



NEOLIBERALISMO E A ASCENSÃO DO FUNDAMENTALISMO RELIGIOSO NA AMÉRICA LATINA: O CASO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS*

*Rita de Cássia Cavalcante Lima
Tathiana Meyre da Silva Gomes*

Introdução

“Como vocês veem não tem saída, mas tem que ter”
Bertolt Brecht

Este capítulo advém de pesquisadoras do Serviço Social com trajetórias nas políticas públicas de saúde mental e de drogas, inquietas com o pouco conhecimento de que dispomos sobre as comunidades terapêuticas a despeito do seu crescimento no Brasil, do seu fortalecimento político institucional no interior das esferas do Estado, como o Executivo e o Legislativo; e da procura pelo seu modelo moral de recuperação por parte de familiares e de pessoas com consumos de drogas.

No meio da saúde mental brasileira, cuja política incorporou a pauta das drogas no início dos anos 2000, expressa na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, e na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003, nos parece haver uma crítica fecunda às comunidades terapêuticas em face às violações dos direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011), mas uma aproximação ainda preliminar das relações mais profundas e orgânicas entre práticas mágico-religiosas e a saúde (IBANÉZ; MARSIGLIA, 2000), entre a atualização da secularização hemiderna latino-americana (PARKER, 1995) e o crescimento contemporâneo das igrejas neopentecostais (MARIANO, 1999; PEW

*DOI- 10.29388/978-65-86678-44-4-0-f.55-90

RESEARCH CENTER, 2014) e, por fim, entre a ofensiva neoliberal contra a liberdade e o processo de regressão dos direitos (BROWN, 2019; VASCONCELOS, 2020) que se particulariza no desfinanciamento dos sistemas universais de saúde pública e um concomitante redirecionamento do financiamento público para organizações filantrópicas religiosas na área das drogas.

Essas determinações foram sendo apreendidas através do levantamento bibliográfico, cujos resultados indicaram poucas fontes, mas substanciais em face à complexidade que envolve a relação entre as práticas religiosas e a saúde na América Latina e sua possível contribuição para compreender o fortalecimento das comunidades terapêuticas brasileiras em meio à regressão conservadora da política de drogas (VASCONCELOS; CAVALCANTE, 2019; BARDI, 2019). Justamente por essas determinações, o levantamento bibliográfico incluiu também a produção acadêmica sobre as comunidades terapêuticas na América Latina, a fim de cotejar tendências desta região, e incorporou achados importantes. O primeiro foi o Relatório Final Consolidado Internacional produzido pela *Latin American Therapeutic Communities Research* (LATC, 2016), cuja pesquisa demonstrou a liderança brasileira para se “[...] realizar um estudo que identifique as comunidades terapêuticas no Brasil, Colômbia, México e Peru” (2016, p. 5) orientadas pelo modelo De Leon (2014), a fim de “[...] avaliar a sua eficácia, caracterizar os residentes das CT e determinar o nível de satisfação dos usuários, a taxa de admissões, desistências, altas terapêuticas e recaídas” (2016, p. 5). A liderança de que se trata, aqui, é a edificada na aliança entre setores da psiquiatria e o segmento religioso das comunidades terapêuticas; neste caso, através do docente da psiquiatria da UNIFESP, o Professor Dr^o Ronaldo Laranjeira, e da Editora Fazenda da Esperança, cuja comunidade terapêutica foi fundada em Guaratinguetá (SP), em 1983, pelo padre franciscano alemão Hans Stanpel, reunindo “espiritualidade, trabalho e convivência” para seu modelo de reabilitação, podendo ser considerada se não a maior organização deste tipo no Brasil, uma das maiores¹.

¹ Visitar a matéria “Fazenda da Esperança é a maior das comunidades terapêuticas do Brasil”. Disponível em: <<http://www.senado.leg.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/fazenda-da-esperanca-e-a-maior-das-comunidades-terapeuticas.aspx>>. Acesso em: 30 dez 2012.

Essa aliança nos interessa porque nos estudos científicos houve consenso sobre a histórica articulação entre as áreas da psiquiatria e do direito penal para fundamentar o nascimento da criminologia e do estatuto jurídico da tutela (DELGADO, 1992) referidos às pessoas tomadas como perigosas *a priori*, além da base de sustentação do proibicionismo às drogas, que fecundou o que foi nomeado como estatuto médico-legal das drogas (RODRIGUES, 2004).

As comunidades terapêuticas religiosas vêm indicando uma revisão da díade nesse estatuto, em face à fundamentação de que o problema drogas fosse apenas um objeto compartilhado entre a psiquiatria e o direito penal, disciplinas da racionalidade moderna e, portanto, da ciência.

Há uma outra força histórica fundamental no espaço das drogas – as religiões – que tem acompanhado, participado, se articulado e disputado a história dos usos, da política e da clínica na área das drogas. A díade do estatuto médico-legal das drogas [...] precisa ser reexaminada, portanto, com a inclusão da força cultural e política das religiões, que forja saberes e práticas, produzindo a tríade religioso-médico-legal (CAVALCANTE, 2019, p. 246).

Ocorre que as religiões apresentam conhecimentos ancestrais e ritualizados sobre os usos das drogas (ESCOHOTADO, 1997) e, de forma concomitante, forjaram movimentos fundamentalistas, como o que, já a partir da segunda metade do século XIX, assistiu-se nos EUA o nascimento dos movimentos religiosos puritanos que passaram a combater o que nomearam de luxúria e qualquer consumo de bebida alcoólica. Essas práticas aviltavam a moral protestante vinçada com a requisição de um trabalhador temperante e disponível para a produção (RODRIGUES, 2004). O encontro dessa proposição moral puritana com o pensamento sanitário do período, também contrário aos excessos e as paixões referidas às massas urbanas, indicou uma continuidade da força religiosa no processo de secularização de sociedades que viveram revoluções burguesa, como a estadunidense. A expectativa de um amplo processo de laicização nas instituições modernas não chegou a cabo e manteve nos projetos de modernidade sempre vincado às formações nacionais a combinação entre o novo e

o antigo, sendo o proibicionismo às drogas um mirante de apreensão dessa importante contradição.

Inaugurava-se, assim, o período da Grande Proibição, modelo que, na crença dos seus partidários, suprimiria o vício e restituiria a dignidade e a retidão moral aos cidadãos norte-americanos. [...] Era não só a vitória dos segmentos sociais puritanos, mas a consagração do terapeutismo paternalista estatal, com o controle e a ingerência sobre o comportamento individual e coletivo dele provenientes.

A Lei Seca, num movimento complementar, criou oficialmente o crime organizado nos Estados Unidos. O “guarda-chuva legal”, que estaria abrigoando a nação contra os males do vício, protegia também o livre desenvolvimento de atividades criminosas. A ilegalidade tornou possível o fortalecimento e a prosperidade das máfias (2004, p. 53).

A Lei Seca que perdurou nos EUA entre 1920 a 1933, período de crise global do capital, nos faculta apreender como a tríade do estatuto religioso-médico-legal é um componente heurístico para apreender a presença das religiões na área das drogas e nos oferecer pistas para uma investigação mais aprofundada do que são as comunidades terapêuticas religiosas também no presente, quando nova crise do capital se arrasta desde a década de 1970 e a ofensiva neoliberal se coloca como um projeto global de derrocada do direito à vida de amplas massas dos trabalhadores.

De forma preliminar, duas observações devem ser feitas. Esse artigo trabalha as religiões como esfera complexa, transversal à história do gênero humano e necessária de investigação pelo campo científico (MARIANO, 1999; VASCONCELOS; CAVALCANTE, 2019). Ao mesmo tempo, para estudos contemporâneos, elas contêm um paradoxo relevante – o apoio social e a intolerância – nos espaços cotidianos da reprodução da vida. Observamos que após larga trajetória republicana na modernidade, de tempos em tempos, emergem setores saudosos do período quando a religião, associada ao poder monárquico, compartilhava parte do poder político e impunha valores cristãos, em seu viés mais rígido e conservador, e propostas comportamentais para toda a população inspiradas em sua doutrina. Conquanto, ao mesmo tempo e sem poder dissolver o paradoxo, é necessário reconhecer os “[...] efeitos históricos, políticos e psicossociais da utiliza-

ção da religião no enfrentamento de situações sociais e existenciais limites” (VASCONCELOS, 2019, p.169).

