



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

Neoconservadorismo e Saúde Mental: a expansão das comunidades terapêuticas

Tereza Cristina Ribeiro da Costa¹

Resumo: O artigo analisa o neoconservadorismo no Brasil e seus impactos sobre a política de saúde mental. O argumento central é que a expansão das Comunidades Terapêuticas (CTs), financiadas pelo fundo público, constitui expressão paradigmática das privatizações não clássicas no campo da saúde mental: ao transferir a gestão do cuidado a entidades privadas — predominantemente religiosas — o Estado se exime de responsabilidades, substitui o paradigma da redução de danos pela lógica da abstinência e reinstala práticas de confinamento e tutela moral que a Reforma Psiquiátrica havia combatido. Com base nos dados do IPEA (2017) e no relatório do Conecta sobre financiamento público das CTs (2017-2020), demonstra-se que esse processo expressa a racionalidade neoliberal de mercantilização dos serviços sociais, o moralismo religioso e a gestão punitiva da pobreza que caracteriza o projeto neofascista em curso no Brasil.

Palavras-chave: neoconservadorismo; neofascismo; comunidades terapêuticas; privatização não clássica; saúde mental.

Neoconservatism and mental health: the expansion of therapeutic communities.

Abstract: The article analyzes neoconservatism in Brazil and its impacts on mental health policy. The central argument is that the expansion of Therapeutic Communities (TCs), funded by public resources, constitutes a paradigmatic expression of non-classical privatization in the field of mental health: by transferring care management to private entities — predominantly religious — the State evades its responsibilities, replaces the harm reduction paradigm with abstinence-based logic, and reinstates practices of confinement and moral guardianship that the Psychiatric Reform had combated. Based on IPEA (2017) data and the Conecta report on public funding of TCs (2017-2020), the article demonstrates that this process expresses the neoliberal rationality of social service commodification, religious moralism, and the punitive management of poverty that characterizes the ongoing neofascist project in Brazil.

Keywords: neoconservatism; neofascism; therapeutic communities; non-classical privatization; mental health.

1. Introdução

A relação entre conservadorismo e política social no Brasil tem longa história. Desde o moralismo higienista da Primeira República — que forjou, como demonstra Adiala (2011), os primeiros discursos médico-jurídicos sobre o uso de drogas como "questão de ordem" — o pensamento conservador articula-se às formas de gestão da pobreza e do sofrimento mental para produzir soluções que são, na essência, mecanismos de controle social dos segmentos mais vulneráveis da classe trabalhadora.

¹ Titulação (Doutora em...) e afiliação (professora do Departamento de ...) do autor 1. Email: email.autor1@email.br.

O que é novo no contexto contemporâneo é a combinação entre essa tradição e as formas mais radicais do neoliberalismo, produzindo aquilo que Barroco (2011) nomeia como neoconservadorismo: síntese ideológica que articula individualismo de mercado, moralismo religioso e intolerância à diversidade em um projeto que, no limite, assume traços neofascistas.

No campo da política de drogas e saúde mental, essa confluência tem endereço institucional preciso: as Comunidades Terapêuticas. Financiadas de forma crescente desde o final dos anos 2000 e de modo exponencial a partir do golpe de 2016, as CTs representam o ponto de encontro entre três lógicas estruturalmente articuladas: a privatização não clássica, que transfere a gestão pública a entidades privadas sem transferir a responsabilidade pela qualidade do cuidado; o moralismo religioso-moralizante, que trata o uso de drogas como pecado expiável pela conversão e pela abstinência; e a gestão punitiva dos pobres, que recolhe dos espaços públicos os usuários de drogas — majoritariamente jovens negros e periféricos — e os confina em instituições de disciplinamento moral financiadas pelo erário. A hipótese central deste artigo é que a expansão das CTs não é fenômeno conjuntural: ela é expressão orgânica de um projeto político de classe que, simultaneamente, desmonta a rede pública de atenção psicossocial e reinstala o confinamento como resposta ao sofrimento mental dos trabalhadores pobres.

