usuários de crack. *Av. enferm*, 33(1), 75–84. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.37379>
- Braga e Silva, M., & Delduque, M. C.. (2015). Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 231–250. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100013>
- Brasil. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. (2015). *Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015*. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Diário Oficial da União.
- Brasil. (1921). *Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921*. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Portal da Câmara dos Deputados.
- Brasil. (1932). *Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932*. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. Portal da Câmara dos Deputados.
- Brasil. (2019). *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019*. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União.

- Brasil. (2001). *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.
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União.
- Brasil. (2019). *Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019*. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria GM n.º 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Humaniza SUS — clínica ampliada e compartilhada* (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

- Britto Neto, A. R. (2017). *Análise dos desafios e possibilidades de gestão dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas – CAPS-AD* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília].
- Brum, Z. P. de, & Siniak, D. S. (2011). A gíria: A comunicação de adolescentes usuários de substâncias psicoativas. *Rev. enferm. UFSM*, 1(3), 403–411.
- Calheiros, P. R. V., Moraes, P. R., Félix-Junior, I. J., Silva, L. G. da, & Almeida, M. de. (2019). Estratégias de enfrentamento do craving em dependentes de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental álcool drog*, 15(2), 12–19. LILACS. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151541>
- Carneiro, H. (2019). *Drogas: A história do proibicionismo*. Autonomia Literária.
- Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas Psicol. (Online)*, 25(2), 647–660. <https://doi.org/10.9788/TP2017.2-13>
- Castro, M. (2021, 10 de fevereiro). Horta comunitária no Setor Comercial Sul é destruída pela Novacap: 'Espaço dificultava vigilância e ação preventiva da polícia', diz GDF. *G1 DF*. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2021/02/10/horta-comunitaria-no-setor-comercial-sul-e-destruida-pela-novacap-espaco-dificultava-vigilancia-e-acao-preventiva-da-policia-diz-gdf.ghtml>
- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento [Cebap], & Conectas Direitos Humanos. (2021). *Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020*. Conectas; Cebap.
- Centro de Liderança Pública [CLP]. (s.d.). *Ranking de competitividade dos estados e municípios: Indicadores em nível nacional*. Recuperado em 7 de fevereiro de 2026, de

- <https://rankingdecompetitividade.org.br/estados/7>
- Cidade Alerta. (2025a, 3 de junho). Moradores de rua voltam ao Setor Comercial Sul e insegurança preocupa comerciantes. *R7 – DF*.
<https://noticias.r7.com/brasil/cidade-alerta-df/video/moradores-de-rua-voltam-ao-setor-comercial-sul-e-inseguranca-preocupa-comerciantes-03062025/>
- Cidade Alerta. (2025b, 4 de junho). Cresce 19% a população em situação de rua em Brasília, revela estudo. *R7 – DF*. <https://noticias.r7.com/brasil/df-no-ar/video/cresce-19-a-populacao-em-situacao-de-rua-em-brasil-revela-estudo-04062025/>
- Cohn, A. (1999). As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social: Rev. Sociol. USP.*, 11(2), 183–197. <https://www.scielo.br/j/ts/a/ccDt4WSVrn98ySLLgsn9PYh/>
- Conceição, W. da S., Sousa, E. L. de, Lima, J. de S., & Naslauský, A. L. R. M. (2024). Flores e pássaros: Disciplinarização, agência e práticas de resistência em instituições totais pássaros disciplinarização. *Sociologias*, 26. <https://doi.org/10.1590/18070337-122917>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. 2011. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. CFP.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP], Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura [MNPCT], & Ministério Público Federal [MPF]. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. CFP; MNPCT; MPF.
- Corrêa, L. M., & Lima, R. C.. (2025). A neoinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica: uma análise sobre o percurso de usuários de CAPS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(8), e00752024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025308.00752024>
- Correia, S. N. C., & Gomes da Silva, P. N. (2018). Jogos teatrais com drogadictos: Uma investigação-ação na educação física. *Movimento (Porto Alegre, Online)*, 24(3), 917–930.

<https://doi.org/10.22456/1982-8918.73526>

Correio Braziliense. (2014, 17 de março). *Pacientes e funcionários do Caps da rodoviária protestam contra desocupação.*

https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2014/03/17/interna_cidadesdf,417854/pacientes-e-funcionarios-do-caps-da-rodoviaria-protestam-contra-desocupacao.shtml

Costa, P. H. A. (2020). *Por um (outro) mundo com drogas: drogas, questão social e capitalismo.* Usina Editorial.

Costa, P. H. A. (2022). “Museu de grandes novidades”: a nova-velha política antidrogas no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14, (39), 1-25.