Este capítulo, portanto, procura dialogar com fontes acadêmicas de distintas Áreas do conhecimento e tomou o Relatório Final Consolidado Internacional produzido pela *Latin American Therapeutic Communities Research* (LATC, 2016) como uma expressão dessa articulação de base do proibicionismo às drogas, combinando atores da díade psiquiatria e religiosa, não vincada ao debate dos sistemas de saúde público na América Latina, onde só o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro completou 30 anos. Desta forma, esse artigo problematiza as determinações e alguns traços das comunidades terapêuticas religiosas brasileiras e colombianas que se encontram atuando com pessoas com consumos de drogas e com suas famílias. A escolha pelo Brasil e pela Colômbia se deveu à disponibilidade de bibliografias que elaboravam questões críticas sobre o que são essas comunidades, que potência e riscos apresentam ao ser acionadas para o cuidado de usuários de drogas e o que elas expressam como analisadores de um retorno a uma moralidade fundamentalista que repõe um modelo comportamental cristão de retidão orgânico à passividade esperada das massas diante da ruína da democracia e dos direitos sociais com a ofensiva neoliberal.

Traços do neoliberalismo, guerra às drogas e fundamentalismo religioso na América Latina: os ventos a partir da década de 1970

Os fundamentos da racionalidade neoliberal começaram a ser experimentados na América Latina sob os tanques da ditadura chilena de Augusto Pinochet (1974-1990) e se espalhou posteriormente através dos governos de Margaret Thatcher (1979-1990) e de Ronald Reagan (1981-1989). Não se tratava de políticas de governos particulares, mas de uma racionalidade neoliberal, cuja teoria teve suas primeiras formulações a partir do final da década de 1930. Segundo Brown (2019), os principais teóricos neoliberais – Hayek (1899-1992), da Escola Austríaca, e Friedman (1912-2006), da Escola de Chicago – propuseram uma resposta à crise estrutura do capital através de pro-

funda ofensiva aos direitos trabalhistas, de políticas de austeridade fiscal, da redução da esfera do Estado na provisão de direitos sociais, privatização das propriedades e dos serviços públicos, ofensiva dos sindicatos dos trabalhadores, desregulamentação dos fluxos de capital, e impostos e tarifas favoráveis ao grande capital, suprimindo seus aspectos redistributivos. A partir da crise dos anos de 1970, o Chile inaugurou, então, esse grande laboratório para os economistas formados na Escola de Chicago.

O incremento do proibicionismo às drogas teve justamente a década de 1970 como um novo salto em sua feição punitiva nas Américas (McALLISTER, 2000; RODRIGUES, 2004). Tratou-se de um período histórico quando o Presidente Nixon dos Estados Unidos, já no início de sua gestão (1970 a 1973), declarou publicamente que a droga se tornara o “inimigo número um” do país. Segundo Olmo (1990, p. 42), “Nixon, em sua segunda Mensagem ao Congresso em 1971, assinalou o seguinte: ‘O problema das drogas atingiu dimensões de emergência nacional que aflige o corpo e a alma da América’”. De forma embrionária, mas firme, o mercado das drogas tornadas ilícitas passou a ser uma esfera de uma resposta estadunidense de “guerra às drogas” no âmbito da política externa voltada para a América Latina em sua versão mais repressiva.

Acresce que a última convenção da área das drogas em vigência, a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, coincidiu com o declínio da Guerra Fria, em face à ruptura da experiência socialista na Europa Oriental. As intervenções dos EUA para o combate ao tráfico de drogas em sua política pan-americana, na verdade, velaram os interesses de enfrentamento aos núcleos revolucionários que lutaram para expandir as experiências socialistas no continente. Assim, como afirmou Santos (2007), após a Guerra Fria, as políticas de segurança estadunidense não diminuíram os traços de intervencionismo e uso da força militar sobre as áreas de interesse do capital na América Latina, o que diminui a aparente contradição entre o pós Guerra Fria e o aumento do uso da força, naquele período, para punir os agentes do tráfico das drogas.

Outro fenômeno relevante a ser examinada na América Latina, a partir da década de 1970, foi o afastamento do catolicismo, o

crescimento de pessoas que não referiam ter qualquer filiação religiosa e a ascensão de pessoas que se identificaram como evangélicos. Segundo as estimativas do Pew Research Center (2014), entre 1910 a 1970, houve tendência de crescimento na filiação católica nos países da América Latina, como na Colômbia, com aumento de 15 pontos-percentuais. Já no período entre 1970 e 2014, a identidade católica no Brasil declinou 31%; no Chile, 12% e na Colômbia, 16%.

Grande parte do movimento de afastamento do catolicismo e na direção do protestantismo na América Latina tem ocorrido no espaço de uma vida. De fato, na maioria dos países pesquisados, pelo menos um terço dos protestantes atuais receberam formação na Igreja Católica, sendo que metade deles ou mais dizem que foram batizados como católicos. Por exemplo, cerca de três quartos dos protestantes atuais na Colômbia receberam formação católica, sendo que 84% dizem que foram batizados como católicos (PEW RESEARCH CENTER, 2014, p. 2).

Segundo Gumucio (2016), há uma relação entre os efeitos da política neoliberal, como o desemprego, o endividamento, a imprevisibilidade do futuro e a violência; e do processo peculiar de modernização na América Latina, com a mudança da identidade religiosa iniciada na década de 1970 e, recentemente, acompanhada por um levante fundamentalista. Ele correlaciona esses diversos movimentos religiosos em face aos efeitos da ofensiva neoliberal, os entrelaçando com a orientação negacionista, antidemocrática e antiglobalização. Para Gumucio (2016), nesse tempo de aridez, as pessoas tentam proteger sua dignidade recorrendo à oração a deus ou a seres sobrenaturais que acreditam poder ajudá-los a sobreviver e a se desenvolver.

Para o mesmo autor, o exame da secularização no projeto de modernidade dos países da América Latina combina distintos componentes no âmbito da cultura popular, cujas tradições se reproduzem numa cotidianidade marcada pela incerteza de acesso aos meios para a reprodução da vida e pelo sistemático distanciamento das massas à educação formal, atualizando traços religiosos tradicionais com modernos numa racionalidade *hemiderna*.

A cultura oficial legitima sua dominação, classificando de “tradicional” e pré-moderna esta forma popular de representar-se e de atuar

no mundo. Porém, se por moderno entendermos o que se desenvolve “ao modo de hoje”, estamos frente a um tipo de pensamento, de um fundamento racional diverso, que se desdobra nas diversas religiões e subculturas populares, que é moderno, à maneira de ser moderno latino-americano. É um paradigma que podemos denominar de *hemiderno* [...], precisamente porque não é nem inteiramente moderno, nem pré-moderno, nem muito menos pós-moderno. [...] É uma mentalidade que está arraigada na tradição, porém não como simples sedimentação de um passado que se revive literalmente e em forma acusatória do presente, incapaz de projeção para o futuro; mas como uma tradição viva que retroalimenta e atualiza o velho, critica o presente enquanto possui de anti-humano e se projeta para um futuro pela mediação dos sonhos e das energias utópicas do imaginário religioso (PARKER, 1995, p. 306-7).

Essa racionalidade *hemiderna* da cultura popular latino-americana nos interessa na análise da tríade religioso-médico-legal da proibição às drogas, pois nos parece ser uma das determinações para se compreender a manutenção e o crescimento das Comunidades Terapêuticas na região.

Notas sobre o sistema de saúde brasileiro e colombiano e o avanço conversador na região

Considerando a indicação feita por Cavalcante (2019) de que as religiões estão organicamente imbricadas na forma como a questão das drogas se estabeleceu nos distintos momentos históricos, colocando a necessidade de assumir a tríade religioso-médico-legal para sua compreensão, apresentamos a seguir os aspectos gerais contidos na trajetória dos sistemas de saúde brasileiro e colombiano. Interessa-nos, sem a pretensão de esgotar o debate, sistematizar elementos que contribuam para uma reflexão crítica inicial sobre as comunidades terapêuticas religiosas como expressão do tradicionalismo moral e os rebatimentos da ofensiva neoliberal contra os sistemas de saúde na América Latina, em particular nestes dois países. Em comum, dentre outros aspectos, Brasil e Colômbia estão entre os mais desiguais do mundo e possuem expressiva expansão da atenção

às drogas por meio das comunidades terapêuticas religiosas².