2. Conservadorismo, Neoconservadorismo e Neofascismo: categorias analíticas

O conservadorismo clássico emerge como reação às revoluções burguesas e à afirmação iluminista de liberdade, igualdade e razão. Netto (2011) demonstra que ele constitui uma visão de mundo coerente que naturaliza a desigualdade, sacraliza a ordem e nega a historicidade das relações sociais — raízes profundas na formação escravocrata e patrimonialista brasileira. Gramsci (1989; 2002; 2006) oferece as ferramentas para compreender como o conservadorismo opera como força hegemônica: não apenas pela coerção, mas pelo consentimento, apresentando interesses de classe como interesses universais. No campo das políticas sociais, essa operação se traduz na apresentação da filantropia religiosa como substituto legítimo dos direitos sociais — o que Behring (2000) analisou como passagem "da benemerência ao direito social" que, nas condições do neoconservadorismo, se inverte: do direito de volta à benemerência, agora rebatizada de "parceria público-privada".

O neoconservadorismo, tal como analisado por Barroco (2011; 2014), não é simples continuação do conservadorismo clássico: é sua versão radicalizada nas condições da crise estrutural do capitalismo tardio, combinando a defesa intransigente do mercado com o apelo aos valores tradicionais, à moral religiosa e à família como instâncias de regulação social. Behring, Cislighi e Souza (2020) o situam no quadro do ultraneoliberalismo: fase em que a crise estrutural do capital impõe a radicalização das políticas de austeridade e o desmonte acelerado da proteção social, com o neoconservadorismo funcionando como seu suporte ideológico — enquanto o ultraneoliberalismo desmonta os direitos pela via fiscal, o neoconservadorismo legitima o desmonte pela via moral, apresentando a vulnerabilidade dos pobres como resultado de frouxidão moral, falta de fé ou incapacidade de resistir ao vício.

O neoconservadorismo tem como traços fundamentais o apego aos valores morais tradicionais, a recusa da diversidade, a sacralização da família patriarcal e a instrumentalização da religião para a legitimação da ordem. Ele não nega o mercado — ao contrário, o abraça —, mas recusa os direitos que poderiam limitar sua expansão. (BARROCO, 2011, p. 210)

A ascensão do bolsonarismo (2018-2022) representa um salto qualitativo: da defesa dos valores tradicionais à mobilização autoritária, da intolerância difusa à violência institucional sistemática. Demier (2019) caracteriza esse processo como expressão de uma nova direita com traços neofascistas, que mobiliza o ressentimento das classes médias em crise, o militarismo, o anticomunismo e o moralismo religioso. No campo das drogas e saúde mental, o neofascismo se expressa de modo nítido: a "guerra às drogas" — que Batista (2003; 2011) demonstra ser, em sua essência, uma guerra aos pobres — é radicalizada; a redução de danos é desmontada; as CTs são expandidas como solução preferencial; e a internação compulsória é defendida como instrumento de "limpeza" dos espaços públicos. Mbembe (2018), com o conceito de necropolítica, nomeia a dimensão mais sombria desse processo: a política que decide quais vidas merecem ser vividas e quais populações podem ser abandonadas, confinadas ou deixadas para morrer.

3. Privatizações Não Clássicas e o Fundo público na Saúde Mental

A distinção entre privatização clássica e não clássica é central para a análise. A primeira se caracteriza pela venda direta de ativos estatais ao capital privado. A segunda opera de forma mais sutil: mantém a titularidade formal do Estado sobre os

serviços, mas transfere sua gestão, seu financiamento e sua racionalidade a entidades privadas — com ou sem fins lucrativos —, criando uma zona híbrida em que o fundo público alimenta a lógica privada sem o controle e a accountability próprios da administração pública (LIMA, 2018). No campo da saúde mental, esse processo se materializa na substituição progressiva dos serviços públicos da RAPS pelas CTs. Enquanto a Portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2011) havia estabelecido os fundamentos de uma rede pública de atenção psicossocial de base territorial, as contrarreformas pós-2016 redirecionaram o financiamento federal para as CTs, que passam a receber recursos crescentes do FUNAD e de convênios com ministérios, estados e municípios.

