

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA – CURSO DE MESTRADO

DANIELA DIAS MEDRADO ROGÉRIO

**EXCLUÍDOS PELO CONSUMO OU CONSUMIDOS PELA EXCLUSÃO? UMA
REFLEXÃO SOBRE A DIRETRIZ DA REINserÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS NO SUS**

Campo Grande/MS

2023

DANIELA DIAS MEDRADO ROGÉRIO

**EXCLUÍDOS PELO CONSUMO OU CONSUMIDOS PELA EXCLUSÃO? UMA
REFLEXÃO SOBRE A DIRETRIZ DA REINserÇÃO SOCIAL NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS NO SUS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, na linha de pesquisa Processos Psicológicos e suas Dimensões Socioculturais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Renata Bellenzani

Campo Grande/MS

2023

AGRADECIMENTOS

*Sou feita de retalhos.
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.*

*E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...
Haverá sempre um retalho novo para adicionar a alma.*

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de "nós".

Cris Pizziment (Sou feita de retalhos)

Este é o momento em que as letrinhas sobem ao fim do filme e os devidos créditos são dados a quem fez tudo isso ser possível. O filme que se encerra é do gênero terror romântico, pela relação de amor e ódio que aconteceu durante esses dois anos. Tivemos uma pitada de suspense também, como todo bom filme em que nada se é previsível e de repente o enredo te surpreende. Sem delongas, vamos aos agradecimentos.

Deus: o grande Diretor de tudo e que me manteve com a firme esperança de que todos os passos dados estavam e estão sob o controle e direção Dele.

Gabriela, no papel de minha irmã: Nada de Rute e Raquel por aqui. Pelo contrário. Ela é meu suporte e a voz que impulsionou quando já duvidava de minha capacidade. A pessoa que carrega comigo as melhores lembranças e o sentimento mais sincero de parceria e amor.

Abigail e Luiz Rogério, como meus pais: um papel um tanto quanto difícil e cheio de altos e baixos. Sabe aquelas novelas em que a família vive na escassez mas prioriza os filhos que, por fim, mudam a história da família? Aconteceu. Cada palavra e página desse trabalho, recebam como um presente dedicado à vocês.

Tamiris e José Alberto: entraram com papéis de coadjuvantes, como amigos que tomavam suco na lanchonete, tal qual, lanchonete Múltipla Escolha. De repente, o mestrado que os trouxe, os fez fiéis. Formamos a Vagabanda, e hoje continuamos juntos.

Marília, Jucilei e Cláudia: 4 amigas e um jeans viajante. Amigas que a relação cotidiana de trabalho me presenteou, tornando os dias mais leves e partilhados. Mulheres fortes, lutadoras, que me provam todos os dias que podemos ocupar e alcançar lugares maiores.

Tatiana, diretora de luz e imagem: Também conhecida como “minha analista”, que me ajudou a concluir mantendo a saúde mental e que me acompanha nas fases mais solitárias e de dúvida, lançando luz na estrada para que eu consiga encontrar a direção.

Renata Bellenzani, como roteirista: A pessoa que me orientou, respeitando meu tempo e reorganizando o trajeto sempre que foi necessário.

Daniela, no papel de protagonista: isso mesmo. A auto-cobrança foi grande durante este tempo e nada mais justo do que agora me parabenizar. Agradeço por não ter desistido e, mesmo no caos interno que se instalou durante o processo, tive paciência de olhar para dentro e organizar a casa. Para além disso, trouxe à memória a minha própria história e entendi que esse papel era meu e somente eu poderia ser protagonista deste capítulo.

THE END

DEDICATÓRIA

Dedico esta escrita a cada pedacinho de mim que pulsa.

Dentro e fora dos limites de mim.

Dedico àqueles que são meu abrigo, ombro, silêncio, espaço, apoio e que são memórias do Eu
que ainda nem sou, mas que já vive em cada um deles.

RESUMO

A garantia de direitos e o modelo de atenção territorial comunitário, não segregador, foi materializado na Lei 10.216/2001 abrangendo as pessoas em uso abusivo e dependência de substâncias entendendo que o sofrimento psíquico pode estar na base dessas condutas, bem como se produzir no decorrer dos prejuízos à saúde, relacionais e sociais consequentes deste abuso. O estudo teve como objetivo analisar a diretriz de reinserção social, legalmente instituída na atenção em saúde/saúde mental às pessoas em sofrimento psíquico e com problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, resgatando o histórico desta diretriz, buscando identificar e analisar suas definições e conceituações. A pesquisa é do tipo teórico-conceitual que permite acrescentar a dimensão histórica à compreensão do social relacionada às fases das políticas. Foram analisados atos normativos (decretos, portarias, leis e resoluções), incluídos de saúde mental e política de drogas, identificando-se neles a menção à reinserção social, buscando possíveis definições e modos de atuação visando tal finalidade. É tecida uma discussão crítica sobre tal diretriz apoiando-se em formulações e categorias teóricas de orientação marxista tais como: exército industrial de reserva, no modo de produção capitalista, entendendo o consumo substâncias como parte do processo de reprodução individual e social, a questão social/pauperismo, o paradigma inclusão-exclusão e a determinação social do processo saúde-doença. A dinâmica do capital, que compõe a dinâmica do capitalismo, leva a uma precarização do emprego e ao desemprego e, conseqüentemente, a uma classe de trabalhadores sem trabalho, ditos excluídos. Esse “mundo social dos excluídos” não é criado ou escolhido por eles, mas uma condição pela qual são empurrados por circunstâncias para além de seu controle e para além do consumo das drogas.

Palavras-Chave: saúde mental, álcool e drogas, reinserção social, exclusão social, capitalismo.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
APA	American Psychiatric Association
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CT	Comunidades Terapêuticas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EIR	Exército Industrial de Reserva
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LNUD	Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira
OBID	Observatório Nacional sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NA	Narcóticos Anônimos
PAIUAD	Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- O ajuste dos salários com composição orgânica do capital constante33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Observatório Nacional sobre Drogas e as legislações correspondentes80

Quadro 2- Principais normativas vigentes no âmbito da saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica, que relacionam o termo em seu conteúdo84

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
MÉTODO.....	17
1- CAPITALISMO, FORMAS DE TRABALHO E A RELAÇÃO COM O CONSUMO DE DROGAS	22
1.1 O trabalho enquanto categoria de humanização.....	23
1.2 Os modos de produção e a formação do capitalismo	25
1.3 Acumulação Capitalista, exército de reserva e pauperismo	30
1.4 Paradigma inclusão-exclusão na sociedade capitalista	43
2 - REINSERÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE ESSA DIRETRIZ NA POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS	48
2.1 Dados epidemiológicos dos padrões de consumo de drogas no Brasil	48
2.2 A questão álcool e drogas segundo o pensamento médico-psiquiátrico vigente nos manuais diagnósticos e sua relação com atenção em saúde	51
2.3 Reforma psiquiátrica e a construção de políticas de atenção psicossocial: contextualizando historicamente a proposição da reinserção social nas propostas de desinstitucionalização.....	56
2.4 A política de atenção integral à saúde de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas e o conceito de reinserção social	73
2.4.1 A diretriz da reinserção social nos atos normativos das políticas de saúde mental e AD no SUS	79
3 - REFLETINDO SOBRE O ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PELO PRISMA DE SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL E AS LIMITAÇÕES DA UNICAUSALIDADE E MULTICAUSALIDADE	93
3.1 Explicações da saúde-doença: Unicausalidade e Multicausalidade.....	94
3.2 A teoria da determinação social do processo saúde-doença.....	104
3.3 Os processos críticos e a determinação do consumo de drogas, com suas particularidades, no capitalismo	120
3.3.1 Acumulação flexível e intensificação da alienação: da sobrecarga ao esvaziamento do trabalhador.....	125
3.4 O sofrimento ético-político como experiência singular da exclusão	127
4 - A EXCLUSÃO SOCIAL COMO DIALÉTICA NA ANÁLISE DA REINSERÇÃO SOCIAL: POSSIBILIDADES DE ANÁLISE E PROPOSTAS PELA SAÚDE COLETIVA NA QUESTÃO ÁLCOOL E DROGAS	132
4.1 Mercantilização das substâncias psicoativas e a conversão de algumas ao status de droga: o consumo fetichizado e a criminalização como exercício de validação do poder hegemônico	133

4.2 As Políticas de Saúde sob o capitalismo no Brasil: implicações disto para as políticas de saúde mental relacionados ao abuso de substâncias	139
CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164

INTRODUÇÃO

A problemática de álcool e drogas não é recente na história da sociedade. Compreender o que hoje se constitui como um problema social, político e econômico, requer recuperar a relação do humano em sociedade, os modos de produção e reprodução da vida e da sociedade, a luta de classes, entendendo que a análise do fenômeno se torna limitado quando entendido de forma imediata e superficial, sendo necessária uma abordagem que o desvele em seu complexo engendramento de múltiplas determinações.

O consumo de drogas, e as práticas no Sistema Único de Saúde- SUS que buscam responder a essa condição, embora entendida pelo campo técnico-científico como um fenômeno complexo, em que sua designação como multifatorial ganha destaque, ainda carece de ser abordada em determinados aspectos, ou sob um prisma pouco usual, que problematiza, inclusive, tal designação. Busca-se refletir sobre os nexos da dependência química com outras práticas, relações e processos sociais mais amplos que extrapolam, e muito, a abordagem psiquiátrica e até mesmo da saúde coletiva e da saúde mental pós advento da reforma psiquiátrica, da atenção psicossocial, da redução de danos. Ou seja, mesmo as abordagens mais progressistas e humanizadas sobre a questão ainda não estão suficientemente nutridas de uma leitura mais profunda dessa condição de saúde-doença que é ao mesmo tempo individual e histórico-social.

Adota-se o uso do termo consumo de maneira ampla para nos referir a relação entre seres humanos e drogas, nos valendo da formulação de Soares (2007) e também adotada por Moraes (2018):

Os termos uso, abuso, uso moderado, uso experimental, uso responsável, uso nocivo, uso saudável, uso prejudicial, uso inapropriado, uso controlado, dependência, drogadição, toxicomanias, usos indevidos, entre outros, têm sido utilizados nas diferentes áreas de conhecimento que se dedicam ao estudo do consumo de drogas, refletindo a visão de mundo, as categorias e os conceitos orientados do recorte do objeto adotado e o debate social sobre o tema. Neste trabalho adotamos o termo consumo de maneira ampla, partindo da premissa de que o capitalismo imprimiu à droga a característica de uma mercadoria e aos usuários a qualidade de consumidores (SOARES, 2007, p. 04).

Embora o consumo de drogas ocorra desde tempos remotos, as relações dos indivíduos e da sociedade com elas tornou este um fenômeno complexo da sociedade contemporânea. (PRATTA, SANTOS, 2009). Na perspectiva higienista “[...] o alcoolismo tornou-se causa da pobreza e decadência moral, porque era encontrado nas camadas pobres da sociedade” (MANSANERA, SILVA 2000, p.123). Moura e Boarini (2012) analisam que o homem ideal neste contexto histórico seria dotado de hábitos sadios, física e mentalmente, desenvolvidos

desde a infância em seu contexto familiar. As condições dadas pela reestruturação urbana e que incidiam sobre as condições de vida a que estavam submetidos os trabalhadores. Segundo Foucault, tais condições impulsionaram o “surgimento” do que foi entendido socialmente como os “anormais”, englobando as prostitutas, homossexuais, criminosos, alcoolistas e loucos, abarcando uma categoria ampla dos ditos degenerados, onde todos os desviantes sociais poderiam estar incluídos, proporcionando aos psiquiatras um poder exacerbado, pois seriam os únicos com olhar treinado e especializado para identificar os sinais de desvio.

Com efeito, a partir do momento em que a Psiquiatria adquire a possibilidade de relacionar qualquer desvio, irregularidade, retardo, a um estado de degeneração, ela transformou-se num domínio de saber e de intervenção ao mesmo tempo intra e extra-asilar. Essa nova configuração epistemológica foi o que possibilitou a construção de uma Psiquiatria ampliada, capaz de se referir tanto à alienação mental quanto às mais variadas condutas cotidianas. Nesse ínterim os hábitos, costumes e comportamentos passaram a compor a grade de sintomas inscritos em uma nosografia que classificava como doença todo o tipo de conduta que não se coadunava em linhas gerais com os padrões morais valorizados. Essa criminalização e medicalização do álcool apresentaram-se como medida de primeira instância para o corpo produtivo, que segundo Foucault, será a preocupação da medicina da metade do século XIX, que “colocou o problema do corpo, da saúde e do nível da força produtiva dos indivíduos” como um problema de primeira instância. A produção discursiva antialcoólica ao propagar o ideal de trabalhadores sóbrios, disciplinados, responsáveis pelo sustento da família e pela manutenção da ordem, estava em função de um mercado produtivo que primava por corpos sadios e potencializados. (SALES, 2010, p. 186).

Por um longo período, os usuários “problemáticos” de álcool e drogas na sociedade moderna, foram abordados segundo uma única lógica, a do paradigma da abstinência, condição a ser buscada por meio de internação em hospitais psiquiátricos, sendo a questão do uso e abuso de substâncias convertido de um problema moral para um problema médico, uma doença incurável, um transtorno psiquiátrico, segundo o enfoque biomédico.

No contexto brasileiro, desde meados do século XIX, o alcoolismo já se apresentava como tema de interesse para teses médicas, que o situavam na fronteira entre o estatuto terapêutico e a nocividade da bebida, na ótica higienista. A intervenção sobre o uso tornou-se mais sistemática no início do século XX, impulsionada pela reforma urbana e pela noção de que o consumo abusivo de álcool constituía uma ameaça à estrutura social, dado seu caráter “corruptor” dos trabalhadores e de sua índole. Sob a ótica do trabalho, o alcoolista era mão de obra inutilizada e prejuízo para toda a sociedade, diminuído em sua força e no ritmo da produção, ele deixava de cumprir com seu dever de conduzir a economia brasileira a uma posição de destaque no cenário mundial, além disso, representava gastos vultosos para o Estado em verbas hospitalares, nas internações em hospícios e nas prisões. Ao situar o alcoolismo dentro de um quadro assustador de degenerações de todas as ordens, esses discursos e práticas

foram responsáveis não somente por reforçar preconceitos já existentes, mas, sobretudo pela construção de um estigma muito forte, que contribui com a manutenção dos alcoolistas segundo a visão e nas funções que a reprodução social capitalista necessita, compreendidos como doentes, criminosos em potencial, improdutivos prejudiciais, que deveriam ser policiados, adestrados ou isolados do convívio social (neste sentido, excluídos). Certo saber, buscou obstinadamente vincular o consumo de álcool a apenas uma questão biológica, moralizante, não reconhecendo os fatores socioculturais que envolvem essa prática (SALES, 2010).

O abuso de álcool e drogas no Brasil estaria entre as condutas desqualificadas, não somente na atualidade, portanto, mas desde a mobilização higienista através de campanhas anti-alcoólicas empregadas pela Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM. Ramos (2011) nos mostra que o crescente processo de industrialização no Brasil trazia riquezas e também desigualdades sociais e misérias, gerando “preocupações” para a sociedade, entre elas o aumento do consumo do álcool e a intensificação de suas consequências individuais e sociais. Segundo a autora, o movimento higienista no Brasil, relacionado ao uso de álcool e outras drogas teve início no século XX, devido às mudanças sociais e econômicas associadas ao crescimento de centros urbanos, momento em que o número crescente de pessoas usuárias de álcool e demais tipos de substâncias classificadas como drogas, pelo seu uso legalmente proibido, passou a ser visto como um obstáculo para o desenvolvimento das cidades e da economia capitalista.

A partir da segunda metade do século XX, com a intensificação dos debates sobre a necessidade de abolir determinadas práticas em psiquiatria, se produziram questionamentos sobre essas práticas dominantes sobre o abuso de substâncias pelas pessoas, e a diversificação nas propostas e práticas de cuidado em saúde mental. No processo da Reforma Psiquiátrica, na década de 80, se deu o desenvolvimento de dispositivos que deveriam dar conta das demandas de sofrimento psíquico que estavam, parte delas, associadas ao consumo abusivo de substâncias lícitas e ilícitas. Assim, a temática “álcool e drogas” passou a integrar e ser considerada em sua complexidade, mesmo que de forma tardia, nas políticas de saúde pública, fortemente atreladas às políticas de saúde mental em construção.

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo analisar, no âmbito deste tema mais amplo, da questão álcool e drogas¹ em sua relação com a saúde coletiva/saúde mental, um determinado subtema assim colocado: **as formulações teórico-práticas em torno das diretrizes de reinserção² social no cuidado proposto nas Políticas de Drogas e em Saúde Mental na área de álcool e drogas**, que estão formuladas nos documentos técnicos e na

¹ Utilizaremos a expressão AD ao longo do trabalho ao nos referirmos à questão álcool e drogas.

² Optamos por inserir o conceito em negrito em todas as suas inserções neste trabalho, objetivando dar-lhe destaque para não perdermos de vista as articulações propostas.

produção científica atinente. A pesquisa busca identificar: a) com quais definições, e sob quais fundamentos teóricos, a **reinserção** é proposta, e segundo quais medidas e práticas; b) a que se atribui a causa da (suposta) exclusão das pessoas com uso problemático de álcool e drogas o que justificaria a diretriz de reinseri-las; c) quais as possíveis implicações práticas ao cuidado e às políticas de atenção em álcool e drogas, das compreensões e usos identificados.

Para isso, são utilizadas formulações e categorias da teoria social de Marx e de sua expressão na saúde pública latino-americana, materializada na tese da determinação social do processo saúde-doença.

