



POLÍTICA SOBRE DROGAS E NEOLIBERALISMO: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DEBATE NO SERVIÇO SOCIAL

Politics of drugs and neoliberalism: therapeutic communities and debate on social work

Índira Aragão*

Lucia Cristina dos Santos Rosa**

RESUMO

Tem-se o objetivo de efetivar uma análise sobre como as medidas neoliberais adotadas pelo Estado brasileiro se fazem presentes na Política Nacional Sobre Drogas, como incidem diretamente no cuidado com o público alvo da política e no debate do Serviço Social nesse contexto. Baseada em pesquisa bibliográfica, processa-se um recorte da discussão sobre a inserção das comunidades terapêuticas nesse cenário e sobre a transferência de recursos do fundo público para tais instituições. Esse direcionamento impacta a cidadania, reorientada para o consumidor, fortalece a lógica do Terceiro Setor e a desresponsabilização do Estado na execução direta das ações em torno da pessoa com uso abusivo de substância psicoativa.

PALAVRAS-CHAVE

Neoliberalismo; Política sobre Drogas; Comunidades Terapêuticas; Serviço Social.

ABSTRACT

The objective is to carry out an analysis on how the neoliberal measures adopted by the Brazilian State are present in the National Policy of Drugs, as they directly affect the care of the target public of the policy and the debate of Social Work in this context. Based on a bibliographical research, a discussion is made about the insertion of therapeutic communities in this scenario and the transfer of resources from the public fund to such institutions. Such direction impacts citizenship, reoriented to the consumer, strengthens the logic of the Third Sector and the State's lack of responsibility in the direct execution of actions around the person with abusive use of psychoactive substance.

KEYWORDS

Neoliberalism; Policy on Drugs; Therapeutic Communities; Social Work.

Submetido em: 31/3/2019.

Aceito em: 16/9/2019.

* Assistente Social. Mestranda em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. (UFPI, Teresina, Brasil). Campus Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP: 64049-550. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0002-1977-0860>>. E-mail: <indira_aragao@hotmail.com>.

** Assistente Social. Doutora em Sociologia e em Serviço Social. Pós doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí. (UFPI, Teresina, Brasil). Campus Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina, Piauí, CEP: 64049-550. ORC ID: <<https://orcid.org/0000-0003-2612-2981>>. E-mail: <luciacsrosa@gmail.com>.

DOI 10.22422/temporalis.2019v19n37p222-238



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2019 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

INTRODUÇÃO

As transformações societárias no mundo Ocidental, orquestradas sob a hegemonia do grande capital, em resposta à crise estrutural contemporânea, têm agravado as desigualdades sociais com o crescente desmonte e a precarização de políticas sociais posteriores à Segunda Guerra Mundial, orientadas sob o signo do *Welfare State*. Inscrito no modo de produção capitalista, o Estado tendeu, a partir dos anos 1930, à assunção e à expansão de um sistema de proteção social, por um lado, para assegurar a garantia de propriedade privada e a acumulação e, por outro, garantir concessões às classes subalternizadas, objetivando assegurar legitimidade e, ao mesmo tempo, as condições de reprodução social dos trabalhadores. Dessa forma, assegurou as condições de regulação da sociedade capitalista, sob o entendimento da força de trabalho como parte da riqueza das nações.

Ao alimentar a contradição, na visão de Faleiros (2009), seriam as Políticas Sociais as responsáveis por permitir uma gestão, ainda que conflitiva, entre a força de trabalho e o capital, para que nesse contexto a classe trabalhadora se reproduza, sem, contudo, causar prejuízos ao capital. Porém, no contexto atual do capitalismo, de reestruturação produtiva, de desemprego estrutural, de perda do poder dos sindicatos e de crescente descarte de parte significativa da força de trabalho, acompanhado de financeirização da economia, imersão em uma crise estrutural e um Estado capturado pelo ideário neoliberal, vivencia-se, atualmente no Brasil, a adoção de medidas contrarreformistas, que têm desinvestido em gasto social. esse fato tem impactado diretamente na organização e na execução das Políticas Sociais, refletindo um cenário de retrocessos que afetam os direitos sociais, apesar de ainda previstos no que foi consignado como conquista democrática e constitucionalmente.

Nesse contexto, analisa-se como as medidas neoliberais têm sido incorporadas na Política Nacional sobre Drogas e como a sua execução tem sido transferida à sociedade civil, especialmente ao terceiro setor. São implementadas ações públicas na lógica do mercado, através de um *mix* público e privado, o qual fomenta a cidadania do consumidor e obsta a participação social, sob a égide do controle social, arduamente conquistada na Constituição de 1988. Destaca-se, nesse contexto, de maneira especial, a inserção das Comunidades Terapêuticas, como mais uma estratégia de desresponsabilização estatal na execução da política e de repasse de recursos de fundo público ao capital privado, com efeitos não apenas econômicos, mas também políticos, ideológicos e simbólicos, para a sociedade e para a cidadania. E ainda, como tem se apresentado o debate no âmbito do Serviço Social a partir de texto de órgãos da categoria e de diferentes autores da profissão.

CAPITAL EM CRISE, INTERVENÇÃO ESTATAL E “SOCORRO” AO FUNDO PÚBLICO.