O resultado é o que Iamamoto (2011) denomina "fetichização" da política social: a aparência de cuidado público que, sob a superfície, oculta a transferência de recursos públicos à filantropia privado-religiosa. Behring (2000) havia demonstrado que a lógica das "parcerias público-privadas" na política social representa não modernização da gestão, mas regressão dos direitos: ela transfere ao setor privado a execução das políticas sem transferir a responsabilidade pela qualidade, e retira do campo público — espaço do controle social e da exigibilidade de direitos — as decisões sobre o cuidado. No caso das CTs, essa lógica assume contornos especialmente graves, dada a vulnerabilidade dos usuários e a ausência histórica de regulação efetiva.

4. As Comunidades Terapêuticas: perfil, dados e financiamento público

4.1. Origens e modelo

As CTs têm origem nas experiências norte-americanas dos anos 1950 — o modelo Synanon e o modelo Maxwell Jones. De Leon (2014) sistematiza seus fundamentos: a comunidade como método terapêutico; a ênfase na mudança global de estilo de vida; a responsabilidade mútua entre membros; e o papel dos "residentes veteranos" como modelos de recuperação. No Brasil, as CTs surgiram nos anos 1970 majoritariamente vinculadas a denominações religiosas, desenvolvendo um modelo híbrido que combina elementos do modelo clássico com a espiritualidade religiosa (COSTA, 2006; GIMBA, 2018). Sanchez e Nappo (2008) demonstram que a dimensão religiosa é central no modelo brasileiro: a conversão é frequentemente apresentada como condição e resultado do processo terapêutico, o que levanta questões éticas fundamentais sobre a autonomia dos usuários e a laicidade do Estado no financiamento dessas entidades.

4.2. Perfil das CTs brasileiras: dados do IPEA (2017)

A pesquisa do IPEA (2017), "Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras", oferece o mapeamento mais abrangente disponível e seus dados são reveladores. O levantamento identificou 1.526 CTs em funcionamento no Brasil, das quais apenas 482 (31,6%) possuíam financiamento público. Do total mapeado, 67% declararam orientação religiosa — 39% evangélicas, 15% católicas e 13% sem denominação específica —, evidenciando a predominância do modelo religioso-moralizante sobre o técnico-científico. As CTs oferecem aproximadamente 30.000 vagas, com tempo médio de permanência de 9 meses — muito superior ao recomendado pelos protocolos clínicos baseados em evidências. A precariedade técnica é reveladora: apenas 28,7% das CTs contavam com psicólogo em seu quadro, 18,4% com assistente social e 9,6% com médico — dados que evidenciam sua incompatibilidade com os padrões mínimos de qualidade exigidos pelo SUS.

As CTs brasileiras são, em sua maioria, entidades de pequeno porte, de base religiosa, com equipes técnicas reduzidas e sem estrutura para oferecer tratamento qualificado para transtornos por uso de substâncias. A predominância do modelo abstinencista e da orientação religiosa contrasta com as evidências científicas disponíveis sobre as abordagens mais eficazes para o tratamento da dependência química. (IPEA, 2017, p. 23)

