A NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O AVANÇO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Dalsiza Cláudia Macedo Coutinho[1]
Rosemeire dos Santos[2]

Resumo: O trabalho objetiva o debate sobre as Comunidades Terapêuticas no âmbito da política de saúde mental, no atendimento a pessoas com demandas decorrentes do uso de drogas. Tendo como eixo de discussão as tendências neoliberais que orientam a gestão e implementação das políticas de proteção social no país, o debate foi realizado a partir de estudos teóricos considerando o percurso de construção da política de saúde mental e as novas legislações e orientações governamentais aprovadas nos últimos anos, em que pode-se compreender o avanço do conservadorismo e do projeto privatista no campo da saúde mental, em que uma de suas expressões é o fomento e a ampliação das Comunidades Terapêuticas como instituições de tratamento em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Drogas; Comunidade Terapêutica.

Abstract: The work aims to debate the Therapeutic Communities in the context of mental health policy, in the care of people with demands arising from drug use. Based on the neoliberal trends that guide the management and implementation of social protection policies in the country, the debate was based on theoretical studies considering the path of construction of the mental health policy and the new legislation and government guidelines approved in the recent years, in which one can understand the advance of conservatism and the privatist project in the field of mental health, in which one of its expressions is the promotion and expansion of Therapeutic Communities as institutions of treatment in mental health.

Keywords: Mental Health; Drugs; Therapeutic Communit

1 Assistente Social na Universidade Federal do Tocantins, Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UFT. E-mail: dalsiza.coutinho@uft.edu.br.

2 Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, Professora Adjunta do curso de Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal do Tocantins – UFT e líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Proteção Social e Famílias – E-mail: rosemeire_santos@mail.uft.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Com o objetivo de refletir sobre as Comunidades Terapêuticas enquanto instituições de tratamento em saúde mental para pessoas com demandas decorrentes do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, elabora-se, inicialmente, o debate sobre a intervenção estatal frente a essa questão, principalmente por meio da Política Nacional de Saúde Mental. A partir das compreensões tecidas no primeiro tópico, desenvolvem-se algumas considerações sobre a atuação das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

O consumo de drogas é considerado aqui como uma das manifestações da questão social e objeto de intervenção estatal por meio das políticas sociais. Inserida no contexto da reprodução da sociedade capitalista, entende-se a questão social como "[...] manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão [...]" (IAMAMOTO E CARVALHO, 2008, P. 77).

A partir da análise Marxiana, compreende-se a questão social fundamentada pela lei geral da acumulação capitalista, dessa forma, a gênese da questão social está intrínseca ao processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital (SOARES, 2012). De acordo com Netto (2001) a questão social está situada no campo da disputa entre projetos societários de distintos interesses para as políticas sociais. Na conjuntura do capital financeiro e do neoliberalismo as respostas à questão social passam a ser direcionadas para o mercado e para organizações privadas que partilham com o Estado a organização de programas focalizados e descentralizados (NETTO, 2001).

Nesses marcos de avanço do neoliberalismo, de recrudescimento da desigualdade social em que se vivencia o ataque direto às políticas sociais, tem-se o crescimento do processo de mercantilização dos direitos, da transferência de recursos e responsabilidades para o setor privado e também para a esfera da sociedade civil – tanto por meio da concepção de ajuda e solidariedade, quanto por meio do incentivo às instituições sem fins lucrativos – sendo tendências que deslocam o conceito da questão social e o enfrentamento da desigualdade social para a esfera da ajuda e da filantropia.

Diante disso, no campo da saúde mental, amplia-se a atuação de Comunidades Terapêuticas como instituições privadas sem fins lucrativos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com incentivos governamentais direcionados para a legitimação dessas instituições, por meio da transferência de recursos públicos para financiamento de vagas sociais.

O presente artigo, traz um debate teórico, baseado na revisão de literatura, bem como, nas legislações atuais e o direcionamento que o governo tem dado para a política de saúde no Brasil. Para isso, situa-se no âmbito da política social do Estado burguês e das tendências neoliberais e neoconservadoras que fomentam a intervenção estatal frente a questão das drogas.