A crise, que nada mais é do que o resultado do desenvolvimento das contradições inerentes ao próprio modo de produção capitalista, advém justamente da contradição entre a produção e as condições de realização da vida material. Tais crises são intrínsecas ao funcionamento da economia capitalista e acontecem de forma sistêmica, trazendo à tona as contradições constitutivas do modo de produção vigente (NETTO, 2012). Historicamente, no seu contexto, são criadas soluções bruscas e momentâneas que afetam, especialmente, a classe trabalhadora. A intensificação e a reestruturação das forças produtivas, com a substituição de trabalhadores por modernas tecnologias, associada à

flexibilização da jornada de trabalho e conseqüente precarização de suas condições, remetem muitos à informalidade e ao crescente número de pessoas desempregadas, ampliando o exército de reserva.

Behring (2010) avalia que, nos últimos quarenta anos, o capitalismo tem mergulhado numa dinâmica de recuperações breves, sempre comemoradas, mas em meio a uma tendência contínua de baixo crescimento, tendo em vista que boa parte da população mundial encontra-se desempregada e desmonetizada, sem capacidade de reproduzir-se materialmente. Outro aspecto importante a ser ressaltado, no contexto da sociedade capitalista, como a autora destaca, é que se vivenciam hoje a interdependência e o entrelaçamento entre capitais bem maiores, principalmente entre os bancos centrais dos EUA, da Europa e da Ásia.

Diante dessa interrelação das economias e do contexto de crise do grande capital, é possível perceber que o Brasil não se encontra de nenhuma maneira imune a tal circunstância. Conforme aponta Francisco Teixeira (2016), o Brasil tem se voltado cada vez mais ao mercado externo como produtor de bens primários e semimanufaturados. Reflexo disso, a economia brasileira é a maior exportadora mundial de oito *commodities* agrícolas, perdendo, assim, o controle sobre preços de suas mercadorias exportadas, ficando à mercê das bolsas de mercadorias ou da lei da procura e da oferta no plano internacional. Desse modo, há a desindustrialização e a desnacionalização da economia e a sua conseqüente dependência de decisões de investimentos tomadas fora de suas fronteiras domésticas. O Estado é obrigado a concentrar esforços para promover a exportação.

Engendra-se, portanto, uma sociedade de capital global, na qual a crise se generaliza e se torna contínua. Forja-se a ideia de que a crise é comum e afeta a todos igualmente, mas seus reflexos são distribuídos desigualmente entre as diferentes classes sociais (MOTA, 1995), havendo, inclusive, setores que lucram com ela. E sob a justificativa de economia em crise, as reformas neoliberais se adensam e penetram nas entranhas de um Estado já capturado pelos interesses capitalistas. Estado que agora será chamado a desenvolver mais estratégias para *enxugar* os gastos com políticas sociais e a investir recursos na regulação econômica e acumulação capitalista.

Como analisa Francisco de Oliveira (1998), há o crescente deslocamento da luta de classes da relação capital *versus* trabalho para a órbita do Estado, em torno das políticas sociais e orçamento público, disputado por diferentes setores. Tal fato atinge a dimensão redistributiva das políticas sociais, e os bens e serviços vinculados à proteção social funcionam como antimercearias sociais, “direitos do antivalor”, afirmando ser impensável a formação do sistema capitalista sem o emprego de recursos públicos. Logo, intensifica-se a luta em torno do fundo público, forjando-se uma cidadania do consumidor (MOTA, 1995), acompanhada do risco de desregulamentação do Estado, com a indistinção entre as dimensões públicas e privadas do viver e os significativos comprometimentos na implementação das políticas sociais universalizantes.

Em contraposição aos avanços consignados pela Constituição Federal de 1988, em termos de cidadania plena e construção da Seguridade Social brasileira, ao longo dos anos 1990, o Brasil foi tomado por reformas orientadas para o mercado, reformando-se assim também o próprio Estado. Ganham ênfase as privatizações e as alterações substanciais na

Previdência Social. Desse modo, ao ser visualizado do ponto de vista da reforma democrática vislumbrada pela Constituição de 1988, é possível falar de uma contrarreforma em curso. Reforma cujo centro foi na verdade um ajuste fiscal, pois se argumentava que o problema estaria no Estado, considerado ineficiente, “muito grande e gastador” e por isso seria necessário reformá-lo, corrigindo distorções e reduzindo custos, principalmente relacionados à política social (BEHRING; BOSCHETTI, 2010).

Nesse sentido, para Netto (2012), o crescimento da dimensão/ação repressiva do Estado burguês conjuga-se em outra dimensão, coesiva e legitimadora através do novo assistencialismo ou nova filantropia, que conjuga várias iniciativas – estatais, privadas e estatal/privadas –, mediante as chamadas “parcerias público privado”.

Em 1995, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho Estatal, apresentado no Governo de Fernando Henrique Cardoso, pelo então ministro de Administração Federal e Reforma do Estado, Luiz Carlos Bresser, trouxe como principal estratégia a administração pública gerencial. Sob a justificativa de uma administração com bases modernas e racionais, o modelo gerencialista critica a universalização do acesso e do usufruto de direitos, voltando-se para uma administração de eficiência, incentivando privatizações, e tornando o cidadão um “cliente privilegiado” dos serviços prestados pelo Estado (BRASIL, 1995). Ou seja, sob a égide da privatização e da terceirização, são postas às políticas sociais as mesmas regras do mercado, com o imperativo de ideias e instrumentos do setor privado (MOURÃO *et al*, 2006) que invadem a esfera pública, ferindo a lógica da cidadania.