<http://doi.org/10.18764/2178-2865.v27n1.2023.20>

Costa, P. H. A. (2023). Comunidades Terapêuticas no Distrito Federal: “controle” social e saqueio do fundo público. *Revista de Políticas Públicas*, 27(1), 341-360.

Costa, P. H. A. (2024). *Saúde mental e luta: A luta (É) por saúde mental.* Usina Editorial.

Costa, P. H. A. (2025a). Franco Basaglia e a crítica das “Comunidades Terapêuticas” no Brasil. Hucitec.

Costa, P. H. A. (2025b, 31 de dezembro). O avanço das Comunidades Terapêuticas em 2025 e a luta (ainda) por uma sociedade sem manicômios: um balanço de 2025. *Esquerda Online*. <https://esquerdaonline.com.br/2025/12/31/o-avanco-comunidades-terapeuticas-em-2025-e-a-luta-ainda-por-uma-sociedade-sem-manicomios-um-balanco-de-2025/>

Costa, P. H. A. (2025c, 16 de julho). Acolhe DF: higienismo com retórica de acolhimento. *Brasil de Fato DF*. <https://www.brasildefato.com.br/colunista/saude-mental-militancia-no-df/2025/07/16/acolhe-df-higienismo-com-retorica-de-acolhimento/>

- Costa, P. H. A., & Lemos, C. B. (2025). *CTs em evidência: Levantamento nacional de comunidades terapêuticas no Brasil*. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2025/03/cts-em-evidencia_corrigido.pdf
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2020a). Contribuição à crítica da economia política da contrarreforma psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 12(2), 44–59.
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2020b). Dialética do Fatalismo: do Fatalismo dos Indivíduos para o da Ordem. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 682-702.
<https://doi.org/10.12957/epp.2020.52593>
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2025). As Comunidades Terapêuticas na V Conferência Nacional de Saúde Mental. *Argumentum*, 17, e-45540, 1-14.
- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016). Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: Modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1009–1031.
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19(1), e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Cruz, D. (2025, 28 de janeiro). Frequentadores querem mais segurança na área central de Brasília. *Correio Braziliense*.
<https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2025/01/7048551-frequentadores-querem-mais-seguranca-na-area-central-de-brasilia.html>
- Danieli, R. V., Ferreira, M. B. M., Nogueira, J. M., Oliveira, L. N. de C., Cruz, E. M. T. N. da, &

- Araújo Filho, G. M. de. (2017). Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. *J. bras. psiquiatr*, 66(3), 139–149. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000163>
- Delgado, P. G. G. (2011). A Reforma Psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579–4589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Distrito Federal. (1987). *Decreto nº 10.829, de 14 de outubro de 1987*. Regulamenta o art. 38 da Lei nº 3.751, de 13 de abril de 1960, no que se refere à preservação da concepção urbanística de Brasília. Distrito Federal. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/norma/15139/decreto_10829_14_10_1987.html
- Distrito Federal. (2019). Lei Complementar, nº 819, de 26 de novembro de 2019. Cria o Fundo Antidrogas do Distrito Federal e dá outras providências. Distrito Federal.
- Distrito Federal. (2021). *Decreto nº 42.141, de 28 de maio de 2021*. Institui o Programa Acolhe DF para enfrentamento ao uso indevido de drogas no Distrito Federal. Distrito Federal. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/102e150b53024a65b6059fa0a617d60f/Decreto_42141_28_05_2021.html
- Distrito Federal. (2022). *Saúde mental do DF em dados*. Distrito Federal.
- Distrito Federal. (2023). *Lei Complementar nº 1.021, de 3 de maio de 2023*. Autoriza a extensão de usos e atividades para os lotes do Setor Comercial Sul - SCS, na Região Administrativa do Plano Piloto - RA I, e dá outras providências. Distrito Federal. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3a9e870b41d24ab091d7301f41cac5c5/Lei_Complementar_1021_03_05_2023.html
- Distrito Federal. (2024). *Lei Complementar nº 1041, de 12 de agosto de 2024*. Aprova o Plano

de Preservação do Conjunto Urbanístico de Brasília – PPCUB e dá outras providências.

Distrito Federal.

<https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/803e6239837841d1a0875ae593e219bb/>

[LC_1041_2024.html#titIV_art177_incXXXI](#)

Distrito Federal. (2025). *Decreto nº 47.423, de 08 de julho de 2025*. Institui o Programa Acolhe

DF, destinado à busca ativa para acolhimento e reinserção social da pessoa com

transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade, e

dá outras providências. Distrito Federal.

