

PRINCÍPIOS DO TRATAMENTO EFICAZ DO NIDA APLICADOS ÀS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ACOLHEDORAS



MINISTÉRIO DO
DESENVOLVIMENTO
E ASSISTÊNCIA SOCIAL,
FAMÍLIA E COMBATE À FOME



Princípios do Tratamento Eficaz do NIDA aplicados às Comunidades Terapêuticas Acolhedoras

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,
Família e Combate à Fome

Brasília, 2026

EXPEDIENTE

José Wellington Barroso de Araújo Dias

Ministro do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

Osmar Ribeiro de Almeida Júnior

Secretário-Executivo

Sâmio Falcão Mendes

Diretor do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuentes em Álcool e Drogas

Diego Mantovaneli do Monte

Coordenador-Geral de Articulação e Projetos Estratégicos

Alexandre Drummond Kuroiva

Coordenador de Articulação e Projetos Estratégicos

Danielle Andrade de Oliveira

Coordenadora-Geral de Planejamento e Avaliação

Estevão Melo de Sousa

Coordenador de Planejamento e Avaliação

Gedalias Mota

Coordenador Técnico da Pesquisa

PREFÁCIO



O cuidado a pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) constitui um dos desafios mais complexos das políticas públicas contemporâneas, exigindo abordagens fundamentadas em evidências científicas, sensibilidade ética e articulação intersetorial consistente. No âmbito da Política Nacional sobre Drogas e das políticas de proteção social, o fortalecimento de práticas qualificadas e alinhadas às diretrizes públicas é condição indispensável para a efetividade das ações ofertadas à população.

As Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTs) integram a rede de respostas disponíveis no país para o cuidado de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, exercendo papel relevante no acolhimento residencial voluntário, na organização da vida cotidiana e na construção de trajetórias de recuperação. Para que esse papel seja exercido de forma legítima e consistente é fundamental que suas práticas estejam alinhadas ao conhecimento científico acumulado, aos marcos normativos vigentes e aos princípios éticos que orientam a política pública.

Este documento nasce do compromisso do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), por meio do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Depad), com o aperfeiçoamento contínuo das CTs contratadas, reconhecendo a diversidade de contextos institucionais e a complexidade das demandas apresentadas pelas pessoas acolhidas.

A análise dos princípios do National Institute on Drug Abuse (NIDA), realizada à luz da realidade brasileira e das diretrizes nacionais, busca aproximar evidências científicas internacionais das práticas cotidianas desenvolvidas no acolhimento residencial, sem desconsiderar os limites institucionais e legais próprios desse modelo de cuidado.

Nessa perspectiva, este material se propõe a funcionar como instrumento técnico de reflexão, autoavaliação e aprimoramento das práticas institucionais. Ao dialogar com evidências científicas, normativas nacionais e dados de monitoramento, o documento contribui para consolidar uma cultura institucional orientada pela avaliação contínua, pela individualização do cuidado e pela articulação efetiva com a rede pública de saúde, assistência social e demais políticas setoriais.

Diante do exposto, o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras passa, necessariamente, pela clareza de seus papéis e pelo compromisso com práticas que respeitem a dignidade, a autonomia e a singularidade das pessoas acolhidas. Nesse sentido, o alinhamento entre evidências científicas, diretrizes públicas e prática institucional não representa um desafio

externo, mas uma condição essencial para a sustentabilidade, a legitimidade e a efetividade do acolhimento ofertado.

Espera-se que este documento contribua para o diálogo qualificado entre gestores, equipes técnicas, entidades acolhedoras e órgãos de controle, fortalecendo os processos de monitoramento, a devolutiva técnica e a melhoria contínua. Ao reafirmar o compromisso do Estado com o cuidado responsável e baseado em evidências, reafirma-se, sobretudo, o compromisso com as pessoas que buscam no acolhimento uma oportunidade concreta de reorganização de suas trajetórias de vida.

Sâmio Falcão Mendes

Diretor do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento
Atuantes em Álcool e Drogas (Depad)

Cuidar de pessoas com transtorno por uso de substâncias exige mais do que boa intenção. Exige compromisso com evidências científicas, respeito à dignidade humana e reconhecimento claro dos limites institucionais.

É nesse equilíbrio que o acolhimento se transforma em cuidado qualificado, ético e responsável. As evidências científicas não substituem o cuidado. Elas o orientam.

Quando incorporadas à prática institucional, ampliam a proteção, a efetividade e a coerência do trabalho realizado. Este documento nasce desse compromisso.

Gedalias Mota

Coordenador técnico da pesquisa

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Metodologia	13
3. Metodologia de autoavaliação da adequação das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras aos Princípios do NIDA	17
4. Referencial analítico: os princípios do NIDA e o acolhimento em CTs	22
4.1. Princípio 1	24
4.2. Princípio 2	28
4.3. Princípio 3	32
4.4. Princípio 4	36
4.5. Princípio 5	40
4.6. Princípio 6	44
4.7. Princípio 7	48
4.8. Princípio 8	52
4.9. Princípio 9	56
4.10. Princípio 10	60
4.11. Princípio 11	65
4.12. Princípio 12	69
4.13. Princípio 13	73
5. Conclusão	77
Quadro Síntese: Princípios do NIDA e implicações para as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras	79
Notas	83
Referências Bibliográficas	87

1. INTRODUÇÃO



As Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTs) constituem, há décadas, um componente relevante no cenário brasileiro de atenção a pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Ao lado de outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), as CTs desempenham a função de acolhimento residencial voluntário, de caráter transitório, voltado à reorganização da vida cotidiana, ao desenvolvimento de habilidades de autocuidado e ao fortalecimento de vínculos sociais e familiares.

Sua presença capilar no território nacional e sua capacidade de organizar a convivência entre os pares em regimes de rotina estruturada têm favorecido o acesso de populações diversas a espaços protegidos de cuidado, especialmente em regiões onde a oferta pública e privada de serviços é limitada.

Nos últimos anos, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), por meio do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (Depad), tem buscado qualificar e ampliar o diálogo técnico com essas Entidades de Acolhimento. A expansão de vagas, o aprimoramento dos critérios de contratação e a implementação progressiva de estudos e monitoramentos têm permitido maior compreensão das dinâmicas internas das instituições e das trajetórias das pessoas acolhidas.

Este processo também tem evidenciado a necessidade de que os projetos terapêuticos das CTs se aproximem cada vez mais de diretrizes baseadas em evidências científicas e em padrões internacionais de efetividade em tratamento.

Entre as referências consolidadas internacionalmente, destaca-se o conjunto dos **Princípios do Tratamento da Dependência de Drogas: Um Guia Baseado em Pesquisas Científicas**, publicados pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)ⁱ. Os princípios sintetizam achados acumulados ao longo de décadas de pesquisa científica sobre o tratamento do TUS, integrando evidências clínicas e psicossociais. Eles orientam serviços de diferentes modelos de cuidado, oferecendo parâmetros que auxiliam na organização institucional, na estruturação de rotinas, na definição de práticas terapêuticas e na construção de planos individualizados.

Embora este documento utilize os **13 Princípios de um Tratamento Eficaz do NIDA** como referência central, é importante ressaltar que esses princípios foram elaborados para orientar de forma ampla diferentes modalidades de cuidado para pessoas com TUS — incluindo serviços médicos especializados, programas ambulatoriais, internação hospitalar, unidades de desintoxicação, intervenções judiciais, serviços psicossociais, entre outros. Assim, nem todos os princípios se aplicam de maneira integral ou direta a todas as modalidades, sendo necessária a devida contextualização conforme a natureza e o papel institucional de cada serviço.

No caso das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras que realizam exclusivamente acolhimento residencial voluntário, sem procedimentos médicos e sem internações (voluntárias, involuntárias ou compulsórias), alguns princípios devem ser lidos com a devida adaptação ao seu papel institucional e à sua natureza jurídico-operacional. A finalidade deste documento é, portanto, interpretar cada princípio à luz da realidade das CTs, destacando implicações práticas, limites, potencialidades e adequações necessárias no contexto da articulação com as políticas públicas de saúde e de assistência social, no âmbito do SUS, da RAPS e do SUAS.

No contexto brasileiro, a incorporação desses princípios aos projetos terapêuticos das CTs pode contribuir significativamente para o aprimoramento da qualidade do acolhimento, ampliando a efetividade das intervenções e fortalecendo a articulação das entidades com a rede de saúde e de assistência social.

Alguns princípios dialogam diretamente com dimensões já presentes nas CTs, como a importância da permanência adequada em tratamento, o papel das intervenções comportamentais e a necessidade de rotinas previsíveis. Outros, por sua vez, apontam para aspectos que ainda demandam fortalecimento progressivo, como avaliação contínua, melhor interligação com a rede para identificação de comorbidades, uso de medicações quando necessário e monitoramento sistemático de indicadores.

A realidade observada no estudo **“Perfil dos Acolhidos pelas Entidades de Acolhimento contratadas pelo MDS”ⁱⁱ**, conduzido pelo Depad e que envolveu 2.710 pessoas acolhidas em CTs contratadas, oferece elementos que reforçam a pertinência desse diálogo entre evidências internacionais e práticas nacionais. A distribuição por gênero, as faixas etárias predominantes e os padrões de uso de substâncias – em especial o predomínio do álcool, cocaína e crack – evidenciam perfis que exigem abordagens diferenciadas e planos de cuidado individualizados, em consonância com diversos princípios do NIDA.

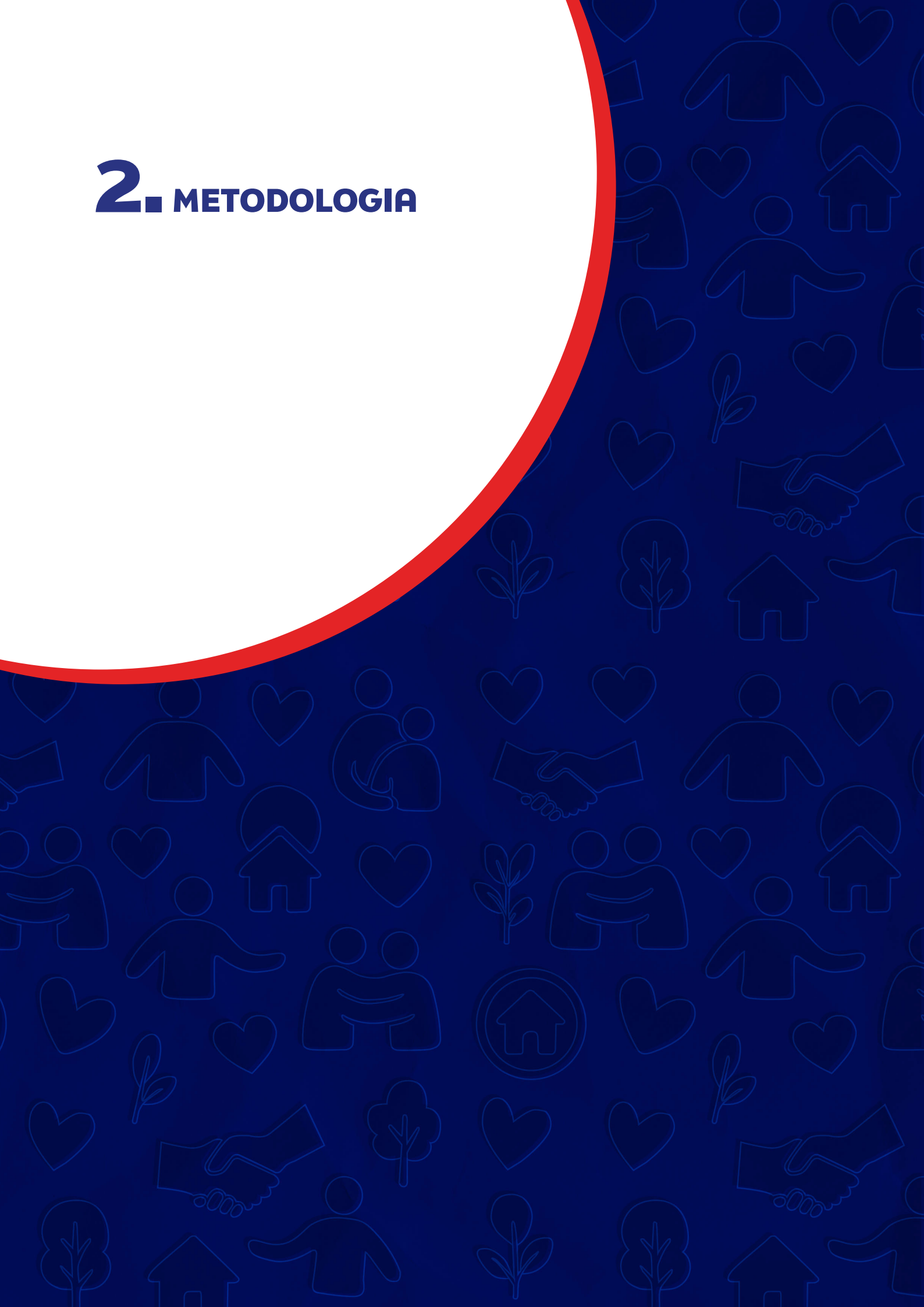
Diante desse cenário, este documento, produzido no âmbito do setor de estudos e pesquisas do Depad/MDS, tem a finalidade de oferecer uma análise sistêmica dos 13 Princípios de um Tratamento Eficaz do NIDA, correlacionando-os com aspectos centrais do funcionamento das Entidades de Acolhimento brasileiras.

Seu propósito não é normativo, mas orientativo: busca subsidiar processos de revisão, aprimoramento ou construção de projetos terapêuticos, contribuindo para práticas mais consistentes, éticas e alinhadas às evidências disponíveis. A leitura integrada desses princípios, articulada à realidade observada nos monitoramentos realizados pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)ⁱⁱⁱ e pela Universidade Federal Fluminense (UFF)^{iv} nas entidades com vagas contratadas pelo MDS, permite vislumbrar caminhos para a consolidação de um modelo de

acolhimento cada vez mais qualificado, articulado e efetivo.

Dessa forma, a presente análise busca oferecer às CTs um instrumento de reflexão técnica capaz de apoiar decisões, orientar equipes e fortalecer estratégias terapêuticas. Ao aproximar recomendações internacionalmente reconhecidas da realidade brasileira, o Depad/MDS reafirma seu compromisso com o aprimoramento contínuo das políticas públicas de cuidado, com a valorização das entidades parceiras e com a promoção de abordagens mais eficazes, humanas e baseadas em evidências para pessoas com TUS.

2. METODOLOGIA



Este artigo foi elaborado no âmbito do setor de estudos e pesquisas do Depad, com finalidade técnico-institucional e caráter orientativo. Trata-se de uma análise narrativa, fundamentada em revisão documental e bibliográfica, voltada à interpretação e contextualização dos **Princípios do Tratamento da Dependência de Drogas**, publicados pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), e à sua correlação com as práticas desenvolvidas pelas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTs) com vagas contratadas pelo MDS.

O estudo adota o formato de artigo técnico-institucional, cujo objetivo é oferecer subsídios conceituais e operacionais para o aprimoramento dos projetos terapêuticos desenvolvidos pelas CTs, sem caráter normativo ou avaliativo. A abordagem metodológica adotada privilegia a síntese conceitual e a análise contextualizada, características de documentos orientativos voltados à qualificação de práticas institucionais, nos quais a articulação entre evidências científicas, diretrizes normativas e a realidade dos serviços constitui elemento central.

A elaboração do texto baseou-se em revisão narrativa (não sistemática) de literatura científica nacional e internacional, bem como na análise de documentos normativos e técnicos. Foram considerados, especialmente, os documentos produzidos pelo NIDA, com destaque para o guia *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide* (Princípios do Tratamento da Dependência de Drogas: Um Guia Baseado em Pesquisas Científicas), além de materiais técnicos correlatos de instituições internacionais de referência na área de álcool e outras drogas. No âmbito nacional, foram analisadas diretrizes e normativas da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), resoluções do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), portarias e normativos do MDS relacionados ao modelo de contratação e acompanhamento das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, bem como documentos técnicos produzidos pelo próprio Depad voltados ao acolhimento residencial voluntário.

Complementarmente, foram considerados estudos científicos sobre a efetividade de intervenções para transtornos por uso de substâncias, modelos residenciais de cuidado e análises sobre CTs no Brasil e no exterior. A análise também considerou dados e levantamentos institucionais produzidos no âmbito do MDS, com destaque para a pesquisa conduzida pelo Depad/MDS com dados de 2.710 pessoas acolhidas pelas entidades contratadas, bem como estudos desenvolvidos por instituições acadêmicas no contexto de instrumentos formais de cooperação, como a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal Fluminense (UFF). Esses dados não constituem objeto de análise estatística aprofundada neste artigo, sendo utilizados para contextualizar o perfil da população acolhida e as demandas observadas no acolhimento residencial.