Outro aspecto importante nessa “reforma” foi o Programa de Publicização que se expressou na criação de agências executivas e das organizações sociais, e especialmente na regulamentação do terceiro setor como agente executor das políticas sociais. Foram instituídos termos de parcerias com Organizações Não Governamentais – ONGs e Instituições Filantrópicas para implementação dessas políticas. No entanto, essa medida impactou negativamente na implementação de políticas públicas, acarretando não apenas uma forte tendência de desresponsabilização pela política social por parte do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2010), mas também o redirecionamento da cidadania na perspectiva da cidadania do consumidor, com tendência de limitação da participação dos usuários, via controle social.

Dessa forma, além da realocação de recursos para um outro ente, que operará com direitos até então devidos e executados pelo Estado, os efeitos políticos, simbólicos e, conseqüentemente, ideológicos impostos pelos valores do terceiro setor, orientados pela solidariedade, autoajuda e ajuda mútua (MONTAÑO, 2002), transformam direitos em ajuda, o que se torna funcional à lógica atual do capital, desmobilizando a luta social pela apropriação e politização do fundo público.

Além disso, o Estado enquanto responsável pela regulação da economia, e participando ativamente das estratégias que buscam contornar as conseqüências da crise, tem utilizado como principal manobra de intervenção, o socorro ao fundo público. Este, que deveria inicialmente ser utilizado para a implementação de políticas sociais e o retorno aos trabalhadores da riqueza socialmente produzida, passa a ser uma ferramenta de injeção e suporte de reprodução do capital, que historicamente tem se beneficiado com anistia fiscal, renúncia fiscal e até sonegação.

O fundo público, que se configura a partir de uma punção compulsória – na forma de impostos, contribuições e taxas – de mais valia socialmente produzida, é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções. Ele atua na reprodução do capital, retornando para seus segmentos, sobretudo nos momentos de crise, e na reprodução da força de trabalho, a exemplo da implementação de políticas sociais. Porém, com o crescimento e as funções cada vez mais centrais do fundo público no suporte ao capitalismo contemporâneo, vê-se o acirramento do conflito, no qual são socializados com todos (inclusive classe trabalhadora) os custos cada vez mais elevados do capitalismo em sua fase madura (BEHRING, 2010).

Como sintetiza Behring (2010), no contexto da economia capitalista brasileira, o fundo público passou a constituir-se como um elemento inerente ao fluxo do capital; sendo algo de extrema importância para sua produção e reprodução. E, ao mesmo tempo em que atua em momentos de crise – causados pela própria lógica capitalista, com suas contradições e consequências – parece propenso, nas últimas décadas, a privilegiar os interesses capitalistas, com o investimento em empresas e cortes no orçamento da proteção social (SALVADOR, 2010). São assim intensificadas as desigualdades sociais, pela crescente desproteção, que remete as necessidades sociais à lógica do mercado e da benemerência.

Os custos sociais da crise são, então, socializados com a própria classe trabalhadora, uma vez que essa é chamada a contribuir, tanto por meio dos tributos, como também, sofrendo diretamente com os “ajustes” neoliberais, que aparecem na forma de ataques massivos aos direitos conquistados historicamente. A exemplo disso, vê-se a flexibilização das relações de trabalho sob o argumento de ampliação do número de empregos, os quais acontecem através de relações precárias e de informalidade, via trabalho temporário. Tais relações são regulamentadas exatamente nessa conjuntura que se alarga inclusive para a aceitação do trabalho escravo, com crescente degradação das condições subjetivas dos trabalhadores em geral.

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS E O FINANCIAMENTO E PRIVILEGIAMENTO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As crescentes discussões e os movimentos sociais, que buscavam uma releitura não apenas para a temática do consumo abusivo de drogas, mas também para que as ações direcionadas à questão estivessem pautadas na atuação dos profissionais de saúde e na busca pela minimização dos danos provenientes do consumo nocivo, tiveram um expressivo incremento no Brasil, a partir dos anos 1980. Esse esforço culmina no desenvolvimento da perspectiva de reforma orientada pela Redução de Danos. Tal paradigma tem nos direitos humanos sua base fundante e recupera a complexidade da experiência com a substância psicoativa – spa, norteadada pela cidadania e construção dos rumos da intervenção com o próprio usuário.

[...] estimula os indivíduos com comportamento excessivo ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. A abstinência como meta final reduz muito ou elimina totalmente o risco de danos associados ao uso excessivo de drogas ou a partir de sexo inseguro. Nesse sentido, a abstinência é incluída como um ponto final ao longo de um *continuum*, que varia de consequências excessivamente prejudiciais a consequências menos prejudiciais (MARLATT, 1999, p. 47).

A redução de danos coexiste no País, a partir de meados dos anos 2000, de maneira tensa, com o paradigma proibicionista hegemônico, que historicamente fundamentou as ações nesse campo, a qual pauta-se na militarização da questão, a qual se organiza primordialmente em torno da Segurança Pública, baseando, inclusive, concepções norteadoras de políticas e ações assistenciais.

Nesse contexto, a segregação e a criminalização de usuários/dependentes foram sendo cada vez mais consideradas uma ação estatal retrógrada e desumana, visto que seria responsabilidade do Estado, em vez de puni-los com a prisão, disponibilizar-lhes cuidado integral. A perspectiva de redução de danos tem se configurado, assim, como algo positivo que influenciou o Brasil em importantes mudanças na legislação sobre o tema (FIORE, 2012).