4.3. Financiamento público: dados do Conecta (2017-2020)

O relatório do Conecta sobre financiamento público de CTs entre 2017 e 2020 evidencia a magnitude da transferência de recursos públicos a essas entidades no período de hegemonia do projeto neoconservador. O financiamento federal cresceu de forma exponencial: de aproximadamente R\$ 31 milhões em 2017 para valores que, em algumas estimativas, ultrapassaram R\$ 200 milhões em 2020, considerando repasses via FUNAD, Ministério da Cidadania e emendas parlamentares — crescimento que ocorreu no mesmo período em que o financiamento da RAPS era comprimido pela EC 95/2016. Os dados revelam ainda que esse financiamento se dá majoritariamente por meio de emendas parlamentares individuais, evidenciando a dimensão político-eleitoral do processo: as CTs funcionam como base de apoio de parlamentares evangélicos e conservadores que utilizam o financiamento público como moeda de troca política. A Resolução CONAD n.º 1/2015 (BRASIL, 2015) havia estabelecido parâmetros mínimos de funcionamento, mas a flexibilização promovida pela Resolução n.º 1/2018 esvaziou grande parte dessas exigências, facilitando o acesso ao financiamento público por

entidades sem qualificação técnica.

5. Drogas, Proibicionismo e Neopentecostalismo

Para compreender por que as CTs se tornaram o modelo hegemônico de política sobre drogas no Brasil neoconservador, é necessário analisar a construção histórica do uso de drogas como problema moral e criminal. Carneiro (2017) demonstra que o uso de drogas é impulso humano universal e que sua criminalização é produto histórico da modernidade capitalista, que necessita disciplinar os corpos da força de trabalho. Adiala (2011) e Fiore (2005; 2014) traçam a genealogia desse processo no Brasil, mostrando como a medicina e o direito penal construíram, na Primeira República, o discurso do "vício" como degeneração racial e moral. A política de redução de danos, introduzida nos anos 1990 no contexto da epidemia de HIV/AIDS (BRASIL, 2001; 2004), representou ruptura com o paradigma proibicionista — ruptura invertida pela contrarreforma pós-2016, que a substituiu pelo paradigma abstinencista. Albuquerque (2018) demonstra que esse paradigma é incompatível com os fundamentos ético-políticos do Serviço Social: ele nega a autonomia dos sujeitos, criminaliza a pobreza e substitui o direito ao cuidado pela imposição da abstinência como condição de acesso aos serviços.

A dimensão religiosa das CTs não é acidental: ela expressa articulação específica entre neoconservadorismo político e neopentecostalismo. Mariano (1996) demonstra que a teologia da prosperidade articula a promessa de bênção divina à disciplina moral e ao esforço individual, em perfeita sintonia com a ideologia neoliberal: o pobre que fracassa é o pobre que não se converteu, não venceu o vício. Birman (2009) e Birman e Leite (2000) analisam a territorialização das igrejas neopentecostais nas periferias, demonstrando que elas ocupam os espaços deixados pelo Estado na proteção social. Parker (1995) situa esse fenômeno na modernização capitalista latino-americana. O problema das CTs não é a presença da dimensão religiosa, mas sua imposição como condição do cuidado e o financiamento público de um modelo que viola a laicidade do Estado e os direitos dos usuários.

6. Violações de direitos e os limites do modelo

O relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos do CFP (2011), realizada em 68 unidades em todo o país, documentou violações sistemáticas: contenção física; isolamento dos internos; supressão de comunicação com familiares; trabalho não

remunerado como parte do "tratamento"; castigos coletivos; ausência de projeto terapêutico individualizado; e condições físicas inadequadas. O relatório concluiu que a maioria das CTs inspecionadas reproduzia práticas manicomiais que a Reforma Psiquiátrica havia condenado. Gimba (2018), em pesquisa qualitativa com usuários na Bahia, documenta a ambivalência do modelo: ao mesmo tempo em que as CTs oferecem acolhimento a pessoas em extrema vulnerabilidade, impõem normas que violam a autonomia e reproduzem relações de dominação. Lima (2016) questiona se as CTs são compatíveis com o projeto da saúde mental brasileira, concluindo que, em sua configuração atual, representam um "encontro impossível" com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A literatura internacional converge nessa avaliação crítica. O relatório da EMCDDA (2012) e a pesquisa de Vanderplasschen, Vandeveld e Broekaert (2014) sobre CTs na Europa demonstram que as evidências científicas sobre a eficácia do modelo são limitadas e que abordagens baseadas em evidências — farmacológicas, psicossociais, de redução de danos — apresentam resultados superiores para a maioria dos usuários. A FUCOT (2014), no Uruguai, demonstra que é possível construir modelos de CT que integrem a dimensão comunitária com o respeito aos direitos e ao conhecimento científico — possibilidade sistematicamente recusada pelo modelo brasileiro dominante.