A estratégia de análise consistiu na leitura sistemática dos princípios do NIDA, com identificação de seus fundamentos centrais, elementos essenciais para a efetividade do tratamento e interpretações recorrentes na literatura científica. Em seguida, cada princípio foi analisado à luz da realidade das CTs brasileiras, buscando identificar convergências conceituais, práticas já presentes no cotidiano institucional, aspectos que demandam fortalecimento progressivo e implicações para o modelo de acolhimento residencial voluntário. A partir dessa análise, foram formulados critérios orientativos de adequação para leitura e aprimoramento dos projetos terapêuticos, com ênfase no caráter indutor de qualificação, no respeito ao marco legal vigente e na compatibilidade com as possibilidades operacionais das CTs contratadas.

A estrutura analítica adotada foi padronizada para todos os princípios, garantindo coerência interna ao documento e permitindo que cada seção funcione como unidade de leitura relativamente independente. Em todos os casos, buscou-se oferecer interpretações aplicadas e parâmetros técnicos de adequação, compatíveis com a diversidade institucional, territorial e organizacional das CTs vinculadas ao MDS.

Por se tratar de revisão narrativa e análise interpretativa, este artigo não tem como objetivo realizar avaliações comparativas, classificar Entidades de Acolhimento ou atribuir juízos normativos sobre práticas institucionais. Seu alcance limita-se a subsidiar tecnicamente o debate, aproximar evidências científicas do cotidiano do acolhimento residencial e contribuir para processos de qualificação contínua das práticas desenvolvidas pelas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras.

2.1. Diretrizes orientadoras para leitura e aplicação do documento

Este documento deve ser compreendido como instrumento técnico de apoio à qualificação do cuidado ofertado pelas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, não possuindo caráter normativo, classificatório ou fiscalizatório.

As análises apresentadas partem de evidências científicas consolidadas, adaptadas ao contexto normativo brasileiro e aos limites institucionais das CTs, reconhecendo sua natureza residencial e voluntária, bem como as dimensões psicossociais envolvidas nas práticas de acolhimento.

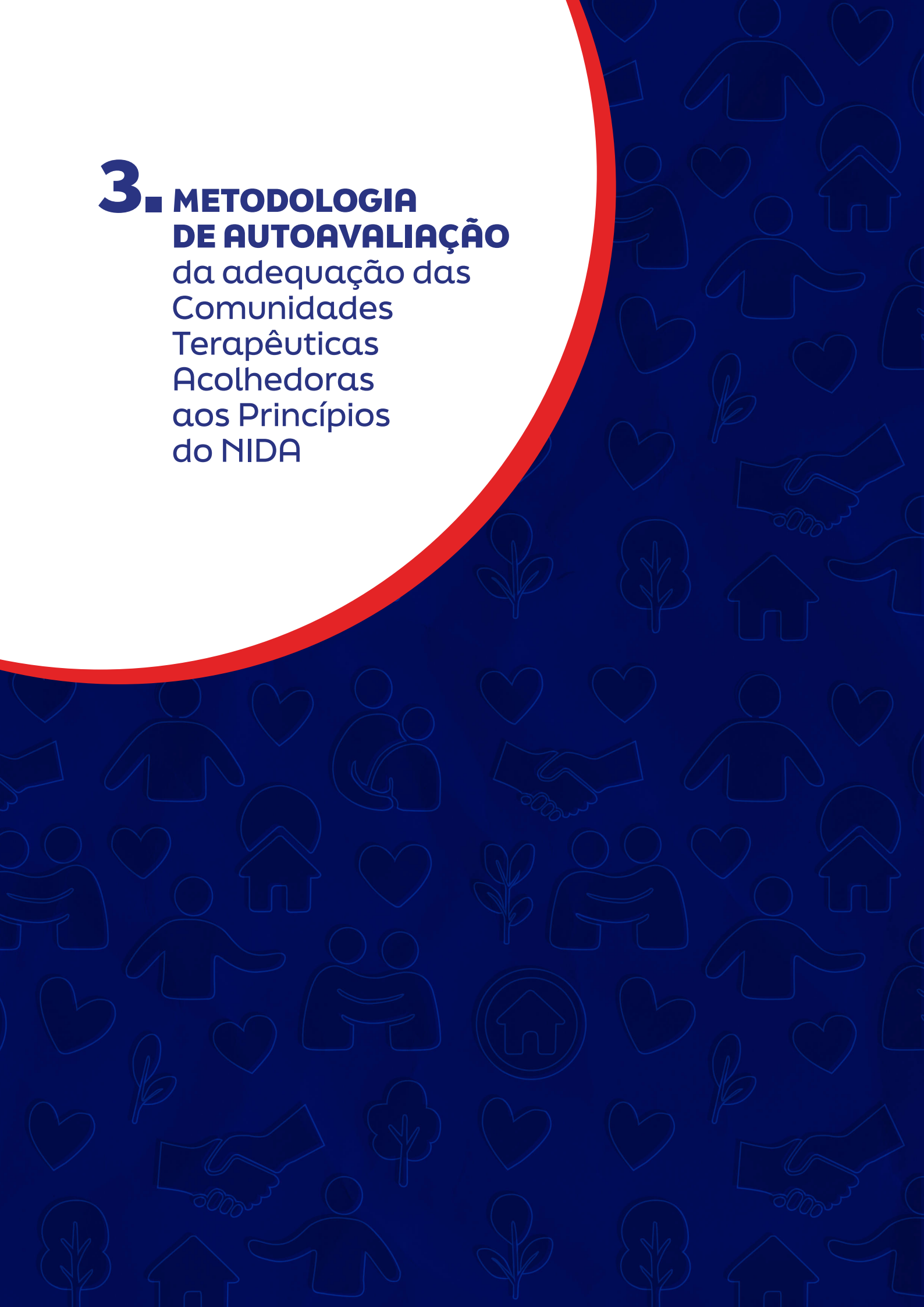
A aplicação dos princípios aqui discutidos pressupõe avaliação contextualizada, considerando a diversidade dos acolhidos, as especificidades territoriais e a capacidade institucional de cada entidade, não se configurando como modelo único ou padronizado de intervenção.

O cuidado deve ser compreendido como processo contínuo, passível de ajustes ao longo do tempo, com centralidade na individualização do Plano Individual de Atendimento (PIA) ou do Plano de Atendimento Singular (PAS), na avaliação periódica das práticas institucionais e na articulação com a rede pública de saúde, assistência social e demais políticas setoriais.

A leitura técnica das práticas institucionais deve priorizar critérios de coerência, intencionalidade terapêutica, proteção de direitos e segurança do acolhimento, evitando abordagens punitivas, moralizantes ou baseadas em rotinas disciplinadoras.

3. METODOLOGIA DE AUTOAVALIAÇÃO

da adequação das
Comunidades
Terapêuticas
Acolhedoras
aos Princípios
do NIDA



a) Natureza e finalidade do instrumento

O presente documento propõe um instrumento técnico de autoavaliação institucional, de caráter orientador e formativo, destinado a apoiar as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras (CTs) na análise do grau de adequação de suas práticas institucionais aos 13 Princípios do NIDA.

O instrumento de autoavaliação não possui finalidade fiscalizatória, certificadora, classificatória ou de ranqueamento, nem se destina à divulgação pública de resultados. Seu uso é recomendado exclusivamente como ferramenta interna de reflexão crítica, planejamento institucional e qualificação contínua do cuidado ofertado.

A autoavaliação pressupõe compromisso ético da entidade com a leitura honesta de sua própria realidade, reconhecendo avanços, limites e necessidades de aprimoramento.

b) Unidade de análise: os princípios

A avaliação é realizada princípio por princípio, considerando cada um dos princípios do NIDA de forma independente, respeitando sua especificidade conceitual e operacional no contexto das CTs.

Essa opção metodológica visa garantir clareza, objetividade e rastreabilidade da análise, evitando generalizações excessivas e permitindo que a CT identifique com precisão em quais dimensões está mais ou menos adequada.

c) Relação entre os itens C e D de cada princípio

Em cada princípio, o processo de autoavaliação segue a seguinte lógica:

- Item C – Correlações e implicações para o acolhimento em CTs: descreve as práticas, arranjos institucionais e formas de organização esperadas para que o princípio seja considerado incorporado ao funcionamento da CT.
- Item D – Referencial técnico para análise da adequação: apresenta critérios objetivos e graduados que permitem à entidade identificar o nível de implementação dessas práticas, conforme descritas no item C.

Assim, o item D avalia o grau de consolidação institucional daquilo que já foi apresentado como referência prática.

d) Níveis de adequação por princípio

Para cada princípio, a CT deverá identificar apenas um nível, aquele que melhor representa sua realidade atual, considerando o conjunto de suas práticas. São adotados três níveis de adequação:

Adequação incipiente (0 pontos)

Caracteriza-se pela presença de práticas pontuais, informais ou pouco sistematizadas relacionadas ao princípio. As ações podem depender de iniciativas individuais, não estar plenamente institucionalizadas, apresentar lacunas relevantes ou ocorrer sem registros, fluxos definidos ou articulação consistente com a rede.

Adequação intermediária (1 ponto)

Indica que a CT implementa as práticas descritas de forma regular e funcional, garantindo os aspectos centrais do princípio. Entretanto, ainda podem existir limitações quanto à padronização, à documentação, à avaliação contínua ou à integração plena dessas práticas ao conjunto do projeto terapêutico.

Adequação avançada (2 pontos)

Refere-se à incorporação consistente, sistemática e institucionalizada das práticas relacionadas ao princípio. As ações estão formalizadas, são conhecidas pela equipe, registradas, revisadas periodicamente e articuladas de forma efetiva com a rede de saúde e assistência social, compondo o funcionamento regular da CT.

e) Sistema de pontuação

Cada princípio pode receber 0, 1 ou 2 pontos, conforme o nível de adequação identificado. Total de princípios avaliados: 13. Pontuação máxima possível: 26 pontos. Ao final da autoavaliação, a entidade deverá somar os pontos atribuídos em cada princípio, obtendo sua pontuação total.

f) Conversão da pontuação em percentual de adequação

A pontuação total obtida pela CT na autoavaliação deve ser convertida em percentual de adequação aos Princípios do NIDA, considerando o valor máximo possível de 26 pontos.

Para fins de padronização metodológica e maior rigor interpretativo, adota-se o arredondamento para baixo na conversão dos pontos em percentual, evitando

superestimação do nível de adequação. Cada ponto corresponde, aproximadamente, a 3,85% de adequação. A tabela a seguir permite identificar de forma imediata o percentual associado à pontuação final.

Pontuação obtida / Percentual de adequação:				
0 0%	6 23%	12 46%	18 69%	24 92%
1 3%	7 26%	13 50%	19 73%	25 96%
2 7%	8 30%	14 53%	20 76%	26 100%
3 11%	9 34%	15 57%	21 80%	
4 15%	10 38%	16 61%	22 84%	
5 19%	11 42%	17 65%	23 88%	

Com base no percentual obtido, a entidade pode classificar seu nível global de adequação da seguinte forma:

- Até 33%: Adequação incipiente;
- Entre 34% e 66%: Adequação intermediária;
- Entre 67% e 100%: Adequação avançada.

Ressalta-se que essa classificação tem caráter exclusivamente orientativo e formativo, destinando-se à autoanálise institucional e ao aprimoramento contínuo das práticas, não devendo ser utilizada como instrumento de ranqueamento.

g) Leitura qualitativa do resultado global

Além do percentual, recomenda-se que a CT realize uma leitura qualitativa do resultado, considerando o padrão de distribuição dos pontos entre os princípios.

Para fins orientativos, sugere-se a seguinte interpretação:

Adequação incipiente (até 33%)

Indica necessidade ampla de revisão de práticas, fluxos e articulações institucionais, com prioridade para estruturação mínima do cuidado conforme os princípios do NIDA.

Adequação intermediária (34% a 66%)

Revela presença de práticas consistentes, porém ainda desiguais entre os princípios, apontando a necessidade de qualificação, integração e maior institucionalização das ações.

Adequação avançada (67% a 100%)

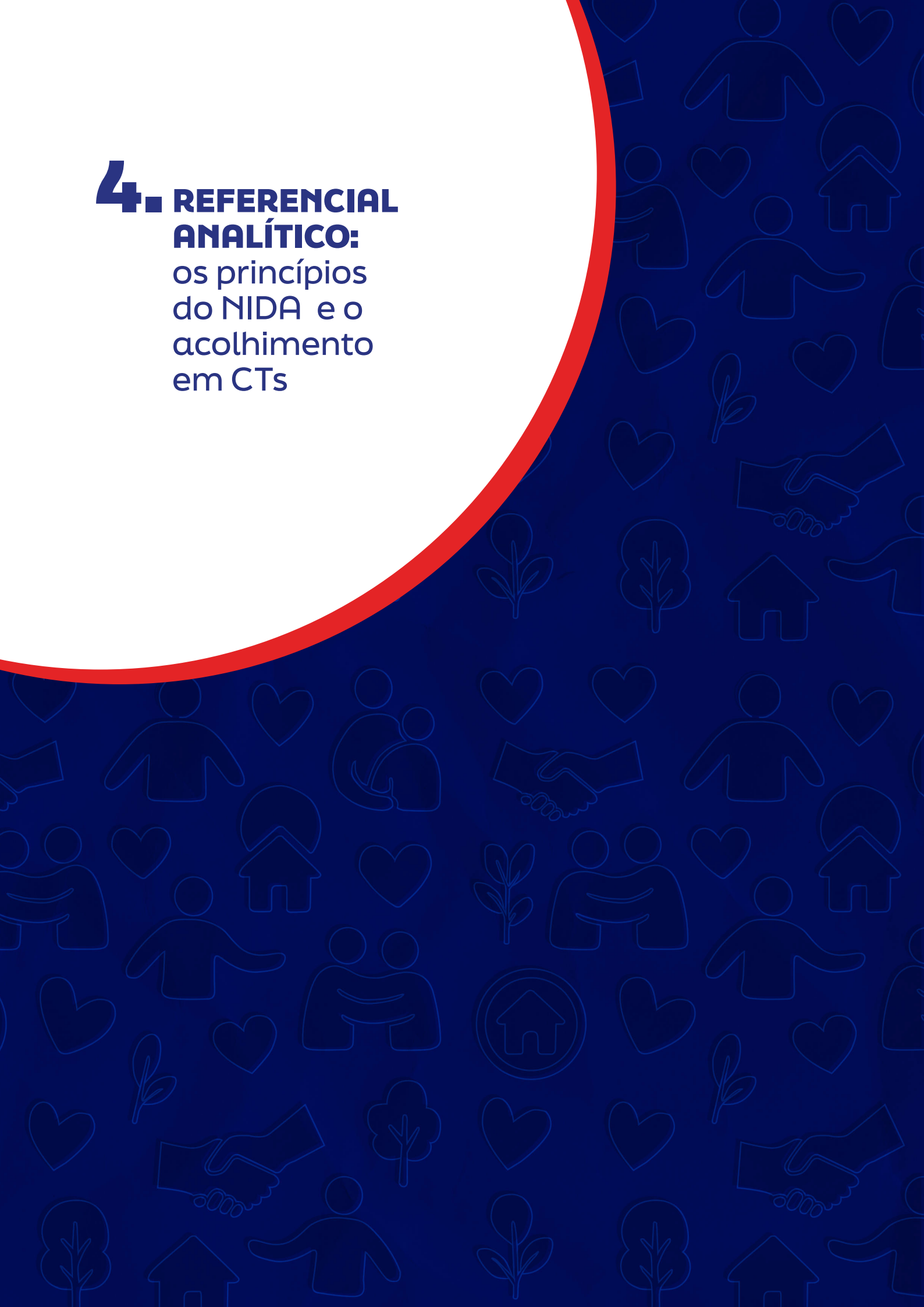
Demonstra elevado grau de alinhamento institucional aos princípios do NIDA, com práticas consolidadas, articuladas e sustentáveis, mantidos o compromisso com revisão contínua e o aprimoramento permanente.

h) Uso dos resultados da autoavaliação

Os resultados da autoavaliação devem ser utilizados prioritariamente como subsídio para o planejamento de melhorias institucionais, a revisão do projeto terapêutico, a qualificação das equipes e o fortalecimento da articulação com a rede de atenção. Nesse sentido, a autoavaliação não se configura apenas como um instrumento de verificação pontual, mas como um recurso estratégico de gestão e cuidado, orientado ao aprimoramento contínuo das práticas desenvolvidas.

Recomenda-se que esse processo seja realizado periodicamente, de modo a permitir o acompanhamento da evolução institucional ao longo do tempo.

4. REFERENCIAL ANALÍTICO: os princípios do NIDA e o acolhimento em CTs



Os **Princípios do Tratamento da Dependência de Drogas**, elaborados pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), constituem um dos referenciais internacionais mais consolidados na sistematização de evidências científicas sobre cuidado de pessoas com transtornos por uso de substâncias. Embora formulados a partir de contextos diversos de atenção, esses princípios oferecem diretrizes amplas, aplicáveis a diferentes modalidades de cuidado, incluindo serviços ambulatoriais, hospitalares e modelos residenciais.