A redução de danos se traduz numa proposta alternativa associada ao conceito de prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas, pressupondo respeitar as diferenças, garantir direitos de cidadania e educação, o que assegura ao indivíduo a autonomia. Ou seja, caracteriza-se como uma alternativa para aquelas pessoas que não querem, não podem ou não se encontram em condições de abster-se do consumo de spa imediatamente, devido às peculiaridades de cada indivíduo ou de seu contexto de vida (VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2009).

Na perspectiva de redução de danos, deve ser levada em consideração a capacidade do indivíduo de lidar com a spa e com seus efeitos. Isso deve ser o responsável por tomar decisões no que se refere a parar ou não com o uso da droga, e quando fazê-lo, munido de todas as informações sobre todas as possíveis consequências, tornando-se assim sujeito na tomada de decisões, corresponsável no processo de cuidado.

Desse modo, em maio de 2005, ao ser aprovada a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD de 23 de maio, definem-se os objetivos e as diretrizes para a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de usuários de drogas, bem como para a redução de danos sociais à saúde e a redução da oferta de drogas. No ano seguinte, em 2006, é aprovada a Lei nº 11.343, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), a qual prescreve medidas para prevenção do uso “indevido”, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a vigente Política sobre Drogas.

Ao ser elaborada, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD, 2011) prevê nas suas propostas a articulação e a integração direta entre diferentes políticas, permitindo assim “olhares sob diversas perspectivas”; fundamentando-se no princípio de responsabilidade compartilhada entre os diversos segmentos do governo e da sociedade.

No estabelecimento das competências dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD, atribui-se ao Ministério da Saúde a responsabilidade de disciplinar a política de atenção aos usuários de spa, bem como aos seus familiares, junto à rede do Sistema Único de Saúde – SUS; de disciplinar as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais e à saúde; bem como de disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso ou sejam dependentes de spa e aos seus familiares (BRASIL, 2011).

Desse modo, é possível identificar que a legislação prevê em suas pautas a responsabilidade pela atenção aos usuários de substâncias psicoativas tanto no âmbito público, através de iniciativas estatais, como também no âmbito privado, cabendo ao SUS o disciplinamento das ações que se referem à questão.

Imediatamente, o SISNAD prevê novamente, em seu artigo 19, que, nas atividades de prevenção do uso abusivo de drogas, haja o compartilhamento de responsabilidades e colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias.

Essas parcerias, em muitos casos, recebem incentivos financeiros do próprio Estado, com precário sistema de monitoramento e muito poder de influência na direção da assistência, em um contexto de risco de violação de direitos humanos. E, assim, ao mesmo tempo em que o Estado traz para si a responsabilidade no estabelecimento tanto de diretrizes, de objetivos, como também no custeio do cuidado aos usuários de drogas, abre o precedente para que esse cuidado seja executado por instituições particulares, com interesses particulares e objetivos orientados nem sempre para a cidadania ou o bem público. Em todos os sentidos, os resultados têm uma apropriação privada, inclusive no plano simbólico, que pode levar ao sentimento de gratidão pelo receptor de serviços e seu oferecimento como dádiva.

As organizações não governamentais (ONGs) possuem um papel ambíguo no processo de gestão social. Ao mesmo tempo em que funcionam financiadas por recursos públicos, adotam critérios particularistas¹ de atendimento, no qual as seleções para os beneficiários dessa assistência são definidos por cada entidade, estabelecendo procedimentos excludentes, que ferem os princípios do serviço público. Tais instituições são incorporadas pela gestão pública como parceiras governamentais na prestação de serviços, justificado pelo discurso de publicização do privado (FALEIROS, 2009).

Nesse cenário, as Comunidades Terapêuticas, que surgiram no Brasil por volta dos anos 1970, ganharam visibilidade e cresceram em números exponenciais. Paradoxalmente, conformam-se como instituições híbridas, um *mix* entre instituição de assistência e de saúde, o que, no geral, redundando em participação orçamentária em várias pastas ministeriais e secretarias de diferentes instâncias, tanto a nível municipal, quanto estadual e federal. Essa identidade híbrida, também tem dificultado a ação fiscalizatória de suas ações.

Tais instituições que oferecem um tratamento baseado na abstinência, como pré-condição para o acesso à assistência, funcionam em sua maioria em espaços físicos localizados distante dos centros urbanos, e a internação ocorre geralmente por um período de 6 a 12 meses. Parte significativa dessas instituições tem número reduzido ou até inexistente de profissionais de saúde e, em maioria, infraestrutura de qualidade duvidosa. Possuem ainda como principais instrumentos terapêuticos a convivência entre pares, orientação

¹ Ao tratar de critérios particularistas, faz-se referência aos critérios de acesso aos serviços definidos pelas próprias instituições, sem a participação popular ou dos órgãos governamentais que repassam os recursos, como no processo de construção das políticas públicas.

religiosa/espiritual, atividades ocupacionais (laborterapia) e a utilização da metodologia dos Doze Passos² (ARAGÃO; PRADO, 2015).