Tendência entre os organismos internacionais para as políticas de saúde na América Latina, o debate em torno dos sistemas com cobertura universal (UHC) apresenta-se como ambíguo e tem levado a diferentes interpretações e consequências nos países onde é implementado. Trata-se de um modelo distinto do sistema universal de saúde (UHS), cuja concepção de cobertura universal foi forjada ao longo da primeira década dos anos 2000 no âmbito das relações entre OMS, Banco Mundial e Fundação Rockefeller (GIOVANELLA *et. al.*, 2018). Ao ganhar centralidade no Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2010³, despertou a avidez do pensamento conservador e defensores da atuação do mercado no campo da saúde (NORONHA, 2013).

A noção de cobertura presente neste modelo refere-se à condição de titularidade do seguro-saúde e à cobertura financeira, assumida no sentido similar ao presente nos demais seguros disponíveis no mercado. Expressa, conforme sintetizado por Noronha (2013), “o alcance de uma medida sanitária”. Ademais, três elementos centrais a caracterizam: “foco no financiamento por combinação de fundos (*pooling*), afiliação por modalidade de assecuramento e definição de cesta limitada de serviços” (GIOVANELLA *et. al.*, 2018, p. 1766).

Desta forma, a universalização da cobertura, ou seja, a proteção financeira para que todos possam ter acesso aos serviços de saúde de forma segura constitui-se um dos objetivos deste sistema. Assim, o financiamento, o aumento do incentivo à participação privada na política de saúde, a redução da intervenção estatal, seletividade e focalização das ações constituem pontos nevrálgicos deste modelo e sua implementação nas diferentes regiões precisa ser bem analisada

² No que se refere aos indicativos de desigualdade de Brasil e Colômbia, coeficiente de Gini de 0,509 e 0,49, respectivamente, as previsões realizadas não são animadoras. Em relatório recente a CEPAL (2020) prevê aumento da pobreza extrema em países da América Latina como Brasil, Colômbia, El Salvador, Equador, México e Nicarágua de, pelo menos, 4 pontos percentuais. Particularmente em relação a Colômbia, o mesmo relatório indica um aumento de até 14,3% da pobreza extrema para o ano de 2020. Neste país quase 2/3 da população vive, atualmente, abaixo da linha da pobreza.

³ “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal” (OMS, 2010).

em função da dubiedade que caracteriza o debate em torno do UHC, como demonstrado por Giovanella *et. al.* ao apontar que:

Nos países europeus, em geral universalidade se refere à cobertura pública de sistemas nacionais, sob designações como universal *health care* ou *universal health systems* (UHS). Para países em desenvolvimento, o termo *universal health coverage* (UHC) é empregado em referência à cobertura por serviços básicos, ou por cobertura de seguros de saúde, públicos ou privados (2018, p. 1765).

Vinculado à outra concepção de saúde, de cidadania e representando outro modelo de pacto social encontra-se o *universal health care* (UHS). Este se refere a sistemas nacionais de saúde que garantem à população o acesso universal por meio de financiamento público e sem contrapartidas de pagamento direto por parte de seus usuários. É um modelo que tem sido questionado pelos organismos internacionais no campo das propostas de contrarreforma liberais para a América Latina, sendo considerado demasiadamente oneroso diante da crescente demanda, elevação dos gastos com saúde e em cenário de crise econômica (OMS, 2010; NORONHA, 2013).

No campo das disputas sobre modelos e concepções de saúde, aquecido ainda mais a partir do relatório da OMS de 2010, resgatamos um conjunto de questões de fundo enunciadas por Noronha ao indicar, ainda que sinteticamente, as problemáticas presentes neste debate. Nas palavras do autor:

[...] por que vender a ideia de *poolings* dedicados como ideia central para o financiamento de cuidados à saúde? Se existem ‘determinantes sociais da saúde’, por que criar *poolings* ou contribuições específicas para os cuidados à saúde e não para cada uma das políticas correspondentes à extensa listagem de ‘determinantes’? Contribuições a seguros privados, sabidamente seletivos e subsidiados, integrariam esses *poolings*? Há ou não ‘subtexto’ nesse texto? (...) Estaremos com ‘o mais poderoso conceito que a saúde pública pode oferecer’, caminhando aceleradamente para transformarmos a saúde humana em mercadoria e liquidar o princípio de que as necessidades de saúde e não a capacidade de pagar os serviços ou contribuir para fundos específicos é que deve presidir o acesso e uso dos mesmos (2013, p. 849).

Na contramão deste movimento e sofrendo os seus influxos, o SUS vem sendo implementado no país. Expressão material do processo de correlação de forças societário, a Constituição Federal da República brasileira, de 1988, marco fundamental do processo de redemocratização, absorveu a pauta de luta do movimento político-ideológico que defendia a concepção de saúde como direito de cidadania, o Movimento da Reforma Sanitária. Ao preconizar a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros, a carta constitucional inverte a lógica histórica presente em nossa formação social em que a saúde se constituía como dever da população, passando a ser assumida como um dever do Estado (PAIM, 2008).

No contexto da ditadura civil-militar que se instalou no país entre 1964-1985, a saúde foi assumida pela duplicidade de sistemas entre a medicina previdenciária a cargo dos Institutos de Pensão (IAPs), destinada ao extrato urbano de trabalhadores formais e a saúde pública a cargo do Ministério da Saúde (MS), voltada aos grupos rurais e setores pobres. Houve, no período, significativa expansão do setor privado na saúde tendo concorrido para isso, entre outros fatores, a ampliação de compras de serviços de saúde pelo estado na esfera privada. A despeito da expansão de algumas coberturas e a criação de distintos programas de proteção ao trabalhador rural, doméstico e autônomo, a saúde pública viveu uma importante crise com expressivo desfinanciamento (BRAGA, PAULA, 1986).

Para além do amplo processo histórico⁴ de formação dos atores políticos e institucionais que atuaram no processo de reforma sanitária brasileira, estudos indicam a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) como marcos histórico-políticos de sua origem (SCOREL, 1999; 2008, PAIM, 2008, COHN, 1989, FLEURY, 1997)⁵. Sob influência do processo de reforma sanitária italiano, o movimento brasileiro levou a cabo um projeto de reforma de saúde

⁴ Trata-se do período que vai desde os anos 1950 com o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva e abarca o processo de construção e fortalecimento de uma concepção ampliada de saúde, contraposta a perspectiva dualista, autoritária e privatista assumida pelo regime autoritário da ditadura civil-militar de 1964.

⁵ Dados os limites deste texto não é possível explorar o papel fundamental que tanto o Cebes quanto a Abrasco tiveram no contexto de conformação do campo da saúde coletiva no país (COHN, 1989, FLEURY, 1997).

universal, gratuito, integral em todos os níveis de cuidado, com participação social, ou seja, um projeto democrático que se somava a outros movimentos sociais democráticos do período e, conseqüentemente, se antagonizava com a conjuntura ditatorial.

Marco fundamental do processo de mobilização social em torno da pauta da saúde na conjuntura da redemocratização, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, discutiu e aprovou as principais pautas defendidas pelo movimento da reforma sanitária e consolidou a concepção universal de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, compondo um debate ampliado que ultrapassou a pauta setorial da saúde (BRAVO, 2009) sendo incorporado à Constituição Federal promulgada dois anos depois.

Segundo PAIM (2008a) é a partir da aprovação da CF de 1988, ao encerrar a conjuntura de transição democrática e incluir as pautas do movimento da reforma sanitária brasileira, que se tornou possível uma análise consistente da implementação da reforma sanitária no país. Contudo, aspectos como a institucionalização e burocratização da reforma sanitária já no final dos anos 1980 sinalizaram desafios para o campo progressista da saúde no Brasil (FLEURY, 1989) e podemos acrescentar que o novo sistema de saúde já nasceu sob os ventos do neoliberalismo materializado na década seguinte com a contrarreforma do Estado.