<https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6ff3884d1bb94337838e6794adae6935/>

[Decreto_47423_08_07_2025.html](#)

Duarte, M. V. G., Barros, G. da S., & Cabral, B. E. B. (2020). Uso de drogas e cuidado ofertado

na Raps: O que pensa quem usa? *Saúde debate*, 44(127), 1151–1163.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012715>

Fanon, F. (2020). A “síndrome do norte-africano”. In F. Fanon, *Em defesa da revolução africana*

(pp. 23-34). Ciências Revolucionárias.

Fanon, F., & Geronimi, C. A. (2020). internação diurna na psiquiatria: valor e limites (2). In F.

Fanon, (Khalifa, J., ed.), *Alienação e liberdade. Escritos psiquiátricos* (pp. 85-101). Ubu.

Fantástico. (2025, 02 de dezembro). ‘Medida higienista’, alerta defensora pública sobre

remoção forçada de pessoas em situação de rua. *G1*.

[https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2025/12/02/medida-higienista-alerta-defensora-](https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2025/12/02/medida-higienista-alerta-defensora-publica-sobre-remocao-forcada-de-pessoas-em-situacao-de-rua.ghtml)

[publica-sobre-remocao-forcada-de-pessoas-em-situacao-de-rua.ghtml](#)

Farina, M., Terroso, L. B., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. de L. (2013). Importância da

psicoeducação em grupos de dependentes químicos: Relato de experiência. *Aletheia*, 42,

175–185.

Félix Junior, I. J., Calheiros, P. R. V., & Crispim, P. di T. B. (2018). Motivação para Mudança no Uso de Substâncias entre Usuários de Drogas Encaminhados pela Justiça. *Trends Psychol*, 26(3), 1363–1378. <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-09pt>

Fernanda, M., Cruz, C., Cardozo, M., Pahl, M., & Corrêa, S. (2023a, 17 de julho). Ex-acolhidos e ex-funcionários denunciam irregularidades em ONG construída com dinheiro público do DF. *GI DF*. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/07/17/ex-acolhidos-e-ex-funcionarios-denunciam-irregularidades-em-ong-construida-com-dinheiro-publico-do-df.ghtml>

Fernanda, M., Cruz, C., Cardozo, M., Pahl, M., & Corrêa, S. (2023b, 17 de julho). Extratos bancários mostram que presidente de ONG no DF usou dinheiro público e de doações com despesas pessoais. *GI DF*. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2023/07/18/extratos-bancarios-mostram-que-presidente-de-ong-no-df-usou-dinheiro-publico-e-de-doacoes-com-despesas-pessoais.ghtml>

Fernandes, M. A., Ribeiro, M. M. de M., Britto, L. B. de, Chaves, J. F., Carvalho, C. M. de S., Magalhães, J. M., & Ribeiro, H. K. P. (2018). Caracterização de dependentes químicos em tratamento em uma comunidade terapêutica. *Rev. enferm. UFPE on line*, 12(6), 1610–1617. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230686p1610-1617-2018>

Ferrugem, D. (2020). Guerra às drogas?. *Revista Em Pauta: Teoria Social E Realidade contemporânea*, 18(45), 44–54. <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47208>

Fiore, M. (2005). A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In R. P. Venâncio, & H. Carneiro (eds.), *Álcool e*

- Drogas na História do Brasil* (pp. 257-290). Alameda Editora; Editora PUCMinas.
- Fiore, M. (2008). Prazer e risco: Uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In B. C. Labate, E. V. Vargas, M. Fiore, S. Goulart, & H. Carneiro (Orgs.), *Drogas e cultura: novas perspectivas* (pp. 141–154). EDUFBA.
- Franco, D. A. A., & Pegoraro, R. F. (2023). O papel do CAPS I na vida de seus usuários: Um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. *Psicol. rev.*, 32(2), 368–394.
<https://doi.org/10.23925/2594-3871.2023v32i2p368-394>
- Freire, G. (2021, 28 de julho). VÍDEO: operação de desocupação causa tumulto no Setor Comercial Sul, no DF. *G1 DF*.
<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2021/07/28/video-operacao-de-desocupacao-causa-tumulto-no-setor-comercial-sul-no-df.ghtml>
- Freitas Júnior, L. C., & Costa, P. H. A. (2024). Financiamento público das comunidades terapêuticas do Distrito Federal (2019-2022): cancelamento estatal à violência manicomial. In C. A. S. Garcia Júnior, & R. F. Ceccon (eds), *Narrativas de violência e saúde mental: experiências e territórios* (pp. 309-333). Rede Unida.
- Furquim, G. (2020, 21 de setembro). Justiça dá prazo de 24h para GDF devolver pertences de sem-tetos do SCS. *Metrópoles*.
<https://www.metropoles.com/colunas/grande-angular/justica-da-prazo-de-24h-para-gdf-devolver-pertences-de-sem-tetos-do-scs>
- G1 DF (2020, 19 de setembro). Governo do DF recolhe cobertores e barracas de pessoas sem-teto durante operação no Setor Comercial Sul. *G1 DF*. <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2020/09/19/gdf-retira-instalacoes-irregulares-do-setor-comercial-sul-e-recolhe-itens-de-sem-teto.ghtml>