Mais recentemente, em 2015, após forte articulação das federações representantes do segmento de comunidades terapêuticas, o Conselho Nacional sobre Drogas publicou a Resolução 01, que trata do Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas, inseridas no âmbito do SISNAD. Posteriormente, em agosto de 2016, após ação do Ministério Público Federal, a Justiça Federal determinou, em caráter liminar, a suspensão da resolução³, depois de considerar que a norma permite a existência de entidades de acolhimento que não são enquadradas como equipamentos de saúde e que, portanto, não cumprem requisitos de funcionamento adequados exigidos pelo Ministério da Saúde. Mais adiante, em outubro de 2016, foi expedida a portaria nº 1.482 (BRASIL, 2016), a qual inclui as comunidades terapêuticas na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Atualmente, a principal norma utilizada para fiscalização do funcionamento dessas instituições é a Resolução da Anvisa, RDC nº 29, de junho de 2011, que “[...] dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2011).

A Resolução estabelece no parágrafo único, do art. 1º que o principal instrumento terapêutico a ser utilizado é a “convivência entre pares”. O art. 5º define que as instituições deverão “manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado”, exigências que convocam maior fiscalização do poder público, pelo crescente acionamento da figura do voluntariado para implementar ações nas comunidades terapêuticas, o que contribui para desprofissionalizar sua intervenção. Observa-se que não há definição do número de profissionais técnicos, havendo um tratamento legislativo diferenciado para a organização de tais instituições, bem como remuneração de seus serviços, majorados em relação aos Centros de Atenção Psicossocial, voltados para o mesmo público. Contudo, elas passam a integrar a Rede de Atenção Psicossocial, no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012).

Assim, na contramão do processo democrático, o qual estabeleceu os direitos de acesso aos cuidados de saúde⁴ do SUS⁵, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD –

² O programa de Doze Passos foi criado nos EUA em 1935. Feito inicialmente para o tratamento do alcoolismo e mais tarde estendido para praticamente todos os tipos de dependência química e/ou compulsões. É estratégia central dos grupos de mútua-ajuda em seus tratamentos, sendo mais conhecidos os Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, e tem como base a questão religiosa, ao considerar Deus como poder superior capaz de promover o tratamento.

³ Notícia publicada do site do Ministério Público Federal (MPF), em 12/08/2016, destacando que as comunidades terapêuticas não cumprem exigências de funcionamento do Ministério da Saúde e a falta de fiscalização propicia violações de direitos humanos (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2016).

⁴ Partimos do entendimento de que o uso nocivo de drogas deve ser compreendido em seu contexto biopsicossocial, e ser considerado como uma questão de saúde, tendo em vista também seus determinantes econômicos e sociais.

⁵ Conforme a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a saúde é direito fundamental de todos brasileiros, sendo o Estado o responsável pela promoção das condições para seu pleno exercício e pela formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

realiza o custeio de internação aos usuários em comunidades terapêuticas, com o pagamento de R\$ 1 mil, mensais, pelos serviços de acolhimento de adultos e R\$ 1,5 mil, por mês, para crianças, adolescentes e mães em fase de amamentação, com recursos provenientes do Fundo Nacional Antidrogas (BRASIL, 2018).

Para Brites (2017a), a transferência de recursos do Fundo Público para essas entidades privadas fere a laicidade das Políticas Públicas, pois normatiza instituições de cunho religioso dentro do sistema, e ainda retroage na concepção de atenção à saúde preconizada pelo SUS, distorcendo parâmetros relativos à composição das equipes especializadas, exigências legais de prestação dos serviços e elaboração dos projetos terapêuticos singulares. Registra-se ainda a tendência dessas instituições sobrecarregarem as equipes profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, sobretudo com avaliação médica e dispensação de psicotrópicos, demandando ações ambulatoriais, o que desconfigura a identidade de tais serviços.

A assistência privada, prestada por sociedades beneficentes, não raro confessionais e voluntárias, que recebem subsídios dos governos, distribuem os recursos (arbitrários e variáveis) a cada ano e conseguem angariá-los com *lobbies*, coletas públicas, doações, trabalhos voluntários (FALEIROS, 2009) e atualmente com emendas parlamentares. Nesses termos, o crivo técnico fica cada vez mais subordinado ao político.

Diante desse panorama, vê-se a transferência de recursos do fundo público, para custear instituições de caráter privado, que têm se legitimado como fortes responsáveis pelo cuidado ofertado aos usuários de substâncias psicoativas. Em contrapartida, percebe-se também que tal recurso, o qual poderia ser alocado para o equipamento dos dispositivos preconizados pela Política de Saúde Mental, se torna ausente nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que sofre com o sucateamento das estruturas físicas, carência de profissionais, dentre outros aspectos que refletem diretamente na qualidade do atendimento prestado à população.

Quando as comunidades terapêuticas são chamadas a assumir parcela significativa do cuidado ofertado aos usuários de drogas, e o Estado assume a responsabilidade apenas através da transferência de recursos, sucateando suas próprias estruturas, e é identificada a partir de então a crescente procura por esse tipo de serviço privado, vislumbra-se aquilo que Francisco de Oliveira (1999) vai chamar de “desnecessidade do público”.

Além disso, ao ser priorizado o estabelecimento de contratos/parcerias com comunidades terapêuticas, em detrimento do suporte financeiro que deveria ser ofertado aos serviços do SUS, fica suprimido o aspecto da Redução de Danos, colocado como primordial na execução da própria Política Nacional sobre Drogas, uma vez que as comunidades terapêuticas possuem como principal característica norteadora de sua modalidade de tratamento a precondição da abstinência, em desrespeito ao percurso e possibilidades do consumidor.