Após a CF 1988, o Sistema Único de Saúde foi regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/91 durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo (1990-1992) em que pese a ausência de compromisso da sua gestão com a implementação do Sistema Único de Saúde. No governo seguinte, de Itamar Franco (1992-1994), apesar de fortes ameaças revisionistas à carta constitucional, ocorreu a aprovação da NOB-93 que, por sua vez, contribuiu para fazer avançar o processo de descentralização da gestão do Sistema (SUS). Ajustes macroeconômicos que se fizeram necessários para fazer avançar o projeto de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003) marcam os dois mandatos do governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) com profundas conseqüências para a consecução da política de saúde (PAIM, 2018a). Nos governos do presidente Lula (2003-2006 e 2007-2010), a expectativa com relação à consolidação das pautas populares negligenciadas por seus predecessores sucum-

biu a uma conjuntura mais geral de alinhamento com a agenda liberal, a despeito de inovações que implicaram em avanços pontuais em algumas áreas, tais como maior investimento dos serviços territoriais da saúde mental a partir da redução do financiamento aos hospitais psiquiátricos. Estes anos marcam alguns avanços na política de drogas com a decisão política da saúde mental de disputar a liderança dessa área ainda refém da política criminal e dos interesses de distintos segmentos das comunidades terapêuticas e, principalmente, ainda pouco tomada pelo SUS como objeto de sua responsabilidade. Assim, com a experiência territorial acumulada com a redução de danos junto aos usuários de drogas injetáveis no período da epidemia da Aids (MACHADO, 2006), a saúde mental fez a aposta de reorientar o modelo assistencial a esse público, acolhendo pessoas em serviços territoriais sem condicionar o acesso à abstinência do álcool e das drogas.

A partir dos governos Dilma Roussef (2011-2014 e 2015-2016), interrompido com o golpe jurídico e parlamentar, tivemos o fortalecimento no Executivo de pressões da bancada evangélica organizada em frentes parlamentares para as comunidades terapêuticas passarem a receber financiamento federal e ser reconhecidas no âmbito do SUS. Como desdobramento, em 2011, foi instituído a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que combinou uma concepção de que diversos eixos da saúde pública precisavam ser acionados para o cuidado em saúde de pessoas com transtorno mental e com usos prejudiciais de drogas, sob a orientação de diretrizes, como a diversificação das estratégias do cuidado no território, orientado pela redução de danos e se respeitando a autonomia e os direitos humanos dessas pessoas; e no interior da RAPS, aquela pressão política determinou a entrada das comunidades terapêuticas como serviços residenciais. A aposta da saúde mental em dar direção à tomada de responsabilidade da saúde pela área das drogas no Brasil passou a sofrer uma dupla ofensiva, seja pela disputa das comunidades terapêuticas pelo modelo religioso de assistência ao usuário de drogas e pelo financiamento da saúde pública, seja pelo fortalecimento das instituições psiquiátricas tradicionais que indicavam um projeto de retomada da direção da política de saúde mental.

Já no governo de Michel Temer (2016-2018), após o golpe da Presidente Dilma, tivemos a aceleração da agenda de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2003) e da lógica de privatização não clássica da saúde (BRAVO; PELAEZ, 2020; GRANEMANN, 2011), da qual destacamos a aprovação da Emenda Constitucional nº95 que instituiu um novo regime fiscal no orçamento da Seguridade Social, impondo o teto de gastos ao Estado por 20 anos. Na prática esta Emenda congelou os recursos investidos pelo Estado em políticas sociais tais como saúde e educação, uma vez que limitou o crescimento de despesas por parte do Estado. Ela expressou a visão mercantil sobre tais políticas sociais, ao conceber que os recursos públicos nelas alocados representam despesas e não investimentos por parte do Estado, enquanto dever de provisão a um bem necessário ao gênero humano.

A conjuntura que se seguiu e se configura no atual governo do presidente Jair Bolsonaro, iniciado em 2019, trouxe o que Brown (2109) somaria como forças que combinam elementos já conhecidos do neoliberalismo.

[...] (favorecimento do capital, repressão do trabalho, demonização do Estado social e do político, ataque às igualdades e exaltação da liberdade) com seus aparentes opostos (nacionalismo, imposição da moralidade tradicional, antilietismo populista e demandas por soluções estatais para problemas econômicos e sociais). Elas conjugam a retidão moral com uma conduta amoral e não civilizada quase celebradora. Endossam a autoridade enquanto exibem desinibição social e agressão pública sem precedentes. Batem-se contra o relativismo, mas também contra a ciência e a razão, e rejeitam afirmações baseadas em fatos, argumentação racional, credibilidade e responsabilidade. Desdenham dos políticos e da política enquanto manifestam uma feroz vontade de potência e ambição política (2019, p. 10).

Uma das bases políticas do Governo Bolsonaro é justamente as igrejas neopentecostais que já vinham participando com seus representantes do Parlamento e de diversas áreas do Executivo, mesmo nos Governos anteriores de Lula e Dilma; e, de outro lado, na política econômica, a dominância de um grupo formado na Escola de Chicago, um dos berços teóricos do neoliberalismo.

O Governo Bolsonaro dá continuidade e aprofunda o processo de contrarreforma. Reafirma o compromisso com a agenda neolibe-

ral e conservadora na direção de generalizar a lógica mercantilizada da saúde, com destaque para o alinhamento com a proposta de reforma do SUS apresentada pelo Banco Mundial, aprofundando as disputas entre os projetos para o setor: o projeto de reforma sanitária, o projeto de reforma sanitária flexibilizado e o projeto privatista (BRAVO; PELAEZ, 2020).

Desta forma, o avanço da agenda conservadora e neoliberal na América Latina e, particularmente, no Brasil desenha uma conjuntura largamente desfavorável a projetos universalistas vinculados com concepções societárias liberal democráticas e sob o cariz da emancipação política.

A aproximação com o sistema nacional de saúde colombiano não é simples, quando a principal fonte está na bibliografia disponível em domínio público e dado o cenário de pandemia que inviabilizou o contato de pesquisa em campo. Para esta versão preliminar, nos pareceu tratar-se de um processo com forte influência de organismos internacionais, em especial Organização Pan-Americana de Saúde e o Banco Mundial, e, no plano interno, da elite dominante que teve um papel fundamental na construção da agenda política em torno da reforma do sistema de saúde daquele país com objetivo de manter e ampliar seus interesses privados.

A tradição de instituições democráticas, na Colômbia, coexistiu como uma realidade de autoritarismo e violência política. Neste sentido, o contexto de redemocratização deste país pode ser considerado como um elemento determinante e distintivo no desenho de sua reforma sanitária. Ao analisar este processo, Sanabria (2012) indicou a ausência de participação social (movimentos sociais) no processo de discussão da agenda política em torno da reforma sanitária e de pesquisadores do campo da esquerda que poderiam apresentar propostas alternativas e/ou tensionar o debate. A autora trabalhou com a hipótese de que esta ausência foi decisiva para aprovação das propostas alinhadas à agenda neoliberal no campo da saúde e deveu-se, entre outras coisas, ao fato destes grupos estarem concentrados nas estratégias de superação da violência, relacionada às guerrilhas e ações paramilitares, e na busca de paz, assumidos por eles como uma prioridade naquele momento histórico (SANABRIA, 2012, URIBE, 2011, BORRERO, 2008).

Na Colômbia o processo de reforma do sistema de saúde teve início há mais de duas décadas. A ideologia hegemônica na direção deste processo foi a de que todos os indivíduos deveriam ter acesso universal a saúde, que veio a figurar na Constituição de 1991 daquele país como um serviço público e não como um direito fundamental. Acesso universal, neste caso, deve ser entendido como ter disponível um pacote básico de serviços de saúde, independente da sua origem socioeconômica e capacidade de pagamento. Assim, o direito à Seguridade Social e à saúde foi assumido como um direito de prestação, seguindo a tendência dos organismos internacionais para os países em desenvolvimento. Ou seja, a reforma sanitária colombiana, diferente da brasileira, assumiu desde seu início a perspectiva da cobertura universal onde todos deveriam acessar uma cesta básica de serviços, levando a aprovação de um sistema de seguro social de financiamento misto, como descrito abaixo.

Assim, a agenda de debates sobre as propostas para a reforma sanitária ganhou fôlego no final dos anos 1980 e início dos 1990, uma década depois da brasileira. A partir daí, o sistema de saúde sofreu uma mudança substancial culminando em 1993 com a aprovação da Lei 100, que discorre sobre o sistema nacional de saúde, denominado de Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) (SANABRIA, 2012). Como já apontado, o sistema colombiano foi profundamente influenciado pelo neoliberalismo, configurando-se como um sistema de mercado baseado na lógica da cidadania regulada (SANTOS, 1979).