- Gabatz, R. I. B., Johann, M., Terra, M. G., Padoin, S. M. de M., Silva, A. A. da, & Brum, J. L. (2013). Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 17(3), 520–525. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300520>
- Gomes, R. (2002). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In M. Minayo (ed.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes.
- Gonçalves, R. (2018). Quando a questão racial é o nó da questão social. *Revista Katálisis*, 21(3), p. 514-522. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p514>
- Governo do Distrito Federal [GDF]. (2011a). *Portaria nº 78, de 18 de maio de 2011*. Institui o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Rodoviária – CAPS AD III Rodoviária. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal. GDF. https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68266/Portaria_78_18_05_2011.html
- Governo do Distrito Federal [GDF]. (2011b). *Decreto nº 32.948, de 30 de maio de 2011*. Dispõe sobre a criação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Rodoviária – CAPS AD III Rodoviária, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal. GDF. <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68332/376e31d2.html>
- Governo do Distrito Federal [GDF]. (2025, 5 de maio). *DF entre os primeiros no ranking contra a pobreza!* [Publicação no Instagram]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/DJRWa1UBU06/>
- Hernandes, L. F., Vescovi, P., Figueiredo, T. A. M. de, & Lopes Gentili, R. de M. (2021). Internação compulsória e vida em cena: Subjetividades em descompasso. *Psicol. ciênc. prof*, 41(spe4), e210219–e210219. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003210219>
- Horta, R. L., Teixeira, V. A., Fontoura, L. P., Oliveira, S. P. G., Pinto, R. O., Balbinot, A. D., &

Vieira, L. S. (2015). Condições associadas à cessação do uso de crack entre usuários em atendimento. *Temas psicol. (Online)*, 23(4), 887–899.

[https://doi.org/10.9788/TP2015.4-](https://doi.org/10.9788/TP2015.4-07)

[07](https://doi.org/10.9788/TP2015.4-07)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). Panorama do Censo Demográfico 2022: Brasil. <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>

II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. (1987). Manifesto de Bauru. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea]. (2017). *Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras* (Nota Técnica No. 21). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia.

<https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/e8d0642f-cd5e-4336-91fe-2d5c61790d3d/content>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2024). *Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação para 1º de julho de 2024*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://www.ibge.gov.br>

Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal [IPEDF]. (2022). *Perfil da população em situação de rua do Distrito Federal. Relatório de pesquisa*. IPEDF.

Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal [IPEDF]. (2024). *Relatório final da PDAD-A 2024: Resultados gerais para o Distrito Federal*. https://pdad.ipe.df.gov.br/files/reports/Relatorio_DF.pdf

Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal [IPEDF]. (2025). *2º Censo da População em Situação de Rua do Distrito Federal - Produto temático 3: Saúde das Pessoas em Situação de Rua. Relatório*. IPEDF.

- Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional [IPHAN]. (2018). *Relatório do Plano Piloto de Brasília (4ª ed.)*. IPHAN.
http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/lucio_costa_miolo_2018_reimpressao_.pdf
- Jacques, P. B., & Almeida Júnior, D. L. (2017). A construção de Brasília: alguns silenciamentos e um afogamento. In *Anais do XII Encontro de História da Arte (EHA)* (p. 469–495). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
<https://www.ifch.unicamp.br/eha/atas/2017/EHA%202017.pdf>
- Japiassu, H. F. (1975). *O mito da neutralidade científica*. Imago.
- Jornal de Brasília. (2025, 27 de janeiro). *Setor Comercial Sul sofre com a saída dos negócios e 9000 pessoas perdem o emprego*. <https://jornaldebrasil.com.br/brasil/sector-comercial-sul-sofre-com-a-saida-dos-negocios-e-9-000-pessoas-perdem-o-emprego/>
- Kowalski, L., Pivetta, A., Bubans, E. Z., Viegas, C. V., Andrade, V. R. M., & Alves, I. A. (2021). Oficinas profissionalizantes para reinserção de internos de um centro terapêutico de toxicômanos no mercado de trabalho. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 13, 995–1000. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9766>
- Lemes, A. G., Rocha, E. M. da, Nascimento, V. F. do, Silva, L. S. da, Almeida, M. A. S. O., & Villar, M. A. L. (2020). Caracterización de usuarios de medicamentos psicoactivos residentes en comunidades terapéuticas en Brasil. *Enferm. Glob.*, 19(58), 421–465.
- Lima, C. C. V. (2020). Guerra às drogas e o genocídio da população negra: o papel da política brasileira de drogas como instrumento eugênico [Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP].
https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/3578/1/TCC_%20CL%C3%81UDIA%20CRISTIANE%20VICTOR%20DE%20LIMA%20_2020.pdf