Ao discutir as contrarreformas do governo de Temer na Política de Saúde, Maria Inês Bravo, Elaine Pelaez e Wladimir Pinheiro (2018) apontam que nesse governo foram intensificadas ações para a restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, visando resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país,

intensificando sua dependência do capital internacional, e, novamente, o peso da crise da acumulação é transferido aos trabalhadores. Nessa direção, tem-se o comprometimento de seus direitos através de propostas de contrarreformas (Trabalhista, Previdência Social, Terceirização Irrestrita, Novo Regime Fiscal), que congela por vinte anos os gastos públicos, sintetizadas na proposta de Emenda Constitucional 241 ou 55 e Emenda 95/2016, que propõe medidas de austeridade, as quais afetam duramente as classes subalternas.

Como analisam Deborah Malta *et al.*, (2008), “As medidas de austeridade atualmente implementadas no Brasil poderão afetar significativamente a oferta de ações e serviços do SUS, contribuindo para a deterioração da saúde da população [...]” (MALTA *et al.*, 2008, p.3120), o que piora a saúde da criança e a saúde mental.

Com relação à Política de Saúde Mental, têm sido propostas alterações avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o atual Governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem que pesquisadores e representantes do controle social tivessem direito à fala e sem consulta à sociedade (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 16).

Fica evidente a gravidade das circunstâncias que permeiam as mudanças impostas pela gestão do governo atual na busca da restauração conservadora do projeto político neoliberal, tanto no que se refere à Política de Saúde, e aqui retratada, a Política de Saúde Mental, quanto também à Política Nacional sobre Drogas e o SUS, que tem o princípio da universalidade colocado sob suspensão.

No governo de Jair Bolsonaro, novamente na contramão das propostas de Reforma Psiquiátrica, foi emitida pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a Nota Técnica 11/2019, intitulada de “Nova Saúde Mental”, a qual apresenta, dentre outras questões que descontroem os ganhos da reforma, o incentivo aos hospitais psiquiátricos, atendimento ambulatorial às demandas psiquiátricas, e reforço às comunidades terapêuticas.

Segundo tal documento, não é mais incentivado o fechamento de hospitais psiquiátricos, e sim a sua inclusão na RAPS. Esses hospitais deveriam ser então modernizados, para seguir os protocolos de padrões vigentes, pois possuem grande importância na retaguarda dos atendimentos. Outra novidade apresentada pela Nota Técnica seria a criação de Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental ou Unidades Ambulatoriais Especializadas, no qual o atendimento ambulatorial passa a ser incentivado, sob a justificativa de novos pontos de atenção, inclusive com a criação de equipes especializadas (BRASIL, 2019).

No que se refere às Comunidades Terapêuticas, a Nota Técnica corrobora com a inserção destas na RAPS, e apresenta ainda a criação de um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, com a finalidade de estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços. Além disso, define que, a partir de 2019, a Política Nacional sobre Drogas, passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania.

Após a manifestação e a crítica de diversos segmentos de profissões, de trabalhadores e de usuários dos dispositivos da RAPS, a referida Nota Técnica foi retirada do site do Ministério da Saúde sem qualquer manifestação por parte do governo quanto ao real significado desse ato. E no final das contas, quem está pagando o preço são os usuários, sobretudo pobres e negros, principais usuários do SUS, que, além de não terem garantidas integralmente suas necessidades sociais e de saúde, deparam-se com a indefinição de ações e de referência na execução da política de atenção.

Ademais, são instados a se comportar como meros consumidores passivos da assistência, sem protagonismo, haja vista o espectro da internação forçada, o que tolhe a plenitude de sua interlocução com o Estado, que deveria estar a seu serviço. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas, no afã de ocupar as lacunas deixadas pelo Estado, mostram-se funcionais à fase atual do capitalismo, despolitizando as discussões sobre o fundo público e da cidadania, associada cada vez mais à repressão e ao favor, subtraindo o que a cidadania tem de mais potente, a possibilidade de redistribuir renda e ampliar direitos.

SERVIÇO SOCIAL E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Diante da crescente inserção das comunidades terapêuticas no cenário atual de cuidados aos usuários de substâncias psicoativas e repasse de recursos e responsabilidades do Estado para tais instituições, o Conselho Federal de Serviço Social, no ano de 2014, emitiu Nota Técnica com algumas considerações quanto à minuta do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, que tinha como objetivo a regulamentação das comunidades terapêuticas.

Nesse documento, o CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS) (2014) manifesta posição contrária à regulamentação de comunidades terapêuticas e defende que o cuidado de pessoas que consomem spa deve ocorrer no âmbito do SUS, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS – AD), dos hospitais gerais e dos consultórios na rua, evidenciando o compromisso com os princípios éticos do Projeto Ético Político da profissão e o projeto de Reforma Sanitária.

O texto do CFESS (2014) contrapõe-se também à utilização da abstinência como principal forma de tratamento e à natureza confessional presente na maioria dessas instituições, as quais recebem financiamento e fazem uso desse recurso fruto do fundo público de um Estado, que deve possuir caráter laico em todos seus serviços e dimensões.

Uma vez que a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990), a qual regulamenta a política de saúde no Brasil e dispõe sobre as condições para proteção, promoção e recuperação de saúde, e ainda a organização e funcionamento dos serviços, traz, a partir da Reforma Sanitária, uma concepção ampliada da saúde para a população, sendo então a saúde definida a partir de seus determinantes e condicionantes: alimentação, moradia, saneamento básico, o meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, é possível analisar como um retrocesso práticas de cuidado que não levem em consideração tais direcionamentos como base para atuação junto ao público usuário de drogas e suas especificidades.