A necessidade de construir o objeto de estudo [...], refere-se à possibilidade de verificar empiricamente o caráter social do processo saúde-doença. Reconhecido este fato, há que se especificar qual o alcance que podem ter as observações feitas sobre este objeto. É claro que este modo de abordar o estudo do processo saúde-doença permite-nos descrever as condições de saúde de um grupo, articuladas com as condições sociais deste. É, por si mesmo, um avanço, já que tem implicações diretas na prática sanitária, uma vez que visualiza a problemática de forma diferente daquela que ocorre quando é feita como uma descrição biológica das condições de saúde. Não obstante, a possibilidade de investigar o caráter social do processo saúde-doença através de objeto construído não se esgota na descrição distinta, mas a transcende. O estudo do padrão de desgaste e do tipo de patologia e sua distribuição nos grupos definidos por suas características sociais, também expõe a possibilidade de gerar conhecimento sobre a determinação destes processos, isto é, explicá-los. (LAURELL, 1983, p.12)

Parte-se de uma hipótese preliminar de que haveria algo de equivocado, no mínimo insuficiente, mesmo que não explicitamente, na compreensão da questão álcool e drogas em sua relação com a saúde e com a sociedade e, por conseguinte, coloca-se a hipótese de que nas políticas de saúde, focar a **reinserção social** dos dependentes químicos é no mínimo incompleta, insuficiente. Questiona-se a premissa mais geral e disseminada de que tais pessoas estariam excluídas socialmente em decorrência das práticas de abuso de substâncias e dos percalços que passam a ter a partir da condição de doentes, dependentes químicos, viciados, ou seja, questiona-se em alguma medida a causa primária da exclusão social. São levantados questionamentos sobre qual entendimento de exclusão o conceito carrega, de onde as pessoas que abusam de álcool/drogas estariam excluídas e para quais espaços deveriam retornar, considerando, nessa análise, o modo de produção e reprodução da vida em sociedades capitalistas periféricas. Considerando, também, os mecanismos de adaptação que são forjados na relação dos trabalhadores com seu trabalho, e com a vida social como um todo, em que certa busca por “entorpecimento diante da realidade” parece ser uma necessidade coletiva. É preciso aclarar, ademais, quais são as possíveis implicações da transposição da diretriz da **reinserção social**, de um contexto geral de desinstitucionalização de moradores de manicômios, para as políticas e normativas atinentes aos cuidados em saúde das pessoas em situação de abuso e

dependência química. O que se perde com essa transposição quanto às condições históricas e sociais que envolvem o consumo e abuso de substâncias na sociedade atual? A que se atribui a (suposta) exclusão social, combatida com a proposta de **reinserção social** de dependentes químicos? À própria dependência? Como se diz, no senso comum, *o vício acabou com a vida dele*. Também buscou-se debater sobre que tipo de práticas profissionais na RAPS a diretriz da **reinserção social** tem reverberado. Avalia-se que defendê-la pressupõe alguma crítica às relações sociais e condições de trabalho e vida nas quais as pessoas adoecem.

O Capítulo 1 será focado em discutir a sociedade capitalista em que estamos inseridos, resgatando em Marx e Engels, aspectos fundamentais de como esse modo de produção se organiza e suas implicações nas condições da classe trabalhadora. Abordar isso em sua estrutura se faz importante na medida em que o consumo de substâncias está incluído nessa lógica de sociedade, de produção de bens e serviços, em que é inerente a formação dos trabalhadores sem trabalho, do que os autores denominaram como exército industrial de reserva (EIR), na situação mais ampla de precarização das condições de vida das pessoas e do desemprego, típicos do capitalismo. Estes são aspectos essenciais na abordagem do tema deste estudo.

No Capítulo 2 lança-se um olhar mais focado no fenômeno do consumo de substâncias psicoativas e as medidas de tratamento, enfrentamento e prevenção no âmbito da atenção psicossocial no SUS. Ademais, tem-se como proposta também, uma breve explanação sobre os dados epidemiológicos, visando expor os índices que mantêm o problema como algo historicamente importante nas discussões políticas, econômicas e sociais, considerando que o álcool e as drogas movimentam um grande montante de dinheiro e os setores do capital disputam as possibilidades de lucro, seja pela venda das substâncias, seja pela oferta de “tratamentos”. Retomar-se-á o entendimento médico-psiquiátrico do consumo de substâncias psicoativas, pois há um pensamento hegemônico que versa sobre as práticas em saúde, que patologizam tal consumo, à semelhança de outras doenças. Retornando um pouco, antes de expor as políticas vigentes em saúde mental, álcool e drogas, há de se suscitar um breve percurso histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil e a construção de uma Política de Atenção Psicossocial, pois esse caminho permite perseguir as propostas/diretrizes de **reinserção** no contexto da desospitalização e, assim, chegar a outros âmbitos em que a **reinserção social** é pautada enquanto meta das práticas de cuidado no SUS às pessoas que fazem um consumo abusivo de substâncias lícitas e ilícitas.

Nessa perspectiva, no Capítulo 3, haverá a discussão sobre o processo saúde-doença entendendo-o como uma expressão particular do processo geral da vida social. Para tanto, antes de chegar à proposta de Saúde Coletiva e a determinação social do processo saúde-doença, será necessária a retomada de entendimento sobre a uni e multicausalidade, tendo em vista que, esses

modos de pensamento são hegemônicos e ainda são prevalentes nas políticas e práticas em saúde. O capítulo fará uma discussão sob a ótica da determinação social do processo saúde-doença, articulando preceitos base do marxismo, explorados no capítulo 2, e o fenômeno do abuso de substâncias enquanto adoecimento em um contexto social determinante, pontuando alguns processos críticos relacionados ao consumo abusivo de álcool e drogas. Dessa forma, dialoga-se com estudos que pautam o paradigma inclusão-exclusão social, característico do modo de produção capitalista, e que justifica a proposição de políticas sociais. A teoria da determinação social do processo saúde doença, utilizada como pressuposto epistemológico desse trabalho, possibilita a integração conceitual entre as dimensões da saúde-doença e da reprodução social da vida, condição necessária para compreensão e intervenção eficaz sobre essas duas esferas.

Dessa forma, no capítulo 4, buscar-se-á para além de problematizar o entendimento do conceito de **reinserção** no nosso sistema de sociedade e o modo de produção e reprodução social da vida (como tendo relação direta com os padrões de adoecimento, dentre eles, o consumo de álcool e drogas), também lançar luzes sobre as implicações disso nas práticas de cuidado e nas políticas de saúde em álcool e drogas, buscando reformulações e considerações acerca de uma nova ótica sobre o mesmo fenômeno.

MÉTODO

A pesquisa realizada é do tipo teórico-conceitual, orientada pelo esforço de articular formulações de distintas matrizes/campos disciplinares, entre estes:

- a) saúde coletiva (em especial da teoria de determinação social do processo saúde-doença e materialismo histórico-dialético, assentos na teoria social de Marx);
- b) saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica;
- c) políticas sociais sobre exclusão-inclusão.

Pretende-se analisar fontes, revisitar e articular teorizações e conceitos a fim de elaborar reflexões e proposições na direção de dirimir lacunas, imprecisões e contrassensos teórico-práticos, revisitando e articulando conceitos buscando, como destaca Laurenti, Lopes e Araújo (2016)

por em evidência as ambiguidades, contradições, lacunas, imprecisões, excessos, insuficiências, falácias, contrassensos dos projetos de psicologia. Mesmo que isso provoque algum desconforto, esses resultados podem descortinar possibilidades até então não vislumbradas de correção, aprimoramento e avanço das teorias investigadas (LAURENTI, LOPES; ARAÚJO, 2016, p.9)

A pesquisa conceitual parte de uma análise sistêmica, desvelando como um dado conceito está associado a outras noções ou conceitos, e que para compreendê-lo é necessário o conhecimento dessa rede de relações. Esse tipo de procedimento de pesquisa tem o intuito analisar o significado de seus conceitos fundamentais, a relação entre conceitos centrais e correlatos, os fundamentos filosóficos que lhe são subjacentes, o contexto histórico de seu desenvolvimento (LAURENTI, LOPES, ARAÚJO, 2016).

A investigação teórico-conceitual realizada no âmbito desse estudo, fundamenta-se a discussão em uma concepção epistemológica do conhecimento e dos fenômenos da realidade, segundo a Teoria Social de Marx, o Materialismo Histórico-Dialético³. O olhar sobre o conceito e suas relações por meio dessa teoria, nos permite buscar a gênese histórica e sua apresentação como realidade presente, desvelando os movimentos e conjecturando as tendências e

³ O materialismo histórico-dialético — formulado por Karl Marx e Friedrich Engels, importantes pensadores e lideranças do movimento operário do século XIX — é um referencial teórico e metodológico que procura apreender a realidade a partir de uma concepção de totalidade, de grandes transformações societárias e da história. Esses pensadores criaram um método de análise social e uma teoria associada às orientações práticas, com vistas à transformação social. O termo “materialismo” diz respeito à condição material da existência humana, pressupondo que é possível conhecer tudo, de forma racional. Já o termo “histórico” pressupõe que a existência humana é atravessada por condicionamentos históricos. O termo dialético refere-se ao caráter não linear e, essencialmente contraditório, do movimento histórico. Este referencial analítico parte de pressupostos reais. Nesse sentido, “(não) é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (MARX ENGELS, 2007, 86-87). Para Karl Marx, a teoria não é a mera investigação sistemática do movimento das formas mais aparentes assumidas pelo objeto, pautada num sistema de hipóteses com vistas a confirmar relações de causa e efeito, nos moldes da tradição positivista (NETTO, 2011).

implicações futuras, apreendendo-os, portando, como históricos, constituídos e reproduzidos dialeticamente e atrelados a materialidade da vida social. Permite-nos evidenciar as condições materiais que estão na base da constituição da subjetividade, desvelando a gênese histórica das concepções e das experiências subjetivas (OBERG; VILHENA, 2011). O desafio é produzir uma prática que permita conceber dialeticamente o social e a subjetividade, admitindo que as condições históricas implicam em subjetividades diferentes.

O materialismo dialético considera a unidade e luta de contrários, transformação de quantidade em qualidade e vice-versa, e a negação da negação, manifestas num movimento espiral de transformação ascendente.

A contradição assim considerada está relacionada com a dialética no sentido da 'lei de unidade e luta de contrários', com base na qual se concebe a existência, nas formações sociais, de 'forças motrizes' capazes de possibilitar que elas possam passar de um estágio de desenvolvimento a outro, mudando radicalmente as suas características essenciais. Vale esclarecer que não se trata também de nenhum 'progressismo', uma vez que os movimentos poderão ocorrer tanto no sentido da inércia do instituído, quanto no das pulsações instituintes (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Esses elementos se objetivam no método de investigação como fundamentais na compreensão e explicação da constituição e desenvolvimento do psiquismo humano. O concreto dialético se constitui como síntese de múltiplas determinações objetivas do ser humano, por meio do método dedutivo-analítico, que vai do abstrato ao concreto pensado, na sua forma dialética. Ao trabalhar com um método que reproduz o concreto por meio de sucessivas abstrações, têm-se condições de contribuir para o entendimento mais amplo da essência do sujeito.

Destaca-se a contradição, por exemplo, na discussão sobre a proposição na história humana de um modelo que superasse a lógica manicomial. Com base nessa ideia, podemos afirmar, assentados sob o mesmo raciocínio de Costa-Rosa (2000), que só é possível considerar que dois modelos de atuação no campo da saúde mental são alternativos, se são contraditórios, e esses modelos só o serão se em suas práticas houver um encaminhamento em sentido oposto a seus parâmetros basilares.

Para efeito do que interessa no momento, podemos considerar a instituição como formação material constituída por um conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico (lacunar). Vale observar, entretanto, que aquilo que o discurso procura articular não são os saberes às práticas, mas sim, saberes contraditórios e práticas contraditórias entre si. Saberes e práticas são, portanto, necessariamente polissêmicos, o que decorre do fato de serem tentativas de cristalização de visões e interesses diversos (às vezes divergentes), presentes no contexto social em que se origina e atua determinada instituição. Nesse sentido, a própria instituição pode ser vista como uma tentativa de articulação de certos 'meios' visando um conjunto de 'fins' necessariamente sociais (COSTA-ROSA, 2000, p. 145).

Esse pano de fundo ideológico que articula interesses com finalidades sociais, é o que buscamos desvelar neste trabalho ao abordar o conceito da **reinserção social** enquanto fenômeno social replicado nas políticas de saúde. Como uma forma de compreender a essência dos fenômenos, é necessário captar suas relações dinâmico-causais utilizando a lógica dialética, fundamentada nas categorias do materialismo histórico-dialético. Estudar o objeto de pesquisa analisando o processo de seu desenvolvimento, ascendendo do abstrato ao concreto pensado para se chegar a explicar a essência dos objetos e fenômenos da realidade.

Vigotski (1996) afirma que o método materialista histórico-dialético é composto por duas vias fundamentais:

Basta adotarmos a perspectiva realista-objetiva – isto é, materialista em gnosiologia e dialética em lógica – na análise teórica do conhecimento científico para que aquela teoria se torne inviável. Esse novo enfoque nos indica que a realidade determina nossa experiência; que a realidade determina o objeto da ciência e seu método, e que é totalmente impossível estudar os conceitos de qualquer ciência prescindindo das realidades representadas por esses conceitos. F. Engels assinala várias vezes que para a lógica dialética a metodologia das ciências é o reflexo da metodologia da realidade. [...] ‘A dialética subjetiva, o pensamento dialético não é mais do que um reflexo do devir através de contradições (...)’ [...] aqui aparece claramente a exigência de levar em consideração a dialética objetiva da natureza na hora de investigar a dialética subjetiva em tal ou qual ciência, ou seja, o pensamento dialético (VIGOTSKI, 1996, p.246)

Desta forma, o autor apresenta a possibilidade de um salto qualitativo no conhecimento psicológico ao mostrar que não há cisão entre a realidade histórica da humanidade (universalidade) e os objetos e fenômenos científicos quando estudados em seus aspectos mais singulares.

A partir de agora nos manteremos nessa via para nossa análise: partiremos de uma série de fatos, ainda que só se trate de fatos de caráter muito geral e abstrato (como tal o qual sistema psicológico e seu modelo, as tendências e o destino de diferentes teorias, estes ou aqueles métodos de conhecimento, categorizações científicas e esquemas etc.). Não os trataremos do ponto de vista da lógica abstrata, puramente filosófica, mas como determinados fatos da história da ciência. Ou seja, como acontecimentos concretos, historicamente vivos (VIGOTSKI, 1996, p.210).

O materialismo no campo psicossocial, redefine e desnaturaliza o fenômeno psicológico, trazendo reflexões que articulam mundo psicológico e mundo social. Pode ser considerado uma perspectiva crítica e contextualizadora da atuação da psicologia, entendendo sua gênese como decorrente da exigência de uma definição ética e uma visão política sobre a realidade que insere nossas práticas profissionais na realidade brasileira. Nessa direção, conforme afirma Figueiredo (2017), para o materialismo histórico-dialético, o que é imediatamente perceptível, desenvolve-se na superfície da essência do próprio fenômeno. Por

essa perspectiva, temos como uma das preocupações do estudo compreender os fenômenos psicológicos envolvidos no abuso de substâncias, bem como a diretriz da **reinserção social** de usuários, nos serviços de saúde (CAPS AD), buscando desnaturalizar suas manifestações imediatas e superar o dualismo individual/social, na direção da dialética da realidade. “As leis da lógica dialética são exatamente as leis que dirigem o movimento objetivo da realidade transformadas em leis do pensamento e que se nos apresentam através de conceitos de máxima generalidade” (OLIVEIRA, 2005, p. 14 apud FIGUEIREDO, 2017, p. 20).

Conforme Breilh (1991) descreve em livro “Epidemiologia: economia, política e saúde”, a construção do objeto e proposição do problema implica

Tomar decisões teóricas de delimitação e começar a separar aspectos perceptíveis e aparentes do problema daqueles que constituem sua essência; implica distinguir as manifestações necessárias ou sujeitas às leis do objeto-problema com relação a seus elementos causais; implica ainda delimitar as características e relações que o objeto-problema compartilha com os outros e aqueles que lhe são particulares. Conforme avança o procedimento, vai-se depurando a proposição inicial e assim conseguindo construir racionalmente a essência do objeto-problema, superando-se as primeiras impressões sensoriais ou externas do mesmo (BREILH, 1991, p. 192).

A dialética singular-particular-universal refere-se “às definibilidades exteriores irrepetíveis do fenômeno em sua manifestação imediata, acessível à contemplação viva” (PASQUALINI, 2015, p. 363). Em sua expressão singular, revela a sua imediaticidade, considerada ponto de início do conhecimento, e em sua universalidade apresenta as complexas conexões internas, movimentos e evoluções, ou seja, sua totalidade histórico-social. A tensão entre esses pólos opostos são manifestas na configuração particular dos fenômenos, da expressão da mediação que permite compreender a relação entre eles. Este movimento dialético é um requisito para compreender o objeto e superar a dualidade indivíduo-sociedade, possibilitando a construção de um conhecimento concreto (PASQUALINI; 2015).

A partir do referencial marxiano/marxista, conforme já sinalizado, a categoria trabalho será usada para auxiliar na análise dos fenômenos do campo da saúde, como dimensão da determinação do processo de adoecimento, tendo em vista seu papel na mediação das relações entre os homens, a natureza, e o modo de produção capitalista em que todas as dimensões da vida social estão inseridas.

A realidade social em que o fenômeno da **reinserção** emerge, deve ser compreendida tomando o método dialético para apreender a relação entre a condição humana em sua universalidade e a singularidade dos indivíduos, mediada pelas particularidades dadas pelas condições sociais. Marx desenvolveu o método ascensional partindo da abstração celular ‘mercadoria’ e chegando, sucessivamente, ao estudo do ‘trabalho’, ‘valor’, ‘dinheiro’, ‘mais-

valia’, ‘salário’ e ‘classe’. A categoria mais abstrata considerada por ele, aquela que concentra a gênese de todas as contradições, é a “produção”. Toma esta porque

A análise das contradições vinculadas ao conhecimento da saúde-doença, no nível de maior nível de abstração, deve estabelecer-se primeiro à margem das contradições que aparecem na sociedade de classes e de mercado. Nesta dimensão, a categoria-produção encarna a síntese da oposição e unidade que ocorrem entre o sujeito social e o objeto natureza e a oposição entre movimento produtivo e movimento de consumo. (...) Assim sendo, a categoria “reprodução social” é a que permite analisar o processo produtivo em seu movimento, estudar a oposição dialética entre produção (forma de autoconsumo do indivíduo, que inclui o processo de trabalho no sentido restrito, mas não se reduz a ele) e consumo individual (forma de produção do indivíduo produtor e de seus dependentes) e permite ainda compreender a oposição dialética entre reprodução natural-animal e a realização histórica de um sujeito social consciente (BREILH, 1991, p. 195-196)

Breilh (1991) acrescenta ainda que a proposição sobre o objeto deve identificar a essência dos processos que se estudam, considerando suas dimensões gerais, particulares e individuais, assim como “a expressão necessária ou legal da regularidade de sua mudança” (p.197).