No contexto brasileiro, as CTs configuram-se como serviços residenciais voluntários, de natureza não hospitalar, voltados ao acolhimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Desenvolvem práticas que envolvem dimensões psicossociais do cuidado, atuando em articulação com a rede de saúde e de proteção social, conforme os limites legais, normativos e institucionais que regem esse serviço. Essa especificidade institucional exige que os princípios do NIDA sejam interpretados de maneira contextualizada, respeitando os limites legais, operacionais e éticos do acolhimento em CTs, sem desconsiderar as evidências científicas que fundamentam práticas eficazes de cuidado.

Assim, a análise apresentada neste documento não tem como objetivo transpor literalmente os princípios do NIDA para a realidade das CTs, tampouco estabelecer parâmetros normativos. O esforço analítico consiste em identificar convergências conceituais, esclarecer implicações técnicas e traduzir esses princípios em orientações técnicas compatíveis com o modelo brasileiro de acolhimento residencial voluntário, considerando o perfil heterogêneo das pessoas acolhidas e as diretrizes da política pública vigente.

Para cada princípio, são apresentados: o sentido original conforme formulado pelo NIDA; uma interpretação técnica à luz da literatura científica; as correlações e implicações específicas para o funcionamento das CTs; e critérios de autoavaliação da adequação. Essa estrutura busca oferecer uma leitura aplicada e acessível, permitindo que cada princípio seja compreendido tanto de forma autônoma quanto como parte de um conjunto integrado de boas práticas no cuidado continuado.

Princípio 1

“A dependência é uma doença complexa, porém tratável, que afeta o funcionamento cerebral e o comportamento.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA define a dependência química como uma condição crônica, complexa e tratável, caracterizada por alterações significativas no funcionamento cerebral e no comportamento. As substâncias psicoativas modificam estruturas e circuitos neuronais relacionados ao prazer, à motivação, ao controle inibitório, ao aprendizado e ao estresse. Tais alterações podem persistir mesmo após longos períodos de abstinência, o que contribui para explicar a ocorrência de recaídas, mesmo quando há motivação para mudança, consequências adversas ou afastamento prolongado do uso.

O princípio destaca que a dependência não decorre de falta de força de vontade, falhas morais ou problemas exclusivamente sociais, mas de uma condição clínica complexa, que combina fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Portanto, exige intervenções estruturadas, contínuas e integradas, e não apenas isolamento do contexto de uso ou apelos motivacionais pontuais.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

Compreender a dependência química como doença crônica implica adotar a lógica da continuidade do cuidado, reconhecendo a recaída como possibilidade inerente ao processo terapêutico e não como fracasso moral, individual ou institucional. Esse entendimento demanda intervenções que atuem tanto sobre o comportamento observável quanto sobre os mecanismos psicológicos e neurobiológicos associados ao uso compulsivo.

Essa perspectiva aproxima o tratamento do modelo de cuidado das doenças crônicas, que envolve manejo ao longo do tempo, acompanhamento periódico, identificação de fatores de risco, promoção de habilidades e construção de ambientes que favoreçam estabilidade. Além disso, essa compreensão desloca o foco do tratamento de intervenções pontuais para estratégias baseadas em processo, nas quais a avaliação contínua, a adaptação das abordagens e a articulação entre diferentes níveis de cuidado tornam-se centrais.

Reconhecer a dependência como doença crônica implica admitir que mudanças cerebrais e comportamentais não ocorrem de forma linear ou imediata, exigindo tempo, repetição, manejo de recaídas e fortalecimento progressivo da autonomia. Nesse sentido, dispositivos terapêuticos que desconsideram a complexidade do fenômeno — reduzindo o cuidado à disciplina, à contenção ou à abstinência isolada — tendem a produzir respostas frágeis e pouco sustentáveis ao longo do tempo.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, o reconhecimento da dependência química como condição complexa é fundamental para orientar práticas que considerem a totalidade da experiência da pessoa acolhida, incluindo dimensões psicológicas, sociais e comportamentais, bem como a articulação com a rede de saúde, de acordo com as necessidades apresentadas por cada pessoa acolhida. Esse princípio reforça que o acolhimento deve se apoiar em uma compreensão ampla e fundamentada, evitando interpretações simplificadoras ou reducionistas do TUS.

As Entidades de Acolhimento apresentam características que podem favorecer a aplicação desse entendimento: ambiente protegido, rotina estável, convivência mediada por regras claras e oportunidades para o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Esses elementos contribuem na reorganização comportamental, favorecem a redução de impulsos e criam condições para que a pessoa acolhida desenvolva novas referências de convivência.

A pesquisa conduzida pelo Depad/MDS, envolvendo 2.710 pessoas acolhidas, evidenciou um perfil marcado pelo uso predominante de álcool, cocaína e crack, substâncias associadas a impactos neurobiológicos significativos e a elevadas taxas de recaída em diferentes contextos de cuidado^{v vi}. Esse dado reforça a necessidade de compreender a dependência como condição crônica e complexa, bem como o papel das CTs na oferta de ambiente protegido e rotina estruturada, especialmente nas fases iniciais do processo de recuperação.

Ao mesmo tempo, esse princípio aponta para desafios que exigem atenção contínua: compreensão qualificada sobre TUS pelas equipes, abordagem baseada em evidências, articulação com a rede de saúde para manejo de comorbidades e estratégias que evitem interpretações moralizantes sobre recaídas, resistências e flutuações motivacionais.

Além disso, reconhecer a dependência como condição crônica implica compreender o acolhimento em CTs como uma etapa inserida em um processo mais amplo e contínuo de cuidado, e não como intervenção isolada ou definitiva. Nesse sentido, o período de acolhimento deve favorecer não apenas a interrupção do uso e a reorganização inicial da rotina, mas também a preparação gradual da pessoa para a transição para outros pontos da rede, fortalecendo vínculos com serviços de saúde, assistência social e dispositivos territoriais. Essa perspectiva contribui para reduzir expectativas irreais sobre “cura” ao final do acolhimento e reforça o papel das CTs na construção de bases iniciais de estabilidade, autocuidado e adesão a processos terapêuticos de longo prazo.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 1

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida suas práticas institucionais reconhecem a dependência como condição complexa, crônica e tratável, evitando abordagens moralizantes e incorporando estratégias coerentes com essa compreensão.

○ Adequação incipiente

A entidade demonstra compreensão limitada ou inconsistente da dependência como doença complexa. O discurso institucional tende a associar recaídas, resistências ou dificuldades à falta de esforço individual, falhas morais ou ausência de vontade. As rotinas e intervenções priorizam controle disciplinar, com pouca reflexão sobre fatores psicológicos, comportamentais ou contextuais. A formação das equipes sobre TUS é inexistente ou pontual, e a articulação com a rede de saúde ocorre de forma esporádica ou apenas reativa.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece formalmente a dependência como condição complexa e tratável, e esse entendimento aparece em documentos institucionais, orientações gerais e parte das práticas cotidianas. As equipes demonstram maior sensibilidade para evitar abordagens moralizantes, embora ainda ocorram interpretações simplificadas diante de recaídas ou dificuldades de adesão. A rotina estruturada, a convivência mediada e o suporte psicossocial são utilizados como recursos do processo de acolhimento e cuidado, ainda que sem monitoramento sistemático da evolução do acolhido. Há articulação com a rede de saúde para situações específicas, mas sem fluxos plenamente consolidados.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra compreensão consistente e aplicada da dependência química como doença crônica, complexa e tratável. Esse entendimento orienta o discurso institucional, as práticas cotidianas, o manejo de recaídas e a organização do acolhimento. As equipes são capacitadas para compreender os impactos neurobiológicos e comportamentais do uso de substâncias, manejando resistências e flutuações motivacionais sem moralização. A rotina, a convivência e o ambiente estruturado, com redução de estímulos e de contextos associados ao uso de substâncias, são utilizados de forma intencional para favorecer reorganização comportamental e estabilidade emocional. A articulação com a rede de saúde é ativa e planejada, especialmente para avaliação de comorbidades e necessidades que extrapolam o escopo psicossocial da CT.

Princípio 2

“Não existe um tratamento único adequado para todos.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA destaca que pessoas com transtorno por uso de substâncias apresentam histórias, vulnerabilidades, padrões de consumo e condições de vida profundamente diferentes — e que, por isso, nenhuma abordagem terapêutica isolada funciona igualmente bem para todas. A efetividade aumenta quando o tratamento é moldado às necessidades específicas da pessoa, considerando o tipo de substância, tempo de uso, comorbidades, contexto familiar, implicações sociais e trajetória anterior de cuidado.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

A personalização do cuidado é reconhecida internacionalmente como componente essencial na efetividade dos tratamentos disponíveis para TUS. Isso inclui adequar a intensidade do acompanhamento, o formato das intervenções, a oferta de serviços complementares e as estratégias de manejo emocional e comportamental.

Modelos rígidos ou excessivamente padronizados tendem a perder eficácia, pois não respondem às diferenças na gravidade do uso, nos recursos pessoais, nas demandas sociais e na capacidade de engajamento de cada pessoa^{vii}. Assim, o cuidado deve ser responsivo, com avaliação contínua das necessidades e ajustes progressivos das estratégias de cuidado^{viii}.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio orienta a construção de projetos terapêuticos que considerem a pluralidade das pessoas que buscam acolhimento. A adaptação das rotinas, das atividades e dos níveis de suporte deve levar em conta não apenas a substância predominante, mas também condições clínicas associadas, histórico de acolhimentos anteriores, intensidade do sofrimento psíquico, vínculos familiares fragilizados e demandas específicas relacionadas a gênero, faixa etária e contexto social.

Triagens qualificadas, avaliações periódicas e flexibilidade na condução do projeto terapêutico institucional reduzem o risco de que o acolhimento siga uma lógica uniforme que não responda às necessidades individuais, permitindo que os planos de atendimento individuais sejam construídos e ajustados de forma coerente ao longo do acolhimento.

Nesse contexto, a aplicação do Princípio 2 não implica a multiplicação indiscriminada de abordagens individuais, mas a capacidade institucional de diferenciar percursos dentro de um mesmo modelo coletivo de acolhimento. Isso inclui reconhecer tempos distintos de adaptação à rotina, necessidades variadas de suporte

emocional, limites diferentes de tolerância à convivência grupal e respostas singulares às regras e atividades propostas. A personalização, portanto, se expressa menos na ruptura do modelo institucional e mais na forma como ele é manejado, ajustado e mediado pelas equipes ao longo do processo de acolhimento.

O estudo “Perfil dos Acolhidos pelas Entidades de Acolhimento contratadas pelo MDS” evidencia essa heterogeneidade, ao demonstrar padrões distintos de uso entre álcool, crack e cocaína, diferenças marcantes entre gênero masculino e feminino e contrastes significativos entre adultos jovens e pessoas acima de 50 anos. Esses recortes reforçam que o Princípio 2 é central para orientar práticas mais sensíveis, realistas e eficazes no contexto das CTs.

Por outro lado, a aplicação desse princípio também exige reconhecer os limites do acolhimento em CTs. Não são elegíveis pessoas com comprometimentos biológicos ou psicológicos de natureza grave que demandem atenção médica contínua^{ix}. Nesses casos, a triagem deve garantir o encaminhamento oportuno e responsável à rede de saúde, assegurando que o cuidado ocorra em serviços compatíveis com a complexidade das necessidades apresentadas.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 2

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida suas práticas reconhecem a heterogeneidade das pessoas acolhidas e evitam a adoção de modelos terapêuticos uniformes, rígidos ou indiferenciados, assegurando triagem adequada, flexibilidade institucional e responsividade às necessidades individuais.

○ Adequação incipiente

A entidade adota modelo terapêutico padronizado, com rotinas, atividades e intervenções aplicadas de forma homogênea a todas as pessoas acolhidas, independentemente do perfil, da substância utilizada, da faixa etária, do gênero ou das condições psicossociais apresentadas no acolhimento. A triagem inicial é limitada, predominantemente burocrática ou informal, sem critérios claros de indicação e contra-indicação. Há baixa capacidade de ajuste do cuidado ao longo do acolhimento, e dificuldades relevantes são manejadas com regras gerais, desligamentos precoces ou encaminhamentos tardios à rede.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece que diferentes perfis demandam estratégias diferenciadas e incorpora parcialmente esse entendimento às práticas institucionais. São realizadas triagens mais qualificadas e avaliações periódicas, permitindo alguns ajustes na rotina, na intensidade das atividades ou no suporte oferecido. Ainda assim, a estrutura institucional permanece majoritariamente uniforme, com limita-

ções para atender demandas específicas de determinados grupos ou situações. A articulação com a rede ocorre quando surgem necessidades que extrapolam o escopo da CT, porém nem sempre de forma sistemática ou previamente organizada.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra compreensão consistente de que não existe um tratamento único adequado para todas as pessoas e traduz esse princípio em práticas institucionais concretas. Realiza triagem inicial ampliada, com critérios claros de elegibilidade e contraindicação, e reavaliações periódicas ao longo do acolhimento. Ajusta rotinas, atividades e níveis de suporte conforme o perfil, a evolução e as necessidades da pessoa acolhida, respeitando diferenças de substância predominante, gênero, faixa etária, histórico de uso e contexto social. Reconhece e respeita os limites do acolhimento em CTs, realizando encaminhamentos oportunos e responsáveis à rede de saúde sempre que as necessidades apresentadas excedem o escopo institucional do serviço.

Princípio 3

“O tratamento precisa estar prontamente disponível.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

Pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias podem hesitar diante da decisão de iniciar tratamento. Por isso, é essencial que os serviços estejam acessíveis no exato momento em que a pessoa demonstra disposição para receber cuidado. A indisponibilidade imediata pode levar à perda dessa oportunidade. Como em outras condições crônicas, quanto mais precoce for a oferta de tratamento, maiores as chances de resultados positivos.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

Pessoas com TUS costumam vivenciar janelas breves de motivação para mudança, frequentemente desencadeadas por crises pessoais, rupturas familiares, episódios de risco ou momentos em que passam a perceber com maior clareza as consequências negativas do uso. Esses períodos de maior sensibilidade ao próprio sofrimento e aos impactos do comportamento tendem a ser transitórios, e a literatura indica que atrasos no acesso ao cuidado aumentam o risco de desistência, recaída ou agravamento do quadro^x.

Por isso, no âmbito das políticas públicas e dos serviços a elas articulados, é fundamental a adoção de fluxos ágeis para acesso inicial, avaliação e início das intervenções, com redução de burocracias e tempos de espera. A prontidão do acesso constitui um componente central da efetividade do cuidado, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio demanda a organização de procedimentos que assegurem respostas rápidas desde o primeiro contato, incluindo triagem inicial, verificação documental, avaliação médica prévia realizada no âmbito da rede de atenção, e a inserção na rotina de convivência terapêutica assim que o ingresso for confirmado.

Além da agilidade no ingresso, a prontidão do tratamento envolve garantir que o início do cuidado seja efetivo e estruturado desde os primeiros dias de acolhimento. A ausência de atividades terapêuticas claras, de referências institucionais ou de acompanhamento inicial pode fragilizar o vínculo recém-estabelecido e reduzir o impacto positivo da decisão pelo cuidado. Nesse sentido, a organização de rotinas, a apresentação gradual das regras de convivência e o acompanhamento próximo no período inicial são componentes essenciais para sustentar a motivação e favorecer a adesão ao processo terapêutico.

As CTs operam a partir de critérios de acesso definidos pela legislação vigente, devendo mantê-los explicitados de forma transparente para famílias e

serviços da rede socioassistencial e de saúde. Entre esses critérios destacam-se a voluntariedade do ingresso e a inexistência de condições clínicas de natureza grave que exijam cuidado médico contínuo incompatível com o modelo de acolhimento residencial.

A prontidão do acesso também depende de articulação efetiva com CRAS, CREAS, CAPS, unidades de saúde e demais equipamentos do território, de modo a favorecer encaminhamentos ágeis e reduzir a probabilidade de perda do vínculo motivacional.

Cabe reconhecer que muitas CTs adotam etapas prévias ao ingresso, com o objetivo de avaliar a voluntariedade, o nível mínimo de adesão e a compatibilidade do pretendente com a dinâmica de convivência entre pares. Essa cautela é compreensível e necessária, uma vez que a inserção de pessoas sem disposição para o cuidado pode comprometer o processo terapêutico coletivo.

No entanto, à luz do princípio da prontidão do acesso, é fundamental que tais procedimentos não se transformem em barreiras prolongadas ou excessivamente rígidas, capazes de inviabilizar o aproveitamento das janelas motivacionais. Processos avaliativos extensos, intervalos longos entre contatos ou exigências que retardem de forma significativa o ingresso podem resultar na perda da oportunidade terapêutica, contrariando evidências sobre tratamento eficaz em TUS.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 3

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida seus fluxos institucionais favorecem o acesso oportuno ao acolhimento, evitando atrasos desnecessários, burocracias excessivas ou procedimentos que comprometam o aproveitamento das janelas motivacionais para o início do cuidado.