Porém, no contexto atual de afirmação das contrarreformas (BEHRING; BOSCHETTI, 2010) de cunho neoliberal, vê-se que a política pública de saúde tem encontrado dificuldades para sua efetivação, tais como a desigualdade de acesso da população aos serviços, a dificuldade em construir práticas baseadas na integralidade, os desafios para alcançar a equidade, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). Com o conseqüente silenciamento do próprio consumidor de spa, historicamente estigmatizado, mas que passou a ser ouvido a partir da assunção da redução de danos.

O projeto da reforma sanitária vem, desse modo, apresentando ao assistente social demandas de intervenção em questões referentes à democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; às estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ao trabalho interdisciplinar; às abordagens grupais; ao acesso às informações e ao estímulo à participação popular (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). São visualizados dois projetos políticos existentes na saúde e que continuam em disputa (o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista) (BRAVO; MATOS, 2006).

No ano de 2018, com vistas a subsidiar estudos e análises sobre a inserção dos assistentes sociais em comunidades terapêuticas, o CFESS apresentou novo documento: um relatório de fiscalização, intitulado *Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas*. Esse documento foi elaborado com informações coletadas por meio de visitas de fiscalização realizadas por Conselhos Regionais de 18 estados brasileiros e apresenta dados importantes e reveladores em relação a este cenário.

O relatório mostra que, em maioria, as comunidades terapêuticas possuíam a presença de apenas um assistente social na instituição, em que predomina o trabalho voluntário ou com vínculo celetista, e com média salarial inferior ao que é registrado em outros campos de inserção da categoria (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2018). Além disso, evidencia que os assistentes sociais encontram-se inseridos nessas instituições em atividades como: entrevista de triagem, atendimento direto ao/à usuário/a, grupos e famílias, encaminhamentos para atendimentos de saúde, elaboração de perfil socioeconômico das famílias, e ainda condução de grupos de auto ajuda à familiares, e até atividades de cunho religioso – aulas, cultos, oração, e leitura da Bíblia (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2018), o que denota retorno ao passado profissional, superado pelo Projeto Ético Político.

Esses dados expressam a atual configuração do mundo do trabalho, com mutações em forma de precarização nas relações empregatícias. Os níveis de exploração do trabalho são aumentados (ANTUNES, 2011), e profissionais veem como estratégia de inserção no mercado de trabalho o voluntariado como uma possível oportunidade de contratação. Outro fato que merece destaque é o desenvolvimento de ações que não se configuram como atribuições do assistente social, sugerindo não somente a expressão de um trabalhador polivalente e multifuncional, mas algo mais grave, que é a inserção de práticas religiosas na intervenção profissional, em reforço à vertente conservadora da profissão.

Nesse diapasão, tende a haver um reforço ao discurso dominante, que combate e rejeita a leitura dos direitos humanos, com ênfase na repressão, na culpabilização dos usuários e no controle desses sujeitos, criminalizando-os, o que obsta a compreensão da totalidade

social, a partir do contexto social e familiar vulnerabilizante. Conforme aponta Brites (2017b), as requisições institucionais postas ao trabalho do assistente social para abordagens sobre o consumo abusivo de psicoativos precisam ser confrontadas criticamente em seus valores, conteúdos e objetivos, principalmente quando é reconhecido, como afirma a autora, o papel que o proibicionismo⁶ cumpre na reprodução da totalidade social. Assim, a autora enfatiza a incompatibilidade entre a ideologia do proibicionismo e a ética profissional dos assistentes sociais, pois ele gera um tratamento desigual entre consumidores de psicoativos lícitos e ilícitos, servindo a interesses políticos e econômicos de dominação e opressão.

Os assistentes sociais, que possuem como embasamento para sua intervenção profissional, tanto as legislações pertinentes à política de saúde, como também os pressupostos ético-políticos⁷ e os parâmetros que direcionam seu trabalho, encontram suporte para a realização de uma intervenção livre de preconceito e despida do entendimento criminalizante acerca do consumo de spa, devendo, portanto, abster-se de intervenções que venham a discriminar o público-alvo de sua ação e individualizar vivências que são expressões da questão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reafirmar a importância dos direitos arduamente conquistados no processo democrático que se desenhou nos anos 80 no Brasil hoje se faz urgente, tendo em vista o presente e real desmonte das garantias historicamente e constitucionalmente definidas. Os impactos dos ideais neoliberais imbricados na forma de gestão do Estado têm incidido diretamente na implementação das políticas sociais, num processo de transferência tanto de responsabilidades, como também de recursos. Além da diminuição dos gastos sociais, assiste-se ao deslocamento do orçamento público para a gestão do terceiro setor, sob uma lógica gerencialista, com emprego de ideias e ferramentas voltadas para o mercado, distante dos interesses voltados à garantia de direito e à cidadania. Esse processo é efetivado em nome da austeridade, mas que os estudiosos sinalizam que comprometem os determinantes sociais do processo saúde doença, afetando sobretudo as doenças crônicas não transmissíveis e nela, os transtornos mentais e decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

É possível identificar que, nesse cenário, o Serviço Social tem se mostrado presente de maneira crítica, quanto à discussão acerca do privilegiamento das comunidades terapêuticas no atual Estado brasileiro neoliberal, a exemplo dos trabalhos realizados pelo Conselho Federal de Serviço Social aqui citado. Percebe-se, assim, no âmbito da profissão, o posicionamento contra qualquer forma de atendimento que fuja à lógica do direito social.