- Lima, C. (2022, 08 de outubro). Com 400 dependentes químicos já atendidos, Acolhe DF dispõe de 330 vagas. *Agência Brasília*.
<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/w/com-400-dependentes-quimicos-ja-atendidos-acolhe-df-dispoe-de330vagas>
- Lima, J., Ferreira, A., & Bastos, F. (2024, 28 de maio). Distrito Federal tem o maior índice de desenvolvimento humano municipal do Brasil. *GI DF*.
<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2024/05/28/distrito-federal-tem-o-maior-indice-de-desenvolvimento-humano-municipal-do-brasil.ghtml>
- Lima, M. E. de M., Prado, I. S. M. do, Ribeiro, M. I. L. C., Pereira, S. de S., Silva, A. T., & Alves, A. C. (2025). Caracterização sociodemográfica dos usuários do CAPS AD em um município do sudoeste mineiro. *Revista Foco*, 18(10), e10203.
<https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n10-135>
- De Lucca, D. (2017). Morte e vida nas ruas de São Paulo: a biopolítica vista do centro. In T. Rui, M. Martinez, & G. Feltran (Orgs.), *Novas Faces da Vida nas Ruas* (pp. 23-44). EdUFSCar.
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 580-595.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>
- Madalena, T. S., & Sartes, L. M. A. (2018). Usuários de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas: Perfil e prevalência. *Arq. bras. psicol. (Rio J. 2003)*, 70(1), 21-36.
- Mallart, F. (2019). O arquipélago. *Tempo Social*, 31(3), 59-79.
https://revistas.usp.br/ts/pt_BR/article/view/161327/158177
- Mansanera, A. R., & Silva, L. C. (2000). A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da Psicologia no Brasil. *Psicologia em Estudo*, 5(1), p. 115-137.

- <https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/?format=pdf&lang=pt>
- Marques, B. (2025, 24 de março). Senac-DF inaugura maior centro de educação profissional de Brasília no Setor Comercial Sul. *Senac-DF*. <https://www.df.senac.br/senac-df-inaugura-maior-centro-de-educacao-profissional-de-brasilia-no-setor-comercial-sul/>
- Martín-Baró, I. (1986/2011). Para uma Psicologia da Libertação. In R. S. L. Guzzo & S. L.; F. J. Lacerda (Orgs.), *Psicologia social comunitária para a América Latina: o resgate da psicologia da libertação* (2 ed., pp. 181-197). Alínea.
- Martín-Baró, I. (2017). *Crítica e libertação na Psicologia: Estudos psicossociais*. In F. J. Lacerda (org. & trad.). Vozes.
- Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), e290213.
- Martins, T. (2022, 11 de agosto). Justiça entende que não houve violação de direitos na desocupação do SCS. *Correio Braziliense*.
https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/08/5028530-justica-entende-que-nao-houve-violacao-de-direitos-na-desocupacao-do-scs.html#google_vignette
- Mastroianni, F. C., Macris, C. E., Gomes, J. R., & Camargo, P. J. (2016). Perfil sociodemográfico de um CAPSad e sua funcionalidade segundo os usuários. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(2), 3-16. [https://doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2\(01\)](https://doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(01))
- Marx, K. (2008). *Contribuição à crítica da economia política*. Expressão Popular.
- Marx, K. (2013). *O capital: crítica da economia política. Livro 1. O processo de produção do capital*. Boitempo.
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *A ideologia alemã*. Boitempo.
- Mazeto, B. R., & Carrapato, J. F. L. (2018). A importância da dinâmica de grupo no tratamento

- da dependência de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica. *Rev. Salusvita (Online)*, 37(2), 301–321.
- Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate À Tortura [MNPCT]. (2024). *Relatório de inspeções no Distrito Federal e Entorno. Comunidade Terapêutica Salve a Si – Instituto Eu Sou e Hospital Psiquiátrico São Vicente*. MNPCT.
https://mnpctbrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/08/relatorio-sas-e-hsvp_final_corrigido.pdf
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, P. F. de, & Vieira, G. L. S. (2015). Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico USF*, 20(3), 517–528. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200313>
- Melli, M., & Rodrigues de Almeida, M. (2024). Entre criminalização e medicalização: um estudo do consumo de crack no Brasil. *PLURAL - Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 3, e024a06. <https://doi.org/10.59099/prpub.2024.58>
- Mendes, K. T. (2018). “Se essa rua falasse”: uma análise sobre estigma, pobreza e uso de drogas nas trajetórias de sujeitos em situação de rua [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora. <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/6698>
- Mendes, K. T., & Costa, P. H. A. (2022). No meio da pandemia tinha uma pedra: uma análise das políticas para a população em situação de rua no contexto pandêmico brasileiro. *Revista Encuentros Latinoamericanos*, 6(1), 96-117.
- Mendes, K. T., Ronzani, T. M., & Paiva, F. S. de. (2019). População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. *Psicologia & Sociedade*, 31, e169056, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>
- Mendes, M. (2025, 28 de agosto). Comerciantes mudam rotina por medo da violência no Setor