É condição fundamental de superação das condições imediatas, a compreensão da condição humana como um processo de apropriação histórica do que foi produzido historicamente pelo gênero humano, e da individualidade em sua relação com a universalidade, atravessada pelas relações particulares da sociedade, e suas condições de formação e transformação. Ao se pesquisar, deve haver um compromisso ético e político para entender a realidade social e individual, apropriando-se da relação singular-particular-universal. Diante do exposto, é importante partir das práticas e concepções produzidas e reproduzidas a respeito do tema de estudo e, a partir dessas, avançar na direção de contribuições científicas dos problemas vivenciados pela classe trabalhadora e de seu enfrentamento.

1- CAPITALISMO, FORMAS DE TRABALHO E A RELAÇÃO COM O CONSUMO DE DROGAS

O retirante explica ao leitor quem é e a que vai

*– O meu nome é Severino,
não tenho outro de pia.*

*Como há muitos Severinos,
que é santo de romaria,
deram então de me chamar
Severino de Maria;*

(...)

Mais isso ainda diz pouco

(...)

*Somos muitos Severinos
iguais em tudo na vida:*

(...)

*morremos de morte igual,
mesma morte severina:*

*que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).*

*Mas, para que me conheçam
melhor Vossas Senhorias
e melhor possam seguir
a história de minha vida,
passo a ser o Severino*

que em vossa presença emigra.

João Cabral de Melo Neto (Morte e Vida Severina)

A teoria social de Marx concebe a história a partir da análise do desenvolvimento das forças produtivas, das relações sociais nas quais tal desenvolvimento se encarna e das relações de classe que cada período histórico gesta e que, em última instância, implica a manutenção ou aniquilamento de uma dada forma de produzir a vida.

Dessa forma, o capitalismo e as formas de trabalho que esse modo de produção implica, atuam diretamente no desenvolvimento das classes sociais, em como as necessidades individuais e coletivas serão satisfeitas; e sobre que formas as classes sociais e os estratos de classe como acessam as condições básicas de produção e reprodução de sua existência.

A análise da **reinserção social** em diálogo com os estudos sobre o tema da exclusão social, necessita de certa imersão no estudo histórico sobre a formação social do capitalismo e suas implicações na realidade da classe trabalhadora. A **reinserção** não pode ser abordada somente enquanto um conceito estático, é preciso tentar aprendê-la em suas facetas objetivas,

expressando-se em práticas sociais no âmbito da atuação assistencial do Estado por meio de suas políticas de saúde/saúde mental, no processo de reprodução social geral e da força de trabalho em específico, do que participam direcionamentos ideológicos ou seja, direcionamentos da classe dominante. Na formação social capitalista, a dialética inclusão-exclusão é, portanto, um processo complexo e multifacetado, composto de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas, não sendo a exclusão social uma simples “falha” do sistema capitalista, ou do sistema político atrelado, mas um produto do seu próprio funcionamento e manutenção, que é o que discutiremos neste capítulo.

Considerando que a história é importante para o entendimento das transformações sociais que ocorreram até que o capitalismo se tornasse o que conhecemos hoje, transformação esta que ainda ocorre na dinâmica do capital atual, utilizaremos esse capítulo como um preâmbulo, uma contextualização histórica sobre qual tipo de modo de produção nos assentamos ao lançarmos um olhar crítico sobre qualquer conceito, e prática, que seja parte desta formação social, dentre elas, o consumo e abuso de drogas, a dita exclusão social, bem como as práticas de **reinserção social**, sejam elas preconizadas ou de fato realizadas.

1.1. O trabalho enquanto categoria de humanização

As condições materiais e de reprodução da sociedade, dentre elas a satisfação material das necessidades dos indivíduos e das classes, envolve a interação dos indivíduos com a natureza, transformando matérias naturais em produtos que atendam suas necessidades; essa prática é o que se denomina como trabalho. Na medida em que foi sendo historicamente constituído, o trabalho rompeu com o padrão natural das atividades, a saber, a forma imediata como os animais, ou mais direta como os primeiros humanos nos agrupamentos primitivos, atuavam na natureza. As mudanças envolvem desde a utilização de instrumentos mais simples até as mais desenvolvidas tecnologias que transformam a natureza, mediando a relação dos seres humanos (que as utilizam) com os recursos extraídos, ou criados a partir, da natureza. As formas de trabalho na humanidade não se dão por determinações genéticas, nem naturais de modo geral; elas implicam aprendizados de habilidades e conhecimentos que se adquirem por experimentação e repetição, permitindo o compartilhamento das aprendizagens entre pessoas e gerações. Há de se saber também que o trabalho na sua atual forma, já não atende a um conjunto limitado e fixo de necessidades mais básicas, como alimentação, proteção física, reprodução; não somente elas, pois no devir da humanidade foram se desenvolvendo novas necessidades e a complexificação das necessidades básicas (NETTO, 2006).

Para Marx,

[...] o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. [...] não se trata aqui de formas instintivas, animais, de trabalho. [...] pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colmeias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto, idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural, o seu objetivo. [...] os elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios. [...] O processo de trabalho [...] é a atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, comum a todas as suas formas sociais. (MARX, 1983, p. 149-150, 153)

A atividade humana se diferencia do animal, portanto, pela sua condição mediada entre o sujeito (aqueles que a executam, os homens em sociedade) e o seu objeto (as várias formas de natureza, orgânica e inorgânica) pelo uso de instrumentos, que mesmo em níveis mais elementares, aproxima o sujeito da finalidade da transformação. Essa finalidade possui uma representação anterior, mental, onde o sujeito planeja a ação segundo o resultado esperado, partindo da intencionalidade prévia, projetada para um fim. No entanto, para que o trabalho se efetive enquanto práxis, é necessário que a projeção seja objetivada por meio da realização do trabalho, transformando a natureza. Dessa forma, o trabalho ocorre em dois planos que acontecem de forma indissociável: plano subjetivo, projeção mental do sujeito, e plano objetivo, que ocorre com a materialização do trabalho.

Mesmo que o trabalho envolva subjetivação, ele jamais ocorre como atividade isolada de um indivíduo, pois se configura como uma atividade coletiva que insere vários outros sujeitos, desde seu caráter histórico em que envolve uma aprendizagem de conhecimentos gerados anteriormente, até o fato de implicar o convencimento ou obrigação de uns, e desobrigação de outros, para a realização das atividades, organização e distribuição de tarefas, ritmos e metas. O caráter coletivizado do trabalho não é delimitado pelas suas raízes naturais, mas antes, expresso pela vinculação dos membros por necessidades sociais, daí o caráter social do trabalho. A sociedade se faz pela interação de seus membros, pelos modos de existir do ser social, sendo nesse contexto que ambos se constituem. O desenvolvimento do ser social implica o surgimento da racionalidade e de uma atividade. Sobre a base necessária do trabalho é que se criam as objetivações, sendo este o que poderíamos chamar de modelo das objetivações, o tipo mais fundante delas, uma vez que todas as objetivações que venham posteriormente são constituídas das características do trabalho, dentre elas, atividade teleologicamente orientada, tendência à generalização e linguagem. O ser social não se limita ao trabalho, considerando que

cria objetivações que ultrapassam o universo dele, existindo uma categoria teórica mais abrangente, a práxis, que envolve o trabalho como modelo, mas que o ultrapassa, incluindo todas as objetivações humanas (NETTO, 2006).

1.2 Os modos de produção e a formação do capitalismo

O regime social em que viviam os primeiros grupos humanos, chamado de comunidade primitiva, imperava com base na igualdade resultante da ausência coletiva de meios básicos de sobrevivência, como alimentação, proteção, perpetuação da espécie. Satisfaziam suas necessidades alimentares através da coleta, caça e pesca, sendo seus resultados compartilhados por todos os componentes do grupo. A diferenciação social pelo trabalho era mínima, sendo somente entre homens, que caçavam, e as mulheres que coletavam e preparavam os alimentos. Com o desenvolvimento da diferenciação de ações e atividades por grupos, alguns elementos foram gestados em seu interior, possibilitando mudanças significativas na própria estruturação social, dentre eles: domesticação de animais e surgimento da agricultura. O aperfeiçoamento dos instrumentos de trabalho (enquanto transformação da natureza) possibilitou o controle de intempéries, novos métodos de produção e controle da sementeira e colheita. Através desse controle foi possível aumentar o resultado, ou seja, uma produção maior do que a necessária para a comunidade e para o suprimento das necessidades imediatas de sobrevivência de seus membros, surgindo o chamado excedente econômico (NETTO, 2006).

Esse excedente marca o aumento da produtividade do trabalho, operando uma revolução na vida das comunidades primitivas, surgindo como possibilidade de acumulação de bens. Duas mudanças logo surgem,

De um lado, junto com uma maior divisão na distribuição do trabalho (o artesanato avança e se torna relativamente mais especializado), produzem-se bens que, não sendo utilizados no autoconsumo da comunidade, destinam-se a troca com outras comunidades - está nascendo a mercadoria e, com ela, as primeiras formas de troca (comércio). De outro, a possibilidade da acumulação abre a alternativa de explorar o trabalho humano; posta a exploração, a comunidade divide-se, antagonicamente, entre aqueles que produzem o conjunto dos bens (os produtores diretos) e aqueles que se apropriam dos bens excedentes (os apropriadores do fruto do trabalho dos produtores diretos) (NETTO, 2006, p. 57).

A divisão sexual do trabalho, anteriormente, vista como a única forma, avança para uma nova divisão, agora entre artesanato e ocupações agrícolas, em um processo que, posteriormente, daria lugar a uma divisão entre cidade e campo, atividades manuais e intelectuais. Com o desenvolvimento da capacidade produtiva, as ocupações precisam ser mais especializadas, avançando para uma divisão social do trabalho cada vez mais complexa e

mediada, ultrapassando as relações de caráter técnico e delimitando as relações de caráter social, estreitamente vinculadas e que constituem as relações de produção. A especialização depende das características técnicas do processo de trabalho e do nível de controle que o sujeito envolvido nesse processo tem, incluindo o domínio dos instrumentos de trabalho. As relações sociais estão subordinadas ao regime de propriedade dos meios de produção onde, se a propriedade é coletiva, como vimos nas comunidades primitivas, as relações predominantes são de cooperação e ajuda mútua e os resultados do trabalho são desfrutados por todos, sem apropriação individual. Quando a propriedade desses meios é delimitada de forma privada, as relações são de antagonismo e polarização, posto que os proprietários dos meios de trabalho, também se apropriam dos resultados da produção e dos próprios produtores em um regime de exploração da força de trabalho, sendo este o caminho percorrido pelas comunidades primitivas após sua dissolução. Nesse tipo de sociedade, a posição social do indivíduo depende diretamente da posição em que ocupa nesse sistema produtivo, dividindo-se em dois grupos: os proprietários e os não-proprietários dos meios de produção fundamentais, sendo a propriedade privada a raiz das classes sociais.

Na produção social da própria vida, os homens contraem relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção estas que correspondem a uma etapa determinada de desenvolvimento das suas forças produtivas materiais. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social, política e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência. Em uma certa etapa de seu desenvolvimento, as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes ou, o que nada mais é do que a sua expressão jurídica, com as relações de propriedade dentro das quais aquelas, até então se tinham movido. De formas de desenvolvimento das forças produtivas, essas relações se transformam em seus grilhões. Sobrevém então uma época de revolução social. Com a transformação da base econômica, toda a enorme superestrutura se transforma com maior ou menor rapidez (MARX, 1982, p.25).

O surgimento do excedente econômico apontou para a dissolução da comunidade primitiva e o surgimento de um novo modo de produção, o escravista, marcado pela exploração da força de trabalho através do uso da força e violência dos proprietários de terras sobre a massa de homens que não dispõe de direito nem sobre a própria vida. Paralelo a isso, os produtos excedentes tomam forma de mercadoria, valor produzido para troca, o que impulsiona o desenvolvimento do comércio, o aparecimento do dinheiro como meio de troca e de um grupo social dedicado à atividade mercantil. Os escravos, no outro polo social, deixam de se limitar somente aos capturados de guerra e se estendem à própria sociedade. O escravismo, significou, mesmo em seu horror e violência, um passo adiante na história da humanidade, introduzindo a propriedade privada dos meios de produção e as mercadorias, estimulando assim, o comércio.

Nesse tipo de estruturação produtiva, o trabalho era realizado por coerção aberta e o excedente da produção desses trabalhadores era extraído por meio de violência.

Os modos produtivos baseados na exploração operam em uma constante contradição, pois, o progresso na produção implica o retrocesso na condição da classe oprimida, que é maioria. O benefício de uns gera o prejuízo para outros e a autonomia alcançada por uma classe, significa novos elementos opressores sobre a outra (NETTO, 2006). Para se manter, o escravismo demandava uma contínua busca por povos a serem escravizados, visto que, por se extrair o máximo de excedente dos escravos e utilizar a violência como força repressiva, o tempo produtivo desses sujeitos era menor. Dessa forma, juntamente com o apogeu do Império Romano e as invasões bárbaras, apontava-se para uma nova dissolução de um modo produtivo para o surgimento de outro, o feudalismo.

O modo de produção feudal baseia-se na divisão por feudos, unidades econômico-sociais, onde uma base de terra pertencia a um nobre que sujeitava os produtores diretos ao pagamento de tributos e prestações. A propriedade da terra era a base fundante desta estrutura social, polarizando a sociedade entre senhores (proprietários da terra) e servos. A diferença em relação ao modo de produção escravista é que na relação feudal há um compromisso mútuo entre as partes: prestação de serviços pelos servos e proteção do servo pelo senhor. Isso não impede que o excedente seja expropriado mediante a violência, mesmo que dentro dos limites dos feudos.

Com efeito, o desenvolvimento do comércio não vai apenas romper com o caráter autárquico da economia do feudo e suas limitações terá implicações muito mais profundas. De uma parte, estimulando o consumo da nobreza por mercadorias (especialmente as trazidas do Oriente pelas caravanas de mercadores) que não podiam ser obtidas por meio de saques ou guerras, mas trocadas por dinheiro, começará a conferir a este uma função privilegiada, na vida social; de outra, fomentando a atividade comercial entre regiões afastadas, estimulará o surgimento de cidades, num original movimento urbanizador, pois é nas cidades que os núcleos das redes comerciais se localizarão. É no interior dessas relações que um grupo social começa a ganhar importância crescente: o dos comerciantes/mercadores, representantes do capital mercantil, movidos por um único objetivo, o lucro. E com eles que uma nova forma de riqueza, diferente daquela própria à ordem feudal - nesta, a forma privilegiada de riqueza era a imobiliária, expressa pela propriedade da terra -, vai ganhar relevância: a riqueza mobiliária, traduzida pela acumulação de dinheiro. Dos grandes comerciantes, grupo social que nasce nas entranhas da ordem feudal, surgirão os elementos que, a partir do século XVI, conformarão a classe que derrotará a feudalidade - eles constituirão a burguesia. (NETTO, 2006, p. 70)

Segundo Marx (2001), após o enfraquecimento das relações sociais do período feudal, o trabalhador encontra-se “livre” do status de servo ou escravo, mas sem os meios de produção que não mais lhe pertencem, dessa forma, sua moeda de troca agora é sua força de trabalho. Essa condição é fundamental para a estruturação da produção capitalista: separação do

trabalhador de seus meios de produção. A transformação do trabalhador para assalariado é o processo que cria a “relação-capital” e “assim a chamada acumulação primitiva é, portanto, nada mais que o processo histórico da separação entre produtor e meios de produção” (MARX, 1985, p. 961).

A sociedade organizada sob os moldes capitalistas, transforma o trabalho em assalariado, alienado e fetichizado. Sua finalidade primária, que seria social, é convertida em meio de subsistência e a força de trabalho torna-se uma mercadoria para produzir outras mercadorias e capital. Marx no Primeiro Manuscrito de 1844, refere-se ao trabalhador em relação ao próprio trabalho:

O trabalhador fica mais pobre à medida que produz mais riqueza e sua produção cresce em força e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria ainda mais barata à medida que cria mais bens. A desvalorização do mundo humano aumenta na razão direta do aumento de valor do mundo das coisas. O trabalhador não cria apenas bens, ele também produz a si mesmo e o trabalho como uma mercadoria e, deveras, na mesma proporção em que produz bens (MARX, 1983, p. 90).

O autor acrescenta ainda que:

Trabalho externo ao trabalhador, [por] não fazer parte de sua natureza, e, por conseguinte, ele não se realizar em seu trabalho, mas negar a si mesmo, ter um sentimento de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolver livremente suas energias mentais e físicas, mas ficar fisicamente exausto e mentalmente deprimido. O trabalhador, portanto, só se sente à vontade em seu tempo de folga, enquanto no trabalho se sente contrafeito. Seu trabalho não é voluntário, porém imposto, é trabalho forçado. Ele não é a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer outras necessidades (MARX, 1983, p. 90).

O produto do trabalho não pertence ao indivíduo, assim como não lhe pertencem os meios de produção e tendo somente sua força de trabalho, está imposta a situação de ter que vendê-la em troca de um salário. “Tudo que o dinheiro pode comprar é transformado em objeto e, como a força de trabalho não pode ser comprada sem o próprio trabalhador, ele acaba se transformando também em um objeto, especificamente numa mercadoria”. A alienação trazida por Marx é o processo em que há o afastamento do trabalhador com relação ao produto de seu trabalho e de si mesmo, havendo uma fragmentação no indivíduo, dificultando cada vez mais as efetivas possibilidades de desenvolvimento e, conseqüentemente, o alienando cada vez mais. A alienação é própria da sociedade que possui a divisão social do trabalho e propriedade privada dos meios de produção como base fundante, onde o trabalhador é expropriado do produto de sua atividade. Nesse modelo de sociedade há determinadas formas de exploração do humano pelo homem, sendo organizada econômica e socialmente, na exploração e alienação das próprias relações sociais. A alienação é, portanto, inerente ao trabalho explorado e crescente nas condições histórico-sociais em que as atividades dos homens, a práxis, passam a ser

objetivações que, ao sujeito, parecem irreconhecíveis, assim subjetivadas. Logo, a finalidade e o processo de criação lhe são estranhos e opressivos. “Numa palavra: entre os homens e suas obras, a relação entre criador e criatura aparece invertida - a criatura passa a dominar o criador. Essa inversão caracteriza o fenômeno histórico da alienação” (NETTO, 2006, p. 44).