○ Adequação incipiente

A entidade apresenta dificuldades relevantes para ofertar acolhimento de forma oportuna. Os fluxos de acesso são mal definidos ou excessivamente burocratizados, resultando em longos períodos de espera entre o primeiro contato e o ingresso efetivo. A triagem inicial é demorada ou fragmentada, a comunicação com famílias e serviços da rede é irregular e não há monitoramento sistemático dos tempos de espera. Procedimentos prévios ao ingresso acabam funcionando como barreiras rígidas, frequentemente resultando na perda da oportunidade terapêutica.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece a importância da prontidão do acesso e dispõe de fluxos básicos para responder às demandas de acolhimento em tempo razoável. Mantém canais de contato ativos e realiza triagem inicial dentro de prazos acei-

táveis, embora a agilidade do processo ainda seja irregular e sujeita a entraves administrativos, dependência de autorizações externas ou descontinuidade entre etapas. Os procedimentos de avaliação da voluntariedade e da compatibilidade com a dinâmica institucional estão instituídos, porém nem sempre são conduzidos de forma integrada ou célere. A articulação com a rede ocorre de maneira pontual, sem padronização de fluxos ou monitoramento sistemático dos tempos de espera.

○ **Adequação avançada**

A entidade demonstra compromisso consistente com o princípio da prontidão do acesso, estruturando fluxos claros, ágeis e transparentes desde o primeiro contato até o ingresso efetivo no acolhimento. Realiza triagem inicial em curto prazo, verifica de forma objetiva os critérios legais de acesso e assegura que o ingresso ocorra apenas após avaliação médica prévia. Promove a inserção rápida na rotina terapêutica e mantém articulação ativa e contínua com a rede socioassistencial e de saúde, facilitando encaminhamentos rápidos. Os procedimentos avaliativos prévios ao ingresso são conduzidos de forma ética e proporcional, sem se transformarem em barreiras prolongadas, preservando a oportunidade terapêutica associada às janelas motivacionais.

Princípio 4

“O tratamento eficaz atende às múltiplas necessidades da pessoa, e não apenas ao uso da substância.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

Para ser eficaz, o tratamento deve abordar não apenas o uso de substâncias, mas também outros aspectos relevantes da vida da pessoa, como questões médicas, psicológicas, sociais, vocacionais e legais. A abordagem deve considerar ainda fatores como idade, gênero, contexto cultural e demais elementos que influenciam o processo de recuperação.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

O transtorno por uso de substâncias manifesta-se de forma multifatorial, atravessando diferentes dimensões da vida da pessoa: saúde física e mental, vínculos sociais fragilizados, dificuldades escolares ou laborais, espiritualidade, condições de moradia, história familiar e contexto comunitário, entre outras. Intervenções que se limitam ao controle do uso da substância tendem a produzir efeitos curtos ou instáveis, justamente por desconsiderarem determinantes centrais que sustentam o ciclo do uso.

Por isso, modelos contemporâneos de cuidado defendem uma abordagem ampliada, com avaliação integrada, definição de objetivos múltiplos e articulação entre diferentes áreas de proteção e cuidado. A personalização do atendimento (considerando gênero, idade, aspectos socioculturais e necessidades específicas) constitui elemento fundamental de eficácia.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio reforça a necessidade de projetos terapêuticos que não se restrinjam à ênfase exclusiva na abstinência, mas que reconheçam a complexidade das trajetórias de vida das pessoas acolhidas. O acolhimento deve favorecer ações compatíveis com a natureza do serviço, voltadas à organização da rotina, ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ao cuidado psicossocial, à educação, à qualificação e à preparação para a reinserção social, respeitando os limites institucionais do modelo de acolhimento e a necessária articulação com a rede de políticas públicas.

Essa abordagem dialoga com o princípio da atenção integral que orienta as políticas públicas brasileiras nas áreas de saúde, assistência social e política sobre drogas, reconhecendo que o cuidado não se esgota em um único serviço, mas se constrói de forma articulada^{xi}. Assim, desde o ingresso, torna-se fundamental identificar necessidades específicas e acionar estratégias compatíveis com o escopo das CTs, como escuta qualificada, acompanhamento terapêutico coerente com o modelo de acolhimento, oficinas sociopedagógicas e articulação com a rede de saúde e assistência social quando indicado.

A ampliação das dimensões do cuidado exige, contudo, que essas diferentes frentes estejam integradas em um projeto terapêutico coerente, evitando a fragmentação das ações. Atividades educativas, de convivência, de fortalecimento de vínculos, de espiritualidade ou de preparação para a reinserção social tendem a produzir melhores resultados quando articuladas entre si e orientadas por objetivos terapêuticos claros. A ausência dessa integração pode transformar o cuidado em um conjunto de ofertas dispersas, com baixo impacto sobre a reorganização da vida da pessoa acolhida.

Considerando que grande parte das CTs no Brasil se origina de organizações religiosas, especialmente igrejas cristãs, a dimensão da espiritualidade pode integrar um eixo estruturante das ações de cuidado, desde que sejam rigorosamente respeitadas a liberdade de crença e a pluralidade religiosa. Para muitas pessoas acolhidas, a espiritualidade atua como referência de sentido para a vida, apoio para reorganização de valores e escolhas, e recurso de enfrentamento diante do sofrimento e das dificuldades do processo de recuperação^{xii xiii xiv}. Quando abordada de forma ética, não impositiva e não substitutiva de outras dimensões do cuidado, essa dimensão pode contribuir para o fortalecimento do compromisso com o cuidado de si e com a convivência com o outro, favorecendo processos de reflexão, responsabilização e sustentação das mudanças comportamentais ao longo do tempo.

O reconhecimento das particularidades de gênero, idade e contexto cultural é igualmente fundamental para orientar intervenções adequadas, evitando abordagens padronizadas ou insensíveis às especificidades da pessoa acolhida.

Os dados do “Perfil dos Acolhidos” evidenciam um conjunto expressivo de múltiplas vulnerabilidades, incluindo baixa escolaridade, histórico prisional relevante, elevado percentual de poliuso de substâncias, início precoce do consumo e convivência com o uso de substâncias no ambiente familiar. Esses fatores ampliam a complexidade psicossocial do acolhimento e reforçam a necessidade de projetos terapêuticos sensíveis a perfis plurais e heterogêneos, atravessados por múltiplas vulnerabilidades.

Diante desse cenário, respostas progressivas, integradas e compatíveis com a realidade das pessoas acolhidas, que respeitem e incluam as diversidades étnicas, culturais, sociais, econômicas e religiosas, compreendendo tal multiplicidade como dimensão constitutiva da riqueza humana, tendem a favorecer trajetórias de recuperação mais consistentes, especialmente quando articulam fortalecimento de vínculos, ações educativas, qualificação, suporte psicossocial e articulação intersetorial.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 4

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida suas práticas institucionais reconhecem e respondem às múltiplas necessidades das pessoas acolhidas, para além do uso da substância, considerando dimensões psicossociais, familiares, educacionais, ocupacionais, culturais e, quando pertinente, espirituais, respeitados os limites do modelo de acolhimento e a articulação com a rede de políticas públicas.

○ Adequação incipiente

A entidade apresenta abordagem predominantemente centrada na abstinência e no controle comportamental, com pouca ou nenhuma consideração sistemática das demais necessidades da pessoa acolhida. As ações terapêuticas e de convivência são homogêneas, pouco sensíveis a diferenças de gênero, faixa etária ou contexto sociocultural. Não há levantamento estruturado de demandas psicossociais, educacionais ou familiares, nem articulação regular com a rede de saúde e assistência social. Eventuais encaminhamentos ocorrem de forma pontual e reativa, sem integração ao projeto terapêutico.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece que o cuidado envolve múltiplas dimensões e desenvolve algumas ações que vão além da interrupção do uso de substâncias, como atividades de fortalecimento de vínculos, organização da rotina e oficinas socioeducativas. Há identificação básica de necessidades individuais no ingresso ou ao longo do acolhimento, porém sem sistematização ou acompanhamento contínuo. A consideração de aspectos de gênero, idade e contexto cultural ocorre de forma parcial. A articulação com a rede existe, mas é irregular e pouco integrada ao planejamento terapêutico institucional.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra compreensão consistente do TUS como fenômeno multifatorial e estrutura seu projeto terapêutico de modo a atender às múltiplas necessidades das pessoas acolhidas. Realiza identificação sistemática de demandas psicossociais, familiares, educacionais e de reinserção social desde o ingresso, acompanhando sua evolução ao longo do acolhimento. As ações institucionais são sensíveis às especificidades de gênero, faixa etária e contexto sociocultural. Mantém articulação ativa e contínua com a rede de saúde, assistência social, educação e demais políticas, assegurando encaminhamentos responsáveis quando necessário. A dimensão da espiritualidade, quando presente, é integrada de forma ética, voluntária e não impositiva, compondo o cuidado de maneira coerente com o projeto terapêutico.

Princípio 5

“Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

A duração apropriada do tratamento depende do tipo e da gravidade dos problemas da pessoa. Pesquisas indicam que, em geral, são necessários pelo menos três meses de tratamento para reduzir significativamente ou interromper o uso de substâncias, sendo que resultados mais consistentes tendem a ocorrer com períodos ainda mais prolongados. A recuperação é um processo de longo prazo, frequentemente envolvendo múltiplos episódios de tratamento. A recaída pode ocorrer e deve ser compreendida como indicativo de necessidade de ajuste terapêutico. Considerando que muitas pessoas abandonam o tratamento precocemente, os programas devem incorporar estratégias específicas de engajamento e permanência.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

O tempo de permanência no cuidado é uma das variáveis mais fortemente associadas a desfechos terapêuticos positivos. A reorganização pessoal decorrente da interrupção do uso de substâncias não ocorre em curto prazo: demanda continuidade do cuidado, consolidação de habilidades de enfrentamento, reorganização da rotina, reconstrução de vínculos e fortalecimento de novos padrões comportamentais.

A literatura aponta que descontinuidades precoces do tratamento estão associadas a maior risco de recaída, instabilidade psicossocial e menor alcance dos objetivos terapêuticos^{xv}. Ao mesmo tempo, o cuidado deve ser individualizado em todas as suas etapas, independentemente da duração do acompanhamento, e sustentado por avaliações periódicas do progresso terapêutico, com ajustes contínuos proporcionais à complexidade de cada caso.

Nesse contexto, eventos como evasões, lapsos ou interrupções do cuidado não devem ser interpretados como falhas morais ou institucionais, mas como manifestações possíveis da cronicidade do transtorno, sinalizando a necessidade de reavaliação das estratégias de cuidado, intensificação do acompanhamento, revisão do plano assistencial ou, quando indicado, articulação com outros pontos da rede de cuidado mais adequados às necessidades identificadas naquele momento.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio evidencia que o tempo de permanência não deve ser compreendido apenas como um requisito organizacional ou administrativo, mas como um componente terapêutico central. A experiência do acolhimento envolve fases sucessivas, como adaptação inicial,

aprendizado gradual dos limites e da convivência institucional, construção de vínculos, desenvolvimento de maior regulação emocional e reorganização da rotina, processos que não se consolidam em curto prazo.

Nesse sentido, é fundamental distinguir o tempo cronológico do tempo terapêutico. A permanência qualificada não se define apenas pela duração formal do acolhimento, mas pela possibilidade de a pessoa atravessar processos terapêuticos essenciais, como adaptação à convivência, elaboração de conflitos, fortalecimento da autorregulação emocional e construção de novos referenciais de vida. Permanências longas sem intencionalidade terapêutica tendem a ser tão pouco efetivas quanto interrupções precoces, reforçando a necessidade de que o tempo seja continuamente qualificado pelo projeto terapêutico e pelas avaliações periódicas do cuidado.

Interrupções precoces tendem a ocorrer justamente nos momentos em que a pessoa começa a vivenciar os desconfortos próprios do processo de mudança, como ambivalência, resistência às regras de convivência, frustrações relacionais ou dificuldades em sustentar compromissos. A permanência por período adequado permite que essas fases sejam atravessadas com suporte institucional, favorecendo maior estabilidade emocional, ampliação da capacidade de convivência e internalização progressiva dos objetivos terapêuticos.

A leitura desse princípio no contexto das CTs implica a organização de projetos terapêuticos que favoreçam a permanência qualificada e voluntária, com acompanhamento próximo, escuta contínua e revisões periódicas do plano de cuidado, reconhecendo que o engajamento se constrói ao longo do tempo e que a consolidação de mudanças exige continuidade do cuidado. Ao mesmo tempo, requer vigilância constante para que essa permanência não seja confundida com retenção indevida, respeitando-se a voluntariedade do acolhimento e a autonomia da pessoa, em conformidade com o marco legal vigente.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 5

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida sua organização institucional, seu projeto terapêutico e suas práticas cotidianas favorecem a permanência qualificada e voluntária das pessoas acolhidas por período compatível com os objetivos terapêuticos, reconhecendo o tempo como componente central do cuidado e não apenas como requisito administrativo.

○ Adequação incipiente

A entidade apresenta elevada incidência de interrupções precoces do acolhimento, sem análise sistemática das causas ou estratégias institucionais voltadas

ao engajamento e à manutenção do vínculo terapêutico. A duração do acolhimento é tratada predominantemente como exigência organizacional, com pouca integração ao projeto terapêutico. Dificuldades adaptativas, conflitos, resistências ou lapsos tendem a ser interpretados como falhas individuais, resultando em desligamentos frequentes ou conduções pouco qualificadas. Não há acompanhamento estruturado dos dados e padrões de evasão, nem revisão sistemática das práticas institucionais a partir da análise desses eventos, o que limita o aprimoramento das estratégias de engajamento e cuidado.

○ **Adequação intermediária**

A entidade reconhece a importância do tempo de permanência para o processo terapêutico e adota algumas estratégias voltadas à manutenção do vínculo com o acolhido, como escuta pontual, mediação de conflitos e ajustes parciais no plano de cuidado. Existe atenção aos momentos críticos do acolhimento, especialmente nas fases iniciais, porém as ações ainda são pouco sistematizadas. As interrupções precoces são reconhecidas como problema relevante, mas nem sempre resultam em revisões estruturadas do projeto terapêutico ou das práticas institucionais. O acompanhamento do engajamento ocorre de forma irregular.

○ **Adequação avançada**

A entidade demonstra compreensão consistente da permanência como elemento terapêutico central e estrutura seu projeto institucional para favorecer o engajamento progressivo e a continuidade voluntária do acolhimento. Reconhece as diferentes fases do processo terapêutico, oferecendo suporte específico nos períodos de maior vulnerabilidade à evasão. Mantém acompanhamento próximo, escuta contínua e revisões periódicas do plano de cuidado, ajustando estratégias diante de resistências, ambivalências ou dificuldades adaptativas. Interrupções, lapsos ou evasões são analisados de forma crítica e não moralizante, orientando melhorias institucionais. A permanência é promovida de forma ética, respeitando a voluntariedade, a autonomia da pessoa acolhida e os marcos legais vigentes, sem práticas de retenção indevida.

Princípio 6

“As terapias comportamentais – incluindo atendimentos individuais, familiares ou em grupo – são as formas mais utilizadas de tratamento.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

As terapias comportamentais constituem o núcleo das intervenções no tratamento dos transtornos por uso de substâncias. Essas abordagens podem envolver o fortalecimento da motivação para a mudança, o uso de incentivos para a manutenção da abstinência, o desenvolvimento de habilidades para lidar com situações de risco, a substituição de atividades associadas ao uso por práticas construtivas e gratificantes, o aprimoramento da capacidade de resolução de problemas e a qualificação das relações interpessoais.

O princípio também destaca que a participação em terapias em grupo e em programas de apoio entre pares, durante e após os períodos formais de tratamento, contribui de forma relevante para a manutenção da abstinência e à continuidade do processo de recuperação.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

As terapias comportamentais constituem a base das intervenções psicossociais no tratamento do TUS, com ampla sustentação na literatura científica^{xvi}. Essas abordagens atuam sobre padrões cognitivos, emocionais e comportamentais associados ao uso de substâncias, favorecendo o aumento da motivação, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, a autorregulação emocional e a construção de habilidades sociais.

Modelos como a Entrevista Motivacional (EM), a Terapia Cognitivo - Comportamental (TCC), as estratégias de manejo de contingências, os programas de prevenção de recaídas e as intervenções familiares estruturadas são amplamente reconhecidos pela literatura científica. Esses recursos podem ser combinados e ajustados em intensidade e formato, de acordo com as necessidades da pessoa em tratamento, compondo intervenções individualizadas e progressivas.

O componente grupal possui papel relevante no processo terapêutico, ao favorecer aprendizagem social, troca de experiências, responsabilização compartilhada e fortalecimento do senso de pertencimento^{xvii xviii}. Da mesma forma, o envolvimento da família contribui para a reorganização relacional, redução de conflitos e fortalecimento das redes de apoio, elementos fundamentais para a continuidade do cuidado^{xix xx xxi}.