- Comercial Sul no DF. *GI DF*.
<https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2025/08/28/comerciantes-mudam-rotina-por-medo-da-violencia-no-setor-comercial-sul-no-df.ghtml>
- Minayo, M. C. S. (2021). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (15ª ed.). Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2024). *Saúde Mental em dados*. 13 ed. Ministério da Saúde.
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome [MDS]. (2019). *Benefício de Prestação Continuada (BPC)*. <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/beneficios-assistenciais/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>
- Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome [MDS]. (2023). *Edital de credenciamento público nº 8/2023*. Diário Oficial da União.
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/edital-de-credenciamento-publico-n-8/2023-520493917>
- Ministério Público do Distrito Federal e Territórios [MPDFT]. (2023). *Relatório de fiscalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal: Situação dos CAPS habilitados junto ao Ministério da Saúde* (Baseado em dados do CNES/Ministério da Saúde). MPDFT. <https://www.cnes.datasus.gov.br>
- Ministério Público Federal [MPF] & Ministério Público do Trabalho [MPT]. (2025). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. MPF; MPT.
- Miranda, A. (2025, 20 de dezembro). Prefeitos higienistas têm contratos milionários com clínicas privadas de internação. *ICL Notícias*. <https://iclnoticias.com.br/prefeitos-higienista-contrato-internacao/>
- Montaño, C. (2010). *Terceiro Setor e Questão Social: Crítica ao Padrão emergente de*

Intervenção Social (6ª ed.). Cortez.

Moreira, A. L. C. (2022). *O lado de dentro da rua: o corpo-morada nas narrativas de mulheres negras em situação de rua* [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília].

<https://repositorio.unb.br/handle/10482/49169>.

Motta Filho, A., Sousa, A. A. F. de, Santos Junior, R. dos, André, J. C., & Santos, L. L. dos.

(2020). Habilidades sociais de usuários de crack acolhidos em comunidades terapêuticas. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog*, 16(2), 5–15.

<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.155394>

Nascimento, E. C., & Justo, J. S. (2015). Andarilhos de estrada segundo os relatos de trabalhadores assistenciais. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 221–230.

<https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p221>

Observatório da População em Situação de Rua [OBPopRua]. (s.d.). *População em Situação de Rua no Brasil: Totais por Região, Estado e Município - Série Histórica 2012-2021*.

Universidade Federal de Minas Gerais [UFMG]. Recuperado em 8 de fevereiro de 2026, de https://obpoprua.direito.ufmg.br/moradia_pop_rua.htm

Observatório da População em Situação de Rua [OBPopRua]. (2024). Informe técnico: Perfil da População em situação de rua no Brasil - Dezembro/2024. Conselho Nacional do Ministério Público [CNMP]. Recuperado em 8 de fevereiro de 2026, de

<https://cnmp.mp.br/portal/informes/2024/informe-tecnico-BRASIL.html>

Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. (2022). Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 1–29.

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>

Pasqualini, J. C., & Martins, L. M.. (2015). Dialética singular-particular-universal: implicações

- do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 362–371. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>
- Patto, M. H. S. (2022). Compromisso político e formação do psicólogo: considerações a partir da luta antimanicomial. In M. H. S. Patto (ed.), *Exercícios de indignação: escritos de educação e psicologia* (pp. 62-77). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Original publicado em 2005.
- Paula Junior, G. V. de, & Cruz, A. R. (2017). Problemas interpessoais em comunidade terapêutica: Um estudo exploratório. *Pesqui. prá. psicossociais*, 12(2), 388–404.
- Pereira, R. C. (2004). *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)* [Tese doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz]. Biblioteca virtual em Saúde.
- Pereira, G. S., & Levandowski, M. L. (2016). Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento utilizadas por monitores de comunidades terapêuticas para abuso de substância. *Aletheia*, 49, 60–73.
- Pereira, P. M. B., & Bitencourt, R. M. de. (2021). Prevalência do transtorno depressivo maior em pessoas com dependência química. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog*, 17(2), 64–71. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.173585>
- Pinto, A. C. S., Beserra, E. P., Luna, I. T., Bezerra, L. L. de A. L., & Pinheiro, P. N. da C. (2016). Prática educativa com jovens usuários de crack visando a prevenção do HIV/AIDS. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 20(3), e20160066–e20160066. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160066>
- Pinto, A. C. S., Silva, A. de A., Gubert, F. do A., Luna, I. T., & Pinheiro, P. N. da C. (2016). Conhecimento de homens jovens usuários de crack perante o hiv. *Ciênc. cuid. saúde*,