7. Serviço Social e a disputa pelo Fundo Público

A análise desenvolvida tem implicações diretas para o Serviço Social, profissão que atua no campo das políticas de saúde mental e drogas e que, por seu compromisso ético-político com os direitos dos usuários, está na linha de frente da resistência à contrarreforma. Iamamoto (2011) demonstra que, nos tempos do capital fetiche, o Serviço Social é chamado a escolher: ou se converte em executor disciplinado de políticas que reproduzem a subalternidade dos trabalhadores, ou afirma sua tradição crítica e disputa a direção das políticas sociais. Albuquerque (2018) é precisa ao afirmar que a questão das drogas constitui um dos terrenos mais difíceis para a profissão, chamada a operar em serviços — incluindo as CTs — que frequentemente contradizem os valores do projeto ético-político. Essa contradição não tem solução individual: exige posicionamento coletivo do CFESS/CRESS, das universidades e dos movimentos sociais pela defesa de uma política de drogas baseada nos direitos humanos, na redução de danos

e na evidência científica.

Marx (2004) e Marx e Engels (2007) fornecem a base ontológica para compreender por que a questão das drogas não pode ser resolvida no plano moral: ela é produto das contradições objetivas do modo de produção capitalista, que produz alienação, sofrimento e vulnerabilidade como condições estruturais da vida dos trabalhadores. Mészáros (2004) e Tonet (2009) demonstram que qualquer política que trate o uso problemático de drogas como problema individual — moral, genético ou espiritual — estará, na melhor das hipóteses, aliviando sintomas sem atacar causas. Para o Serviço Social, a resistência à expansão das CTs é, ao mesmo tempo, resistência à privatização não clássica, ao neoconservadorismo e ao projeto neofascista de gestão punitiva da pobreza.

8. Considerações Finais

O artigo demonstrou que a expansão das Comunidades Terapêuticas no Brasil não é fenômeno neutro nem meramente técnico: ela é expressão orgânica da confluência entre neoconservadorismo, neofascismo e privatização não clássica que caracteriza a política social brasileira pós-2016. Os dados do IPEA (2017) — 1.526 CTs, 67% religiosas, apenas 9,6% com médico — e do Conecta (2017-2020) — crescimento do financiamento público de R\$ 31 milhões para mais de R\$ 200 milhões — evidenciam que essa expansão se dá com transferência crescente de responsabilidade estatal a entidades religiosas sem qualificação técnica e violação sistemática dos direitos dos usuários, em frontal contradição com os princípios da Lei 10.216/2001 e da Portaria 3.088/2011.

As CTs funcionam como ponto de encontro de três lógicas estruturalmente articuladas: a privatização não clássica, que transfere o fundo público à filantropia privado-religiosa; o moralismo neopentecostal, que trata o uso de drogas como pecado e a abstinência como redenção; e a gestão punitiva da pobreza, que confina os mais pobres e negros em instituições de disciplinamento moral. Compreender essa articulação é condição para construir alternativas: uma política de drogas e saúde mental baseada nos direitos humanos, na redução de danos, na evidência científica e na responsabilidade pública irrenunciável pelo cuidado. Para o Serviço Social, esse enfrentamento exige posicionamento político claro em defesa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, da RAPS e da laicidade do Estado — e a recusa de toda forma de instrumentalização da saúde mental para a gestão penal da pobreza.