É importante destacar que as terapias comportamentais não se definem, exclusivamente, pela aplicação formal de técnicas psicoterápicas, mas pelos princípios que orientam as intervenções, como foco na mudança de comportamento, reforço de habilidades adaptativas, análise funcional das situações de risco, responsabilização progressiva e aprendizagem a partir da experiência. Es-

ses princípios podem ser operacionalizados em diferentes formatos e contextos institucionais, desde que haja intencionalidade terapêutica, mediação qualificada e coerência com o projeto de cuidado.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

No contexto das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio orienta a organização de práticas terapêuticas sistematizadas que vão além da convivência comunitária e da rotina estruturada. As CTs devem assegurar a oferta regular de intervenções com objetivos claros, conduzidas por equipes capacitadas, que promovam desenvolvimento de habilidades, reflexão sobre padrões de comportamento e fortalecimento de vínculos.

É importante destacar que, no contexto das CTs, a convivência comunitária e a rotina estruturada, embora centrais, não se configuram automaticamente uma intervenção terapêutica comportamental. Para que cumpram essa função, devem estar integradas a práticas intencionais, com objetivos definidos, mediação qualificada e espaços sistemáticos de reflexão e elaboração das experiências vividas no cotidiano institucional. A intencionalidade terapêutica constitui elemento central que transforma a rotina em instrumento de cuidado e aprendizagem.

Isso inclui a realização de atendimentos individuais, grupos terapêuticos temáticos, atividades voltadas à prevenção de recaídas, intervenções com familiares e ações estruturadas de desenvolvimento pessoal e social. Além disso, muitas CTs incorporam programas de apoio entre pares, como grupos de mútua ajuda e abordagens inspiradas nos Doze Passos, que contribuem para motivação, pertencimento, responsabilização e sustentação do processo de recuperação^{xxii xxiii}.

A articulação entre diferentes modalidades de intervenção amplia o alcance terapêutico do acolhimento e favorece trajetórias mais consistentes, desde que essas práticas sejam adotadas de forma ética, não impositiva, tecnicamente fundamentada e coerente com os objetivos do projeto terapêutico institucional.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 6

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida suas práticas institucionais incorporam, de forma sistemática e intencional, intervenções terapêuticas comportamentais – individuais, grupais e familiares – indo além da mera convivência comunitária e da rotina estruturada, e assegurando que essas práticas estejam integradas ao projeto terapêutico institucional.

○ Adequação incipiente

A entidade baseia majoritariamente seu modelo de cuidado na convivência comunitária, na rotina institucional e em atividades ocupacionais, sem oferta regular e estruturada de intervenções terapêuticas comportamentais. Atendimentos individuais, grupos terapêuticos ou ações com familiares são inexistentes, esporádicos ou conduzidos sem objetivos claros e sem mediação qualificada. A rotina não é trabalhada como instrumento terapêutico intencional, e os espaços coletivos carecem de reflexão sistematizada sobre comportamentos, emoções e padrões associados ao uso de substâncias. As práticas adotadas não demonstram articulação consistente com um projeto terapêutico definido.

○ Adequação intermediária

A entidade oferece algumas intervenções terapêuticas comportamentais de forma regular, como grupos temáticos, atendimentos individuais pontuais ou atividades inspiradas em apoio entre pares. Existe intencionalidade terapêutica em parte das ações, embora ainda haja fragilidade na sistematização, na definição de objetivos e na integração entre as diferentes modalidades de cuidado. A convivência e a rotina começam a ser utilizadas como recursos terapêuticos, mas nem sempre contam com mediação qualificada ou espaços estruturados de reflexão orientada sobre as experiências vividas. As intervenções com familiares ocorrem de forma limitada ou irregular.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra incorporação consistente das terapias comportamentais como eixo estruturante do cuidado, ofertando intervenções sistemáticas, intencionais e articuladas, compatíveis com a natureza do acolhimento em CTs. Realiza atendimentos individuais, grupos terapêuticos com objetivos definidos, ações de prevenção de recaídas e intervenções com familiares, integradas a um projeto terapêutico claro. A convivência comunitária e a rotina institucional são trabalhadas de forma intencional como instrumentos terapêuticos, com mediação qualificada e espaços regulares de reflexão orientada sobre as experiências vividas. Programas de apoio entre pares são adotados de forma ética, não impositiva e complementar, fortalecendo pertencimento, responsabilização e continuidade do cuidado.

Princípio 7

“Medicações são um elemento importante do tratamento para muitas pessoas, especialmente quando combinadas com aconselhamento e outras terapias comportamentais.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA afirma que existem classes específicas de medicações aprovadas, com base em evidências científicas, para o tratamento de diferentes transtornos por uso de substâncias, incluindo quadros relacionados ao uso de opioides, álcool e nicotina¹. Essas medicações devem ser utilizadas de forma integrada a intervenções comportamentais, e não de maneira isolada.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

A incorporação de medicações no tratamento da dependência química constitui uma estratégia fundamentada em evidências científicas consolidadas, integrando a farmacoterapia às abordagens psicossociais^{xxiv}. A dependência química envolve alterações neurobiológicas persistentes nos sistemas de recompensa, motivação, controle inibitório e resposta ao estresse, o que explica por que, para muitas pessoas, intervenções exclusivamente comportamentais podem ser insuficientes em determinados momentos do percurso terapêutico.

A farmacoterapia atua de maneira complementar ao reduzir a intensidade da fissura, atenuar sintomas da síndrome de abstinência tanto na fase aguda quanto na fase demorada, também denominada Síndrome de Abstinência Demorada (SAD), estabilizar respostas fisiológicas desreguladas e diminuir a probabilidade de recaídas precoces. Ao reduzir o sofrimento físico e psíquico associado à interrupção ou diminuição do uso, a medicação favorece melhores condições emocionais, cognitivas e clínicas para que a pessoa se engaje em processos terapêuticos mais complexos, como psicoterapia, grupos terapêuticos e reorganização da vida social e familiar.

Do ponto de vista técnico, o uso de medicamentos deve ser compreendido como recurso complementar, e não como substituição das intervenções psicossociais, ampliando a capacidade da pessoa de sustentar mudanças comportamentais ao longo do tempo.

A efetividade da farmacoterapia está diretamente associada ao acompanhamento médico regular, ao monitoramento contínuo de efeitos terapêuticos e adversos, à adesão ao tratamento prescrito e à articulação com intervenções psicossociais estruturadas. A ausência de acompanhamento adequado pode comprometer os resultados esperados e aumentar riscos, reforçando que a medicação deve sempre estar inserida em um plano de cuidado amplo, contínuo e integrado.

¹ O detalhamento das medicações citadas pelo NIDA encontra-se no guia Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide, que apresenta suas indicações clínicas gerais.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio exige uma compreensão clara da farmacoterapia no cuidado às pessoas com transtorno por uso de substâncias, respeitando os limites próprios do acolhimento oferecido. As CTs não realizam prescrição médica nem manejo farmacológico, por serem atribuições exclusivas de profissionais habilitados da rede de saúde.

O cuidado medicamentoso pode se iniciar antes do ingresso na CT, por meio de avaliação médica prévia, etapa fundamental para verificar condições clínicas gerais, presença de comorbidades, riscos à saúde e eventual indicação de farmacoterapia. Essa avaliação permite identificar se o acolhimento em ambiente residencial é adequado, bem como orientar condutas iniciais relativas ao uso ou não de medicação, garantindo maior segurança clínica desde o primeiro contato com o serviço.

A articulação com a atenção básica, o CAPS e outros serviços especializados possibilita que a farmacoterapia, quando indicada, seja conduzida de forma segura, supervisionada e integrada ao projeto terapêutico desenvolvido na CT, evitando descontinuidade ou práticas isoladas.

Cabe às CTs acompanhar, durante o período de acolhimento, o percurso da pessoa acolhida na rede de saúde, favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso quando prescrito por profissional habilitado, observar repercussões clínicas e comportamentais no cotidiano institucional e manter diálogo sistemático com os serviços de referência.

A integração entre farmacoterapia, quando indicada e prescrita pela rede de saúde, e as práticas psicossociais desenvolvidas no contexto institucional amplia a capacidade de estabilização clínica, contribui para a redução de sintomas associados à abstinência (aguda e demorada) e favorece o engajamento da pessoa acolhida nas atividades terapêuticas, educativas e de convivência propostas ao longo do acolhimento.

Outro aspecto central diz respeito ao enfrentamento de estigmas historicamente associados ao uso de medicação no tratamento do TUS. Práticas institucionais que moralizam ou desqualificam a farmacoterapia tendem a fragilizar o cuidado e dificultar a continuidade do tratamento. Uma abordagem técnica e ética contribui para que o acolhido compreenda a medicação como um recurso terapêutico seguro, baseado em evidências, com dosagens controladas e acompanhamento clínico regular, claramente distinto do uso abusivo de substâncias, que se caracteriza por perda de controle, escalada de consumo e danos progressivos.

O alinhamento efetivo com a rede de saúde, especialmente com os serviços que compõem a RAPS, é decisivo para garantir continuidade do cuidado, segurança clínica e coerência entre as diferentes etapas do tratamento, tanto durante o período de acolhimento quanto após sua conclusão.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 7

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida reconhece, respeita e integra o papel da farmacoterapia no tratamento do TUS, assegurando articulação efetiva com a rede de saúde, acompanhamento do cuidado medicamentoso quando indicado e evitando práticas institucionalmente estigmatizantes ou moralizantes.

○ Adequação incipiente

A entidade apresenta compreensão limitada ou negativa acerca do uso de medicações no tratamento do TUS. Não há articulação sistemática com serviços de saúde para avaliação médica prévia, acompanhamento farmacológico ou continuidade do cuidado. O uso de medicação é desencorajado, desqualificado ou tratado de forma moralizante no cotidiano institucional. Não existem fluxos definidos para acompanhamento do acolhido na rede de saúde, tampouco comunicação estruturada com CAPS, atenção básica ou outros serviços médicos responsáveis pela prescrição.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece a importância da farmacoterapia em determinados casos e mantém articulação pontual com a rede de saúde para avaliação médica prévia e acompanhamento medicamentoso. O uso de medicação é permitido e acompanhado de forma básica, embora ainda haja fragilidade na sistematização dos fluxos, na comunicação regular com os serviços de referência e no acompanhamento do percurso do acolhido na rede. Persistem, em alguns contextos, concepções ambíguas ou pouco qualificadas sobre o papel da medicação no processo terapêutico.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra compreensão técnica e ética do papel complementar da farmacoterapia no tratamento do TUS, respeitando claramente seus limites institucionais. Mantém articulação ativa e organizada com a rede de saúde para avaliação médica, prescrição e acompanhamento medicamentoso quando indicado, acompanhando o percurso da pessoa acolhida nos serviços de referência durante o período de permanência na CT. A farmacoterapia é compreendida como recurso terapêutico baseado em evidências, integrada às práticas psicossociais e livre de abordagens estigmatizantes ou moralizantes.

Princípio 8

“O plano de tratamento e de serviços deve ser continuamente avaliado e ajustado conforme necessário para atender às necessidades em mudança da pessoa.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

Durante o tratamento e a recuperação, a pessoa pode necessitar de diferentes combinações de serviços e componentes terapêuticos, que variam ao longo do tempo conforme mudanças em suas necessidades. Além do aconselhamento ou psicoterapia, podem ser necessários medicamentos, cuidados médicos, intervenções familiares, orientação parental, qualificação profissional, bem como suporte social ou jurídico. Para muitos casos, abordagens baseadas em cuidado contínuo produzem melhores resultados, com intensidade ajustada de acordo com as demandas emergentes da trajetória terapêutica.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

O tratamento do TUS é um processo dinâmico e não linear. Ao longo do percurso terapêutico, as necessidades da pessoa se transformam: sintomas se intensificam ou reduzem, a motivação oscila, vínculos são reconstruídos, conflitos emergem e eventos externos interferem diretamente na adesão e no prognóstico. Por essa razão, planos de cuidado excessivamente rígidos ou padronizados tendem a perder efetividade com o tempo.

A avaliação contínua, em suas dimensões psicológica, social e funcional, permite que o cuidado seja ajustado de forma responsiva, redefinindo metas, intensidades e estratégias de intervenção. Independentemente da duração prevista do acompanhamento, planos de cuidado devem ser individualizados e sustentados por avaliações periódicas, possibilitando adequações compatíveis com o estágio do tratamento e com a complexidade de cada caso. Modelos baseados no conceito *continuum of care* (continuidade do cuidado) são amplamente reconhecidos pela literatura por sua capacidade de adaptar o nível de suporte ao estágio de mudança, à complexidade do caso e aos desafios emergentes ao longo do tratamento.

Além disso, a revisão sistemática do plano de cuidado cumpre uma função clínica e ética: reconhece a singularidade da trajetória de cada pessoa, evita a cristalização de intervenções inefetivas e fortalece a participação ativa da pessoa no próprio processo de recuperação. Ajustar o plano não expressa inadequação do tratamento, mas reflete aprimoramento técnico contínuo diante de uma condição crônica, multifatorial e sujeita a variações ao longo do tempo.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, esse princípio reforça que o projeto terapêutico não deve ser compreendido como um roteiro fixo, mas como um instrumento vivo de acompanhamento e orientação do cuidado. A revisão peri-

ódica do PIA/PAS é essencial para que o acolhimento responda às transformações observadas ao longo do tempo, considerando tanto avanços quanto dificuldades emergentes, reconhecendo que o engajamento se constrói progressivamente e que a consolidação de mudanças demanda continuidade do cuidado.

A experiência do acolhimento residencial envolve diferentes fases, nas quais o acolhido pode demandar ajustes na intensidade das atividades, no tipo de acompanhamento, nas estratégias de vínculo ou nos encaminhamentos externos. Avaliações multidimensionais regulares permitem identificar mudanças no estado emocional, na capacidade de convivência, no engajamento com as atividades e nas necessidades sociais, educacionais ou familiares, evitando intervenções genéricas ou descoladas da realidade vivida.

Os dados do “Perfil dos Acolhidos” evidenciam elevada heterogeneidade entre as pessoas atendidas, com diferenças significativas de idade, gênero e padrões de uso de substâncias. Esse cenário reforça a inadequação de planos de cuidado padronizados e a necessidade de acompanhamento individualizado ao longo de todo o período de acolhimento.

A revisão sistemática do PIA/PAS também é estratégica para o planejamento da continuidade do cuidado após o acolhimento na CT, permitindo antecipar demandas de reinserção social, acompanhamento em saúde, fortalecimento familiar e suporte comunitário. Entidades que monitoram de forma sistemática a execução do projeto terapêutico institucional e realizam ajustes periódicos nos PIA/PAS, de maneira estruturada, criam melhores condições para a aderência ao processo terapêutico, para a continuidade do cuidado e para a coerência entre as diferentes etapas do acompanhamento durante o acolhimento.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 8

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida seu projeto terapêutico institucional prevê diretrizes claras para o acompanhamento individualizado por meio do PIA/PAS, tratados como instrumentos dinâmicos, avaliados e revisados ao longo do acolhimento, de forma coerente com as necessidades, a evolução e o perfil da pessoa acolhida.

○ Adequação incipiente

A entidade opera com um projeto terapêutico institucional fixo ou predominantemente padronizado, com baixa capacidade de adaptação às diferentes trajetórias das pessoas acolhidas. O PIA/PAS não é utilizado de forma sistemática como instrumento de acompanhamento ao longo do acolhimento, inexistindo avaliações periódicas estruturadas ou ajustes consistentes diante de mudanças

no estado emocional, no comportamento, no engajamento ou nas necessidades sociais e familiares da pessoa acolhida. As intervenções seguem a mesma lógica independentemente da fase do acolhimento, e dificuldades ou avanços observados no cotidiano institucional raramente resultam em adequações ou revisões do plano de cuidado.

○ **Adequação intermediária**

A entidade reconhece a importância do acompanhamento individualizado ao longo do acolhimento e utiliza o PIA/PAS como referência para registrar e orientar ajustes pontuais nas estratégias de cuidado. O acompanhamento da trajetória da pessoa acolhida ocorre de forma não sistemática, frequentemente acionado por situações específicas como crises, conflitos ou demandas evidentes. Embora existam adaptações nas intervenções, estas tendem a ser parciais e não articuladas de maneira contínua e integrada às diferentes dimensões da trajetória da pessoa acolhida, limitando seu uso como base estruturante do planejamento do cuidado.

○ **Adequação avançada**

A entidade opera com projeto terapêutico institucional claro e consistente, utilizando o PIA/PAS como instrumento central e contínuo de acompanhamento da trajetória da pessoa acolhida ao longo de todo o período de acolhimento. São realizadas avaliações sistemáticas e multidimensionais, considerando evolução emocional, comportamental, relacional, engajamento, demandas familiares e necessidades sociais. Os registros no PIA/PAS orientam ajustes progressivos nas estratégias de cuidado, compatíveis com as diferentes fases do acolhimento, e subsidiam o planejamento responsável da continuidade do cuidado após a saída da CT, respeitando os limites institucionais e a articulação com a rede.