2 A POLÍTICA SOCIAL DO ESTADO BURGUÊS E O PROJETO PARA A SAÚDE MENTAL

Para aprofundar essa discussão, faz-se necessário o debate da proteção social, tanto para situar a intervenção estatal frente a questão das drogas no âmbito das políticas de proteção social, quanto para compreender as características da atual política de saúde mental situada no contexto do Estado burguês e, dessa forma, atendendo aos interesses neoliberais, marcado pela descaracterização da política social, sucateamento dos serviços públicos, privatizações, terceirizações, redução de direitos, aumento da militarização do Estado, diminuição do Estado social, ampliação do Estado a serviço do capital.

As políticas sociais são resultantes das relações antagônicas entre as classes sociais, do papel do Estado e do grau de desenvolvimento das forças produtivas, em um sistema de direitos e deveres, financiado pelo fundo público que altera o padrão de desigualdade entre as classes. O desenvolvimento das políticas sociais passou a instituir um sistema de proteção social com objetivo de garantir as condições gerais de reprodução da força de trabalho por meio da socialização dos custos da produção (BOSCHETTI, 2016).

Conforme afirma Boschetti (2016), a proteção social é um conjunto de diversas políticas sociais de forma organizada, coerente e sistemática, como dever do Estado que precisa ter as condições necessárias para garantir, por meio de direitos, bens e serviços sociais, políticas nas áreas de emprego, saúde, assistência social, previdência, habitação, educação, entre outros.

É necessário observar, conforme compreende Boschetti (2016, p. 47), que o Estado social amplia suas funções na sociedade, mas não faz isso somente a interesse da população e da pressão por respostas frente às expressões da questão social. "[...] O reconhecimento histórico dos direitos sociais pelo Estado social é resultado de um longo e secular conflito de classes, crivado por perspectivas revolucionárias e reformistas, mas também determinado pelas condições objetivas de desenvolvimento das forças produtivas".

De acordo com Netto (1996), a intervenção estatal e o processo de democratização de direitos e garantias políticas é suportável e necessário ao capitalismo enquanto componente de legitimação do próprio Estado para que possa continuar desempenhando suas funções econômicas. As demandas da classe trabalhadora podem ser atendidas pelo Estado, mas essas respostas positivas a essas demandas são oferecidas na medida em que elas podem ser úteis à reprodução ampliada do Capital.

De acordo com Netto (1996) são nessas condições que a questão social pode se tornar objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado. Somente por meio da materialização das possibilidades econômicas, sociais e políticas do capital é que a questão social se torna alvo das políticas sociais.

As propostas neoliberais direcionam a transferência da proteção social do Estado para o mercado mediante a privatização dos benefícios da seguridade social. "[...] Há uma pressão pela diminuição de certas despesas públicas por parte do capital, contraditoriamente articulada ao aumento das demandas postas ao Estado" por parte do trabalho e do não trabalho ou do trabalho informal (BEHRING, 2015, p. 185). As estratégias do neoliberalismo para alargamento de suas bases de acumulação incluem a financeirização das lutas e dos direitos dos trabalhadores. A financeirização pressiona as

políticas sociais, colocando os direitos como nichos de mercado, de forma que o neoliberalismo forja a transferência da proteção social do Estado para o mercado, tendo a saúde e a previdência como os setores dominantes nos investimentos institucionais. Dessa forma, os benefícios da seguridade social são transformados em produtos financeiros (SALVADOR, 2008).

Como afirma Pereira (2013) a privatização é no sentido de transformar bens públicos, como os direitos de cidadania, em propriedade privada, ou seja, transferir a execução de serviços sociais para a iniciativa particular, mercantil ou não mercantil. As medidas neoliberais para a seguridade social incidem no rebaixamento das necessidades sociais ao nível biológico, diminui-se a exigência sobre a qualidade dos serviços à população e acentua-se a focalização.

Nessa direção, a seguridade social foi redefinida para se adequar às exigências do grande capital em que ganham destaque no âmbito da proteção social as parcerias comunitárias com ONGs, focalização de recursos e direcionamento da intervenção estatal para a população mais pobre, sucateamento dos serviços públicos e a responsabilização da própria comunidade para adotar iniciativas de auto sustentabilidade (MOTA, 2018).

Mota (2018, p. 3) chama atenção para a construção de uma sociabilidade amparada na "[...] negação da intervenção do Estado e na afirmação da regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no desenvolvimento da sociedade civil que, ao se assumirem como co-responsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor". No campo da saúde a autora observa a abertura ao capital privado na prestação de serviços considerados rentáveis, transformando os trabalhadores em consumidores de serviços privados complementares de saúde.