15(2), 350–357. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i2.29393>

Portal Secretaria de Saúde do Distrito Federal [SES/DF]. (2013, 27 de agosto). *CAPS-AD da Rodoviária completa dois anos*. <https://www.saude.df.gov.br/w/caps-ad-da-rodoviaria-completa-dois-anos>

Psicologia e Ladinidades. (2025). *Dossiê. As violências das Comunidades Terapêuticas do Distrito Federal e entorno*. Psicologia e Ladinidades.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea] & Fundação João Pinheiro [FJP]. (s.d.). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil* [base de dados online]. Recuperado em 7 de fevereiro de 2026, de <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea] & Fundação João Pinheiro [FJP]. (2014). *Human development atlas in the Brazilian metropolitan regions*. United Nations Development Programme.

Prudencio, J. L., & Passos, R. G. (2025). Racismo, guerra às drogas e a PEC 45/2023: o avanço de estratégias de destruição. *Revista De Políticas Públicas*, 28(2), 631–645. <https://doi.org/10.18764/2178-2865v28n2.2024.34>

Quintans, E. C. (2021). *Habitar o centro de Brasília: Projeto, construção e vivência do Setor Comercial Sul* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/42334>.

Quintas, A. C. de M. O., & Tavares, P. dos S. P. B. (2020). Entre Caps AD e Comunidades Terapêuticas: O cuidado pela perspectiva dos usuários de um Caps AD. *Saúde debate*, 44(spe), 198–209. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e317>

Rameh-de-Albuquerque, R. C. (2017). *Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a*

- recursividade dos que usam crack* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo]. <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/41862>
- Raupp, L. M., & Milnitisky-Sapiro, C. (2008). A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: O tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicol. teor. pesqui*, 24(3), 361–368.
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. de S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: O caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 515–526.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- Rossi, C. C. S., & Tucci, A. M. (2020). Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicol. soc. (Online)*, 32, e170161–e170161.
<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32i170161>
- Rother, E. T.. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista De Enfermagem*, 20(2), v–vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Sabino, N. D. M., & Cazenave, S. de O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol. (Campinas)*, 22(2), 167–174.
- Salata, A. R., Ribeiro, M. G., & Rodrigues, J. M. (2025). *Boletim desigualdade nas metrópoles: Edição 16, dados anuais (2012-2024)*. PUCRS; Data Social; Observatório das Metrópoles. https://www.pucrs.br/datasocial/wp-content/uploads/sites/300/2025/10/2025-10-02-boletim_16_2025.pdf
- Santos, J. S. S. (2008). *Particularidades da “questão social” no capitalismo brasileiro* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro].

<http://objdig.ufrj.br/30/teses/730742.pdf>

- Scaduto, A. A., Barbieri, V., & Santos, M. A. dos. (2014). Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: Avaliação dos resultados do tratamento. *Psicol. teor. práct*, 16(2), 156–171.
- Scaduto, A. A., Barbieri, V., & Santos, M. A. dos. (2015). Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. *Psicol. ciênc. prof*, 35(3), 781–796. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000792013>
- Schneider, J. A., & Andretta, I. (2017). Habilidades Sociais de Usuários de Crack em Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: Relação com Características Sociodemográficas e de Padrão de Consumo. *Rev. colomb. psicol*, 26(1), 83–98. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.54032>
- Seleglim, M. R., Inoue, K. C., Santos, J. A. T., & Oliveira, M. L. F. de. (2011). Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: Um estudo do genograma. *Ciênc. cuid. saúde*, 10(4), 795–802.
- Silva, M. L. (2006). *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil (1995–2005)* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1763>
- Silva, N. V. C. da., & Santos, J. S. (2025, 3–7 de dezembro). *Proibicionismo: trajetória histórica, consequências sociais e implicações para pessoas em situação de rua* [Apresentação de trabalho]. 18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Salvador, BA, Brasil. https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1278331_25_07_2025_20-11-47_6209_v4.pdf
- Singulane, B. A. R., Silva, N. B., & Sartes, L. M. A. (2016). Histórico e Fatores Associados à