Neste sistema, denominado de pluralismo estruturado (GIOVANELLA *et. al.*, 2018, CÁRDENAS *et. al.*, 2017), a Seguridade Social contemplou os setores da saúde, aposentadoria e saúde do trabalhador que são organizados de forma independente com expressiva participação de empresas privadas, conduzindo o país a um processo de generalização dos seguros de saúde privados (SANABRIA, 2012). A Lei 100 estabeleceu um sistema híbrido com dois níveis de benefícios: (a) Regime Contributivo (RC) destinado aos trabalhadores formais ou àqueles que recebem mais de dois salários mínimos e/ou possuem capacidade contributiva; (b) Regime Subsidiário (RS) destinado aos que não podem pagar pelos serviços de saúde e apresenta desigualdade entre as cestas oferecidas e nos valores per capita. Este marco

jurídico levou a implementação de um sistema nacional de saúde, baseado nestes níveis de benefícios, que regulamentou e legitimou a iniciativa privada na condição de gestora e prestadora de serviços de saúde (SANABRIA, 2012).

Do ponto de vista do financiamento, o sistema recebeu contribuição do Estado, para subsidiar o atendimento da população considerada pobre e incapaz de participar financeiramente da contrapartida do sistema, dos trabalhadores formais, informais, autônomos e empregadores. A este respeito, Giovanella *et. al.* (2018) atestam que na concepção de universalidade contida no modelo UHC⁶:

[...] o financiamento público perde importância e a estratégia passa a ser a redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou seguros subsidiados para pobres (subsídio à demanda). Ou seja, a forma para avançar em direção à cobertura universal deixa de ser a ampliação do financiamento público correspondente ao *Universal Health Care*: a sistemas nacionais de saúde de acesso universal e financiamento público (subsídio à oferta) (p.1765).

A narrativa durante o processo político em que distintos projetos para o setor se apresentavam pautava-se na disseminação da ineficiência e incapacidade na gestão e prestação de serviços com significativos graus de eficácia. A disseminação da ideologia de ineficácia de atuação do setor público estatal na gestão e oferta de serviços de saúde por parte da mídia e com lobby de grupos nacionais não governamentais foi fundamental para garantir aprovação de um sistema de saúde que, apesar das intenções quando foi proposto⁷, não reduziu a desigualdade de acesso da população colombiana. Neste contexto, uma vez que o tipo de cuidado a que o cidadão tem direito de-

⁶ A proposição de cobertura por seguro e indistinção entre cobertura e acesso realizada pela OMS para as Américas foi questionada por países com modelos de sistemas universais e concepção de saúde como direito e garantia de acesso passaram a figurar entre as propostas a partir de Resolução aprovada em 2014 (GIOVANELLA *et. al.*, 2018).

⁷ As propostas apresentadas no processo de reforma sanitária expressavam, de forma geral, os interesses dos grupos dominantes para o setor, não tendo sido apresentado projeto alternativo atrelado, como indicado por Sanabria (2012). Assim, no bojo das propostas dos grupos dominantes na Colômbia, acreditava-se que, com a reforma da saúde nos termos da agenda neoliberal, se reduziria níveis de desigualdade no acesso a saúde, elevaria a eficácia e eficiência dos hospitais públicos e faria retrair os índices de corrupção no setor (GAVÍRIA, 2020).

pende do seu tipo de vínculo ao sistema, tem sido frequente a judicialização do acesso à saúde por meio de tutelas, que no sistema colombiano são medidas de proteção a direitos individuais impetradas junto ao Tribunal Constitucional (YAMIN, VERA, 2009). A quantidade de recursos judiciais a fim de garantir o acesso à saúde colombiana expressa, para os autores, um sistema de saúde com pouca capacidade de regulação interna, onde o recurso judicial tornou-se “uma válvula de escape” (p. 148).

Os desdobramentos do processo de reforma sanitária na Colômbia com adoção do modelo UHC levaram a aumento dos gastos públicos com saúde, maior incentivo ao investimento do setor privado e aumento significativo da cobertura. Contudo, a ampliação da cobertura não foi significativa em áreas rurais, fazendo com que o sistema reforce desigualdades regionais de cobertura e acesso à saúde. Outro dado significativo refere-se ao acesso a atendimentos de alta complexidade, concentrados majoritariamente na rede privada (70%) (GAVÍRIA, 2020; SANABRIA, 2012).

Para Gavéria (2020), apesar de ter fracasso em algumas de suas promessas e mesmo com as desigualdades em termos de cobertura quando se observa as regiões urbanas e rurais, a reforma sanitária colombiana é considerada um caso a ser estudado por seus efeitos positivos no modelo de UHC sobre os dados de despesas diretas (pagamentos) por parte dos usuários. Ademais, este mesmo autor argumenta que na base dos problemas de financiamento do sistema de saúde colombiano existe um dilema ético a ser enfrentado que vem sendo ignorado em seu país: se devemos arcar coletivamente com os elevados custos de tratamentos de alta complexidade quando as evidências científicas apontam para baixa probabilidade de sucesso em casos de patologias não remissivas à cura e com prognóstico elevado de óbito.

Apesar da surpresa ou senso de indignação que nos toma diante de tal questionamento em face ao sofrimento que gera o adoecer e o morrer, destacamos que ele segue alinhado às características assumidas pelo neoliberalismo, como referida por Brown (2019) se desdobrando na perda da reciprocidade, da solidariedade de classe e da capacidade de se reconhecer no outro.

No caso da Colômbia, os desdobramentos da adoção do modelo de cobertura universal (UHC) com tendência de centralidade na atenção básica e descompromisso com o princípio da integralidade na alta complexidade se reflete na já indicada concentração das ações que respondem por este nível de atenção em hospitais da rede privada de saúde. Este dado é ainda mais alarmante quando se trata de acesso a saúde em tempos de pandemia de Covid-19⁸, considerando que uma parte importante das pessoas que desenvolve quadros graves da doença precisa de acesso a internações de médio e longo prazo. Cabe destacar que, embora os países da América Latina almejem chegar ao patamar de cobertura universal em saúde (embora, como vimos, adotem modelos distintos com vistas a este objetivo), eles têm se distanciado de uma universalidade efetiva. Uma das razões apontadas para isso se deve ao baixo investimento em saúde, conforme aponta relatório da *London School of Economics and Political Science* (KANAVOK *et. al*, 2019), indicando que a maior parte dos países da região considerados com renda média e alta não atendem à recomendação da OMS de investimento de 6% do PIB em saúde. Cenários de crise sanitária tais como o colocado pela pandemia de Covid-19 tende a expor ainda mais as fragilidades dos sistemas de saúde, especialmente em decorrência do alinhamento com a agenda de contrarreformas neoliberais.

Em que pese as distinções entre Brasil e Colômbia, a compreensão do caso do SNS colombiano, seu processo político, os principais sujeitos e forças atuantes, objetivos destes grupos assim como os seus desdobramentos em termos de eficácia e incremento das desigualdades são úteis ao nos alertar para a tendência contida nas propostas dos organismos internacionais para a América Latina e a convergência dos ataques neoliberais em curso no campo das políticas sociais no Brasil.

⁸ Trata-se da pandemia de COVID-19, doença infecto contagiosa causada pelo agente coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), iniciada em dezembro de 2019.

As comunidades terapêuticas no Brasil e na Colômbia: aproximações.

O mergulho permitido pelo processo de revisão bibliográfica que conduziu a uma aproximação inicial com as CTs colombianas indicou formas distintas de referências a estas experiências. Enquanto no Brasil utilizamos os termos comunidades terapêuticas laicas e religiosa para fazer a distinção entre ambas (CT laica e CT religiosa), nos textos estudados percebeu-se que é usual a referência ao termo comunidade teoterapêutica (CTTs) para as instituições religiosas e laicoterapêutico para as instituições não religiosas (CTs). Assim, quanto ao uso das siglas este texto respeitará as diferenciações internas de cada região utilizando a nomenclatura CTs (laicas ou religiosas) nas referências às experiências brasileiras e CTs e CTTs nas referências às colombianas.

Ainda no campo das observações iniciais deste item ao leitor gostaríamos de deixar nítido que tanto na Colômbia quanto no Brasil há predominância da perspectiva da abstinência nas diretrizes das comunidades terapêuticas de uma forma geral, independente da presença do componente religioso. Não obstante, existem CTs (inclusive religiosas) nos dois países que assumem a perspectiva da redução de danos como direção do trabalho. Ressalta-se que neste artigo não tomamos como objeto uma ou outra abordagem em particular (abstinência ou redução de danos).