De acordo com Matos (2014) as ações governamentais aliadas à ampliação do capital na área da saúde descaracterizaram o SUS e vem sendo naturalizado o discurso de que o SUS é impossível de se concretizar o qual naturaliza a saúde como um nicho de mercado, que embora seja uma necessidade humana, deve ser gerenciada como uma mercadoria.

O SUS é uma estratégia inconclusa que foi parcialmente implementada e ao longo dos governos, desde os anos 1990 até o atual, vem passando por uma série de medidas que descaracterizam esse sistema de saúde de sua concepção original. De forma que avançam as medidas voltadas para a privatização e terceirização dos serviços de saúde no âmbito do SUS, destinação de recursos do SUS para o setor privado e transferência de serviços para Organizações Sociais sem fins lucrativos.

> […] As medidas de austeridade fiscal aplicadas nas políticas sociais, são aceleradas especialmente com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC 95) [...]. Tais medidas se intensificam e ganham novos contornos no governo de Jair Bolsonaro, já em 2019, ao instituir um projeto com bases neodireitistas (FARIAS, 2019, p. 13-14).

A saúde mental, política sobre a qual discutiremos mais adiante, vivencia os impactos da contra reforma do Estado. Essa política minimamente humanizada no âmbito da saúde pública forja-se para a retomada de práticas conservadoras. No atual governo têm-se propostas de alterações contrárias ao conquistado por meio da reforma psiquiátrica, as mudanças na Rede de Atenção Psicossocial vêm apontando o fortalecimento dos hospitais psiquiátricos e das Comunidades Terapêuticas com a destinação de recursos para tais fins. Há também um discurso contrário aos serviços substitutivos de saúde mental, como se fossem ineficientes (BRAVO, PELAEZ, 2020).

Com o ajuste fiscal e a redução do Estado em relação aos direitos sociais, a política de saúde mental tem vivenciado o processo de sucateamento e precarização com a captação de fatias cada vez maiores do fundo público por parte do setor privado e com a destinação de recursos para o terceiro setor. Processo que também é marcado pelo avanço do conservadorismo e do autoritarismo que reafirmam os interesses da classe dominante.

O desmantelamento de direitos caracterizado pela fusão do neoliberalismo econômico com o conservadorismo social e político traz à tona a tendência de moralização e criminalização da questão social aliada com a lógica de desresponsabilização do Estado na atenção direta. Nesse contexto também está imersa a política sobre drogas (FARIAS, 2019).

O que vem caracterizando, como veremos mais adiante, uma política sobre drogas marcada pela filantropia e pela repressão. Os avanços conquistados na saúde mental enfrentam grandes desafios e disputas.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E O FORTALECIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A passagem do modelo hospitalocêntrico para os serviços substitutivos perpassa pela construção de uma nova agenda para a política de saúde mental evidenciando a conquista de direitos sociais. Um passo importante da reforma psiquiátrica foi a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001, que dispõe sobre os cuidados para pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial e ficou conhecida como lei da reforma psiquiátrica. A legislação veda a internação psiquiátrica em instituições asilares, coloca a internação nos hospitais gerais como o último recurso a ser utilizado, dispõe sobre os direitos da pessoa e de seus familiares, colocando a política de saúde mental como responsabilidade do Estado.

Conforme analisam Prudêncio e Senna (2018), até os anos 1990 as intervenções do Estado na questão das drogas era apenas no campo da segurança pública, e as ações existentes adotavam o caráter de confinamento, sendo a abstinência o único objetivo a ser alcançado, destaca-se também uma intervenção de cunho moralizante e repressivo. As drogas como questão de saúde pública passaram a ser reconhecidas no contexto de criação do SUS, quando passou-se a discutir sobre a epidemia de HIV/AIDS e a preocupação com a transmissão por meio do compartilhamento de seringas.

Em 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental propôs que o SUS incorporasse ações de cuidado e prevenção para usuários de substâncias psicoativas na perspectiva de redução de danos, considerando a complexidade das demandas para além do sistema de saúde (BRASIL, 2001). Em 2002, por meio da Portaria nº 816 do Ministério da Saúde, cria-se o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool

e outras Drogas com objetivo de promover atenção integral a pacientes e familiares por meio de rede estratégica de serviços extra-hospitalares, bem como aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de redução de danos. A portaria estabeleceu a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no país até o ano de 2004 (BRASIL, 2002).