A cisão entre trabalhador e produto, causa estranhamento sobre o produto, sobre si e sobre as possibilidades humanas.

[...] o estranhamento pode ser pela confrontação entre o que o indivíduo é e gostaria de ser; o estranhamento em relação às próprias capacidades e o estranhamento entre o trabalho idealizado, prescrito e/ou realizado (SILVA, 2017, p. 58).

As condições favorecedoras do adoecimento se apresentam justamente na perda de coerência das ações com a realidade, onde o indivíduo cria outros sentidos pessoais para as suas atividades pautadas em uma interpretação deturpada da realidade, objetivando lidar com ela de maneira mais suportável. Por não ter meios suficientes ou mais apropriados de compreender suas reais necessidades, em uma perspectiva coletiva, de classe, há um processo contínuo de tentativas frustradas de satisfazê-las, levando ao sofrimento e, conseqüentemente, ao adoecimento. Considerando a importância que a unidade objetividade-subjetividade tem na existência, a quebra dessa relação gera uma ameaça à estrutura biológica e/ou psíquica do indivíduo, que abordaremos de maneira mais aprofundada logo mais nesse trabalho, ao discutirmos as bases sociais do processo saúde-doença, chamadas a atenção a respeito pela medicina social latino-americana e epidemiologia crítica.

As contradições impressas na realidade pela alienação e pelos mecanismos ideológicos, interferem na própria significação pessoal e atribuição de sentidos sobre a realidade, de forma também contraditória. Na disputa ideológica da sociedade de classes e capitalista, os sentidos pessoais podem se tornar estereotipados, constituídos socialmente e apropriados pelos sujeitos, que conforme Moraes (2018), lhe tecem uma roupagem que não lhe pertence. Esse “vestir a roupa alheia”, se traduz em sentidos pessoais que motivam uma conduta ideológica, desconectada, em grande parte, da realidade material que o constitui. As exigências socialmente construídas, como trabalhar para garantir as condições de reprodução da vida, tem materialidade em necessidades e motivos pessoais, mas são desenvolvidas e expressas socialmente. Atender às regras sociais, morais e legais, é uma necessidade socialmente construída, porém, há condições em que as circunstâncias de opressão são insuportáveis, potencializadas pelos processos críticos (conceito a ser trabalhado no capítulo 3). Os indivíduos podem agir de forma mais distanciada em relação às expectativas sociais, rompendo seus vínculos com o sistema a que pertencem, como ocorre com os/as trabalhadores/as cujas necessidades e interesses imediatos ficam centrados no consumo de drogas. Embora haja regras que reprimem o uso, as

obstruções advindas da realidade que os adoecem e os apartam de certos recursos e possibilidade existenciais e materiais (um primeiro movimento de exclusão), “empurram” a classe trabalhadora para um movimento de tentar se distanciar, escapar, esquecer, não se importar, “não sentir” determinadas emoções ligadas aos aspectos da realidade como tal, “pesada”. O faz, entre outros, por meio do uso de substâncias que alteram as funções psicológicas superiores, modificando percepções, emoções, julgamentos e pensamentos na relação com a realidade vivenciada. O que decorre, em casos de continuidade desse movimento, como as consequências biopsíquicas e sociais do consumo que se torna abuso de substâncias, configura um segundo movimento excludente, que se soma ao primeiro e o aprofunda (MORAES, 2018).

Dado que o desenvolvimento histórico de nossa sociedade se efetivou nesse modelo marcado pela alienação, a possibilidade de apropriação das objetivações do ser social foi posta em condição de desigualdade para os indivíduos e as classes. Ou seja, as possibilidades e recursos para a humanização são desiguais na medida em que os bens produzidos socialmente pelos trabalhadores não são igualmente acessados pelas classes sociais na produção e reprodução social, o que cria limitações e perfis de adoecimento diferenciados entre os grupos. Para entendermos melhor como se deu a estruturação desse modelo de produção, tal qual temos conhecimento hoje, procedemos, até aqui, esse breve percurso histórico das mudanças nos modos produtivos até chegarmos ao capitalismo, em sua fase inicial, até sua conformação mais recente, enquanto estrutura econômica e social.

1.3 Acumulação Capitalista, exército de reserva e pauperismo.

Marx, ao compreender o capital como uma relação social que exige, enquanto funcionamento processual interno, a reprodução ampliada do sistema de produção de valor, reconhece a existência de uma consequência lógica inevitável do funcionamento do modo de produção capitalista. Esse modo produtivo é fundado sobre a exploração do trabalho assalariado para produção de mercadoria, produto essencial para seu funcionamento, pois a riqueza de cada indivíduo é incorporada ao capital global, aumentando continuamente o valor produzido. O aumento da produção de valor, no capitalismo, dá-se por meio da extração do consumo do valor de uso da força de trabalho, a mais-valia, parcela não paga do trabalho, mas incorporada na etapa seguinte da produção a fim de acrescentar capacidade produtiva. A essa ampliação das forças produtivas, por meio do consumo produtivo da mais-valia extraída do trabalho, Marx chama de acumulação.

A acumulação primitiva precede a acumulação capitalista, constituindo-se como ponto de partida do modo de produção capitalista e marcando a dissociação do trabalhador de seus meios de produção. Marx cita que

Dinheiro e mercadoria, desde o princípio, são tão pouco capital quanto meios de produção e de subsistência. Eles requerem sua transformação em capital. Mas essa transformação mesma só pode realizar-se em determinadas circunstâncias, que se reduzem ao seguinte: duas espécies bem diferentes de possuidores de mercadorias têm de defrontar-se e entrar em contato; de um lado, possuidores de dinheiro, meios de produção e meios de subsistência que se propõem a valorizar a soma-valor que possuem mediante compra de força de trabalho alheia; do outro lado, trabalhadores livres, vendedores da própria força de trabalho e, portanto, vendedores de trabalho. (MARX, 2011, p. 960).

Do ponto de vista marxista, a acumulação de capital consiste na aplicação da mais-valia extraída em períodos anteriores para ampliação da produção atual e isso ocorre por meio da compra dos meios de produção e força de trabalho. A sociedade capitalista parte da dissolução da sociedade feudal, onde o trabalhador anteriormente produtor direto, passa a vender sua força de trabalho, vendendo a si mesmos e formando “uma classe de trabalhadores que, por educação, tradição e costume, reconhece as exigências daquele modo de produção como leis naturais evidentes” (MARX, 2011, p. 983). O início da acumulação capitalista pressupõe a existência de proprietários dos meios de produção, os capitalistas, e de trabalhadores que expropriados de seus meios de subsistência, vendem sua força de trabalho como a única mercadoria de troca. O processo de acumulação decorre do uso ampliado dos meios de produção e da força de trabalho para a produção crescente e contínua de mercadorias, onde, quanto maior extração de mais-valia, maior a capacidade produtiva e possibilidade de agregação de valor. Para Marx, “o grau de produtividade social do trabalho se expressa no volume relativo dos meios de produção que um trabalhador, durante um tempo dado, com o mesmo dispêndio de trabalho, transforma em produto” (2011, p. 845).

A acumulação, implica por outro lado, em um aspecto disfuncional para o capital, pois ela conduz tendencialmente ao aumento da composição orgânica de capital⁴ (aumento proporcional da quantidade de trabalho morto em relação ao trabalho vivo) . Considerando que é o trabalho vivo que incorpora valor (mais-valia), o aumento da capacidade produtiva resulta

⁴ A composição orgânica do capital resulta da relação de proporcionalidade existente entre o capital constante (c) e o capital variável (v). Ela será tanto mais elevada quanto maior for a parcela de capital constante em relação à parcela de capital variável. Esse termo se refere a uma composição dialética processual de dois outros fatores: a composição técnica de meios de produção e força de trabalho e composição-valor de trabalho vivo e trabalho morto. A composição orgânica é a relação entre o capital constante e o capital variável, entre meios de produção e força de trabalho, dentro da relação social do capital. Capital constante (c) é a parte do capital que se converte em meios de produção, matéria-prima, portanto, não cria valor, apenas transfere parte de seu valor ao produto final. Já o capital variável (v) é a parte do capital que é convertida em força de trabalho e, para tanto, muda seu valor conforme a produção do excedente (mais-valia) (MARX, 2011).

em um aumento da quantidade de valores de uso produzidos e redução do valor materializado nesses valores de uso, ou seja, redução do valor unitário de cada mercadoria. Como vimos, anteriormente, a acumulação se dá pela transformação de uma parcela da mais-valia em capital adicional que precisa ser retransformada em capital variável e, o problema dá-se justamente no fato da proporção ser menor em relação à parcela de capital constante acumulada, aumentando a composição orgânica do capital (LIMA, 2010).

O argumento de Marx é que se o excedente for sempre dividido na mesma proporção entre capital variável e capital constante, então a procura por força e trabalho aumentará, a cada ano, na mesma proporção em que aumentar o capital. Se esse processo se repete continuamente, de forma que a intensidade do crescimento da acumulação do capital exceda o crescimento da população trabalhadora, então, a procura por força de trabalho será maior do que a oferta e, assim, haverá pressão para aumentar os salários. Os salários aumentarão, mas somente até certo ponto, pois a partir do momento em que alcancem patamares muito altos, relativamente ao excedente, a diminuição deste leva a queda da acumulação. Uma menor acumulação diminuirá a procura por trabalho (aumentando a superpopulação relativa) e conseqüentemente desaparecerá a pressão para alta dos salários, então, estes diminuirão. A diminuição dos salários possibilita um novo aumento do excedente e o processo repete-se de forma circular. (AQUINO, 2008, p. 81)

O aumento da relação capital constante e variável ($\frac{c}{v}$) pode se originar por meio de diversas fontes: aumento em c permanecendo constante v ; da diminuição de v permanecendo constante c ; do aumento em c simultaneamente a diminuição em v , entre outros. Essas variações estão relacionadas com a introdução de maquinário, instrumentos ou métodos de trabalho no processo de produção, que aumentam a produtividade. Uma produção maior no mesmo espaço de tempo reduz o valor individual das mercadorias, possibilitando ao capitalista obter mais-valia extra por seu preço individual ser menor que o de mercado. Por outro lado, o aumento da produtividade torna supérflua parte da força de trabalho utilizada, considerando que um número menor de trabalhadores é capaz de produzir a mesma quantidade de mercadorias que era produzida antes do aumento da produtividade, ocasionando um aumento do exército industrial de reserva. Esse segundo movimento atua diretamente no tensionamento das variações salariais, sendo este regulado pela alta ou baixa da acumulação e pela composição do EIR derivado dessa acumulação. Portanto, “os movimentos gerais dos salários se regulam exclusivamente pela expansão e contração do exército industrial de reserva, correspondentes às mudanças periódicas do ciclo industrial” (MARX, 2011, p. 864).

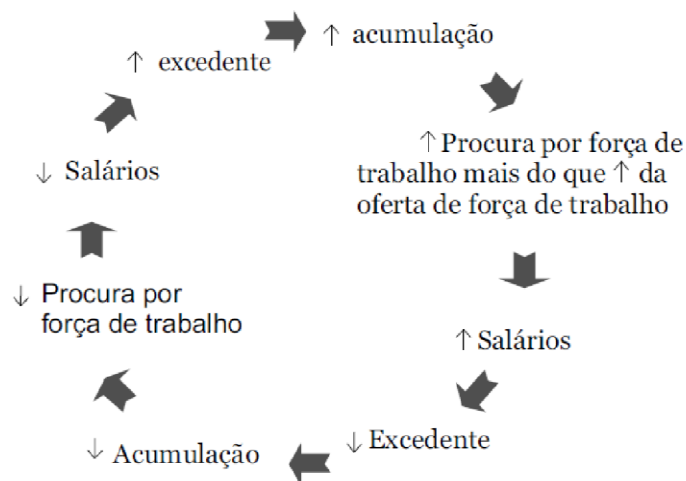


Figura 1. O ajuste dos salários com composição orgânica do capital constante

Para Marx (2011), “a acumulação do capital é, portanto, multiplicação do proletariado” (p. 837). O aumento contínuo do capital constante em relação ao capital variável libera força de trabalho que não pode ser totalmente reabsorvida pelo sistema produtivo, sendo a superpopulação relativa, ou EIR, um produto necessário da acumulação de capital, tornando-se alavanca para a acumulação e até mesmo a “condição de existência do modo de produção capitalista (p. 858) ”.

Esse modo de produção produz, portanto, uma superpopulação que mantém a lei de oferta e procura de trabalho, dando ao capitalista poder para regular os salários, exigir produtividade e definir as condições a que esses sujeitos serão submetidos.

Só à medida que mantém os meios de produção como capital, que reproduz seu próprio valor como capital e que fornece em trabalho não pago uma fonte de capital adicional é que a força de trabalho é vendável. A condição de sua venda quer sejam mais quer sejam menos favoráveis para o trabalhador, incluem, portanto, a necessidade de sua contínua revenda e a contínua reprodução ampliada da riqueza como capital. O salário, como se viu, condiciona sempre, por sua natureza, o fornecimento de determinado quantum de trabalho não pago por parte do trabalhador (MARX, 2011, p. 841).

A massa de trabalhadores se encontra, assim, subordinada às necessidades do capital que se impõem aos indivíduos como algo estranho, fazendo com que estes não se reconheçam nas estruturas sociais por ele mesmo geradas (MARX, 2011). “Assim como o processo de acumulação primitiva e a expropriação dos produtores diretos é condição que se repõe com o desenvolvimento do sistema capitalista, a população excedente é resultado e condição de existência desse modo de produção” (LIMA, 2010, p. 91).

Na análise de Marx, a superpopulação relativa se reproduz periodicamente, aparece de forma aguda nas crises e de forma crônica nos períodos de paralisação e existe sob os mais variados matizes. Todo trabalhador faz parte dela durante o tempo em que está desempregado ou empregado parcialmente. Considerando o contexto da época, Marx definiu três formas em que o EIR poderia assumir, sendo elas: a flutuante, a latente e a estagnada. A superpopulação relativa flutuante seria composta por trabalhadores que são ora repelidos ora atraídos em quantidade maior para dentro do sistema produtivo, ou seja, são demitidos devido à contração da atividade industrial e reabsorvidos de acordo com a necessidade de expansão do capital. A latente, os trabalhadores advindos da expulsão da atividade agrícola, pela introdução de maquinários e instrumentos que diminuem a demanda por força de trabalho. Esse contingente migraria para as cidades a fim de serem absorvidos pelas indústrias. Por fim, a forma estagnada é composta por trabalhadores irregulares, que se tornaram supérfluos para a indústria e agricultura.

A formação do EIR garante a existência de um grande contingente desempregado que pressiona os salários para baixo, reduzindo o capital variável e permitindo uma extração maior de mais-valor, assegurando uma liberdade de ação do capitalista para explorar as forças de trabalho e de ditar as condições a que essas serão submetidas. O “sobretabalho da parte ocupada da classe trabalhadora engrossa as fileiras de sua reserva, enquanto, inversamente, a maior pressão que a última exerce sobre a primeira obriga-a ao sobretabalho e à submissão aos ditames do capital” (MARX, 2011, p. 864). A manutenção de um exército de reserva ocioso permite com que a classe trabalhadora seja pressionada a um aumento de produção, sobretabalho, para garantia de vínculo de trabalho.

O capital age sobre ambos os lados ao mesmo tempo. Se, por um lado, sua acumulação multiplica a demanda de trabalho, por outro multiplica a oferta de trabalhadores mediante sua “liberação”, enquanto, ao mesmo tempo, a pressão dos desocupados força os ocupados a porem mais trabalho em ação, portanto, até certo ponto, torna a oferta de trabalho independente da oferta de trabalhadores. O movimento da lei da demanda e oferta de trabalho completa, nessa base, o despotismo do capital. (MARX, 2011, p. 869).

Dentro ou fora do sistema produtivo, todo trabalhador faz parte da superpopulação relativa, necessária para a lei de acumulação de capital. A parcela considerada estagnada, oferece ao capital um reservatório inesgotável de força de trabalho disponível, isso porque, pela dificuldade de acesso aos meios de produção, sua condição de vida cai em relação ao contingente absorvido, deixando-a em uma posição ainda mais vulnerável de exploração. Segundo Marx (2011, p. 874), “o pauperismo constitui asilo para os inválidos do exército ativo de trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva”. Assim, o pauperismo e a

produção da superpopulação relativa, são condições de existência do modo de produção capitalista. Por isso, diz Marx

Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento, portanto também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é desenvolvida pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza. Mas quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja miséria está em razão inversa do suplício de seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial. Essa é a lei absoluta geral, da acumulação capitalista. (MARX, 2011, p. 875)

Quanto mais capital é gerado, maior o exército de reserva submetido à pobreza e condições precárias de vida “Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o EIR, tanto maior o pauperismo oficial” e “num pólo é, portanto, ao mesmo tempo, a acumulação de miséria, tormento de trabalho, escravidão, ignorância, brutalização e degradação moral no pólo oposto, isto é, do lado da classe que produz seu próprio produto como capital” (MARX, 2011, p. 877). Esse panorama não é restrito ao contexto da época analisada por Marx. Podemos citar, por exemplo, dados atuais da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), que indicam que a pobreza e a extrema pobreza alcançaram em 2020, na América Latina, níveis que não foram observados nos últimos 12 e 20 anos, respectivamente, bem como uma piora dos índices de desigualdade na região e nas taxas de ocupação e participação no mercado de trabalho. Além disso, expõe as desigualdades estruturais que caracterizam as sociedades latino-americanas e os altos níveis de informalidade e desproteção social, bem como a injusta divisão sexual do trabalho e a organização social do cuidado, que comprometem o pleno exercício dos direitos e a autonomia das mulheres. A taxa de desocupação regional situou-se em 10,7% no final de 2020, o que representa um aumento de 2,6 pontos percentuais em relação ao valor registado em 2019 (8,1%). Acrescenta que a queda generalizada do emprego e a saída da força de trabalho têm afetado com maior intensidade as mulheres, trabalhadoras e trabalhadores informais, jovens e migrantes. O documento indica que persistem as lacunas entre os grupos populacionais: a pobreza é maior nas áreas rurais, entre crianças e adolescentes; indígenas e afrodescendentes; e na população com menores níveis educativos, sinalizando o que discutiremos adiante nesse trabalho de que as classes minoritárias estão inseridas em eixos de marginalização que se cruzam com a própria condição já inerente à condição como classe trabalhadora.