Diferente do que acontece em alguns países, no Brasil o cuidado destinado ao uso de substâncias psicoativas (SPA) no âmbito do Sistema Único de Saúde foi inicialmente incorporado ao desenho da política de HIV/Aids e, posteriormente, já nos anos 2000, à política nacional de saúde mental. A partir de 2011 instituições não estatais e, algumas, de base religiosa, as comunidades terapêuticas, passam a compor a rede pública de serviços de atenção à saúde mental e drogas no país: a RAPS⁹.

Na esteira do avanço da pauta conservadora no âmbito da agenda política no país, o campo da saúde mental vem sofrendo for-

⁹ Em função dos limites deste artigo optamos por não retomar o processo que conduziu a esta incorporação assim como seus desdobramentos em termos de marcos jurídicos. Para aprofundar este debate sugerimos leitura de CAVALCANTE (2019) e PASSOS et. al (2020).

tes retrocessos em relação ao projeto de reforma psiquiátrica gestado ao longo dos anos 1980 e início dos anos 1990 e sustentado cotidianamente por profissionais, pesquisadores, usuários, familiares e estudantes afeitos à bandeira da luta antimanicomial e ao processo de garantia de direitos das pessoas com sofrimento psíquico. Dentre os retrocessos destacamos a introdução do hospital psiquiátrico como componente da RAPS, alterações na política de drogas com ações que desinvestem a perspectiva da redução de danos e, na mesma medida, estimulam as ações centradas na abstinência por meio de internações de média e longa permanência em instituições fechadas.

No Brasil a expansão das comunidades terapêuticas - instituições fechadas de cunho religioso em sua maioria, que oferecem tratamento de internação (em alguns casos de longa permanência) para pessoas em uso abusivo de SPA – foi exponencial desde os anos 1990. Há divergências em relação ao número de CTs atuantes no país. Os dados oficiais recentes, que consideram as CTs cadastradas pelo Ministério da Cidadania, apontam para a existência de 487 (MDS, 2019) enquanto os dados levantados pelo IPEA indicam pelo menos 2000 (IPEA, 2017).

Os relatórios de inspeção do IPEA (2017) e do CFP (2018) são documentos importantes que nos ajudam a traçar um perfil aproximado das comunidades terapêuticas brasileiras. Tendo estas fontes por base, podemos afirmar que, no Brasil, as CTs podem ser caracterizadas, em relação à sua natureza jurídica, como instituições de natureza privada, sem fins lucrativos, em grande parte de matriz religiosa, com predomínio da denominação evangélica. Um número significativo destas instituições encontra-se localizado, preferencialmente, em áreas distantes dos grandes centros urbanos. Do ponto de vista do financiamento, desde 2011, as CTs podem receber recursos públicos do governo federal.

A expansão das comunidades terapêuticas, em especial as religiosas, não ocorre exclusivamente no Brasil ou em países da América Latina. Inversamente, trata-se de um fenômeno mundial, conforme demonstra o Relatório Final Consolidado Internacional produzido pela *Latin American Therapeutic Communities Research* (LATC, 2016). Dado o caráter secularizado de parte do mundo ocidental, a capilaridade destas instituições nas sociedades hemisféricas e a insuficiência

de produções científicas sobre a eficácia desse modelo de tratamento, principalmente na América Latina, nos coloca diante da urgência de estudos robustos capazes de compreender e desvendar este fenômeno que envolve, entre outros aspectos, conhecer seus projetos, processos de intervenção e respectiva eficácia, além de suas formas de articulação nacional e internacional.

Neste particular, ao reforçar a necessidade de investigações que se debrucem sobre a eficácia do tratamento realizado em comunidades terapêuticas, Murcia e Orejuela (2014) ultrapassam o sentido do termo usado comumente no campo das políticas públicas, como alcance de objetivo de dada política ou programa. Para os autores identificar a eficácia do tratamento em CTs (laicas e religiosas) significa poder oferecer aos sujeitos benefícios contínuos a longo prazo por meio de “ações éticas baseadas na tolerância e respeito” (2004, p. 5).

Ao investigar o estado da arte das CTs na Colômbia, Castrillón (2008) identificou a existência de duas orientações que, como no Brasil, influenciam as CTs: laica e religiosas (cristãs). Estas últimas recebem a denominação de comunidades teoterapêuticas (CTTs). Enquanto as CTs contam com equipe técnica de profissionais, as CTTs vêm ampliando gradativamente seu quadro técnico com profissionais de saúde. Ambas utilizam metodologias de autoajuda ou trabalho grupal, possuem etapas de tratamento bem definidas e assumem, em sua maior parte, a abstinência da droga.

A Colômbia possui uma política nacional de prevenção e redução do uso de drogas e seus efeitos. Dentre seus objetivos está reduzir a prevalência do uso de SPA, mitigar o impacto negativo do consumo nos indivíduos e coletividades, oferecer uma resposta integrada ao uso de SPA e seus impactos (MINISTÉRIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2004). A referida política assume a função de orientar ações nos eixos de prevenção, mitigação e superação dos riscos associados ao uso de SPA. Articulado ao eixo da superação estão estratégias de enfrentamento, esboçadas pela referida política, em três frentes: tratamento, reabilitação e inclusão social. Em termos de ações operacionais o tratamento oferecido se divide em (i) ambulatorial: destinado a manutenção da abstinência do consumo; (ii) farmacológico: voltado para tratar os efeitos da abstinência para desintoxicação e restaurar a função cerebral normal; (iv) tratamento baseado na filo-

sofia dos 12 Passos de Alcoólicos Anônimos; (v) teoterapia, forma de abordagem em larga expansão na Colômbia e América Latina. As ações focadas na teoterapia visam complementar “o cuidado com o que foi chamado de ‘terapia de vendas¹⁰’. Com esta procuram oferecer ‘terapia ocupacional’ e ‘reintegração social’ aos consumidores de baixa renda” (MINISTÉRIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2016, p. 34).

A fim de produzir dados sobre os centros voltados ao tratamento do uso de SPA, ou seja, das instituições com serviços de atenção e tratamento ao consumidor de substâncias psicoativas (ISACS-PA) o Ministério da Saúde Colombiano realizou um diagnóstico situacional em 2004, atualizado em 2016. A pesquisa teve por objetivo renovar o mapa da oferta de serviços para tratamento de usuários em SPA cadastrados naquele país dado a diversidade de ações nesta área. O universo do levantamento de 2004 foi de 358 programas que correspondiam a 283 instituições, dentre os quais 56% referia-se a serviços residenciais, 20% ambulatoriais e 23% a serviços denominados como mistos (residenciais e ambulatoriais) (MINISTÉRIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2004).

Em 2016 o objetivo da pesquisa foi atualizar o diagnóstico situacional realizado em 2004 e buscou identificar toda instituição que oferecesse um ou mais dos seguintes serviços ao consumidor de SPA: “internação hospitalar, internação parcial diurna (hospital), internação parcial noturna (hospital noite), atenção ambulatorial com baixa complexidade, atenção ambulatorial em média complexidade, internação em hospital (residencial)” (MINISTÉRIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2016, p.50).

Em comparação ao censo anterior, realizado em 2004, houve redução do universo de pesquisa o que, segundo o estudo, não corresponde necessariamente a redução real de programas e instituições. Dentre as hipóteses apontadas pelo relatório para tal diferença estão “a diversidade, instabilidade e mobilidade das fontes primárias de informação para o censo” (MINISTÉRIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2004, p. 27). A pesquisa de 2016 identificou que as instituições com caráter residencial seguem predominantes na oferta de

¹⁰ Trata-se de atividades ocupacionais com objetivo de produzir renda para os usuários.

serviços, correspondendo a 65% do total. Em relação à natureza jurídica das ISACSPA, 91% são de direito privado, das quais 25,6% entidades com fins lucrativos e 66,3% entidades sem fins lucrativos. Do total das instituições que foram classificadas como de direito público (8,2%), 6,3% foram identificadas como empresas sociais do Estado. Em que pese o fato de que o sistema de saúde brasileiro se organiza com base em lógica oposta ao colombiano, o país não também não deixa de experimentar os processos de privatização não clássica da saúde (GRANEMANN, 2011, CORREIA, 2005, BRAVO; PELAEZ, 2020) cuja expressão no campo das drogas tem sido as comunidades terapêuticas.