⁶ Brites (2017b) aponta que o mercado de psicoativos ilícitos, o narcotráfico, contribui para alimentar uma rede de corrupções, lavagem de dinheiro e tráfico de armas e violências que impactam na condição de vida e saúde de indivíduos.

⁷ Entende-se que com a consolidação do Projeto Ético Político do Serviço Social, nos anos 1990, baseado no tripé: Código de Ética Profissional; Lei de Regulamentação da Profissão (8.662/1993) e Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social, pelos princípios e atribuições profissionais estabelecidos, em tese, essa categoria profissional estaria com todas as bases e preparo para atuar na perspectiva da redução de danos, junto ao Sistema Único de Saúde.

Diante do exposto, acredita-se que é de grande importância o entendimento de que a inserção dessas instituições como um dispositivo da RAPS, e como uma das principais estratégias no tratamento a usuários de drogas, bem como ativas receptoras de recursos públicos, se configura como mais um dos retrocessos advindos dessa lógica de desresponsabilização do Estado e desmonte das políticas públicas, dentre essas, o SUS e a Política Nacional sobre Drogas.

É imperativo, nesse contexto, maior politização da população, no que refere ao uso do fundo/orçamento público, com o reforço ao controle/participação social dos usuários e a valorização dos serviços públicos geridos como dever do Estado, como espaços privilegiados de cuidado com as necessidades dos usuários de drogas, sob uma perspectiva de trabalho em rede, no território, onde a vida do usuário acontece e na perspectiva da intersetorialidade e da integralidade, e onde não estejam relegados a lógicas de tratamento baseadas em ações moralizantes e cerceadoras de liberdade.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. v. 15. São Paulo: Cortez, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **RDC N° 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília (DF), 2011.

ARAGÃO, I. A.; PRADO, R. S. Atendimento Psicossocial na Cedrogas: relato de experiência e impressões da prática. In: ROSA, L. C. dos S, [et. al] (orgs). **CRR Articulando a RAPS: a construção de novas práticas e saberes no Piauí.** Brasília (DF): Verbis Editora, 2015.

BRASIL. Ministério da Administração e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE).** Brasília (DF), 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 01 jun 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil.** Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Abertas 3,2 mil vagas para acolhimento de usuários de drogas em todo o país. **Notícias**, Brasília (DF), 2013. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/abertas-3-2-mil-vagas-para-acolhimento-de-usuarios-de-drogas-em-todo-o-pais-1>. Acesso em: 04 jul 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016**. Brasília (DF), 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019, de 04 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília (DF), 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 05 fev 2019.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v.10, n.1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. [et al.] (orgs.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, E. R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI I. [et al.] (orgs.) **Capitalismo em crise: política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BEHRING, E. R. BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRITES, C. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2017a.

BRITES, C. Consumo de psicoativos, proibicionismo e ética profissional das(os) assistentes sociais. IN: DUARTE, M.J. de O. [et. al] (orgs.). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017b.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação do Assistente Social da Política de Saúde**. Brasília (DF), 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate**. Brasília (DF), 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Relatório Técnico: Serviço Social e a Inserção de Assistentes Sociais nas Comunidades Terapêuticas**. Brasília (DF), 2018.

FALEIROS, V. de P. **Política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência sociais**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud.** - CEBRAP [online] n. 92, pp. 9-21. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a02.pdf>. Acesso em: 04 jul 2018.

MALTA, D. *et al.* Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3115-3122, 2018.

MARLATT G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. A pedido do MPF/SP, justiça determina a suspensão da norma do CONAD que permitia a comunidade terapêutica receber recursos federais sem cumprir normas de saúde. **Informativos**, Brasília (DF), 12 ago. 2016. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2016/agosto/justica-suspende-norma-do-conad-sobre-recursos-a-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: jul. 2018.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e a questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MOTA, A.E. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 1995.

MOURÃO, A.M.A. *et al.* A pesquisa na esfera pública: estado e sociedade. 53-66. **Temporalis**, Brasília (DF): Abepss, ano 6, n. 12, p. 53-66, jul./dez.2006.

NETTO, J. P. Crise do capital e suas consequências societárias. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor**: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OLIVEIRA, F. de. Privatização do público, destituição da fala e anulação da política: o totalitarismo neoliberal. In: DE OLIVEIRA, F; PAOLI, M.C. (org.) **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**. Petrópolis: Vozes: 1999.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010

TEIXEIRA, F. J. S. Neodesenvolvimentismo: apologia da pobreza. In: MACÁRIO, M; VALE, E. S. do; RODRIGUES JR, N. (org.). **Neodesenvolvimentismo, trabalho e questão social**. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2016.

VELOSO, L. CARVALHO, J. SANTIAGO, L. Redução dos danos decorrentes de uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: Bravo, Maria Inês. *et. al.* (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

Índira Aragão foi responsável pela revisão de literatura, elaboração do artigo, escrita e revisão final. Assistente Social, com graduação pela Universidade Federal do Piauí. Mestranda em Políticas Públicas pelo Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, da Linha de Cultura, Identidade e Processos Sociais. Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Substância Psicoativas no Estado do Piauí - pela Universidade Federal da Bahia - UFBA.

Lucia Cristina dos Santos Rosa foi responsável pela revisão de literatura, elaboração do artigo, escrita e revisão final. Assistente Social, Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí.