Em 2021, a Fundação Getúlio Vargas (FGV) apontou que a taxa de desemprego entre os mais pobres no Brasil aumentou aproximadamente 10%, passando de 26,55% para 35,98%,

durante a crise sanitária que passamos, diminuindo também a renda média individual que caiu 9,4%, incluindo trabalhadores informais e desempregados. Os dados dessa pesquisa, correspondem ao período de pandemia em que vivenciamos, e como contraponto trazido por Marx de que o aumento da pobreza de um lado gera acúmulo de capital por outro, citamos um outro dado que corresponde ao aumento da riqueza que, durante a pandemia foi de 30% (US\$ 39,6 bilhões), enquanto 90% da população teve uma redução de renda de 0,2% entre 2019 e 2021.

A acumulação da miséria relativa à acumulação do capital é a raiz da produção/reprodução da denominada *questão social*⁵ na sociedade capitalista.

Dentro do sistema capitalista, todos os métodos para elevar a produtividade do trabalho capitalista, todos os métodos para elevar a produtividade do trabalho coletivo são aplicados às custas do trabalhador individual; todos os meios para desenvolver a produção redundam em meios de dominar e explorar o produtor, mutilam o trabalhador, reduzindo-o a um fragmento de ser humano, degradam-no à categoria de peça de máquina, destroem o conteúdo de seu trabalho transformado em tormento; tornam-lhe estranhas as potências intelectuais do processo de trabalho na medida em que a este se incorpora a ciência como força independente [...] Mas os métodos para produzir mais-valor são ao mesmo tempo métodos de acumular, e todo aumento da acumulação torna-se, reciprocamente, meio de desenvolver aqueles métodos. Infere-se daí que, na medida em que se acumula o capital, tende a piorar a situação do trabalhador, suba ou desça sua remuneração (MARX, 2011, p. 876).

A acumulação capitalista nos oferece as bases materiais para a compreensão da pauperização da classe trabalhadora e da questão social, determinada por ela. Dessa maneira, para Pimentel (2012, p.143) se a chamada questão social está relacionada ao fenômeno do pauperismo, “sua razão de existir não reside nela mesma, tampouco na incapacidade dos indivíduos por estarem submetidos à condição de pobreza”. A essência da questão social está no processo de acumulação capitalista que ao mesmo tempo em que produz e acumula riqueza para o capitalista, gera a miséria e a pauperização do trabalhador. Partindo desse entendimento, Costa (2011) demonstra que a questão social não pode ser reduzida a um mero conceito, porque sua existência é objetiva, advém da sociedade do capital, possuindo as seguintes características:

[...] a questão social pode ser configurada a partir de três dimensões articuladas: 1) Os determinantes essenciais da acumulação capitalista e a geração da pobreza; 2) A reação dos trabalhadores através da luta de classes contra a exploração do trabalho; 3) As respostas do Estado mediante a instituição de direitos e políticas sociais no sentido de conservação da sociedade e na contenção de conflitos entre classes sociais. Os modos

⁵ A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão”. (IAMAMOTO, CARVALHO, 2006, p. 77).

diferenciados como esses aspectos se expressaram no desenvolvimento social capitalista é uma decorrência do processo de expansão do capital (COSTA, 2011, p. 157).

Consonante a isso, Marx afirma ainda que “o pauperismo pertence aos faux frais [custos mortos] da produção capitalista, gastos cuja maior parte, no entanto, o capital sabe transferir de si mesmo para os ombros da classe trabalhadora e da pequena classe média.” (2011, p. 874). A conservação da vida dessa superpopulação é realizada pela própria sociedade capitalista objetivando a utilização desses indivíduos para o processo de produção. Podemos citar nesse sentido, as próprias políticas públicas assistencialistas que objetivam o restabelecimento do sujeito e adaptação social, reinserindo no circuito produtivo. “As carências do trabalhador são assim, para ela [economia política burguesa], apenas a necessidade de conservá-lo durante o trabalho, a fim de que a raça dos trabalhadores não desapareça” (MARX, 2011, p. 874). De certo modo, as políticas de saúde em álcool e drogas atuam dessa forma, quando na prática a **reinserção social** se converte em melhorar a as capacidades do indivíduo como força de trabalho, incentivando seu retorno ao trabalho e sua produtividade, mesmo que isso implique no retorno às condições deletérias que atuaram no movimento de “empurrá-lo” ao uso drogas como um mecanismo de adaptação e entorpecimento da realidade, conforme descrevemos anteriormente.

Engels (2010), sinalizava já em sua época que o alcoolismo, o vício, e a criminalidade decorrente dele se expandia cada vez mais e que seriam fenômenos nascidos do capitalismo, não devendo ser explicados pela simples ideia de fraqueza ou falta de energia dos indivíduos. Pelo contrário. Seriam formas de reação às condições a que estavam submetidos.

E como é necessário que este pobre diabo tenha pelo menos um prazer e a sociedade o exclui de todos os outros, vai para a taberna beber aguardente. Para o irlandês, a aguardente é a única coisa que dá sentido à vida; a aguardente e, claro, o seu temperamento desleixado e jovial: eis porque se entrega a aguardente até a mais brutal embriaguez. O caráter meridional, frívolo, do irlandês, a sua grosseria, que o coloca a um nível apenas um pouco superior ao do selvagem, o seu desprezo por todos os prazeres mais humanos, que é incapaz de experimentar precisamente devido a sua rudeza, sujidade e pobreza, são outras razões que favorecem o alcoolismo. A tentação é demasiado forte, ele não pode resistir, e bebe todo o dinheiro que ganha. Como poderia ser de outro modo? Como é que a sociedade, que o coloca numa tal situação em que se tornara quase necessariamente um bebedor, que o deixa embrutecer e não se preocupa nada com ele, como é que pode acusá-lo em seguida, quando ele efetivamente se torna um bêbado? (ENGELS, 2010, p. 132)

O autor insere a bebida como uma das causas que enfraquecem a saúde de grande número de trabalhadores. Podemos sinalizar, aqui, já um breve apontamento do movimento dialético do próprio consumo de drogas, no caso trazido pelo autor, do álcool. Ao mesmo tempo que as condições de trabalho e vida “empurram” os trabalhadores para o consumo de bebidas

alcoólicas, seu consumo em níveis abusivos que geram dependência, também intensifica a precarização dessas condições, tendo em vista que o trabalhador já não consegue produzir o que lhe é exigido, incorrendo muitas vezes em demissão, tornando a condição de desemprego um novo intensificador das pressões já sofridas, da pobreza e da precarização da vida.

O trabalhador volta para casa esgotado e fatigado; encontra a casa sem o mínimo conforto, pouco hospitaleira e suja; tem uma necessidade urgente de se divertir; precisa de qualquer coisa que faça o seu trabalho valer a pena, que lhe torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte. Fica acabrunhado, sente-se mal, e levado a hipocondria; este estado de espírito que se deve principalmente a sua falta de saída e a sua má digestão, e exacerbado até se tornar intolerável pela insegurança da sua existência, pela dependência da sorte e pela sua incapacidade em fazer alguma coisa para ter uma vida menos precária. O seu corpo enfraquecido pela atmosfera poluída e pela má comida exige imperiosamente um estimulante externo; a necessidade de companhia só pode ser satisfeita na tasca e não há outro lugar para se encontrar com os amigos. Como poderia o trabalhador deixar de ser tentado ao máximo pela bebida, como poderia resistir a tentação do álcool? Pelo contrário, nestas condições, a necessidade física e moral faz com que grande parte dos trabalhadores tenha necessariamente de sucumbir ao alcoolismo. Já não falando das condições físicas que incitam o trabalhador a beber, o exemplo da maioria, a educação descuidada, a impossibilidade de proteger os novos contra esta tentação, a frequente influência direta de pais alcoólicos, os quais dão aguardente aos filhos, a certeza de esquecer, no alcoolismo, pelo menos por algumas horas, a miséria e o fardo da vida, e com outros fatores têm um efeito tão poderoso que não poderemos acusar os trabalhadores da sua predileção pela aguardente. Neste caso, o alcoolismo deixou de ser um vício pelo qual se pode responsabilizar quem se lhe entrega; torna-se um fenômeno natural, uma consequência necessária e inelutável de condições dadas que agem sobre um objeto que — pelo menos no que diz respeito a estas condições — não possui vontade própria. Esta responsabilidade cabe aos que fizeram do trabalhador um simples objeto. Contudo, a própria necessidade que conduz a grande maioria dos trabalhadores ao alcoolismo faz com que a bebida provoque, por sua vez, estragos no corpo e espírito das suas vítimas. (ENGELS, 2010, p. 144)

Engels (2010) destaca ainda que, em alguns momentos, a pobreza do proletariado cresce tanto a ponto de privá-lo do mínimo vital indispensável, desembocando no que chama de miséria total. O autor faz uma comparação que, inclusive, amarra de forma importante o objeto deste trabalho, ao afirmar que “a miséria tem sobre o espírito o mesmo efeito devastador que o alcoolismo sobre o organismo” (p. 158). Através dessa afirmação, podemos inferir que mesmo sem o consumo de álcool como entorpecedor da realidade, as consequências da pobreza a miséria têm o poder destrutivo sobre as condições psíquicas e físicas dos indivíduos, ao inseri-los em situações deterioradas e mínimas de sobrevivência. A designação de pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se de forma direta com os desdobramentos sócio-políticos implicados. A questão social, segundo Netto (2012), é uma manifestação indissociável da dinâmica do capitalismo, não sendo possível suprimi-la se este se conservar.

A exploração não é um traço distintivo do regime do capital (sabe-se, de fato, que formas sociais assentadas na exploração precederam largamente a ordem burguesa); o que é distintivo deste regime é que a exploração se efetiva no marco de contradições e antagonismos que a tornam suprimível sem a supressão das possibilidades mediante as quais se cria exponencialmente a riqueza social. Ou seja: a supressão da exploração do trabalho pelo capital, constituída a ordem burguesa e altamente desenvolvidas as forças produtivas, não implica – bem ao contrário – redução da produção de riquezas (ou seja, a produção de bens e serviços necessários à vida social, a produção de valores de uso). Nas sociedades anteriores à ordem burguesa, as desigualdades, as privações etc. decorriam de uma escassez que o baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas não podia suprimir (e a que era correlato um componente ideal que legitimava as desigualdades, as privações etc.); na ordem burguesa constituída, decorrem de uma escassez produzida socialmente, de uma escassez que resulta necessariamente da contradição entre as forças produtivas (crescentemente socializadas) e as relações sociais de produção (que garantem a apropriação privada do excedente e a decisão privada da sua destinação) e do caráter mercantil que reveste obrigatoriamente os valores de uso (NETTO, 2012, p. 206).

Netto (2001) destaca que a questão social está relacionada com a tomada de consciência das vítimas do pauperismo que, ao saírem de uma condição de aceitação da situação social enquanto problema de virtude ou de moral, geram questionamentos e conflitos à ordem vigente.

A designação do pauperismo pela expressão “questão social” relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos. Mantivessem-se os pauperizados na condição de cordata de vítimas do destino, revelassem eles a resignação que Comte considerava a grande virtude cívica e a história subsequente haveria sido outra. Lamentavelmente para a ordem burguesa que se consolidava, os pauperizados não se conformaram a sua situação: da primeira década até a metade do século XIX, seu protesto tomou as mais diversas formas, da violência ludista à constituição das trade unions, configurando uma ameaça real às instituições sociais existentes. Foi a partir da perspectiva efetiva de uma eversão da ordem burguesa que o pauperismo designou-se como “questão social”. (NETTO, 2001, p. 43).

A questão social, segundo Maria Vilela Iamamoto, tem uma raiz comum, quando apreendida enquanto um conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista,

a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem [...] Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida construídas no cotidiano. (IAMAMOTO, 2000, p. 27-28).

É possível apreender, então, que a pauperização da classe trabalhadora, que fora denominada de questão social, possui três dimensões que devem ser articuladas: ela possui uma base material; uma dimensão política referente à luta dos trabalhadores contra a exploração capitalista; e por fim, a dimensão da intervenção estatal que se dá mediante as respostas do

Estado, sendo funcional ao capital, atuando em sua legitimação via política e serviços sociais. A essência do pauperismo encontra-se no âmbito dos pressupostos antagônicos da sociedade capitalista e “a base de sua gênese é essencialmente econômica”. Logo, as raízes da chamada questão social estão imbricadas à exploração do capital sobre o trabalho e da luta da classe operária contra essa exploração. Desse modo, “a Lei Geral da Acumulação Capitalista expressa o grau de exploração do trabalho, tendo como consequência a pobreza que atinge a classe trabalhadora, ao tempo que garante a expansão, acumulação e reprodução do capital” (PIMENTEL, 2012, p.45).

O conceito de questão social, ainda que abstrato, passa pelo entendimento da sua origem, das diversas formas que se manifesta, e a luta política.

Assim, a questão social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais [...] as configurações assumidas pela questão social integram tanto determinantes históricos objetivos que condicionam a vida dos indivíduos sociais, quanto dimensões subjetivas [...] ela expressa, portanto, uma arena de lutas políticas e culturais na disputa entre projetos societários, informado por distintos interesses de classe na condução das políticas econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2010, p. 156).

A questão social passa a se configurar como tal, mediante o desvelamento dos problemas sociais através da tomada de consciência pela classe trabalhadora, que pressiona o Estado objetivando a efetivação e políticas de intervenção. Em relação a isso, Pereira (2001) aponta que:

Se acrescida do adjetivo social, a palavra questão ganha outro significado. Indica, como vimos, a existência de relações conflituosas entre portadores de interesses opostos ou antagônicos – dada a sua desigual posição da estrutura social – na qual os atores dominados conseguem impor-se como forças políticas estratégicas e problematizar efetivamente necessidades e demandas, obtendo ganhos sociais relativos. (PEREIRA, 2001, p. 59).

Sobre isso, Marx ainda afirma que

Assim que, portanto, os trabalhadores desvendam o segredo de como pode acontecer que, na medida em que trabalham mais, produzem mais riqueza alheia, e que na medida em que a força produtiva de seu trabalho cresce, até mesmo sua função de meio de valorização do capital se torna mais precária para eles; assim que descobrem que o grau de intensidade da concorrência entre eles depende inteiramente da pressão da superpopulação relativa; assim que eles, então mediante Trade’s Unions etc, procuram organizar uma atuação conjunta planejada dos empregados com os desempregados para eliminar ou enfraquecer as ruinosas consequências daquela lei natural da produção capitalista sobre a sua classe, o capital e seu sicofanta, o economista político, clamam contra a violação “eterna” e, por assim dizer, “sagrada” lei da demanda e da oferta. É que toda solidariedade entre os empregados e desempregados perturba a ação “livre” daquela lei. (MARX, 2011, p.869).

Para tanto, as políticas sociais e as estratégias de proteção social, dentre elas as políticas de atenção à saúde, são respostas e formas de enfrentamento, mesmo que fragmentadas, dessas relações de exploração do capital sobre o trabalho e suas consequências à vida e à saúde. O Estado não estabelece uma política de assistência à pobreza, bem como o conjunto de políticas que atendem necessidades e garantem direitos, somente pelos efeitos colaterais, mas como resposta às reivindicações dos trabalhadores. Essa dialética conquista-concessão produz os direitos sociais, que acabam sendo, em alguma medida, paliativos diante da magnitude das péssimas condições de vida de grande parte do proletariado (EIR) - assistência social, assistência em saúde dentro dos limites impostos pelo capital, previdência. As políticas sociais são desdobramentos dos conflitos entre as classes e não estão desvinculadas da questão social, tendo em vista que a própria lei geral de acumulação capitalista produz elementos para sua existência e expressões. Enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas, a questão social e suas diversas facetas, compõem conjuntamente a expressão ampliada das desigualdades sociais, onde sua produção/reprodução assume diferentes formas historicamente particulares à dinâmica econômica. O enfrentamento requer a assunção das necessidades coletivas dos trabalhadores, a convocação do Estado à responsabilidade e a afirmação de políticas sociais universais, voltadas ao interesse das maiorias, condensando um processo de lutas pela democratização da economia, política e cultura na construção pública (IAMAMOTO, 2001).

Considerando a necessidade de desvelar as condições sociais pelas quais a classe trabalhadora está submetida e, dessa forma, vulnerabilizada, quaisquer formulações notadamente destinadas a apreender o adoecimento e exclusão somente nos seus aspectos políticos, ou psicológico, abstraídos da base material que os geram, não se revelam suficientes para a apreensão do problema. Ao mesmo tempo, o capitalismo é essencialmente dinâmico e se transforma no decorrer do seu desenvolvimento. No entanto, conforme sinaliza Netto (2012),

Ainda que se registrem polêmicas acerca da natureza e das complexas implicações dessas transformações, bem como do ritmo em que levam o modo de produção capitalista a aproximar-se dos seus limites estruturais, duas inferências parecem-me inquestionáveis: 1ª. nenhuma dessas transformações modificou a essência exploradora da relação capital/trabalho; pelo contrário, tal essência, conclusivamente planetarizada e universalizada, exponencia-se a cada dia; 2ª. a ordem do capital esgotou completamente as suas potencialidades progressistas, constituindo-se, contemporaneamente, em vetor de travagem e reversão de todas as conquistas civilizatórias (NETTO, 2012, p. 216).

A primeira inferência trazida pelo autor revela-se com indicadores de exploração como: aumento nas jornadas, intensificação do volume de trabalho e até, como tem sido cada vez mais noticiado, formas de trabalho forçado, análogos à escravidão. E continua acrescentando que “a

constatação mais óbvia desse incremento da exploração aparece, em todos os quadrantes do mundo, nos mal-chamados fenômenos de “exclusão social” (NETTO, 2012, p. 217).