A aproximação inicial com a experiência colombiana das CTs e CTTs por meio de pesquisa bibliográfica permitiu identificar que os elementos constitutivos das CTs e CTTs são similares sendo a introdução dos princípios religiosos e ideológicos vinculados à religião a principal diferença entre elas, ou seja, enquanto as CTs se baseiam em princípios com fundamentos científicos e possuem intervenções interdisciplinares, as CTTs se fundamentam na perspectiva metafísica, na espiritualidade, assumindo como centrais os princípios religiosos e ideologias baseadas nas palavras de Deus (MURCIA, OREJUELA, 2014). Ademais, outros elementos que caracterizam as CTTs na Colômbia são: a preferência por zonas rurais, a centralidade na abstinência (da droga, de relações sexuais e práticas de violência), o apoio através do tripé grupo, religião e líder religioso, a centralidade do tratamento na prática dos rituais religiosos. Caracterizada como uma internação de longa duração, a média em que um usuário permanece nestas instituições varia de 12 a 18 meses enquanto nas CTs pode chegar a 90 dias (MURCIA, OREJUELA, 2014).

Castrillón (2005) e Roda-Gómez e Rovira-Rubio (2020) perceberam que, apesar o distanciamento da religiosidade no projeto institucional das CTs, alguns dos sujeitos participantes de suas respectivas pesquisas relatavam processos de conversão religiosa após o tratamento nas CTs laicas. Os autores não diferenciaram o processo de conversão de um movimento de despertar espiritual que pode levar a vinculações religiosas e está presente em instituições que trabalham na direção dos 12 Passos.

A religião também se mostrou central em pesquisa realizada por Sanchez y Nappo (2008) com 85 usuários que, após saírem do tratamento em CTs e CTTs na Colômbia, identificaram-na como o elemento-chave e distintivo em seu processo de recuperação. Em outro estudo voltado a acompanhar os efeitos do tratamento em CTs (laica e religiosa) na vida dos usuários ao longo do tempo, López *et. al.* (2011) indicam que estes referem uma diminuição global no uso de SPA e melhora em diversos aspectos essenciais das suas vidas, após o tratamento em CT.

Interessada em refletir sobre os dilemas impostos à identidade individual no contexto moderno de relações sociais em realidades de confinamento, isolamento e de imposição do trabalho, Castrillón (2008) expõe o seguinte dilema para as CTs: centrar sua atuação sobre o projeto de cura individual de uma condição que surgiu como identidade em si mesma uma vez que os dilemas referidos ao uso de SPA não se resumem ao consumo da droga. A autora identifica, ainda, três variações de modelos identitários de construção de sujeitos fundadas em dois eixos: teoterápico e laicoterápico. Estes, por sua vez, projetam modelos hipotéticos de sujeitos como ideais de reincorporação social, a saber: o sujeito cristão pentecostal, o sujeito cristão e o sujeito laico.

Vasconcelos (2019) sugere que há uma conformação psíquica no processo de conversão a um certo modelo rígido de religião e explica como isso reverbera objetivamente na vida dos sujeitos. Consideramos que esta é uma das chaves analíticas possíveis para compreender o fenômeno de expansão e aderência nas sociedades hemidernas não apenas das igrejas neopentecostais, como também das comunidades terapêuticas religiosas.

Para o autor existe uma crise de significação no mundo que atinge fortemente os mais pobres uma vez que, em conjunturas semelhantes a atual, não conseguem vislumbrar horizontes melhores de vida (VASCONCELOS, 2019). Trata-se de uma crise existencial que possui relação com as condições objetivas da vida e que pode facilitar processos de reconversão religiosa, como os que se desdobram a partir do tratamento em CTs religiosas, por exemplo.

Para nós, essa avaliação deve reconhecer e manter os seus dois polos opostos [...]. Por um lado, as práticas neopentecostais no contexto latino-americano e brasileiro devem ser reconhecidas como estratégias legítimas das classes populares exploradas, a partir da longa história de cristianização e de suas atuais péssimas condições de vida, para lidar com o desamparo e a desfiliação social, buscando o que foi evocado por Víctor Valla como apoio social. Elas também são apropriadas para lidar com situações existenciais/sociais limite, muitas vezes representando, para as pessoas que se inserem na religião e as utilizam, avanços significativos em relação à situação dramática anterior em que viviam, particularmente para os homens. Do outro lado, a inserção e as práticas, particularmente nas correntes mais intransigentes dessas igrejas, têm efeitos também alienadores, reforçadores de relações de poder opressivas, de valores e práticas fortemente conservadoras do ponto de vista moral e político, que se mostram mais enfaticamente na esfera macrosocial, com possibilidades de levar a ações fundamentalistas, como também estimulando, do ponto de vista psicossocial, identidades pessoais compactas. Para nós, esta caracterização paradoxal dos efeitos destas igrejas deve ser mantida, em toda a sua polaridade e complexidade (VASCONCELOS, 2019, p.168).

O movimento destes sujeitos para buscar apoio social ocorre a partir da experiência histórica de cada comunidade e, em muitas delas, a religião ocupa um lugar simbólico fundamental na cultura popular. Assim, a aproximação com este debate tem nos mostrado a necessidade de reconhecer a religião como um repertório histórico de dispositivo de subjetivação (VASCONCELOS, 2019), que pode produzir, em determinados contextos sociais, um projeto de saída para estas pessoas, ainda que coloque questões de várias ordens.

Por fim, considerando a expansão das CTs religiosas também no Brasil, os resultados preliminares de pesquisa encontrados no processo de revisão bibliográfica nos dão pistas importantes, por um lado, sobre a complexidade envolvida nos estudos sobre as sociedades hemidernas, em que o profundo sentido religioso contradiz a tese da irreversibilidade do caráter teológico do “desenvolvimento capitalista secularizante” (GUMUCIO, 2016) e, por outro, contribuem na direção de superar as análises que esvaziam a experiência religiosa de sentido ao reduzi-las exclusivamente à dimensão da alienação. A realidade tem demonstrado que não é possível compreender o tema complexo das religiões, e neste particular, o fenômeno da ex-

pansão das CTs religiosas neopentecostais, por meio de abordagens unidimensionais.

Considerações Finais

O recrudescimento conversador associado à investida neoliberal no Brasil tem influenciado o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (modelo alinhado a uma perspectiva de cidadania plena) distanciando-o, em alguns aspectos, dos termos de sua proposta original. Ainda assim, trata-se de um modelo universal de saúde, público, gratuito, de cuidado integral em todos os níveis de complexidade e base territorial que figura como um dos melhores do mundo e que, mesmo precarizado, tem sido fundamental com suas ações de cuidado em tempos de pandemia num país com fortes traços históricos de desigualdade.

No que se refere ao cenário da pandemia, considerando particularmente que o dois países estudados apresentam modelos de saúde distintos, ainda que ambos sofram influxos neoliberais, será necessário um investimento de pesquisa para acompanhar o impacto da pandemia, assim como conhecer sua influência na posição dos organismos multilaterais sobre o sistema de saúde, em especial para os países da América Latina, sobre o pensamento e as práticas neoliberais e os rebatimentos no campo da saúde mental e drogas, com destaque para as comunidades terapêuticas religiosas no Brasil e teoterapêuticas na Colômbia. Neste sentido, algumas reflexões iniciais sobre como a pandemia tem reverberado nas CTs brasileiras pode ser encontrado em Gomes *et. al.* (2020).

Infelizmente, a conjuntura não permite afirmar que estamos caminhando na direção de fortalecimento dos sistemas universais de saúde pública. A pressão sobre as contrarreformas no sistema de saúde nos países latino-americanos por parte dos organismos internacionais como parte do processo da contrarreforma do Estado na agenda de ofensiva neoliberal, demonstra a busca pela expansão do setor privado nos sistemas de saúde latino-americanos, com ampliação do debate em torno da cobertura universal por meio do denomi-

nado *universal health coverage* (UHC), sendo o caso colombiano uma expressão desta tendência.