Em 2003 temos a criação da política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas que reconhece a necessidade de estruturação de uma rede de atenção psicossocial especializada, articulada aos outros serviços da rede de saúde, com ênfase na reabilitação, redução de danos e reinserção social de seus usuários, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Farias (2019) destaca que a redução de danos representou um avanço significativo ao conduzir alternativas democráticas de tratamento ao uso de substâncias psicoativas, teve início em virtude da pandemia de HIV/AIDS, com a criação do programa de troca de seringas. No entanto, essa estratégia vivencia disputas ideológicas e conflitos de interesses alimentados pelo conservadorismo e moralismo e pela compreensão sobre drogas de forma estigmatizada. Regulamentada pela Portaria nº 1.028 de 2005 do Ministério da Saúde, a redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de drogas deve ser direcionada aos usuários que não querem, não podem ou não conseguem interromper o uso, respeitando a sua necessidade na perspectiva da atenção integral à saúde.

Avançando nessa direção, criou-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011 por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 com finalidade de ampliar o acesso e promover a integração dos serviços de saúde nos territórios. Compõe a RAPS os serviços no âmbito da atenção básica, especializada, urgência e emergência: Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Atendimento Móvel de urgência (SAMU), Unidades de pronto Atendimento 24 horas (UPA), pronto socorro, Hospital Geral e as estratégias de desinstitucionalização que são os Serviços Residenciais Terapêuticos.

Nesse debate, Farias (2019) assinala que prevalece a disputa entre os setores público e privado e a nova política sobre drogas do atual governo transfere cada vez mais a responsabilidade da atenção para o setor privado e religioso, resgatando práticas estigmatizantes, repressivas e distanciadas das políticas de proteção social. “A questão emblemática é a anexação das Comunidades Terapêuticas, oficialmente à RAPS, apesar de todas as denúncias e laudos técnicos envolvendo violações de direitos nesses espaços” (FARIAS, 2019), abordando a questão das drogas de forma individualizada e moralizadora.

O Programa Crack, é possível vencer lançado em 2011 foi uma ampliação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado com objetivo de estruturar redes de saúde e assistência social para atender usuários de drogas e seus familiares, cujas ações previam a redução da oferta, repressão ao tráfico e ao crime organizado, fortalecimento de vínculos familiares e redução dos fatores de risco para o uso de drogas. Os pilares desse programa baseiam-se no cuidado, autoridade e prevenção. A expectativa era alcançar essa meta até 2014 (BRASIL, 2014).

No eixo sobre cuidado destacam-se os serviços da RAPS com a previsão de habilitação e financiamento de 10 mil vagas em Comunidades Terapêuticas, destaca também a parceria com 430 instituições sem fins lucrativos, propõe a criação de 2.460 novos leitos em enfermarias e a readequação de 1.140 leitos para tratamento hospitalar. Até 2014 foram abertas 7.501 vagas em Comunidades Terapêuticas e 800 leitos. Enquanto isso, o programa previu a abertura de 175 CAPS AD e aumento do número de Consultórios de Rua em 308, mas somente alcançou a criação de 59 CAPS AD e 123 Consultórios de Rua (BRASIL, 2014). Por sua vez, o Programa enfatiza o tratamento asilar e legitima a participação do terceiro setor no âmbito do SUS.

O relatório da Confederação Nacional de Municípios (BRASIL, 2014) mostra também que grande parte das metas do programa não foram alcançadas conforme o previsto, muitos municípios não conseguiram aderir ao programa por não atender os critérios. O relatório também aponta para dificuldades na execução do orçamento, mas chama atenção para as ações no campo da autoridade, em que se alcançou o aumento efetivo do policiamento e

instalação das bases móveis de vídeo monitoramento. Verifica-se portanto, que o programa consegue alcançar suas metas para o campo da segurança. Inclusive, de acordo com o portal do Ministério da Justiça, todos os projetos de Lei aprovados e previstos no âmbito do programa estão no campo da repressão.