A formação crônica e crescente da força de trabalho reserva, a pauperização dos trabalhadores empregados, desempregados e subempregados, no Brasil, são expressões inerentes ao modo de acumulação e expansão do capital. Certamente tais expressões passam por modificações em decorrência do desenvolvimento capitalista e, para isso, são necessárias análises cada vez mais complexas das reverberações disso na vida da classe social mais precarizada. A competitividade na dinâmica do capital leva a uma precarização do emprego e ao desemprego e, conseqüentemente, a uma classe de trabalhadores sem trabalho, os ditos excluídos. Esse “mundo social” dos excluídos não é criado ou escolhido por eles, mas uma condição pela qual são empurrados por circunstâncias para além de seu controle.

A criação do exército industrial de reserva, assim como a formação da própria classe trabalhadora são elementos chaves do processo de acumulação capitalista. Tal processo não pode, no entanto, deixar de apresentar desequilíbrios, de criar situações que implicam de modo direto conflitos sociais agudos. Ao mesmo tempo em que criou as condições para a existência de farta mão-de-obra, as tendências postas em movimento em meio a esses processos econômicos levaram, e ainda levam, à criação de um excedente populacional, incapaz de ser absorvido pelos diversos ramos da atividade produtiva. Tal fenômeno social vem gerando conflitos no seio da sociedade, se desdobrando, se diversificando em uma gama de problemas evidentes dos limites desta formação social, na medida em que uma grande massa de indivíduos não se vê inserida no mercado de trabalho. Forma-se um contingente significativo de excluídos (não da estrutura social, pois nela vivem e têm sua função) mas apartados de viverem determinadas relações sociais, atividades, de integrarem certos espaços sociais, o que acaba por interditar sua apropriação de bens materiais e simbólicos que atendem necessidades vitais à dignidade humana.

As formulações até aqui, sobre a formação da força de trabalho reserva e pauperismo, em que se buscou-se inserir gradualmente a noção de exclusão social, dão as bases epistemológicas e históricas que se faz possível seguir em diante, trilhando os passos na direção de maior clareza sobre os processos sociais complexos que se buscam apreender sob tal conceito. Isso é necessário ao debate da **reinserção social** como uma das categorias centrais nas formulações das políticas de saúde no Brasil, na área de atenção às pessoas com problemas de saúde relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, frequentemente referidas genericamente como excluídas, ou como tendo um problema de saúde que cria, ou agrava, a exclusão.

1.4 Paradigma inclusão-exclusão na sociedade capitalista

O conceito de exclusão social tem sua origem relacionada às discussões nos anos 60 na França e nos anos 80 teve sua discussão atrelada aos problemas de desemprego e vínculos sociais instáveis, no contexto do que se passou a chamar como “a nova pobreza”. O conceito foi se generalizando e, atualmente tem sido abordado nas políticas públicas, documentos estatais e demais contextos, segundo formulações das mais variadas acerca das tentativas de explicar suas causas e consequências. De um modo geral, as perspectivas que se colocam no debate trazem conceitos reducionistas, muito atrelados à pobreza e marginalidade, formulando explicações parciais e com pouca efetividade no rompimento dos ciclos de exclusão (ROSSI, 2017). Sawaia (2014a) pontua sobre a necessidade de uma análise mais ampliada, afirmando que

Analisar a ambiguidade constitutiva da exclusão é captar o enigma da coesão social sob a lógica da exclusão na versão social, subjetiva, física e mental. Portanto, este enfoque não deve ser confundido com a falta de coerência ou com relativismo, no sentido de tratar de tudo e aceitar qualquer significado (SAWAIA, 2014a, p. 07).

A noção de exclusão como o processo social busca dar conta de representar uma progressão de rompimentos cada vez mais frequentes e intensos dos vínculos sociais nas trajetórias de vida de determinadas pessoas e grupos sociais. Dessa forma, traça-se um paralelo entre a exclusão e a desvinculação, e sua ocorrência em diversos âmbitos sociais (o econômico, o familiar, o biológico, o cultural, o psicológico etc.). O conceito abrange processos sociais de discriminação, estigmatização e vulnerabilidade cujo núcleo duro foi identificado na crise do assalariamento como mecanismo de inserção social (ESCOREL, 2009, p. 1). Da mesma forma, a relação inclusão-exclusão nos permite conceber a própria dialética entre objetividade (condições materiais) e a subjetividade.

A dialética inclusão/exclusão gesta subjetividades específicas que vão desde os sentir-se incluído até o sentir-se discriminado ou revoltado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, elas determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade consciência e inconsciência (SAWAIA, 2011, p. 9).

Em diálogo com o debate no campo, entendemos que a realidade da exclusão ou a dimensão da pobreza que se faz visível nela, não pode ser dissociada dos processos ligados à produção/reprodução da vida na sociedade capitalista que, criam um processo destrutivo das dimensões políticas, de direitos e cidadania, educação, segurança, regulamentação de trabalho e saúde. É nessa perda de recursos e lugares sociais que habitam as mais variadas políticas

estatais de assistência, que definem os excluídos como público-alvo de políticas de inclusão ou (re) inserção. O conceito de exclusão focaliza a pobreza no sentido do assujeitamento da pobreza, e dos pobres, às ações do capital e das políticas de bem-estar social, colocando no horizonte a luta por inclusão sem, necessariamente a luta conjunta contra as determinações sociais implicadas na produção da pobreza, como a formação de uma sociedade, assentada na exploração de uma classe por outra (NETTO, 2012).

A importância de dialogar com o campo de estudos sobre a dialética inclusão-exclusão, mais amplo do que o campo dos estudos sobre **reinserção social** ligados à luta antimanicomial, se justifica ao afirmarmos que as medidas de inclusão social, inserção ou **reinserção social** nas políticas de saúde/ saúde mental/AD se propostas explicitam problemas e/ou dimensões associadas à exclusão, ou consequências dela. Além do fato, de identificarmos haver uma relação estreita entre as pressões psicológicas e materiais da vida na condição de exploração no trabalho, ausência de trabalho e pobreza, com o próprio movimento de necessidade de buscar nas substâncias um artifício de suporte e sobrevivência. A depender de como se articulam aspectos singularidades, particulares aos grupos sociais, e gerais da sociedade, esse movimento pode se desdobrar em abuso e dependência em relação a tais substâncias para alguns indivíduos e para outros não. Dessa maneira, o enfrentamento ao consumo de drogas sem o reconhecimento dos processos gerativos da exclusão, ou que a aprofundam, em seu modo mais geral, como precarização do trabalhador, pobreza, desigualdade social, pouco acesso a direitos sociais, desemprego, são propostas limitadas e com pouca (ou nenhuma) capacidade de transformação da universalidade das condições no sistema capitalista. Isso quer dizer que, a priori, é necessário compreender o que causou a (suposta) exclusão antes de criarem-se estratégias de inclusão.

Castel (1997), por sua vez, não utiliza o conceito de exclusão por considerá-lo atualmente um conceito mala, ou seja, é tão amplo que deixa de evidenciar os diferentes processos que constituem a sociedade contemporânea. O autor propõe o uso do conceito de desfiliação para referir-se a um alto grau de vulnerabilidade social de determinados indivíduos e grupos. Para o autor, não se pode considerar que exclusão seja uma condição de ausência de algo (seja de renda, alimento, moradia, educação, saúde etc.), mas, sim, uma condição que se produz na composição de três eixos: precarização do trabalho, precarização da sociabilidade primária e negação do status social. A relação entre os eixos cria quatro estados entre a integração e a desfiliação:

[...] zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional, que sempre estão juntos), a zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e a zona de marginalidade, que prefiro chamar de zona de desfiliação para marcar nitidamente a amplitude do duplo processo de desligamento: ausência de trabalho e isolamento relacional [...]

tratamento dispensado à indigência inválida define uma quarta zona, a zona da assistência. (CASTEL, 1997, p. 23-24).

O fracasso na obtenção da igualdade de acesso a serviços sociais (crise do Estado Providência, a partir do advento do neoliberalismo) acarretou consequências como: isenção do estado com relação à responsabilidade de inclusão dos indivíduos, a exclusão seria “culpa” do próprio excluído que passa a ser visto como “sem utilidade econômica”. Exclusão social passa a ser um rótulo que parece empurrar o indivíduo para fora de suas relações sociais e deve ser entendida como expressão das contradições do sistema capitalista. A pobreza continua intimamente relacionada à exclusão, mas mudou a forma de expressão. Além de ser privação (de emprego, bens de consumo, emprego, etc.), há uma dimensão moral que não oferece a possibilidade de ascensão social. As políticas neoliberais, econômicas atuais, provocam, não só exclusão, mas, formas de inclusão precárias e marginais, de maneira conveniente e barata à reprodução do capital, atenuando o caráter perigoso das classes dominadas. Além dos integrados (ricos e pobres) inseridos, cada um a seu modo, com direitos reconhecidos, há outro grupo crescendo, através do trabalho precário, no setor de serviços mal pagos – os cidadãos de segunda classe (CASTEL, 1997).

A nova exclusão, com uma dupla face – de um lado, a não inserção no mundo do trabalho – torna os indivíduos desnecessários, estigmatizados como perigosos e marcados por viverem em condições subumanas, portanto passíveis de serem eliminados já que fazem parte de uma população supérflua. Ainda, por outro lado, são funcionais ao sistema, força de trabalho disponível e barata, que prestam serviços a custos muito baixos, gerando mais recursos na produção de bens de consumo.

Segundo Sawaia (2014), esse é um conceito que permite usar diversos repertórios, desde a concepção de desigualdade, como sendo resultante de uma deficiência ou inadaptação individual, à falta de algo, até mesmo como condição de uma injustiça social. De acordo com a autora, a sociedade exclui para incluir. Essa é uma dialética da própria sociedade. A sociedade exclui para incluir e essa transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico, daí a justificativa de referirmos à exclusão em alguns momentos como ‘suposta’ exclusão.

Para a autora, essa dialética dos processos de inclusão e exclusão não é uma falha do capitalismo, mas, sim, um processo intrínseco da sua lógica, que se manifesta nas contradições da desigualdade e da necessidade de uma legitimação social. A dialética inclusão/exclusão demonstra que essa noção deve ser compreendida tanto como um processo que pode estar em

constante movimento – o indivíduo/ grupo pode estar excluído em um fator e incluído em outro –, quanto estando relacionada com os modos de sociabilidade e valores sociais. Nesse contexto, a inclusão é parte constitutiva da exclusão, isto é, não é uma coisa ou um estado, mas, sim, um processo que envolve o indivíduo perante a sociedade. É um produto do funcionamento do sistema. Seus mecanismos estão inseridos nas estratégias históricas de manutenção de uma ordem social perversa, no estabelecimento de formas de desigualdade, nos processos de concentração de riqueza. O excluído é parte integrante de uma sociedade, de forma a sustentar uma dada ordem social.

É, portanto, no âmago da produção especificamente capitalista que o conceito de exclusão social mostra sua imprecisão e seu viés ideológico. Primeiro, sua imprecisão, porque a dinâmica do sistema, pressupõe a exclusão cada vez maior de trabalhadores expulsos pela tecnologia- conhecimento e ciência expropriados aos trabalhadores- transformados em força produtiva que concentra trabalho morto na máquina e, no mesmo movimento, expulsa o trabalho vivo, ou seja, os trabalhadores. Portanto, a exclusão está incluída na própria dinâmica do processo capitalista (...). Segundo, seu viés ideológico, porque desloca a atenção da luta de classes, que se dá no coração da produção capitalista, para a luta por políticas sociais compensatórias (de inserção e/ou de inclusão). Nesse sentido, deixa de considerar tanto a concepção de Estado como árbitro dos conflitos sociais, referida à sociedade capitalista, quanto o papel que este Estado, historicamente, tem desempenhado em tais conflitos, resolvendo-os de modo a garantir que as conquistas dos trabalhadores tornam-se, concomitantemente, conquistas do capital (RIBEIRO, 1999, p. 47)

Dialogando com o que afirma Castel (1997), que o conceito exclusão é um conceito “mala” por carregar consigo várias definições que não delimitam, evidenciam, especificam, ou diferenciam vários processos que constituem a dinâmica social excludente de contingentes de pessoas, pontuamos que não é objetivo deste trabalho resolver, nem tomar partido, diante dos desacordos conceituais. Objetiva-se tão somente, realizar as reflexões sobre o objeto de estudo - a **reinserção social** como diretriz na política de saúde para pessoas em abuso e dependência de substâncias - não de modo encapsulado ao campo sanitário e, sim, na relação como a produção acadêmica mais ampla sobre determinados grupos sociais a que são dirigidas algumas propostas de (re)inserção social, cujas justificativas explícitas ou implícitas admitem algum grau ou forma de sua exclusão social. No âmbito deste trabalho, chama-se a atenção para o reconhecimento que as pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias, usuárias do SUS, integram em sua maioria o contingente de trabalhadores fora das relações de assalariamento ou, se incluídos nestas, estão de forma precarizada, implicando em condições limitadas de produção e reprodução da vida. Tendo em vista que diversas dimensões de exclusão são inerentes ao capitalismo, efeitos dele, ou mecanismos funcionais à sua manutenção, podemos pensar que se trata não exatamente de uma exclusão e sim de uma inclusão excludente. Dessa maneira, a dialética inclusão-exclusão será retomada e mais

desenvolvida no capítulo 4. Apontar-se-á ideias que possibilitem vislumbrar essa relação mais estreita da dialética inclusão-exclusão com o nosso objeto de estudo, tendo em vista que na proposição do conceito subjaz a ideia de resgatar recursos ou condições prévias perdidas nas trajetórias de vida de pessoas em consumo abusivo de substâncias.

Dessa maneira, ao analisar as diretrizes das políticas de saúde mental em torno de práticas e estratégias visando a **reinserção social**, pode-se apreender, que essas políticas guardam as contradições da formação social em que emergem, são conquistas de setores da classe trabalhadora e ao mesmo tempo seus limites indicam que são concessões do capital para a manutenção de condições mínimas de vida, de reposição da força de trabalho e de coesão social. Considerando essa face adaptacionista das políticas públicas, no capítulo que se segue, será demonstrado como o saber médico, no âmbito destas políticas, atua com relação ao sofrimento psíquico e as mazelas inscritas física e mentalmente na classe trabalhadora.

2- REINserÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE ESSA DIRETRIZ NA POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS

*A árvore que não dá frutos
É xingada de estéril. Quem
Examina o solo?*

*O galho que quebra
É xingado de podre, mas
Não havia neve sobre ele?*

Bertolt Brecht (Sobre a esterilidade)

Nossa discussão visa avançar na compreensão crítica da **reinscrição social**, enquanto prática proposta, e objetivo, para lidar com as pessoas, ou pelo menos com parte delas, que fazem um uso/consumo abusivo e dependente de substâncias como o álcool e outras drogas. Identifica-se imprecisão, e quiçá, o esvaziamento do conceito de **reinscrição social** nesta área da política de saúde, de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e abuso de substâncias. É necessário fazer uma breve exposição dos dados epidemiológicos concernentes a esse agravo, como também acerca do entendimento médico-psiquiátrico e do histórico da reforma psiquiátrica que como um processo social complexo, propõe rupturas em tal entendimento.

2.1 Dados epidemiológicos dos padrões de consumo de drogas no Brasil

Visando sistematizar informações acerca dos padrões de consumo de drogas, por faixa etária, gênero, raça, classe social, dentre outras categorias, por iniciativa governamental são realizados levantamentos sobre o perfil social e epidemiológico para que sejam direcionadas às ações de políticas públicas em saúde; e, também no âmbito das políticas em segurança pública. Grande parte dos países democráticos conta com um sistema de registro e monitoramento sistemático do consumo de substâncias como, por exemplo, Estados Unidos da América e União Europeia que realizam censos domiciliares anuais ou bianuais sobre o consumo de substâncias. O monitoramento, segundo as propostas de governo, visa não somente subsidiar políticas públicas de Estado, mas também cumprir compromissos pactuados com diferentes órgãos internacionais por meio de convenções e tratados que tem o objetivo de “regular e minimizar os danos” associados ao consumo de drogas no mundo.

Em 2009, os países membros das Nações Unidas, dentre eles o Brasil, por meio da *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*⁶, acordaram sobre a necessidade

⁶ Declaração Política e Plano de Ação de Cooperação Internacional para uma Estratégia Integrada e Equilibrada de Combate ao Problema Mundial das Drogas

de aumentar os investimentos em pesquisas e dimensionamentos objetivando implementar de forma adequada as políticas e programas de combate ao problema de drogas, em escala mundial (FIOCRUZ, 2019).

O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD)⁷ foi o primeiro resultado de entendimentos iniciais entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça e Segurança Pública e a Fiocruz, no âmbito da Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Pública Federal, órgão da Advocacia-Geral da União. É o levantamento que apresenta o maior número de informações sobre drogas já realizados em território nacional e o primeiro inquérito sobre o uso de drogas no país que conseguiu alcançar abrangência nacional, abrangendo inclusive municípios de pequeno porte e zonas de fronteira. Sendo representativo da população brasileira de 12 a 65 anos, a definição do plano amostral adotou critérios metodológicos semelhantes aos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE.

A investigação do referido levantamento abrangeu questões quanto ao uso, abuso e dependência de substâncias como o tabaco, álcool, cocaína, maconha, crack, solventes, heroína, ecstasy, tranquilizantes benzodiazepínicos, esteroides anabolizantes, sedativos barbitúricos, estimulantes anfetamínicos, analgésicos opiáceos, anticolinérgicos, LSD, quetamina, chá de ayahuasca e drogas injetáveis. Outros questionamentos tinham relação com violência (perpetrada ou sofrida), a percepção sobre o risco do uso de drogas e a opinião dos entrevistados sobre políticas públicas para a área. Além disso, perguntas gerais sobre saúde e informações sociodemográficas. Destaque ao fato de que tais levantamentos não incluem caracterizações dos padrões e tipos de usos, e usuários, em termos de suas atividades laborais e condições em que as mesmas se dão, ou seja, os nexos entre trabalho, manutenção da saúde, adoecimentos, sofrimentos e consumo de substâncias são completamente negligenciados, exceto informações mais gerais tais como consequências do uso e o trânsito, a violência e a percepção, por parte da população, dos riscos associados ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

Os resultados revelam, por exemplo, que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual é maior entre os homens: 5% (entre as mulheres fica em 1,5%). E também entre os jovens: 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilegais no ano anterior à entrevista. A substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha: 7,7% dos brasileiros

⁷ O dados epidemiológicos em que dispomos atualmente no Brasil, através de um levantamento em âmbito nacional, podem ser verificados por meio de dois relatórios: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas-LENAD (2012), realizado pela Unifesp, por iniciativa do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD); III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas na População Brasileira- LNUD (2015), realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Optamos em utilizar o III LNUD, considerando que os dados estão mais atualizados.

de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, fica a cocaína em pó: 3,1% já consumiram a substância. Nos 30 dias anteriores à pesquisa, 0,3% dos entrevistados afirmaram ter feito uso de cocaína.