Princípio 9

“Muitas pessoas com dependência também apresentam outros transtornos.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA destaca que o uso problemático e a dependência de substâncias frequentemente coexistem com outros transtornos mentais. Pessoas que apresentam uma dessas condições devem ser avaliadas quanto à presença da outra. Quando o transtorno por uso de substâncias e os transtornos mentais ocorrem simultaneamente, o cuidado deve considerar ambas as dimensões e, quando apropriado, tratamento medicamentoso conduzido por serviços de saúde especializados.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

A coexistência entre TUS e outros transtornos mentais, conhecida como *dual diagnose* (duplo diagnóstico), é amplamente documentada na literatura científica^{xxv}. Transtornos depressivos e ansiosos, transtornos de personalidade, transtorno bipolar e sintomas psicóticos aparecem com frequência aumentada entre pessoas que fazem uso de substâncias, sendo comum que uma condição agrave a evolução da outra.

A presença simultânea dessas condições está associada a maior instabilidade emocional e comportamental, maior vulnerabilidade a recaídas, dificuldades de engajamento e maiores índices de abandono do tratamento^{xxvi}. Nesses casos, interpretações simplificadas do comportamento podem levar a respostas inadequadas, reforçando sofrimento psíquico e fragilizando o vínculo terapêutico.

Além disso, evidências indicam que o tratamento de apenas uma das condições tende a ser insuficiente^{xxvii}. Abordagens eficazes reconhecem que o uso de substâncias pode intensificar sintomas psiquiátricos, assim como o sofrimento mental não tratado pode funcionar como fator de manutenção ou agravamento do uso. Por isso, o cuidado precisa ser integrado, articulando estratégias voltadas tanto ao TUS quanto ao transtorno mental coexistente, respeitando os diferentes níveis de complexidade e os serviços mais adequados para cada necessidade.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

No contexto das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, reconhecer o duplo diagnóstico implica adotar uma postura técnica e cuidadosa diante do sofrimento psíquico, respeitando os limites institucionais do acolhimento residencial. As CTs realizam a admissão após avaliação médica prévia, que deve indicar a aptidão da pessoa para o acolhimento em ambiente comunitário e residencial, bem como identificar possíveis comorbidades clínicas ou psiquiátricas.

Durante o acolhimento, cabe às CTs realizar observação contínua de sinais emocionais e comportamentais, registrar histórico psiquiátrico informado, acom-

panhar o acolhido por meio de escuta qualificada, acompanhamento psicológico e organização da rotina terapêutica e convivencial.

Quando a avaliação médica prévia indicar a presença de transtornos mentais que demandem cuidado médico contínuo e intensivo, o acolhimento em CTs não é indicado, devendo a pessoa ser encaminhada aos serviços adequados da rede de saúde. Da mesma forma, o surgimento ou agravamento de sintomas psiquiátricos durante o acolhimento exige reavaliação técnica imediata e articulação com a rede.

Nesse sentido, manifestações psíquicas observadas no cotidiano institucional não devem ser interpretadas como mera indisciplina, resistência ou falta de engajamento, mas como elementos clínicos relevantes. Uma leitura técnica qualificada permite ajustes nos PIA/PAS, e, quando necessário, o acionamento de serviços especializados, evitando respostas punitivas ou moralizantes.

A não identificação adequada do duplo diagnóstico não produz apenas impactos clínicos, mas também riscos institucionais relevantes. Leituras simplificadas do sofrimento psíquico podem resultar em manejos inadequados de crises, desligamentos indevidos, violações de direitos e fragilização da legitimidade institucional do acolhimento. O reconhecimento técnico dessas condições constitui, portanto, elemento de proteção tanto da pessoa acolhida quanto da própria instituição.

Estudos científicos indicam que a coexistência entre transtornos por uso de substâncias e transtornos mentais é frequente, sendo esperado que parcela significativa das pessoas acolhidas em CTs apresente sofrimento psíquico associado. Evidências apontam que pessoas com uso abusivo de substâncias possuem risco aumentado para o desenvolvimento de transtornos mentais, risco que se eleva de forma expressiva nos quadros de dependência estabelecida^{xxviii}. Entretanto, o uso ativo de substâncias pode produzir ou intensificar sintomas psiquiátricos transitórios, dificultando a diferenciação entre transtornos mentais primários e condições induzidas pelo uso. Por esse motivo, a literatura médica reconhece a necessidade de um período mínimo de abstinência sustentada para a realização de avaliações diagnósticas mais precisas^{xxix}. Nesse contexto, o acolhimento residencial voluntário, quando articulado de forma ética e responsável com a rede de saúde, pode representar oportunidade relevante para observação clínica qualificada ao longo do tempo, favorecendo encaminhamentos adequados e a definição de projetos terapêuticos mais compatíveis com as necessidades reais da pessoa acolhida.

O princípio reforça, portanto, que o cuidado ao TUS, especialmente na presença de transtornos mentais coexistentes, não se sustenta de forma isolada. A articulação com serviços especializados da rede de saúde é condição fundamental para o manejo adequado dessas situações, assegurando maior segurança

clínica, continuidade do cuidado e coerência entre o acolhimento residencial e os demais níveis de atenção.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 9

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida reconhece, identifica e lida de forma técnica e ética com a coexistência entre TUS e outros transtornos mentais, respeitando seus limites institucionais e assegurando articulação efetiva com a rede de saúde.

○ Adequação incipiente

A entidade apresenta compreensão limitada sobre o duplo diagnóstico. Sinais de sofrimento psíquico são frequentemente interpretados como indisciplina, resistência ao tratamento ou falha moral. Não há registro sistemático de histórico psiquiátrico informado, nem observação estruturada de manifestações emocionais e comportamentais ao longo do acolhimento. A avaliação médica prévia é tratada como etapa meramente formal, e a articulação com a rede de saúde ocorre de forma reativa ou apenas em situações extremas, sem acompanhamento do encaminhamento ou retorno das informações clínicas essenciais.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece a possibilidade de transtornos mentais coexistentes e adota postura mais cuidadosa diante de manifestações psíquicas relevantes. Há atenção aos registros de histórico psiquiátrico e observação cotidiana do comportamento do acolhido, embora sem protocolos claros ou sistematização contínua. A equipe evita respostas punitivas em parte dos casos, mas ainda encontra dificuldades para diferenciar sofrimento psíquico de conflitos pessoais ou interpessoais próprios da convivência institucional. A articulação com a rede de saúde ocorre quando sintomas se intensificam, porém nem sempre de forma planejada, integrada ou acompanhada ao longo do tempo.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra compreensão técnica consistente sobre o duplo diagnóstico e seus impactos no processo terapêutico. A avaliação médica prévia é valorizada como instrumento central para verificar a aptidão ao acolhimento e identificar comorbidades psiquiátricas. Durante o acolhimento, a equipe realiza observação contínua, escuta qualificada e registro sistemático de manifestações emocionais e comportamentais relevantes, evitando interpretações moralizantes ou punitivas. Ajustes no PIA/PAS são realizados sempre que necessário, considerando o sofrimento psíquico observado. A articulação com a rede de saúde é ativa, planejada e acompanhada, garantindo encaminhamentos adequados, retorno das informações essenciais e maior segurança clínica ao longo do processo de recuperação.

Princípio 10

“A desintoxicação assistida medicamente é apenas a primeira etapa do tratamento da dependência e, isoladamente, pouco contribui para a mudança do uso de drogas a longo prazo.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA afirma que a desintoxicação assistida medicamente é um recurso importante para o manejo seguro dos sintomas físicos agudos da abstinência e, em alguns casos, para preparar a pessoa para o início do tratamento. No entanto, a desintoxicação, por si só, raramente é suficiente para promover abstinência sustentada ou mudanças duradouras no padrão de uso de substâncias.

Por esse motivo, o princípio destaca que pessoas submetidas a processos de desintoxicação devem ser estimuladas a dar continuidade ao tratamento, incorporando intervenções psicossociais, estratégias motivacionais e acompanhamento estruturado ao longo do tempo. Evidências indicam que o engajamento precoce em cuidados continuados aumenta significativamente a efetividade do tratamento e reduz o risco de recaídas imediatas^{xxx}.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

A desintoxicação atua predominantemente no plano biológico imediato, reduzindo riscos clínicos associados à interrupção do uso de substâncias. Contudo, o TUS é uma condição crônica e multifatorial, sustentada por processos psicológicos, comportamentais, relacionais e sociais que não são modificados apenas pela retirada aguda da substância do organismo.

Compreender a desintoxicação como etapa inicial, e não como tratamento completo, reforça a necessidade de continuidade do cuidado e planejamento terapêutico progressivo. A interrupção do acompanhamento após a estabilização inicial está associada a altas taxas de recaída, sobretudo na ausência de intervenções psicossociais estruturadas^{xxxi}.

Nesse sentido, intervenções motivacionais e estratégias de vinculação iniciadas precocemente ajudam a transformar um momento de crise em oportunidade terapêutica, favorecendo o engajamento em processos de médio e longo prazo. A efetividade do tratamento depende, portanto, da articulação entre a estabilização clínica inicial e intervenções psicossociais contínuas, capazes de sustentar mudanças no comportamento e no modo de vida.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, este princípio é fundamental para a delimitação clara dos papéis institucionais. As CTs são serviços residenciais, voluntários, não hospitalares, e não realizam desintoxicação assistida medicamente nem manejo de abstinência aguda grave.

Via de regra, o acolhimento em CT ocorre após avaliação médica prévia, cujo

objetivo é identificar comprometimentos biológicos ou psicológicos de natureza grave que demandem cuidados médicos contínuos e, assim, contraindiquem o acolhimento residencial. Essa avaliação assegura que o ingresso ocorra em condições clínicas mínimas de segurança.

A avaliação da gravidade clínica e da necessidade de manejo médico não compete à CT, mas ao profissional médico, no âmbito da rede de saúde, uma vez que nem todas as pessoas que buscam cessar o uso de substâncias necessitam de desintoxicação assistida medicamente. Considerando que a CT não dispõe de médico em sua estrutura assistencial, toda avaliação clínica e eventual condução da desintoxicação assistida medicamente devem ocorrer previamente e fora da CT, conforme indicação médica.

Essa etapa é particularmente crítica nos casos de transtorno por uso de álcool (TUA), uma vez que a abstinência alcoólica pode cursar com complicações clínicas potencialmente fatais, como convulsões^{xxxii} e, nos casos mais graves, o *delirium tremens* (DT)^{xxxiii}, caracterizado por instabilidade autonômica^{xxxiv} e frequentemente associado a alterações metabólicas graves, amplamente descritas na literatura médica^{xxxv xxxvi xxxvii}. Nessa perspectiva, a avaliação médica prévia, não constitui formalidade administrativa, mas condição essencial de segurança clínica para o ingresso no acolhimento.

Diferentemente do que ocorre no TUA, na maioria dos casos relacionados ao uso de cocaína e crack, a abstinência não está associada a riscos clínicos orgânicos graves; ainda assim, podem ocorrer situações específicas – como quadros psicóticos, desorganização psíquica importante, risco auto ou heteroagressivo ou intercorrências clínicas associadas – que demandam avaliação e manejo médico prévios. Nessas circunstâncias, o ingresso em CT deve ocorrer apenas após estabilização clínica.

Nesse contexto, as CTs ocupam um papel estratégico na continuidade do cuidado, atuando após a fase aguda de abstinência quando esta exige manejo médico, ou de forma imediata nos casos em que não há indicação de desintoxicação assistida medicamente em ambiente hospitalar. O papel da CT inicia-se, portanto, na reorganização da vida cotidiana, no trabalho sobre padrões comportamentais, vínculos, habilidades emocionais e na construção de um projeto de vida em sobriedade – e não no manejo clínico da abstinência.

Além disso, é fundamental reconhecer que a melhora física decorrente da interrupção inicial do uso da substância pode produzir, em alguns acolhidos, uma percepção distorcida de resolução do problema. A redução dos sintomas agudos de abstinência pode reforçar mecanismos de minimização, negação ou falsa

sensação de controle sobre o uso, levando à compreensão equivocada de que o tratamento estaria concluído. Nesse contexto, cabe à CT exercer um papel pedagógico e terapêutico fundamental, auxiliando o acolhido a compreender que a estabilização clínica inicial não equivale à recuperação e que o processo terapêutico envolve mudanças progressivas, sustentadas e de longo prazo nos padrões de comportamento, nas relações e no modo de vida.

Ao oferecer ambiente protegido, rotina estruturada, convivência mediada e acompanhamento institucional, a CT contribui para a consolidação do processo terapêutico iniciado na rede de saúde, reduzindo o risco de retorno ao uso logo após a estabilização inicial.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 10

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida reconhece, comunica e organiza sua atuação a partir do entendimento de que a desintoxicação assistida medicamente não integra o escopo de atuação direta da CT, constituindo etapa inicial do cuidado a ser realizada em serviços de saúde especializados, cabendo à CT atuar como espaço de continuidade do cuidado residencial após a estabilização clínica.

○ Adequação incipiente

A entidade demonstra compreensão limitada sobre o papel da desintoxicação no tratamento do TUS. O acolhimento ocorre sem clareza quanto à necessidade de avaliação médica prévia ou à distinção entre estabilização clínica e o cuidado desenvolvido no âmbito residencial da CT. Sintomas físicos agudos de abstinência são tratados como parte do processo terapêutico da própria CT, sem reconhecimento explícito de limites institucionais. Há tendência a compreender o período inicial de abstinência como suficiente para o tratamento, com baixa ênfase no planejamento terapêutico subsequente e na construção de estratégias terapêuticas de médio e longo prazo.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece que a desintoxicação assistida medicamente, quando indicada, não constitui tratamento completo e não deve ser realizada no âmbito da CT. O ingresso ocorre após avaliação médica prévia, embora esse procedimento nem sempre seja sistemático, documentado ou claramente integrado ao projeto terapêutico. A equipe compreende que o tratamento vai além da interrupção do uso da substância, mas ainda encontra dificuldades em comunicar de forma consistente aos acolhidos que a abstinência inicial não equivale ao processo terapêutico como um todo. A articulação com a rede de saúde ocorre de forma pontual, sobretudo em situações de intercorrência clínica, sem planejamento es-

truturado da transição entre etapas do cuidado.

○ **Adequação avançada**

A entidade demonstra compreensão técnica consolidada de que a desintoxicação assistida medicamente, quando necessária, constitui etapa inicial do cuidado e deve ocorrer fora do âmbito da CT, em serviços de saúde adequados. O ingresso no acolhimento é condicionado à avaliação médica prévia, utilizada de forma sistemática para garantir segurança clínica e compatibilidade com o perfil institucional do serviço. A equipe comunica de forma clara, contínua e pedagógica aos acolhidos que a abstinência inicial não equivale ao tratamento e que o processo terapêutico envolve mudanças comportamentais, emocionais, relacionais e de projeto de vida. A CT se posiciona de maneira articulada com a rede de saúde, atuando como espaço de continuidade do cuidado após a estabilização inicial, favorecendo engajamento, adesão ao tratamento e redução do risco de recaídas.

Princípio 11

“O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

Sanções ou incentivos provenientes da família, do trabalho ou do sistema de justiça podem aumentar significativamente a entrada em tratamento, as taxas de permanência e os resultados terapêuticos. A mudança pode começar mesmo quando a motivação inicial não é espontânea.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

A motivação inicial para ingresso no tratamento pode ser extrínseca (pressão social, requisito judicial, condicionantes laborais) e ainda assim resultar em mudança interna posterior. Do ponto de vista clínico, quem entra por imposição pode vir a reconhecer benefícios do tratamento ao longo do processo e desenvolver motivação intrínseca.

Assim, a efetividade do tratamento depende menos da voluntariedade inicial e mais da qualidade da adesão ao processo de cuidado, da clareza do plano de cuidado, da capacidade de engajamento da equipe e da oferta de intervenções relevantes que produzam ganhos percebidos ao longo do tempo.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Embora o NIDA reconheça eficácia mesmo em tratamentos não voluntários, as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras no Brasil são, por marco legal e normativo, serviços de acolhimento residencial exclusivamente voluntários. Isso significa que a pessoa só pode ingressar e permanecer no serviço mediante consentimento, e que qualquer forma de internação (seja involuntária, compulsória ou mesmo voluntária) deve ocorrer exclusivamente em serviços especializados de saúde, nunca em CTs.

Portanto, ao aplicar o Princípio 11 ao contexto brasileiro, é necessário destacar que a voluntariedade constitui requisito legal tanto para o ingresso quanto para a permanência nas CTs. Ainda que pressões externas (familiares, laborais ou sociais) estejam presentes no momento da busca por ajuda, o acolhimento só pode ser efetivado após manifestação livre e expressa de consentimento, formalizada conforme os procedimentos institucionais previstos.

A voluntariedade, entretanto, não se esgota no momento da entrada. Ela deve ser preservada ao longo de todo o período de acolhimento. A pessoa acolhida mantém o direito de interromper sua permanência a qualquer tempo, sem que sejam impostas barreiras, sanções ou estratégias de retenção indevida. Procedimentos institucionais que dificultem ou retardem a saída – como exigências de prazos, reflexões obrigatórias ou condicionamentos administrativos – não podem ser utilizados como substitutos da decisão livre da pessoa.