A Lei nº 13.019/2014 consolida a parceria entre administração pública e o terceiro setor em regime de mútua cooperação considerando as entidades privadas sem fins lucrativos sociedades cooperativas e organizações religiosas, cujas áreas de atuação sejam de interesse público. Já em 2017 a Resolução nº 32 do Ministério da Saúde prevê o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas no âmbito da RAPS. E também prevê a ampliação de leitos hospitalares e aumento de recursos para internações em hospitais especializados para atender pessoas com demandas de saúde mental e com adoecimento decorrente do uso de drogas. Conforme Farias (2019, p. 17) analisa: "[...] forma-se uma rede de (des)proteção de parceria público-privada pautada no encarceramento. A lógica asilar e privatista é fortalecida por meio de incentivo financeiro, como a destinação do governo federal [...]".

Barros (2019) afirma que essa resolução é instrumento de contrarreforma diante das demandas neoliberais, mediante o novo regime de ajuste fiscal, o que fortalece o Estado de (des)proteção social e no âmbito da saúde mental, essas tendências são aprofundadas nessas novas legislações.

Nesse cenário em que se identifica os retrocessos na política de saúde mental, o Ministério da Saúde divulgou a nota técnica nº 11 em 2019 que reconhece Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas como integrantes da RAPS, defendendo a ampliação e fortalecimento desses serviços igualmente em relação aos outros serviços de saúde mental. Essa nova política Nacional de saúde mental, como dito na nota, vem na contramão das conquistas alcançadas com a luta antimanicomial ao defender que os hospitais psiquiátricos devem ser modernizados. Afirma-se que "a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos" (BRASIL, 2019). Ao

considerar que essa medida foi um equívoco, a Nota colocou na conta da reforma psiquiátrica as seguintes questões:

> [...] Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das cracolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (BRASIL, 2019, P. 5).

Trata-se de uma compreensão esvaziada de historicidade, sem análise crítica sobre a atual conjuntura econômica, social, política que o país vivencia, e claro, uma memória muito curta para as graves questões de violação de direitos que os hospitais psiquiátricos e manicômios protagonizaram. Um dos pontos que precisa ser questionado para compreender a realidade citada, são as medidas de repressão, violência e guerra, praticadas pelo próprio Estado no enfrentamento à questão das drogas. A nova Política Nacional de Saúde Mental assume, neste governo, uma reatualização de práticas que historicamente se tentou superar. Para o Governo é mais viável deslegitimar todo o processo de luta que resultou na reforma psiquiátrica que questionar a maneira como tem sido conduzida a política antidrogas, a política de saúde e as demais políticas de proteção social.

A Política de Saúde Mental no país, após a Lei 10.2016/2001, sempre foi permeada por conflitos e contradições, mas a partir de 2018 verifica-se o aprofundamento das medidas contrárias ao que se havia conquistado com forte tendência de reforço ao modelo asilar por meio do modelo hospitalocêntrico, “afastando-se da lógica territorial e integral da atenção aos usuários da política de saúde mental para álcool e outras drogas” (PRUDENCIO; SENNA, 2018, p. 86). Há também o aprofundamento da medicalização como reforço da patologização em saúde mental, apontando o tratamento medicamentoso como único

caminho para o cuidado (PRUDENCIO; SENNA, 2018). A redução de danos que sempre encontrou desafios para se efetivar, fica em segundo plano diante da busca pela abstinência total; o uso de drogas fica sendo a questão central, deixa-se de enxergar a complexidade da demanda; o foco no adoecimento deixa de compreender o sujeito, a sua particularidade, os seus direitos, a sua humanidade.

A partir desse avanço do conservadorismo na saúde mental, observa-se o crescimento das Comunidades terapêuticas. De fato, elas sempre estiveram ali como alternativa, mas é recente o seu reconhecimento enquanto instituição integrante da rede de saúde. Prudêncio e Senna (2018) destacam o crescimento de 4 mil para 20 mil no número de instituições credenciadas até 2018, transferindo para elas o foco no cuidado aos usuários de drogas e revelando a ineficiência do Estado para lidar com essa questão.

Nessa conjuntura, os desafios para as ações de saúde mental junto a usuários de álcool e outras drogas está intrínseco à defesa da saúde pública e universal no SUS em que são necessários o fortalecimento da luta antimanicomial e os enfretamentos ao conservadorismo, à mercantilização dos direitos sociais, à moralização da questão social e às tendências higienistas, de repressão e de negacionismo da ciência.

CONCLUSÃO

Realizou-se esse debate por meio dos aparatos legais porque eles permitem visualizar o percurso de criação da RAPS atendendo reivindicações da Reforma Psiquiátrica com significativos avanços e observa-se também, principalmente, nos últimos 3 anos o fortalecimento daquelas mesmas práticas que se buscou superar, como uma alternativa paralela funcionado na contramão dos serviços substitutivos. Mas porque reatualizar uma vertente de atuação que foi superada mediante o reconhecimento de sua incapacidade em tratar as demandas de saúde mental?