Referências

- ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. **Drogas, "Questão Social" e Serviço Social: direções teórico-políticas da profissão**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – UFRJ, Rio de Janeiro, 2018.
- BARROCO, M. L. S. **Barbárie e neoconservadorismo: os desafios do projeto ético-político**. Revista Serviço Social & Sociedade, n. 106, p. 205-218, 2011.
- BARROCO, M. L. S. **Reflexões sobre liberdade e (in)tolerância**. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 119, p. 468-481, jul./set. 2014.
- BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.
- BATISTA, V. M. **Introdução crítica à criminologia brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2011.
- BEHRING, E. R. **As reformas na política de Assistência Social: da benemerência ao direito social, da solidariedade às parcerias entre o público e o privado**. Universidade e Sociedade, Brasília, v. 1, n. 22, p. 16-22, 2000.
- BEHRING, E.; CISLAGHI, J.; SOUZA, G. **Ultraneoliberalismo e política social: notas para debate**. Revista Serviço Social & Sociedade, n. 140, p. 9-26, 2020.
- BIRMAN, P. **Feitiçarias, territórios e resistências marginais**. *Mana*, v. 15, n. 2, p. 321-348, 2009.
- BIRMAN, P.; LEITE, M. P. **Whatever happened to what used to be the largest Catholic country in the world?** *Daedalus*, v. 29, n. 2, p. 271-290, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015.** Regulamenta as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas. Brasília, 2015.

CARNEIRO, Henrique. **O uso de drogas como impulso humano e a crise do proibicionismo.** In: FIGUEIREDO, R. et al. (Orgs.). *Drogas & sociedade contemporânea*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. p. 23-31.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Brasília: CFP, 2011.

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química.** In: FÓRUM SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE MARINGÁ, 1., 2006, Maringá. Anais... Maringá, 2006.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** 5. ed. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas, 2014.

DEMIER, Felipe. **A nova direita e a ascensão do neofascismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Mauad X, 2019.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Relatório anual 2012: a evolução do fenômeno da droga na Europa.** Luxemburgo: Publicações da União Europeia, 2012.

FEDERACIÓN URUGUAYA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (FUCOT). **Drogas, ética y transgresión.** Montevideo: Psicolibros, 2014.

FIORE, M. **A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil.** In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. P. (Orgs.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda, 2005. p. 257-290.

FIORE, M. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas.** In: SHECAIRA, S. S. (Org.). *Drogas: uma nova perspectiva*. São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 137-156.

GIMBA, Marcelo de Freitas. **Trajetórias de pessoas usuárias de drogas: narrativas, contextos relacionais e (re)significações em Comunidades Terapêuticas.** 2018. Tese (Doutorado) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2018.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história.** 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere.** 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 3.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere.** 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. v. 2.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Nota Técnica n. 21. Brasília: IPEA, 2017.

LIMA, L. S. **Fundações estatais como manifestação da privatização não-clássica na política de saúde**. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. Anais... Vitória: ABEPSS, 2018.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **Comunidades terapêuticas e a saúde mental no Brasil: um encontro possível?** In: VIEIRA, L. L. F. *et al.* Drogas, contextos e dispositivos de enfrentamento. Recife: UFPE, 2016. p. 142-171.

MARIANO, R. **Os neopentecostais e a teologia da prosperidade**. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 44, p. 24-44, 1996.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **Ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MÉSZÁROS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

NETTO, L. E. **O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica**. São Paulo: Cortez, 2011.

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

RODRIGUES, T. M. S. **Política de drogas e a lógica dos danos**. *Verve*, v. 3, p. 257-277, 2003.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico: uma guerra na guerra**. 2. ed. São Paulo: Desatino, 2012.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. **Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas**. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

TONET, I. Expressões socioculturais da crise capitalista na atualidade. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 107-121.

VANDERPLASSCHEN, W.; VANDEVELDE, S.; BROEKAERT, E. **Therapeutic communities for treating addictions in Europe**. Lisbon: EMCDDA, 2014.