Aproximadamente 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida, o que corresponde a 0,9% da população de pesquisa, com um diferencial pronunciado entre homens (1,4%) e mulheres (0,4%). O relatório da pesquisa destaca, porém, que esses resultados devem ser observados com cautela, uma vez que o inquérito domiciliar não é capaz de captar as pessoas que são usuárias e não se encontram regularmente domiciliadas ou estão em situações especiais, como por exemplo vivendo em abrigos, nas ruas, ou em presídios; além do fato de que a criminalização do consumo da quase totalidade de substâncias não favorecer respostas positivas de uso.

Outro dado destacado pelos pesquisadores diz respeito ao uso dos analgésicos opiáceos e dos tranquilizantes benzodiazepínicos. Nos 30 dias anteriores à pesquisa eles foram consumidos de forma não prescrita, ou de modo diferente àquele recomendado pela prescrição médica, por 0,6% e 0,4% da população brasileira, respectivamente.

Com relação às drogas lícitas, o consumo do tabaco apresentou uma queda em seu uso por cigarro convencional, no entanto, há formas emergentes em ascensão, como o uso de cigarros eletrônicos e narguilés. Ainda assim, cerca de um terço (33,5%) dos brasileiros declarou ter fumado cigarro industrializado pelo menos uma vez na vida. E, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foram 13,6%, o que corresponde a 20,8 milhões de pessoas.

Grande parte dos dados considerados mais problemáticos com relação aos padrões de uso de drogas no Brasil não estão relacionados às substâncias ilícitas, e sim ao álcool, onde aproximadamente 2,3 milhões de pessoas relataram práticas nos 12 meses anteriores à pesquisa, que atendiam critérios⁸ para dependência de álcool.

A relação entre álcool e diferentes formas de violência também foi abordada pelo 3º Levantamento, apresentando um panorama contundente. Aproximadamente 14% dos homens brasileiros de 12 a 65 anos dirigiram automóveis após consumirem bebida alcoólica, nos 12 meses anteriores à entrevista. Já entre as mulheres esta estimativa foi de 1,8%. A percentagem de pessoas que estiveram envolvidos em acidentes de trânsito enquanto estavam sob o efeito de álcool foi de 0,7%.

Cerca de 4,4 milhões de pessoas reportaram ter discutido com alguém sob efeito de álcool nos 12 meses anteriores à entrevista, sendo que destes 2,9 milhões eram homens e 1,5 milhões, mulheres. A prevalência de ter reportado que “destruiu ou quebrou algo que não era

⁸ Segundo critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, publicação da American Psychiatric Association- DSM V

seu” sob efeito de álcool também foi estaticamente significativa e maior entre homens do que entre mulheres (1,1% e 0,3%, respectivamente).

É notória a ausência, neste Relatório, de estratificações de grupos conforme níveis de renda, inserção ocupacional, setor de atividade, condição de emprego versus desemprego, formalização ou não, entre outras informações capazes de desvelar nexos sobre consumo de substâncias e o mundo do trabalho, das relações sociais produtivas. A generalidade destas análises leva à impressão de uma semelhança ilusória da população em termos das condições e modos de vida, ou ainda, da sua irrelevância nas condutas individuais e grupais de consumo de substâncias. Um dos objetivos desse trabalho é justamente adentrar nessas condições de reprodução da vida que diferenciam as classes sociais, e seus estratos, determinando processos críticos que são particulares aos grupos e que criam as necessidades sociais para o consumo como forma de lidar com desafios e problemas vivenciados, como necessidades de vida não supridas, por exemplo, que geram aumento de níveis de estresse e sofrimento que precisam ser atenuados de alguma forma, favorecendo o “amortecimento” de estados psicológicos de insegurança, desprazer, angústia, exaustão, revolta, etc.

Não descarta-se a importância de se haver um levantamento pormenorizado sobre os dados epidemiológicos do consumo de drogas, no entanto, destacamos a impossibilidade de usos mais efetivos dessas informações, neste nível de generalidade, para formulação de políticas realmente capazes de transformações da sociedade, em suas condições que “empurram” grupos aos usos.

Investigar, produzir conhecimentos, para transformar a realidade a favor da classe trabalhadora é necessário, mas não é o compromisso da ciência dominante. Assim, a forma de quantificação dos usos e abusos de substâncias implica em posicionamentos políticos, quanto a uma determinada forma de atuar sobre a questão, tanto com medidas legais (repressão policial, judicialização), medidas sócio-sanitárias e também, farmacológicas e médicas. Sobre esta última, ater-s-à seguir, sem eliminar, no entanto, as interlocuções dela com as demais. Essa exposição se faz importante na medida em as respostas farmacológicas e médicas são hoje centrais na proposição de cuidados em saúde, definição de projetos terapêuticos e demais ações no âmbito da atenção psicossocial como um todo, campo este em que a **reinserção social** é diretriz e objetivo.

2.2 A questão álcool e drogas segundo o pensamento médico-psiquiátrico vigente nos manuais diagnósticos e sua relação com atenção em saúde

As formas descritivas de classificação tal como aparecem nos manuais diagnósticos pretendem criar uma zona de consenso, supostamente a-teórica, na definição e caracterização dos transtornos mentais, por não abordarem uma explicação etiológica. Não pode-se deixar de notar de que que as instituições tipicamente asilares utilizam a psiquiatria como sua modeladora, tendo assim, a importância de abordarmos o entendimento médico-psiquiátrico sobre o fenômeno estudado, visando problematizar se, ao inserir uma proposta psicossocial que objetiva romper com esse modelo há uma superação ou apenas uma proposta que não se efetiva completamente enquanto práxis. Ainda que o entendimento aqui trazido sobre o consumo de drogas se pautem em outros parâmetros, não podemos desconsiderar as alterações biológicas que compõe esse fenômeno, pois as descrições realizadas pela psiquiatria apresentam alguma correspondência, mesmo que parcial, com a realidade e representam a forma como apreende-se o fenômeno à primeira vista. Entretanto, na gama de classificações baseadas em sintomatologia, a psiquiatria fragmenta e “apaga” o indivíduo, sendo necessário o avanço na explicação dessas formas de sofrimento psíquico.

Desde sua origem a Psiquiatria se ocupa de um objeto, a “doença mental”, que exige desse campo de saber, esforços contínuos para explicá-la e defini-la racionalmente, ampliando o espectro de sintomas para cada quadro patológico. A gênese do processo de adoecimento continua, no entanto, indeterminada e indefinida, sendo o conjunto das psicopatologias um objeto difícil de ser apreendido em sua complexidade.

As propostas de saúde mental anteriores à Reforma Psiquiátrica, possuíam em sua origem o enfoque predominantemente médico do sofrimento, compreendendo-o como transtorno mental, a partir de uma perspectiva biologicista, desconsiderando influências da cultura e da história na etiologia. No entanto, desde o final da década de 70, no Brasil, foi possível perceber mudanças, impulsionadas pela Reforma Psiquiátrica, um movimento político e social que faz uma crítica ao modelo asilar. Foram questionados os pressupostos básicos da psiquiatria, denunciando seus efeitos de normatização e controle, e proposta a Atenção Psicossocial como paradigma alternativo (será discutida essa alternatividade como contradição, no tópico seguinte em que trataremos o contraponto entre os dois modelos de atendimento em saúde mental, asilar e o psicossocial).

Neste modelo de atenção à saúde mental, estão inseridos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses têm a função de prestar atendimento clínico, médico e psicológico em regime de atenção diária. Mesmo com todos novos contornos na abordagem do sofrimento psíquico, nas práticas no âmbito da atenção psicossocial ainda são concorrentes, e prevalentes em algumas localidades, as formulações hegemônicas da ciência médica e do enfoque biologicista da psiquiatria.

Os documentos de entidades governamentais e instituições, dentre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, sugerem a perspectiva da multicausalidade para entendimento das psicopatologias, inclusive para os transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Conforme a OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como nos mostra o relatório divulgado por estas entidades em 2001:

Pergunta-se muitas vezes se os transtornos devidos ao uso de substâncias são realmente transtornos ou se devem ser considerados antes como comportamento desviante por pessoas que se entregam propositadamente a uma atividade que lhes causa danos. Embora a decisão de experimentar substâncias psicoativas geralmente tenha caráter pessoal, formar dependência após o uso repetido vem a ser não uma decisão consciente e informada pela pessoa, nem o resultado de uma fraqueza moral, mas, antes, o *produto de uma complexa combinação de fatores genéticos, fisiológicos e ambientais*. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2001, p. 31)

No Brasil, no texto *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*, publicado em 2003, o governo, explicita também as mudanças ocorridas na compreensão do alcoolismo e de outros problemas relacionados ao uso de drogas e apresenta que historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema (BRASIL, 2003, p.7).

O enfoque multicausal que vigora nos manuais diagnósticos dos transtornos mentais, principalmente a partir da CID-10 e do DSM IV, apresenta uma gama maior de causas desencadeadoras de determinadas doenças. Apesar das críticas relacionadas ao manual escrito pela American Psychiatric Association (APA), não se pode negar a influência direta deste, que envolve desde diagnósticos até decisões diversas a respeito de vários assuntos relacionados ao tema, bem como sobre a própria CID (DSM-5).

As mudanças recentemente ocorridas na quinta edição do DSM apontam para uma tentativa de ampliação no modo de entendimento dos problemas relativos ao consumo de substâncias. Padrões de uso de qualquer tipo de substância, que levem a sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento, antes especificados pelos termos “abuso” e “dependência”, foram substituídos por “transtorno por uso de substâncias”. Portanto, nessa nova forma de classificar, indivíduos que eram “abusadores”, ou mesmo aqueles que eram diagnosticados com um transtorno psiquiátrico chamado “dependência química”, passaram a compartilhar a mesma denominação, com diferenças em seus níveis de comprometimento, que são agora classificados como leve, moderado e grave. O diagnóstico, de acordo com o DSM-5, é fundamentado nas seguintes evidências.

Critério A: padrão problemático de uso de determinada substância, que leve a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, percebido por pelo menos dois dos critérios a seguir, que devem ocorrer pelo período mínimo de 12 meses: A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo maior que o pretendido. Desejo persistente ou esforços mal sucedidos na tentativa de reduzir ou controlar o uso da substância. Muito tempo é gasto em atividades relacionadas à obtenção, utilização ou recuperação dos efeitos do uso da substância. Fissura, desejo intenso ou mesmo necessidade de usar a substância. Uso recorrente da substância, resultando em fracassos no desempenho de papéis em casa, no trabalho ou na escola. Uso contínuo da substância, apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou piorados por seus efeitos. Abandono ou redução de atividades sociais, profissionais ou recreativas importantes ao indivíduo devido ao consumo de substâncias. Uso contínuo da substância mesmo em situações nas quais esse consumo represente riscos à integridade física. O consumo é mantido apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso. Tolerância, definida como: efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de substância e/ou necessidade de quantidades progressivamente maiores de substância para atingir o mesmo grau de intoxicação. Abstinência manifestada por: síndrome de abstinência característica da substância utilizada e/ou uso da substância ou de similares na intenção de evitar os sintomas de abstinência. (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais, 2014)

Diante de um consumidor de álcool e/ou outras substâncias, seria necessário para fins diagnósticos, saber como o indivíduo utiliza a substância em questão, diferenciando entre uso, abuso e dependência que se definem da seguinte forma:

Uso – Seria experimentar, consumir esporadicamente ou de forma episódica, não acarretando prejuízos por conta disso. Abuso ou uso nocivo – No consumo abusivo, há algum tipo de consequência prejudicial, seja social, psicológica ou biológica. Dependência – Ocorre perda do controle no consumo, e os prejuízos associados são mais evidentes. (CORDEIRO, 2018, p.11)

A OMS determinou classificações objetivando auxiliar no entendimento do consumo de substâncias pelos indivíduos. Quanto à frequência, podem ser classificadas como:

Uso na vida – uso da substância pelo menos uma vez na vida; Uso no ano – uso pelo menos uma vez nos últimos 12 meses; Uso recente ou no mês – uso pelo menos uma vez nos últimos 30 dias; Uso frequente – uso seis ou mais vezes nos últimos 30 dias; Uso de risco – implica alto risco de prejuízo à saúde física ou mental do usuário, mas ainda não causou doença física ou psicológica (i.e., quadros de uso abusivo ou nocivo); Uso prejudicial – já causa prejuízo físico ou psicológico (i.e., quadros de dependência). (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2001)

Aprender desses instrumentos médicos seus entendimentos sobre o consumo de substâncias enquanto transtorno mental e, para tanto, uma perspectiva biologicista, é importante

para a construção de um olhar crítico que se volte, tanto para as políticas que direcionam as ações de prevenção, tratamento e **reinserção**, tanto para modelos diagnósticos e epidemiológicos, para que estes não sejam meras reproduções automáticas e esvaziadas do contexto histórico e social, mesmo que em sua nomenclatura proponha uma análise psicossocial. Caminha-se para um entendimento que supere a análise de ‘fatores de risco’ e alcance o que chamamos de processos críticos, conceito a ser trabalhado com mais afinco, no capítulo que se segue ao abordarmos a saúde coletiva como uma possibilidade de articulação entre o sofrimento individual e a produção da saúde-doença na coletividade, ou seja, no plano mais geral, cujos processos vão se particularizando conforme modos de vida e especificidades dos diferentes grupos sociais.

O presente estudo pretende contribuir com a construção de práticas profissionais que questionem o status quo dos planos terapêuticos e demais medidas consideradas como “prevenção e tratamento”, intrínsecas à atuação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), bem como com a não medicalização de questões sociais que circundam a questão álcool e drogas. Para tanto, propomos sobre um mesmo fenômeno e suas determinações, uma abordagem sustentada na determinação social do processo saúde doença. Laurell (1982) levanta uma pergunta pertinente ao momento deste trabalho, ao pontuar que:

por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo? Pensamos que seja assim por duas razões parcialmente coincidentes. Por um lado, o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico (LAURELL, 1982, p.12)

Ao considerar as transformações que o paradigma da Atenção Psicossocial trouxe em direção a um modelo biopsicossocial de abordagem da questão álcool e drogas, empenha-se em uma análise que permita trazer a indissociabilidade entre base econômica-material, política e as singularidades nos processos que se articulam e configuram a determinação social da saúde. A política pública de saúde tem um papel central no ordenamento social e uma capacidade importante de intervir no controle e mitigação de riscos e danos à saúde dos indivíduos e população.

Considerando a relevância da atuação estatal na saúde, sempre mobilizada por processos de lutas sociais, vale uma breve explanação sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, que além de representar mudanças no modelo das políticas em saúde mental, também representa transformações em fundamentos epistemológicos, nos principais conceitos e formulações

teóricas produzidas. Questiona-se os problemas decorrentes de uma abordagem positivista-funcionalista dos processos ligados ao sofrimento psíquico, então reduzidos, por uma abordagem naturalista, ao status de transtornos. A reforma psiquiátrica se apresentou como uma transformação da própria ciência. Ao considerar a “doença” como objeto natural, a psiquiatria clássica passou a se ocupar dela e não do sujeito que sofre, desconsiderando a vivência dele. À medida em que a “doença” é colocada em suspenso é possível acessar o mais profundo da experiência humana, suas vicissitudes, fragmentações e potencialidades. Os serviços de atenção à saúde, dessa forma, não deveriam ser locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e higienização social. A conjugação do futuro do pretérito foi usada para expressar que a proposição dada pela reforma psiquiátrica vinha ao encontro da transformação desses espaços, no entanto, conforme veremos no decorrer desse trabalho, algumas recomendações para a prática e as próprias práticas em saúde “escondem”, ainda, facetas moralistas, excludentes e estigmatizantes, sendo assim, incompleta a realização os anseios deste movimento.

2.3 Reforma psiquiátrica e a construção de políticas de atenção psicossocial: contextualizando historicamente a proposição da reinserção social nas propostas de desinstitucionalização

Para chegarmos à discussão sobre os instrumentos de atenção psicossocial e suas políticas vigentes, precisamos entender o seu contexto de construção como Política Pública. Tal política forja-se como conquista do movimento social e político, complexo, articulado por diversos atores da sociedade civil que assumiram o papel de interlocutores junto ao Estado, chamado de Reforma Psiquiátrica. Levando as demandas, necessidades e buscas pela concretização dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, as experiências impulsionadas pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica aconteceram em vários países. Algumas, no entanto, foram mais marcantes por sua inovação e impacto, a ponto de serem reconhecidas ainda hoje e de permanecerem influenciando as experiências contemporâneas, incluindo as brasileiras. Para tanto, não podemos iniciar a discussão sem contextualizar historicamente de onde vieram essas influências importantes para a estruturação da rede de saúde no Brasil.

O processo de mudança da assistência em saúde mental no Brasil, teve seu início na década de 1970, inspirada em diversas experiências que ocorreram na Europa e EUA no período pós Segunda Guerra Mundial. Seguiremos o recorte de Paulo Amarante para a análise dessas reformas que tiveram influência na experiência da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo dividida em “dois grupos mais um”.