Os manicômios, asilos, hospícios eram efetivos em algumas coisas: enclausuramento da demanda, higienização das cidades, moralização, culpabilização dos

sujeitos, negação de direitos humanos e sociais. O avanço do neoliberalismo e do conservadorismo junto à crescente moralização e criminalização da questão social se alinham mais a esses interesses que às perspectivas defensoras dos direitos humanos e da liberdade.

Compreende-se que essas alterações no percurso da Política Nacional de Saúde Mental não acontecem distantes do contexto na qual estão inseridas. A prática asilar e de encarceramento tende a ser reforçada pelos ideais conservadores e direitistas, aliados à disseminação de medo, ódio, preconceito, estigma, compreensões a-históricas, a negação da ciência, a moralização. São algumas tendências que se observa no atual governo e que têm direcionado intervenções frente a questão das drogas.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política social no capitalismo tardio.** 6º ed. São Paulo, Cortez, 2015.

_____. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2 ed. São Paulo. Cortez, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 1.028 de 1º julho de 2005.** Regulamenta as ações de redução de Danos. Ministério da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html#:~:text=Determina%20que%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20que,sejam%20reguladas%20por%20esta%20Portaria.> Acesso em: 12/04/2021.

BRASIL. **Crack, é possível vencer**. Estudos Técnicos. Confederação Nacional de Municípios. 2014. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20-%2019.%20Crack,%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf> Acesso em: 13/04/2021.

_____. **Lei nº 13.019 de julho de 2014.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Presidência da República. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm> Acesso em: 13/04/2021.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria executiva. Coordenação Nacional DST e Aids. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf> Acesso em: 11/04//2021.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social e trabalho no capitalismo.** São Paulo. Cortez, 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. **Revista Ser Social.** Brasília, v. 22, nº 46. 2020. p. 191-209. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630> Acesso em: 06/04/2020.

BARROS, Jozieli Maria Sousa. **Nos bastidores da loucura:** Diálogos acerca da família no âmbito da (des)proteção social em saúde mental. Tese. Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Política Social. Brasília, 2019, 89f. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37016/1/2019_JozieliMariaSousaBarros.pdf> Acesso em: 16/04/2021.

FARIAS, Lara Lisboa. **Estado, nova direita e contrarreforma:** uma análise sobre os atuais parâmetros da política de drogas no Brasil. Dissertação de Mestrado e Política Social. UnB. 130p, Brasilia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38075/1/2019_LaraLisboaFarias.pdf> Acesso em: 05/04/2020.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 19 Ed. São Paulo. Cortez. 2008.

MATOS, Maurílio Castro de. No rastro dos acontecimentos: a política de saúde no Brasil. In: DUARTE, Marco José de Oliveira et al (Orgs). **Política de saúde hoje:** interfaces e desafios no trabalho do assistente social. 1 ed. Campinas, SP, Papel Social, 2014.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. in: MOTA, Ana Elizabete *et al* (orgs). **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. Editora Cortez, 4 ed. 2018. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf> Acesso em: 05/04/2020.

MS. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 11/04/2021.

_____. **Nota técnica nº 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 14/04/2021.

MS. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-MS-n%C2%BA-32-de-14-de-dezembro-de-2017_Estabelece-diretrizes-para-fortalecimento-da-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial.pdf> Acesso em: 14/04/2021.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 2ed. São Paulo, Cortez. 1996.

_____. Cinco notas a propósito da "questão social". **Temporalis.** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n. 3, Brasília 2001. p. 41-50

PEREIRA, Poytiara Amazoneida Pereira. **Política Social:** temas e questões. 2 ed. São Paulo, Cortez, 2009.

_____. Política social contemporânea: concepções e configurações da crise capitalista. In: COSTA, L. C., NOGUEIRA, V. M. R., and SILVA, V. R., orgs. **A política social na América do Sul:** perspectivas e desafios no século XXI [online]. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013, pp. 15-26.

SALVADOR, Evilásio da Silva. **Fundo Público no Brasil:** Financiamento e destino dos recursos da seguridade social. Tese de doutorado apresentada à Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas. Brasília, 2008. 395f.