Apesar das distinções regionais e sócio-históricas que, por sua vez, refletem na conformação dos sistemas de saúde colombiano e brasileiro, identificamos características gerais comuns às CTs nos dois casos estudados, tais como: natureza jurídica, hegemonia de duas direções (laica e cristã e, neste caso, a maioria evangélica), predominância da perspectiva da abstinência, práticas de rituais e presença de líderes religiosos, isolamento e preferência por localidades rurais. A identificação destas características comuns não permite nenhum tipo de homogeneização na análise destas instituições e nos fornecem tão somente pistas do caminho a seguir, apontando para a necessidade de avançar em estudos e pesquisas neste campo, a fim de desvelar as suas características e, sobretudo, as suas conexões com elementos das respectivas formações sócio-históricas, com destaque para a religião. Ademais, os estudos futuros poderão desvelar as formas de articulação regionais e internacionais que se tem estabelecido entre as CTs, principalmente através de suas Federações e Confederações e sua articulação com a agenda neoliberal para os sistemas de saúde latino-americanos.

Estes estudos serão mais potentes se articulados ao investimento de análise sobre vitalidade das religiões no tempo presente, em especial considerando que na América Latina, e particularmente no Brasil, o processo de urbanização e industrialização não levou a um crescimento linear da secularização e apagamento das religiões, mas de sua transformação (GUMUCIO, 2016). Neste particular, consideramos que as CTs se constituem como um analisador a requer maiores investimentos na medida que podem se constituir como expressão do fortalecimento do tradicionalismo moral e da ruína dos sistemas universais de saúde na América Latina.

Referências

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Ministério lança mapa virtual de comunidades terapêuticas no Brasil**. Brasília (DF), 2019. Disponível em:

<[http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades->](http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/julho/ministerio-lanca-mapa-virtual-de-comunidades-). Acesso em: 02 set. 2020.

BARDI, Giovanni. **Entre a “cruz” e a “caldeirinha”**: doses diárias de alienação nas comunidades terapêuticas religiosas. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019.

BRAGA, José C.S.; PAULA, Sergio G. **Saúde e previdência, estudos de política social**. São Paulo: Hucitec. 1986.

BRAVO, M. I. Política de Saúde no Brasil. CFESS/UnB. 2009. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 02 set. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 191-209, 6 jan. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BEHRING, E.R. **Brasil e Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BORRERO, Y.E. La reforma del sector salud y los conflictos classistas em Colômbia: el caso de la ley 100/93. **Dissertação** (Mestrado em Sociologia). Facultad de Ciências Socias y Económicas de La Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2008.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. São Paulo: Filosófica Politéia, 2019.

CAMPOS, G. W. A reforma sanitária necessária. In: Berlinguer, G; Teixeira, S.; Campos, G. W. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Editora Cebes; Hucitec. p.179-194. 1988.

CÁRDENAS, W. *et. al.* Trajetória das relações público-privado no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017;33. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405003>. Acesso em: 08 jul. 2020.

CASTRILLÓN, M. **Comunidades terapéuticas para dependentes químicos: Entre “Teoterapias” y “Laicoterapias”**. 2005 *Cultura y droga*, 12, 107-138. Disponível em: <<http://www.culturasydrogas.org/revistas/revista%2012.pdf#page=107>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

_____. Entre “Teoterapias” y “Laicoterapias”. *Comunidades terapéuticas en Colombia y modelos sujetos sociales*. **Psicología & Sociedad**, 20 (1), 80-90. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n1/a09v20n1>>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CAVALCANTE, Rita. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**, 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2019, p. 245-307.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Revista Lua Nova**. n.19. São Paulo. 1989. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2019.

COLÔMBIA. **Constitución de La Republica de Colombia**. Bogotá, DC. Asamblea Nacional Constituyente. 1991. Disponível em: <<https://pd-ba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2020.

_____. Ministerio de la Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social). **Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia**. Bogotá D.C., diciembre de 2004. Disponível em: <http://www.bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_CO_5459.PDF>. Acesso em: 12 jun. 2020.

_____. **Estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia.** 2016. Disponível em: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO034492016_estudio_evaluacion_diagnostico_servicios_tratamiento_consumidor_sustancias.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas.** Brasília (DF), 2018. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2019.

CORREIA, V. A saúde no contexto da crise do capital: o banco mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde. In: **Revista Temporalis**, São Luis, Abepss. 2007.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método.** 5. ed. São Paulo: Loyola, 2014.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

ESCOHOTADO, Antonio. **O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios.** SP, Dynamis Editorial, 1997.

SCOREL, Sarah. História da política de saúde no Brasil: 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella, Ligia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes. p.385-434. 2008.

_____. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

FLEURY S. **Saúde e Democracia: A Luta do CEBES.** Lemos Editorial, São Paulo: Série Epidemiológica, 1, 1997 .324p

_____. Reflexões Teóricas sobre democracia e reforma Sanitária. In: FLEUYR, S. (org.) **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

GIOVANELLA, L. et. al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n. 23, v. 6, p- 1763-1776. 2018.

GOMES, T. Reforma Psiquiátrica e formação socio-histórica brasileira: elementos para o debate. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 10, n.3, p. 24-34, set./dez. 2018.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: **Cadernos de Saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUMUCIO, C. P. Religious pluralism, popular religions and multiple modernities: a theoretical framework. In: **Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 18, n. 25, p. 38-57, dezembro de 2016.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 49-74.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília (DF), 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

KANAVOK, P. PARKIN, B, GILL. J. **Latin American healthcare system overview: a comparative analysis of fiscal space in healthcare**. The London School of the Economic and Political Science. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/55219/Documents/saude/Dados%20sobre%20cobertura%20em%20saude%20latin-america-healthcare-system-overview-report-english.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2020.

LOPEZ-FERNANDEZ, O. *et. al.* Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad Terapéutica: estudio piloto. **Adicciones**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 289-298. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/122>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de**

constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação de Mestrado (mimeo). Belo Horizonte, UFMG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2006.

MARIANO, R. **Neopentecostais**: sociologia do novo pentecostalismo no Brasil. 1. ed. São Paulo: Loyola, 1999. v. 2.000. 246p.

McALLISTER, W. **Drug Diplomacy in the Twentieth Century**. Nova York, Routledge, 2000

MURCIA, M., OREJUELA, J. Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte In: **CES Psicología**, vol. 7, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 153-172 Universidad CES Medellín, Colômbia. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424012.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2020.

NATIONAL OF INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) . **Principios de tratamientos para la drogadicción**: Una guía basada en las investigaciones. 2010. Disponível em: <<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/principios-de-tratamientos-eficace>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(5):847-849, mai, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/03.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

OLMO, Rosa Del. **A face oculta da droga**. RJ: Revan, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Financiamento dos sistemas de saúde**: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). **La política de drogas y el bien público**. Washington, D.C.: OPS, 2010

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2008.

_____. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008a. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 out. 2018.

PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista**: outra lógica na América Latina. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

PEW RESEARCH CENTER. **Religião na América Latina Mudança Generalizada em uma Região Historicamente Católica**. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/read/31757329/pew-research-center-religion-in-latin-america-portuguese-overview-for-publication-11-13>>. Acesso em: 23 nov. 2014.

RODAS-GÓMEZ, A. M., ROVIERA-RUBIO, R. A. Estado del arte sobre el consumo de heroína en Colombia: una aproximación desde los enfoques jurídico, médico, religioso y sociocultural. In: **Revista Cultura y droga**, n 25, jan-jun 2020, p. 113-139. Disponível em: <[http://vip.u-caldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga25\(29\)_6.pdf](http://vip.u-caldas.edu.co/culturaydroga/downloads/Culturaydroga25(29)_6.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2020.

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas**. SP, EDUC, FAPESP, 2004.

SANABRIA, C. **Política de Saúde na Colômbia**: agenda e formulação nos anos 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

SANCHEZ, Z., NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2008, v.42, n.2, p.265-272. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro, Ed. Campos, 1979.

URIBE, M. **Las Contiendas por las Reformas de la Salud en Colombia, 1990-2011: Nacimiento y “declive” de un modelo de mercado para la salud.** Editorial Académica Española. 2011.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A gravidade do neoliberalismo radical pós 2008 e nossas estratégias de resistência. In: **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 47-66, maio/ago. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/30483/21380>> . Acesso em: 30 ago. 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**, 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2019.

_____. intolerância e as práticas no lidar com situações existenciais/sociais limite e com as drogas. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAVALCANTE, Rita. (Orgs.). **Religiões e o paradoxo apoio social - intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas**, 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2019, p. 31-188.

YAMIM, A., PARRA-VERA, O. How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court. **PLOS Medicine**. V. 6(2). 2009. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000032>>. Acesso em: 04 abr. 2020.