- Criminalidade e Violência entre Dependentes de Crack. *Psico USF*, 21(2), 395–407.
<https://doi.org/10.1590/1413-82712016210215>
- Souza, C. L. S., & Teles, H. (2021). Pressupostos para uma análise histórico-estrutural da questão social no Brasil. *Temporalis*, 21(42), 44-61.
<https://doi.org/10.22422/temporalis.2021v21n42p44-61>
- Teixeira, C. P. (2016). O testemunho e a produção de valor moral: Observações etnográficas sobre um centro de recuperação evangélico. *Religião & Sociedade*, 36(2), 107–134. <https://doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap06>
- Teo, C. R. P. A., & Baldissera, L. (2011). Adequação da alimentação ao perfil dos dependentes químicos em uma comunidade terapêutica: Um estudo de caso. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, 7(3), 119–125.
- Teo, C. R. P. A., Corralo, V. da S., Fransozi, C., & Kovalski, L. F. L. (2014). Percepção gustativa: Fator de risco ou proteção para dependentes durante a cessação do uso de drogas. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar (Impr.)*, 22(supl.esp), 71–79.
- Vale, A. R. do, & Vecchia, M. D. (2020). Sobreviver nas ruas: Percursos de resistência à negação do direito à saúde. *Psicol. Estud. (Online)*, 25, e45235–e45235.
<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.45235>
- Varanda, W., & Adorno, R. de C. F. (2004). Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde E Sociedade*, 13(1), 56–69.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>
- Versiani, T. F. S., & Cordeiro, J. B. (2024). Centro de atenção psicossocial – CAPS AD III Candango: Uma reflexão sobre os desafios e potencialidades do serviço na atenção psicossocial. *Revista FT: Ciências da Saúde*, 29(141). <https://revistaft.com.br/centro-de->

atencao-psicossocial-caps-ad-iii-candango-uma-reflexao-sobre-os-desafios-e-potencialidades-do-servico-na-atencao-psicossocial/

Villar, N. L., & Santos, M. P. G. dos. (2018). Sexualidade e relações de gênero nas comunidades terapêuticas: Notas a partir de dados empíricos. In M. P. G. dos Santos (Org.), *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão* (pp. 101–120). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Ipea].

Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. F. (2010). Política social e psicologia: Uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(especial), 9–24.

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/vBxzfyFsdLYrqSJFXNw8j9b/>

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO – ENTREVISTA INDIVIDUAL

- Você pode me contar um pouco sobre sua história?
- Como veio parar na rua?
- Como e quando se deu seu contato com as drogas?
- Qual o papel das drogas na sua vida? (O que representam ou representaram para você em sua trajetória?)
- Qual é a razão do seu uso?
- Qual o cuidado relativo ao uso de drogas você tem hoje?
- Você poderia me contar como foi parar em uma CT?
- Como foi sua(s) experiência(s) nas CT(s)?/ Quanto tempo ficou internado? Como era a rotina lá dentro? E o “tratamento”?
- Como você saiu da CT?/ Havia completado o tempo previsto para o “tratamento”?
- Você acredita que as CTs ajudaram de alguma forma em sua vida?
- Como você se sentiu durante o tempo que passou na CT?
- Teve algo que te marcou muito nessas experiências?

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Por meio desse documento, você está sendo convidado a participar da pesquisa “Por que Comunidades Terapêuticas?”: Uma investigação sobre a dinâmica do processo de internação de pessoas em situação de rua, de responsabilidade de Elisa de Pennafort Rabelo, Psicóloga, mestranda na Universidade de Brasília. O objetivo geral deste estudo é analisar o que leva os usuários de drogas em situação de rua do Distrito Federal (DF) a serem internados em Comunidades Terapêuticas (CTs). Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhes asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a.

Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como registros escritos, entrevistas e fitas de gravação ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa. Diante da possibilidade de riscos como constrangimento, desconforto ou incômodo, você tem o direito de interromper essa pesquisa, bem como de ter atenção e assistência especializadas em caso de necessidade. Os riscos de exposição também serão minimizados com a utilização de registros restritos e armazenamento sigiloso das informações obtidas nos encontros, além da utilização de nomes fictícios nas anotações. Não haverá nenhum tipo de pagamento para participar desta pesquisa, e também nenhuma despesa. Você terá direito a indenização ou ressarcimento no caso de qualquer dano ou gasto que eventualmente aconteça e seja produzido pela pesquisa. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Todos os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos. **Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Em caso de qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 9 8220-4004 que também estará disponível para ligações à cobrar e pelo e-mail elisapennafort@gmail.com.**

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB e da Fundação de Ensino Superior em Ciências da Saúde – FEPECS, e este documento foi elaborado em duas vias: uma ficará com o/a pesquisador/a e uma com o participante.

Assinatura do/da participante

Assinatura do/da pesquisador/a

Brasília, ____ de _____ de _____