Além disso, é importante reconhecer que a presença de pressões externas no momento do ingresso (familiares, laborais ou sociais) não invalida a voluntariedade quando há consentimento livre e informado. No entanto, essas pressões podem impactar a forma como o acolhido compreende o processo terapêutico, exigindo da CT atenção redobrada para evitar práticas sutis de coerção simbólica, como discursos de ameaça, culpabilização ou supervalorização do “sacrifício” da família. O manejo ético dessas situações requer que a equipe diferencie claramente incentivo externo de imposição, assegurando que o vínculo terapêutico se construa a partir do reconhecimento da autonomia do acolhido e da legitimação de sua escolha de permanecer, escolha que precisa ser continuamente reafirmada no cotidiano institucional.

Diante disso, cabe às CTs organizar práticas que favoreçam a transformação de uma motivação inicialmente extrínseca em engajamento efetivo, por meio de avaliação inicial ampliada, acolhimento humanizado, explicitação clara da rotina, dos direitos e deveres, construção compartilhada do PIA/PAS e acompanhamento terapêutico contínuo.

Quando o acolhimento oferece previsibilidade, escuta qualificada e intervenções relevantes, as trajetórias tendem a evoluir positivamente, independentemente da pressão inicial para buscar ajuda. Isso reforça que a motivação pode emergir no processo, desde que a permanência seja sustentada por vínculo, sentido e escolha, e jamais por coerção.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 11

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida compreende a distinção entre motivação inicial para o ingresso no tratamento e voluntariedade legal e ética da permanência, bem como sua capacidade de favorecer o engajamento terapêutico sem recorrer a práticas coercitivas ou de retenção indevida.

○ Adequação incipiente

A entidade demonstra compreensão limitada sobre o princípio da voluntariedade no acolhimento em CTs. O ingresso ocorre frequentemente sob forte pressão familiar ou social, sem procedimentos claros para assegurar o consentimento livre e informado da pessoa acolhida. A voluntariedade é tratada como um requisito formal inicial, mas não é efetivamente preservada ao longo do acolhimento. Podem existir práticas institucionais que dificultam a saída, como exigência de prazos mínimos, discursos moralizantes ou estratégias de retenção baseadas em culpa, medo ou sanção simbólica. A motivação extrínseca inicial tende a ser confundida com obrigatoriedade de permanência.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece que o acolhimento em CT deve ser voluntário e adota procedimentos formais de consentimento no ingresso. A equipe compreende que a motivação inicial pode ser externa, mas ainda apresenta dificuldades em lidar com pedidos de desligamento, buscando persuadir ou postergar a saída sem delimitação explícita de limites éticos. Há esforços para transformar a motivação extrínseca em engajamento, porém sem metodologia estruturada. A preservação da voluntariedade ao longo do processo ocorre de forma irregular, dependendo mais de condutas individuais do que de diretrizes institucionais claras.

○ Adequação avançada

A entidade demonstra compreensão técnica e ética consolidada de que, embora a motivação inicial possa ser extrínseca, a voluntariedade é condição legal e deve ser garantida durante todo o acolhimento. O consentimento livre e informado é formalizado no ingresso e reafirmado periodicamente na prática institucional. A pessoa acolhida tem assegurado o direito de interromper sua permanência a qualquer tempo, sem barreiras, sanções ou constrangimentos. A equipe organiza práticas intencionais para favorecer o engajamento progressivo, como acolhimento qualificado, explicitação clara de direitos e deveres, construção compartilhada do PIA/PAS e acompanhamento terapêutico contínuo. A CT atua de forma consistente para transformar pressões externas iniciais em participação ativa e adesão consciente, sustentadas por vínculo, sentido e escolha.

Princípio 12

“O uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente, pois lapsos podem ocorrer.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA indica que saber que o uso de drogas está sendo monitorado pode funcionar como um incentivo terapêutico, ajudando as pessoas em tratamento a resistirem à vontade de usar substâncias. Além disso, o monitoramento possibilita a identificação precoce de lapsos ou recaídas, sinalizando a necessidade de reavaliar e ajustar o plano terapêutico ou a estratégia de cuidado adotada, de modo a responder de forma mais adequada às necessidades da pessoa.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

Do ponto de vista clínico, o monitoramento do uso de substâncias amplia a capacidade de resposta do serviço diante de situações de risco. A identificação precoce de lapsos fornece informações essenciais para reavaliar estratégias terapêuticas, ajustar a intensidade do cuidado, reforçar suportes psicossociais ou indicar a necessidade de articulação com outros pontos da rede de atenção, especialmente antes que episódios pontuais evoluam para recaídas mais sustentadas.

Importante ressaltar que, nas abordagens baseadas em evidências, o monitoramento não deve assumir caráter punitivo ou moralizante, devendo ser compreendido como instrumento clínico de cuidado, proteção e tomada de decisão terapêutica qualificada.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, o cuidado ocorre em regime residencial e voluntário, geralmente com circulação externa acompanhada, o que reduz significativamente a possibilidade de uso de substâncias durante o vínculo com a CT. Assim, o Princípio 12 não se aplica como monitoramento contínuo do consumo, mas como estratégia situacional, acionada especialmente em momentos de maior exposição ao risco.

Esses momentos incluem, sobretudo, saídas de ressocialização familiar, visitas externas autorizadas e retorno de atividades realizadas fora da instituição. Nesses contextos, o monitoramento, além de atuar como incentivo à manutenção da abstinência, tem como objetivo identificar precocemente eventuais lapsos, permitindo intervenções imediatas e acolhedoras, voltadas à escuta, ao suporte e à reorganização do cuidado, sem recorrer a respostas automáticas de caráter disciplinar, evitando a consolidação de recaídas mais prolongadas após o retorno ao convívio institucional.

Para que esse monitoramento cumpra sua função terapêutica, é fundamental que seus critérios, objetivos e possíveis desdobramentos sejam previamente conhecidos pela pessoa acolhida. O acompanhamento de situações de risco não

deve ocorrer de forma surpresa ou arbitrária, mas como parte de um pacto institucional transparente, explicitado no momento do ingresso e retomado ao longo do acolhimento. Quando o acolhido compreende que o monitoramento existe para proteger seu processo terapêutico e não para puni-lo, tende a colaborar de forma mais aberta, favorecendo a identificação precoce de lapsos e a construção conjunta de estratégias de cuidado mais eficazes.

A definição de protocolos claros para esses momentos fortalece o caráter terapêutico do acolhimento e protege tanto a pessoa acolhida quanto a CT, ao substituir respostas improvisadas por procedimentos previstos no projeto terapêutico, com foco na prevenção, no cuidado e na continuidade do processo de recuperação. Dessa forma, o monitoramento integra-se ao cuidado como ferramenta clínica de apoio à recuperação e à prevenção de recaídas, e não como mecanismo de controle institucional ou instrumento punitivo.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 12

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida realiza o monitoramento de possíveis lapsos de uso de substâncias como ferramenta clínica de cuidado, proteção e tomada de decisão terapêutica, especialmente em situações de maior exposição ao risco, evitando práticas punitivas, moralizantes ou automáticas.

○ Adequação incipiente

A entidade não possui protocolos definidos para lidar com situações de possível uso de substâncias durante o acolhimento. O monitoramento é inexistente ou ocorre de forma informal e reativa, geralmente acionado apenas diante de suspeitas ou denúncias. Quando lapsos são identificados, predominam respostas disciplinares, punitivas ou excludentes, como advertências, sanções ou desligamento automático, sem escuta qualificada ou reavaliação do PIA/PAS. O uso ou a suspeita de uso tende a ser interpretado como falha moral ou indisciplina, e não como sinal clínico relevante para ajuste do cuidado.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece que lapsos podem ocorrer e adota algum tipo de monitoramento situacional, especialmente após saídas externas ou visitas familiares. Existem orientações gerais para esses momentos, porém sem protocolos formalizados ou critérios técnicos claros. A identificação de lapsos pode gerar acolhimento inicial e escuta, mas as respostas institucionais ainda variam entre abordagens terapêuticas e medidas disciplinares. O ajuste do plano terapêutico ocorre de forma irregular, dependendo mais da avaliação individual da equipe do que de diretrizes institucionais consolidadas.

○ Adequação avançada

A entidade compreende o monitoramento como instrumento clínico de cuidado e prevenção de recaídas, e não como mecanismo de controle ou punição. Possui protocolos claros e previamente definidos para situações de maior exposição ao risco, como saídas de ressocialização, visitas externas e retorno de atividades fora da instituição. A identificação de lapsos ou suspeitas de uso aciona imediatamente procedimentos de escuta qualificada, avaliação clínica e readequação técnica do PIA/PAS, com foco na proteção, no fortalecimento do vínculo e na continuidade do processo terapêutico. As respostas institucionais são proporcionais, acolhedoras e orientadas pela compreensão de que lapsos constituem sinais clínicos relevantes, evitando desligamentos automáticos ou sanções moralizantes. O monitoramento está integrado ao projeto terapêutico como ferramenta de apoio à recuperação e de sustentação da abstinência.

Princípio 13

“Programas de tratamento devem testar pacientes para HIV/AIDS, hepatites B e C, tuberculose e outras infecções e oferecer aconselhamento de redução de risco e encaminhamento para tratamento.”

a) Sentido do princípio segundo o NIDA

O NIDA estabelece que pessoas em tratamento para transtorno por uso de substâncias apresentam risco aumentado para infecções como HIV, hepatites virais e tuberculose, em razão de práticas associadas ao uso, condições de vulnerabilidade social e barreiras históricas de acesso à saúde. Por isso, programas de tratamento devem incorporar ações sistemáticas de identificação de riscos, aconselhamento para redução de danos e garantia de acesso oportuno à testagem e ao tratamento dessas condições. A integração entre o cuidado em TUS e a atenção às doenças infectocontagiosas amplia a efetividade terapêutica e contribui para a saúde individual e coletiva.

b) Interpretação técnica e implicações conceituais

Do ponto de vista clínico e de saúde pública, a identificação precoce de infecções transmissíveis e o aconselhamento direcionado à redução de riscos constituem estratégias essenciais de prevenção primária, secundária e terciária, conforme o estágio da condição clínica. A testagem e o tratamento oportunos reduzem a progressão das doenças, diminuem a transmissibilidade e favorecem a adesão a cuidados continuados.

Esse princípio reforça a necessidade de integração entre diferentes níveis e pontos da rede de atenção, reconhecendo que o cuidado integral de pessoas com TUS não se limita à abstinência, mas envolve o manejo de comorbidades clínicas frequentes nesse público.

c) Correlações e implicações para o acolhimento em CTs

Nas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, a aplicação do Princípio 13 não se dá, como regra, pela realização direta de testagens diagnósticas, uma vez que as CTs são serviços residenciais, não hospitalares e sem atribuição legal para a realização direta de procedimentos clínico-diagnósticos.

O papel da CT, nesse contexto, é estratégico: identificar fatores de risco, realizar ações de orientação e educação em saúde compatíveis com sua natureza institucional, conduzidas pela equipe técnica da própria instituição e, quando pertinente, em parceria com a rede de saúde; estimular o cuidado preventivo e garantir articulação ativa para acesso à testagem, ao diagnóstico e ao tratamento, com acompanhamento do encaminhamento e retorno das informações essenciais ao cuidado.

O tempo de permanência, o vínculo estabelecido e a previsibilidade da rotina tornam a CT um espaço privilegiado para ações educativas, promoção da saúde e fortalecimento da adesão a cuidados clínicos externos, contribuindo para que a

pessoa acolhida não apenas seja encaminhada, mas efetivamente vinculada aos serviços de saúde necessários.

Além disso, o acolhimento em CTs pode exercer papel relevante na redução do estigma e do medo associados à testagem e ao diagnóstico de infecções transmissíveis. A construção de vínculo, o ambiente protegido e a escuta qualificada favorecem que temas frequentemente evitados ou negados sejam abordados de forma ética e respeitosa. Ao tratar a testagem e o cuidado em saúde como componentes legítimos do processo terapêutico, a CT contribui para ampliar a adesão aos encaminhamentos e para reduzir barreiras subjetivas que historicamente afastam essa população dos serviços de saúde.

Quando houver parcerias formais com a rede de saúde e disponibilidade de equipes externas para ações pontuais no território, a testagem no próprio espaço da CT pode ocorrer de forma articulada, sem caracterizar a instalação permanente de serviços de saúde especializados na instituição, preservando sua natureza residencial e não hospitalar.



d) Critérios de autoavaliação da adequação ao Princípio 13

A Comunidade Terapêutica Acolhedora deve avaliar em que medida identifica fatores de risco para infecções transmissíveis, realiza ações sistemáticas de orientação e educação em saúde e garante articulação efetiva com a rede de saúde para testagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, respeitando seus limites institucionais e legais.

○ Adequação incipiente

A entidade não aborda de forma sistemática temas relacionados a HIV/AIDS, hepatites virais, tuberculose ou outras infecções associadas à vulnerabilidade das pessoas com TUS. Não há ações estruturadas de orientação, educação em saúde ou identificação de fatores de risco. Encaminhamentos para testagem ou tratamento ocorrem apenas de forma pontual, reativa ou diante de sintomas evidentes, sem articulação formal com a rede de saúde e sem acompanhamento do desfecho. A temática permanece invisibilizada ou tratada como externa ao projeto terapêutico.

○ Adequação intermediária

A entidade reconhece a relevância das infecções transmissíveis no contexto do acolhimento e realiza ações educativas pontuais, como orientações gerais, palestras ou conversas informais conduzidas pela equipe técnica ou por parceiros externos. Há encaminhamento para serviços de saúde quando surgem demandas identificadas, porém sem protocolos claros de rastreamento de risco, sem fluxos

institucionalizados de articulação com a rede e com acompanhamento irregular, por parte da entidade, durante o período de acolhimento, dos encaminhamentos realizados à rede de saúde.

○ Adequação avançada

A entidade incorpora de forma sistemática ações de promoção da saúde e redução de riscos relacionadas a infecções transmissíveis em seu projeto terapêutico institucional. A equipe técnica identifica fatores de risco durante a avaliação inicial e ao longo do acolhimento, realiza orientações estruturadas e contínuas sobre prevenção, autocuidado e adesão ao tratamento e mantém articulação ativa e formalizada com a rede de saúde para testagem, diagnóstico e acompanhamento clínico. Os encaminhamentos são acompanhados, registrados e integrados ao PIA/PAS, enquanto durar o acolhimento, respeitando o sigilo e a autonomia da pessoa acolhida. Quando há parcerias territoriais, a entidade participa de ações articuladas de testagem e educação em saúde no próprio espaço institucional, sem descaracterizar o modelo residencial de cuidado. O cuidado com a saúde infectocontagiosa é compreendido como parte do cuidado integral e da sustentação do processo de recuperação.

5. CONCLUSÃO



O conjunto dos princípios do NIDA, analisado à luz das normativas nacionais e das diretrizes do Depad/MDS, reafirma que o cuidado ofertado pelas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras deve ser estruturado e fundamentado em evidências científicas, respeitando rigorosamente os limites institucionais e legais do acolhimento residencial voluntário.

Ao longo do documento, evidenciou-se que a efetividade do acolhimento não decorre de um único fator isolado, mas da articulação entre processos terapêuticos qualificados, ambiente institucional estável e integração consistente com a rede pública de saúde, assistência social e demais políticas setoriais. A análise dos princípios do NIDA aplicada ao contexto das CTs brasileiras demonstra elevada convergência conceitual, ao mesmo tempo em que explicita a necessidade de ajustes técnicos permanentes, especialmente no que se refere à individualização do cuidado e à leitura qualificada das necessidades singulares das pessoas acolhidas.

Observou-se, ainda, que modelos de acolhimento orientados por previsibilidade terapêutica, avaliação contínua dos planos de cuidado e articulação intersetorial sistematizada tendem a oferecer melhores condições de permanência, maior engajamento das pessoas acolhidas e maior coerência entre as diferentes etapas do cuidado. Nesse sentido, o acompanhamento sistemático das práticas institucionais, aliado a processos de devolutiva técnica e monitoramento, configura uma estratégia consistente para a qualificação contínua dos serviços ofertados.

Por fim, este documento não se propõe a estabelecer critérios normativos ou classificatórios, mas a subsidiar o aprimoramento dos projetos terapêuticos das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, contribuindo para a aproximação entre evidências científicas internacionais e a realidade brasileira do acolhimento residencial voluntário. Espera-se que as análises e orientações aqui apresentadas fortaleçam práticas alinhadas aos princípios de dignidade, proteção, autonomia e cuidado integral das pessoas com transtorno por uso de substâncias, reconhecendo a centralidade do vínculo, da voluntariedade e da integração intersetorial qualificada, em consonância com a política pública vigente.

Quadro-síntese: Princípios do NIDA e implicações para as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras

	Enunciado	Principais implicações práticas para as CTs	Limite / articulação necessária	Aplicação
P1	"A dependência é uma doença complexa, porém tratável, que afeta o funcionamento cerebral e o comportamento."	Evitar abordagens moralizantes sobre recaídas, resistências e flutuações motivacionais; capacitar equipes sobre TUS; utilizar rotina, convivência e ambiente estruturado de forma intencional para favorecer reorganização comportamental e estabilidade emocional; compreender o acolhimento como etapa de um processo mais amplo de cuidado.	Articulação ativa com a rede de saúde para avaliação de comorbidades e necessidades que excedem o escopo psicossocial da CT.	Direta
P2	"Não existe um tratamento único adequado para todos."	Triagem qualificada com critérios claros de elegibilidade e contra-indicação; PIA/PAS sensíveis a gênero, faixa etária, substância predominante, histórico de uso e contexto social; capacidade institucional de diferenciar percursos dentro do modelo coletivo de acolhimento.	Encaminhamento oportuno e responsável quando necessidades excedem o escopo da CT; pessoas com comprometimentos graves que demandem atenção médica contínua não são elegíveis.	Direta
P3	"O tratamento precisa estar prontamente disponível."	Fluxos ágeis desde o primeiro contato; triagem inicial rápida; avaliação médica prévia realizada na rede; inserção imediata na rotina terapêutica após ingresso confirmado; organização de rotinas claras desde os primeiros dias.	Articulação efetiva com CRAS, CREAS, CAPS e unidades de saúde para encaminhamentos ágeis e aproveitamento das janelas motivacionais.	Direta
P4	"O tratamento eficaz atende às múltiplas necessidades da pessoa, e não apenas ao uso da substância."	Projeto terapêutico que contemple dimensões psicossociais, familiares, educacionais e ocupacionais; ações de fortalecimento de vínculos, qualificação e reinserção social; espiritualidade integrada	Articulação intersetorial com saúde, educação, assistência social e demais políticas; encaminhamentos responsáveis quando necessário.	Direta

	Enunciado	Principais implicações práticas para as CTs	Limite / articulação necessária	Aplicação
		de forma ética e não impositiva; sensibilidade às especificidades de gênero, faixa etária e contexto cultural.		
P5	"Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental."	Permanência qualificada como componente terapêutico central, não apenas requisito administrativo; estratégias de engajamento progressivo; suporte específico nos períodos de maior vulnerabilidade à evasão; análise crítica e não moralizante de interrupções, lapsos e evasões.	Permanência jamais pode ser confundida com retenção indevida; voluntariedade e autonomia da pessoa devem ser respeitadas em conformidade com o marco legal vigente.	Direta
P6	"As terapias comportamentais – incluindo atendimentos individuais, familiares ou em grupo – são as formas mais utilizadas de tratamento."	Intervenções individuais, grupais e familiares sistematizadas com objetivos claros e mediação qualificada; rotina e convivência trabalhadas com intencionalidade terapêutica; ações de prevenção de recaídas.	Convivência e rotina não constituem automaticamente intervenção terapêutica comportamental, exigem intencionalidade, objetivos definidos e mediação qualificada das equipes.	Direta
P7	"Medicações são um elemento importante do tratamento para muitas pessoas, especialmente quando combinadas com aconselhamento e outras terapias comportamentais."	Reconhecer o papel da farmacoterapia sem moralizá-la ou desqualificá-la; acompanhar o percurso do acolhido na rede de saúde; favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso quando prescrito por profissional habilitado; observar repercussões clínicas e comportamentais no cotidiano institucional.	A CT não realiza prescrição de medicamentos nem ajustes no tratamento farmacológico, sendo essas atribuições exclusivas do médico; articulação ativa com atenção básica, CAPS e serviços especializados.	Via rede
P8	"O plano de tratamento e de serviços deve ser continuamente avaliado e ajustado conforme necessário para atender às necessidades em mudança da pessoa."	PIA/PAS como instrumento dinâmico e central ao longo de todo o acolhimento; avaliações sistemáticas e multidimensionais periódicas; ajustes progressivos nas estratégias de cuidado	Respeitar os limites do escopo institucional da CT ao planejar a saída do acolhido; articulação com a rede para continuidade do	Direta

	Enunciado	Principais implicações práticas para as CTs	Limite / articulação necessária	Aplicação
		compatíveis com as diferentes fases; planejamento responsável da continuidade do cuidado após a saída da CT.	cuidado pós-acolhimento.	
P9	"Muitas pessoas com dependência também apresentam outros transtornos mentais."	Observação contínua e registro sistemático de manifestações emocionais e comportamentais; evitar interpretações moralizantes ou punitivas do sofrimento psíquico; ajuste do PIA/PAS considerando o sofrimento psíquico observado; escuta qualificada ao longo de todo o acolhimento.	Transtornos que demandem cuidado médico contínuo e intensivo contraindicam o acolhimento em CT; surgimento ou agravamento de sintomas psiquiátricos durante o acolhimento exige reavaliação imediata e articulação com a rede de saúde.	Adaptada
P10	"A desintoxicação assistida medicamente é apenas a primeira etapa do tratamento da dependência e, isoladamente, pouco contribui para a mudança do uso de drogas a longo prazo."	CT não realiza desintoxicação assistida medicamente nem manejo de abstinência aguda grave; ingresso condicionado à avaliação médica prévia; comunicar pedagogicamente que abstinência inicial não equivale a recuperação; CT como espaço de continuidade do cuidado após estabilização clínica.	Avaliação médica prévia é condição essencial de segurança clínica, especialmente no TUA, pela possibilidade de convulsões e delirium tremens (DT); toda desintoxicação assistida medicamente ocorre fora da CT, conforme indicação médica.	Adaptada
P11	"O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz."	Transformar motivação inicialmente extrínseca em engajamento progressivo; formalizar e reafirmar o consentimento livre e informado ao longo de todo o acolhimento; acolhimento humanizado com explicitação clara de direitos, deveres e rotina.	CTs são serviços exclusivamente voluntários por marco legal, qualquer forma de internação ocorre apenas na rede de saúde; pessoa acolhida mantém o direito de interromper a permanência a qualquer tempo, sem barreiras ou sanções.	Adaptada

	Enunciado	Principais implicações práticas para as CTs	Limite / articulação necessária	Aplicação
P12	"O uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente, pois lapsos podem ocorrer."	Monitoramento situacional especialmente em saídas externas, visitas e retorno de atividades fora da instituição; lapso compreendido como sinal clínico relevante, não falha moral; protocolos claros de escuta qualificada e readequação do PIA/PAS diante de lapsos; evitar desligamentos automáticos ou sanções moralizantes.	Monitoramento não é mecanismo de controle punitivo, deve estar integrado ao projeto terapêutico como ferramenta clínica de apoio à recuperação e prevenção de recaídas; critérios e desdobramentos devem ser previamente conhecidos pelo acolhido.	Adaptada
P13	"Programas de tratamento devem testar pacientes para HIV/AIDS, hepatites B e C, tuberculose e outras infecções e oferecer aconselhamento de redução de risco e encaminhamento para tratamento."	Identificar fatores de risco para infecções transmissíveis desde o ingresso; ações estruturadas de educação e orientação sobre prevenção e autocuidado; articulação ativa e formalizada com a rede de saúde para testagem, diagnóstico e tratamento; acompanhar e registrar encaminhamentos no PIA/PAS; reduzir estigma associado à testagem.	CT não realiza procedimentos clínico-diagnósticos, atua como facilitadora do acesso à rede de saúde; quando há parcerias formais, a testagem pode ocorrer no espaço da CT sem descaracterizar o modelo residencial.	Via rede

Elaboração própria. Depad/MDS, 2026.

Aplicação direta – Significa que a CT implementa o princípio no seu cotidiano institucional sem necessidade de reinterpretação do escopo.

Aplicação adaptada – Significa que a CT aplica o princípio com ajustes ao seu papel legal e operacional, exercendo função ativa, como observação, registro, manejo do cotidiano e reorganização do cuidado, ainda que a execução de determinadas ações seja de competência da rede de saúde.

Via rede – Indica os princípios cuja ação central – prescrição, manejo farmacológico, testagem e diagnóstico – é de competência exclusiva da rede de saúde, cabendo à CT papel facilitador: acompanhar, orientar, favorecer a adesão e garantir o acesso ao serviço competente.

NOTAS

ⁱ NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3. ed. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2018. Disponível em: <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>. Acesso em: 2 fev. 2026.

ⁱⁱ BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Perfil dos acolhidos pelas entidades de acolhimento contratadas pelo MDS. Brasília: MDS, 2025. Relatório publicado em 13 de outubro de 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-publica-estudo-que-traca-o-perfil-de-acolhidos-em-entidades-financiadas-pelo-governo-federal>. Acesso em: 02 fev. 2026.

ⁱⁱⁱ UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Relatório final – Pesquisa dos dados do monitoramento das entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas, UFMG, 2024. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/sismid/wp-content/uploads/sites/107/2024/12/Relatorio-final-Pesquisa-dos-dados-do-monitoramento-das-entidades-de-apoio-e-acolhimento-atuantes-em-alcool-e-drogas-digital.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2026.

^{iv} SANFINS, Marco Aurélio. Anuário Brasileiro de Monitoramento de Entidades de Acolhimento. Niterói – RJ: Conted Tech, 2025.

^v UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Facing addiction in America: The Surgeon General’s report on alcohol, drugs, and health. Washington, DC, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424849/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

^{vi} SINHA, R. New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(5):398-405. doi:10.1007/s11920-011-0224-0.

^{vii} MYERS, B.; DA SILVA, N.; MCLAUGHLIN, S.; PURNOMO, J.; SHUMSKAYA, D.; KOUME, K.; SUHARTONO, S.; CAMPELLO, G.; BUSSE, A. The relationship between patient-centred care for substance use disorders and patient outcomes: A scoping review. *Int J Drug Policy.* 2025 May;139:104770. doi: 10.1016/j.drugpo.2025.104770. Epub 2025 Mar 13. PMID: 40086194.

^{viii} MARCHAND, K.; BEAUMONT, S.; WESTFALL, J. et al. Conceptualizando o cuidado centrado no paciente para o tratamento do transtorno por uso de substâncias: resultados de uma revisão sistemática de escopo. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 14

, 37 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>. Acesso em: 02 fev. 2026.

^{ix} BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/816102/lei_antidrogas_1ed.pdf. Acesso em: 2 fev. 2026.

^x BIRRELL, L.; PRIOR, K.; VESCOVI, J.; SUNDERLAND, M.; SLADE, T.; CHAPMAN, C. Treatment rates and delays for mental and substance use disorders: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2025 Feb 14;34:e8. doi: 10.1017/S2045796025000034. PMID: 39949085; PMCID: PMC11886968.

^{xi} BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 2 fev. 2026.

^{xii} KOENIG, HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012 Dec 16;2012:278730. doi: 10.5402/2012/278730. PMID: 23762764; PMCID: PMC3671693.

^{xiii} LAUDET, AB.; MORGEN, K.; WHITE, WL. The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcohol Treat Q*. 2006;24(1-2):33-73. doi:10.1300/J020v24n01_04. PMID: 16892161; PMCID: PMC1526775.

^{xiv} MILLER, WR.; THORESEN, CE. Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *Am Psychol*. 2003 Jan;58(1):24-35. doi: 10.1037/0003-066x.58.1.24. PMID: 12674816.

^{xv} LAPPAN, SN.; BROWN, AW.; HENDRICKS, PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2020 Feb;115(2):201-217. doi: 10.1111/add.14793. Epub 2019 Nov 6. PMID: 31454123.

^{xvi} CARROLL, KM.; ONKEN, LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005 Aug;162(8):1452-60. doi: 10.1176/appi.ajp.162.8.1452. PMID: 16055766; PMCID: PMC3633201.

^{xvii} BANDURA, A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1977.

^{xviii} YALOM, I. D.; LESZCZ, M. The theory and practice of group psychotherapy. 5. ed.

New York: Basic Books, 2005.

^{xix} ORFORD, J. et al. Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members. London: Routledge, 2013.

^{xx} LIDDLE, H. A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use. *Research on Social Work Practice*, v. 14, n. 2, 2004.

^{xxii} KELLY, JF.; HUMPHREYS, K.; FERRI, M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Mar 11;3(3):CD012880. doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2. PMID: 32159228; PMCID: PMC7065341.

^{xxiii} HUMPHREYS, K. *Circles of recovery: Self-help organizations for addictions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

^{xxiv} WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143185/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

^{xxv} REGIER, DA.; FARMER, ME.; ERA, DS.; LOCKE, BZ.; KEITH, SJ.; JUDD, LL.; GOODWIN, FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990 Nov 21;264(19):2511-8. PMID: 2232018.

^{xxvi} KELLY, TM.; DALEY, DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health*. 2013;28(3-4):388-406. doi:10.1080/19371918.2013.774673.

^{xxvii} KELLY, TM.; DALEY, DC. Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders. *Soc Work Public Health*. 2013;28(3-4):388-406. doi: 10.1080/19371918.2013.774673. PMID: 23731427; PMCID: PMC3753025.

^{xxviii} RUSH, B.; URBANOSKI, K.; BASSANI, D.; CASTEL, S.; WILD, TC.; STRIKE, C.; KIMBERLEY, D.; SOMERS, J. Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population. *Can J Psychiatry*. 2008 Dec;53(12):800-9. doi: 10.1177/070674370805301206. PMID: 19087478.

^{xxix} SUBSTANCE USE DISORDER TREATMENT FOR PEOPLE WITH CO-OCCURRING DISORDERS. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 42. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571021/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

^{xxx} MCKAY, JR. Continuing care in the treatment of addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2006 Oct;8(5):355-62. doi: 10.1007/s11920-006-0036-9. PMID: 16968615.

^{xxxi} DENNIS, M.; SCOTT, CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract.* 2007 Dec;4(1):45-55. doi: 10.1151/ascp074145. PMID: 18292710; PMCID: PMC2797101.

^{xxxii} HILLBOM, M.; PIENINKEROINEN, I.; LEONE, M. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs.* 2003;17(14):1013-30. doi: 10.2165/00023210-200317140-00002. PMID: 14594442.

^{xxxiii} GROVER, S.; GHOSH, A. Delirium Tremens: Assessment and Management. *J Clin Exp Hepatol.* 2018;8(4):460-470. doi:10.1016/j.jceh.2018.04.012.

^{xxxiv} GRANT, BF.; GOLDSTEIN, RB.; SAHA, T, et al: Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry* 72 (8):757-766, 2015. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.

^{xxxv} MAYO-SMITH, MF.; BEECHER, LH.; FISCHER, TL.; GORELICK, DA.; GUILLAUME, JL.; HILL, A.; JARA, G.; KASSER, C.; MELBOURNE, J. Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med.* 2004 Jul 12;164(13):1405-12. doi: 10.1001/archinte.164.13.1405. Erratum in: *Arch Intern Med.* 2004 Oct 11;164(18):2068. Dosage error in article text. PMID: 15249349.

^{xxxvi} KOSTEN, TR.; O'CONNOR, PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med.* 2003 May 1;348(18):1786-95. doi: 10.1056/NEJMr020617. PMID: 12724485.

^{xxxvii} NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE (UK). Alcohol Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2010. PMID: 22876380.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas reúne dados para subsidiar ações do Governo Federal. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Relatório de Informações Penitenciárias – RELIPEN – 2º semestre de 2024. Brasília: SENAPPEN, 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD). Perfil das pessoas acolhidas nas Comunidades Terapêuticas contratadas pelo MDS. Brasília: MDS, 2024.

DE LEON, George. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. 1. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003. ISBN 978-85-150-2808-5.

DIEHL, A.; BOSSO, R.; PILLON, S. (Orgs.). Mulheres e dependência química: a importância do olhar para o gênero nos transtornos por uso de substâncias. Curitiba: CRV, 2022.

DIEHL, A.; PILLON, S. C. (Orgs.). Maconha: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2021.

FIOCRUZ. Adultos jovens são os principais usuários de crack. Agência Fiocruz de Notícias, 10 nov. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. Rio de Janeiro, 2019.

INPAD – Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Levantamento da Cena Urbana de Crack e Álcool (LECUCA): relatório final 2022. São Paulo: UNIFESP, 2022.

INPAD – Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD): consumo de cocaína e crack. São Paulo: UNIFESP, [s.d.].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2022: população e domicílios – resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

JOSÉ, Gesilane de Oliveira Maciel (Coord.) et al. Relatório técnico-científico sobre acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade pelo uso de substâncias psicoativas. Brasília, DF: MDS/DEPAD, 2025.

LARANJEIRA, R. (Org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Tradução de Daisy B. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MOTA, Gedalias. Pela parte que me toca: se reconhecendo na recuperação de um dependente químico. Brasília, 2025.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). Bethesda, MD: NIDA, 2018.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANFINS, Marco Aurélio. Anuário Brasileiro de Monitoramento de Entidades de Acolhimento. Niterói – RJ: Conted Tech, 2025.

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Estudo traça perfil de usuários e estima que Cracolândia movimentava R\$10 milhões por mês. Universidade Federal de São Paulo, 2017.

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). UNIFESP, São Paulo, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Pesquisa dos dados do monitoramento das entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e outras drogas contratadas pelo governo federal. Belo Horizonte: UFMG; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2024.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024. Vienna: United Nations Publications, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization; United Nations Office on Drugs and Crime, 2020. ISBN 978-92-4-000219-7.

ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.



**MINISTÉRIO DO
DESENVOLVIMENTO
E ASSISTÊNCIA SOCIAL,
FAMÍLIA E COMBATE À FOME**