O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, destaca duas experiências que investiram no princípio de que o fracasso estava na forma de gestão do próprio hospital e que a solução, portanto, seria introduzir mudanças na instituição. O segundo grupo é formado pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, experiências que acreditavam que o modelo hospitalar estava esgotado, e que o mesmo deveria ser desmontado “pelas beiradas” como se diz na linguagem popular, isto é, deveria ser tornado obsoleto a partir da construção de serviços assistenciais que iriam qualificando o cuidado terapêutico (hospitais-dia, oficinas terapêuticas, centros de saúde mental etc.), ao mesmo tempo que iriam diminuindo a importância e necessidade do hospital psiquiátrico. No ‘outro’ grupo, em que estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, o termo reforma parece inadequado. Ambas consideram que a questão mesma estaria no modelo científico psiquiátrico, que é todo ele colocado em xeque, assim como suas instituições assistenciais (AMARANTE, 2013, p.53)

Após a guerra, muitos jovens soldados ingleses apresentavam danos psicológicos, sociais e físicos e encontravam-se internados em hospitais para tratamento de problemas emocionais, acarretando dois problemas: um aumento na demanda de cuidado à pacientes e, em paralelo, a escassez de mão-de-obra. Dessa forma, era necessária a elaboração de uma forma de enfrentamento que pudesse reinserir essas pessoas no circuito produtivo. Em meio a isso, Main e Bion Reichman, médicos ingleses, passaram a organizar reuniões de discussão das dificuldades, dos projetos de vida e planos, elaborando propostas de trabalho em que todo grupo fosse envolvido. Essa experiência ganhou maior sistematização e dinâmica com Maxwell Jones, organizando “grupos operativos” em que os participantes (pacientes, familiares, equipe) se envolviam ativamente no processo terapêutico. A ‘horizontalidade’ e ‘democratização’ das relações definiu o que chamamos de Comunidade Terapêutica⁹. A ideia de comunidade terapêutica, através da concepção de comunidade, buscava desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora. Para Franco Rotelli, "a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, ela não poderia ir além do hospital psiquiátrico" (ROTELLI, 1994, p.150).

Outra experiência de transformação do hospital psiquiátrico ocorreu na França, que se encontrava em um cenário muito parecido ao inglês pós-guerra, com uma população adoecida, hospitais destruídos e situação social e econômica precarizada. O principal nome desse movimento foi François Tosquelles, conhecido pela implementação da experiência conhecida com Psicoterapia Institucional ou Coletivo Terapêutico, que propunha uma escuta polifônica, ou seja, uma ampliação dos referenciais teóricos utilizados no tratamento, não reduzindo a

⁹ Essa denominação não tem relação ao que conhecemos hoje como Comunidade Terapêutica no contexto de ‘tratamento de álcool e drogas’, geralmente de natureza religiosa, e que corresponde a um dos maiores alvos de financiamento da Políticas de Saúde Mental Álcool e Drogas.

escuta a uma teoria ou outra, mas tendo a noção de acolhimento e de suporte para os internos do hospital. A psicoterapia institucional fundamenta-se no exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais.

Na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional, "a pedagogia da sociabilidade realiza-se (agora) num registro discursivo e num contexto grupal em que se pretende a regulação do 'excesso' passional da loucura pelo controle do discurso e dos atos dos internados - mas estes devem aprender nessa microssociedade as regras das relações interpessoais do espaço social¹⁰" (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 85). Assim como a Comunidade Terapêutica, o coletivo terapêutico tinha a premissa de desenvolver uma função terapêutica em todos os membros da comunidade e combater a verticalização e violência institucional, no entanto, encontram sua limitação à medida em que não foi possível a articulação dentro e fora dos ambientes hospitalares, limitando a inserção da loucura no espaço social.

O segundo grupo recortado por Amarante é representado pela Psiquiatria de Setor (França) e pela Psiquiatria Preventivista ou Comunitária (EUA). A Psiquiatria de Setor apresentou-se como um movimento de superação das limitações da psicoterapia institucional, apontando para a necessidade de um trabalho externo ao manicômio, terapêutico após a alta hospitalar.

Consequentemente, institui-se o princípio de esquadrihar o hospital psiquiátrico e as várias áreas da comunidade de tal forma que a cada "divisão" hospitalar corresponda uma área geográfica e social. Tal medida produz uma relação direta entre a origem geográfica e cultural dos pacientes com o pavilhão em que serão tratados, de forma a possibilitar uma adequação de cultura e hábitos entre os de uma mesma região, e de dar continuidade ao tratamento na comunidade com a mesma equipe que os tratavam no hospital. (AMARANTE, 1998, p. 71)

A Psiquiatria Preventivista ou Comunitária surge no contexto "da crise do organicismo mecanicista e situa-se no cruzamento da psiquiatria de setor e da socioterapia inglesa" (AMARANTE, 1998, p.73). Em seu entendimento, as doenças mentais poderiam ser prevenidas, desde que detectadas precocemente e, na medida em que as doenças eram consideradas como desordem, julgava-se ser possível prevenir e erradicar os males sociais.

Para a intervenção preventiva, um conceito passou a ser estratégico: o conceito de 'crise', construído fundamentalmente a partir das noções de 'adaptação e desadaptação social', oriundos da sociologia, e que permitiam a ampliação da

¹⁰ A aprendizagem das relações interpessoais nesses espaços de 'tratamento', se fizermos uma transposição às práticas no âmbito das redes de Saúde Mental, poderemos estabelecer alguma aproximação com o que chamamos de **reinscrição social**, onde o usuário é incluído em estratégias de fortalecimento das redes sociais e restabelecimento dos vínculos familiares, afetivos, sociais e produtivos.

ação da psiquiatria para além da noção mais restrita da doença mental (AMARANTE, 2013, p. 60)

Foi no âmbito da Psiquiatria Preventivista que surge o conceito de “desinstitucionalização”, discutido mais à frente neste trabalho, entendido como um conjunto de medidas de desospitalização, reduzindo o ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos e a redução da permanência em hospitais. Guardadas as singularidades conceituais e práticas inerentes aos processos de construção dos vários modelos assistenciais, as propostas inspiradas no preventivismo preparam terreno para a instauração dos vários modelos assistenciais e propostas de 'desinstitucionalização', que se tornam-se diretrizes da grande maioria das iniciativas, planos, projetos e propostas oficiais, ou mesmo 'alternativas'. “No entanto, o preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 1998, p.81).

O último grupo de instituições alternativas, sistematizado por Amarante, é composto pela Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática (Itália). A Antipsiquiatria teve início no final dos anos 50 e procurava apontar para uma ideia de contrariedade à teoria psiquiátrica, propondo compreender a experiência ‘patológica’ nas relações entre sociedade e indivíduo, não limitada à condição biológica e mental.

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um 'lugar', no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica (AMARANTE, 1998, p. 83).

O paradigma psiquiátrico clássico tipificou a loucura enquanto ‘doença’ e, para tanto, criou uma demanda de isolamento social para tratamento e assistência e uma moralização do sujeito adoecido, dando contornos de periculosidade e marginalidade. Dessa forma, houve (e ainda há) uma estreita correlação entre dimensão punitiva e terapêutica, visão a ser criticada pelo seu caráter reducionista e, sobretudo, segregador, com forte tendência a se tornar violento. Foi justamente nessa visão que se produziu todo o aparato manicomial, dando concretude ao interdito da vida social em liberdade, neste sentido a exclusão da pessoa da vida plena. A tradição basagliana e o movimento da psiquiatria democrática italiana surgem como uma crítica radical a esse paradigma e apontam para a urgência de se rever as relações e a práxis, onde

(...) traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento 'político': traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e

atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam (AMARANTE, 1998, p. 89).

A experiência em Gorizia desvelou a relação psiquiatria/controle social/exclusão e a interferência direta de interesses políticos e sociais no que se entendia como prática psiquiátrica, revelando a estrutura social excludente, e a realidade que exclui a diferença historicamente construída nessas instituições. A prática médica se alia à jurídica, regulamentando e sancionando a tutela, transferindo a responsabilidade social do sujeito para outro, tirando-lhe a autonomia e possibilidade de decidir sobre sua existência enquanto ser social. Para tanto, o que vislumbrava a Reforma Psiquiátrica era um projeto de desinstitucionalização, desmonte e desconstrução de saberes, práticas e discursos ligados à estigmatização dos ditos ‘loucos’. Esse projeto teve início com o trabalho no hospital psiquiátrico de Trieste, na Itália, em que houve o fechamento dos pavilhões e enfermarias psiquiátricas e, simultaneamente, foram criados serviços substitutivos do modelo manicomial. Essa experiência inspirou muito do que ocorreu no Brasil, ao que ocorreu na cidade de São Paulo, no início da década de 90 e se configurou como um dos eixos mais importantes para a reforma psiquiátrica brasileira. “A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas” (AMARANTE, 1998, p. 90). Os primeiros modelos de substituição foram os Centros de Saúde Mental (CSM), que assumiam a integralidade das questões ligadas ao cuidado em saúde mental em cada região pois, ao atuar em território seria possível reconstruir as formas como a sociedade lida com as pessoas em sofrimento mental, restabelecendo o lugar social da loucura e desconstruindo o estereótipo de periculosidade, incapacidade e marginalização das pessoas “loucas”. Foram implementadas também, outras estratégias de inclusão social por meio de cooperativas de trabalho, construção de residências terapêuticas, participação e produção social (grupos musicais, oficinas de trabalho, dentre outras).

Basaglia iniciou um novo modo de pensar o espaço institucional, formulando pensamentos de superação dos manicômios, não só como estrutura física, mas como um conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas que respaldavam a ideia de segregação e patologização de determinadas experiências humanas, como podemos pensar a escuta de vozes, a confusão entre realidade e não realidade, a perda da motivação para atividades exceto para fazer uso de uma ou várias substâncias. Franco Basaglia passou a formular um pensamento e uma prática institucional absolutamente originais, voltadas para a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não apenas como a estrutura física do

hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização de determinadas experiências humanas. O sofrimento psíquico assume o caráter dinâmico de ser um processo da vida, universal em suas características mais gerais de sociedade e, ao mesmo tempo, singular em sua relação do indivíduo com a sua realidade.

A experiência italiana de Basaglia, citada anteriormente, influenciou diretamente a reforma brasileira, impactando no movimento de desestruturação dos manicômios e implementação de redes substitutivas para o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Retomando agora, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira iniciada no final da década de 1970, concomitantemente com a eclosão do “movimento sanitário”. Foram reivindicadas e propostas mudanças nos modelos de atenção, gestão e ofertas dos serviços e práticas em saúde, equidade na oferta de ações, protagonismo dos trabalhadores, usuários e família na proposição de ações de cuidado. No entanto, a história da reforma psiquiátrica tem suas nuances próprias, inscrita em um contexto de mudança internacional nos modelos asilares, como descrito até aqui. É um processo maior do que a mera sanção de leis e normas, sendo um processo de intenso esforço dos movimentos sociais pelos direitos de pacientes psiquiátricos e pela reestruturação das instituições psiquiátricas clássicas que utilizavam práticas violentas do molde hospitalocêntrico, buscando novas propostas e possibilidades de ação em saúde mental (AMARANTE, 1998).

Nos anos 70, historicamente, o Brasil vivia sob o governo militar que incentivava a expansão da indústria farmacêutica e investia no atendimento psiquiátrico como uma perspectiva de limpeza social dos transtornados. Como resultado disso, houve um aumento exponencial das internações, passaram de 14.000 em 1965 para 30.000 no final de 1970, realidade essa contrária ao que se observava em países como os EUA e Itália, em que a desospitalização estava sendo fomentada. No final da década de 70 e início dos anos 80, a ditadura militar teve sua derrocada e o processo de redemocratização no Brasil foi iniciado, em meio a problemas de ordem econômica, sendo preciso a retenção de custos que afetou diretamente as instituições de saúde mental que perderam investimento. Somado a isso, houve um aumento das denúncias de maus tratos, abandono e práticas desumanas nesses locais e acentuaram-se as condições de precariedade dos profissionais (MORAES, 2019)

A democratização e abertura política no Brasil reacendeu o desejo de transformações no sistema de saúde, onde sindicatos, partidos e movimentos sociais iniciaram questionamentos referente às políticas, exigindo soluções para os problemas da saúde criados pelo regime militar. Boa parte dos movimentos sociais nasceram nas periferias das grandes cidades e das necessidades cotidianas compartilhadas por interesses coletivos, dentre elas, transporte,

saneamento básico, saúde e moradia. O sistema previdenciário brasileiro estava em crise e isso evidenciava a exclusão da parcela da população que não contribuía devido às altas taxas de desemprego e, conseqüentemente, também não conseguia acesso à saúde (JORGE, CARVALHO, SILVA, 2009).

O processo de articulação para mudanças nesses sistemas foi iniciado por movimentos sociais e pela luta de redemocratização do país, levando seus partícipes a desempenharem uma militância que ultrapassava a questão de saúde mental, congregando não apenas setores ligados a essa área, mas profissionais, associações, familiares e usuários, artistas, jornalistas, intelectuais. A Reforma Psiquiátrica se configurou como um processo político de transformação social, onde o campo de saúde mental se apresentou como palco de conflitos e disputas políticas e ideológicas entre as ideias de liberdade, autonomia, controle e segregação, inclusão-exclusão, cidadania, envolvendo militância, articulações, protagonismo e organização social.

Em 1978 foi efetivamente o ano em que houve o movimento social voltado para a luta dos direitos dos “pacientes psiquiátricos” no Brasil denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por trabalhadores que compunham o movimento sanitário, sindicatos, associação de familiares, profissionais da rede e pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2005). Esse movimento perfilou a Luta Antimanicomial que reclamava pela Reforma Psiquiátrica, sendo interlocutor das denúncias de violência dos manicômios, mercantilização da loucura, da posição hegemônica da rede privada de assistência e da crítica coletiva às práticas da psiquiatria clássica e ao modelo hospitalocêntrico de assistência. (VARGAS, CAMPOS, 2019). O MTSM surgiu no Rio de Janeiro, desencadeado pelo episódio conhecido como a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), e se expandiu rapidamente para outros estados.

As discussões fomentadas por esse movimento representaram o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura, instituindo um novo lema: Por uma Sociedade sem manicômios. Tem-se a chamada desinstitucionalização, que estabelece novos horizontes de ação, envolvendo macro reformas e a preocupação com a saúde de forma ampla, inserindo a necessidade de articulação entre instituições, cultura, sociedade e entendimento social sobre o sofrimento mental. Novos aliados são incorporados como agentes críticos e impulsionadores do processo, dentre eles, família, usuários, cuidadores e profissionais. O objetivo principal da Reforma Psiquiátrica foi a de substituir a prática psiquiátrica centrada em internações hospitalares por uma psiquiatria fundamentada em dispositivos diversificados, comunitários e humanizados, e inserida num modelo de cuidado em equipe interprofissional.

Para além das discussões, o MTSM fomentou a proposta de mudanças políticas, jurídicas, institucionais e sociais que foram pauta da 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento este que culminou em uma posterior estruturação do Sistema Único de Saúde- SUS. A conferência contou com a participação de diferentes frentes sociais, implicando na transformação dos serviços de saúde dentre elas, a instalação em 1978, de uma Assembleia Constituinte responsável por garantir a saúde como direito de cidadania e não mais como direito trabalhista, restrita apenas à contribuintes; e a inclusão do artigo 196, na Constituição Federal de 1988, que assegura “saúde como um direito de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” . Por meio da Constituição de 1988, é criado o SUS, formado pela articulação entre âmbito federal, estadual e municipal, sob controle social exercido pelos Conselhos Comunitários de Saúde.

Essas mudanças implicaram na impulsão para o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987 e, também no projeto de Lei nº 3.657/1989, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios. No mesmo ano, houve a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, instituição paulista, palco de maus-tratos e morte de pacientes que gerou uma repercussão em nível nacional e evidenciou a possibilidade de se construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva. (MOURA, 2011). Neste período, houve a implementação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos, que passaram a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, como demonstração de que não era um movimento discursivo, mas que era possível e executável enquanto prática. A interdição era o primeiro passo, mas não o único, pois ainda era necessário se pensar em formas de substituição da antiga proposta de tratamento, possibilitando o retorno dos pacientes ao convívio social. Propostas como, diminuição de medicamentos, atendimento humanizado, oficinas artísticas, terapia ocupacional, foram pontuadas e começaram a ser efetivadas. Para assistir os pacientes residentes na Unidade de Santos, a prefeitura se utilizou dos NAPS como rede substitutiva e instrumento de reabilitação, objetivando a autonomia do usuário do serviço e sua **reinserção social**, na qual “o problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001, p. 30).

Ainda em 1989, é apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e extinção progressiva dos manicômios brasileiros, sendo o início da circunscrição da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. A partir do Projeto de Lei, vários estados brasileiros passaram a aprovar normativas que instruíam sobre a

substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, bem como, a política do Ministério da Saúde, acompanhando as diretrizes que definiam os contornos da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2005).

Na década de 90, após a assinatura da Declaração de Caracas e realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, começam a vigorar no país leis federais que regulamentam a implementação de serviços de atenção integral, fundadas nas primeiras experiências de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e que fiscalizam os hospitais psiquiátricos vigentes na época. Os NAPS/CAPS foram oficializados, enquanto rede de atenção à saúde, a partir da Portaria Ministerial 224/92 que regulamentou os serviços de saúde mental de acordo com as Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde, seguindo as diretrizes de descentralização e hierarquização. Dentro das diretrizes do SUS, propõe-se a implementação de uma Rede de serviços que seja pluralizada e integrativa, com diferentes graus de complexidade e que promovam a assistência para diferentes demandas aparece como necessária, passando a RAPS a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção por territórios. No entanto, o processo de expansão dos CAPS e NAPS foi descontínuo pois, embora as normatizações do Ministério da Saúde (1992) regulamentassem sobre os novos serviços de atenção, não definiam exatamente uma linha de financiamento que o garantisse, assim como a efetiva estruturação da rede, nem especificava normas de classificação e direcionamento visando a redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

A Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216) foi sancionada no país somente em 2001, sofrendo algumas importantes modificações do texto original do projeto. Ela dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e remodela o modelo de assistência à saúde mental, priorizando a oferta de serviços de base comunitária. A política de saúde mental em âmbito federal, começa a ganhar contornos mais definidos, onde a Política Nacional de Saúde Mental vem como instrumento de consolidação, estabelecendo estratégias e diretrizes para organizar as práticas em Saúde Mental (MOURA, 2011). Através desse novo instrumento legal, o planejamento financeiro voltado para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é criado, bem como mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos de internação psiquiátricos no país. Esse momento marca uma nova fase de implementação e a rede de atenção à saúde mental passa a ser expandida, ocupando locais onde a assistência comunitária em saúde mental era inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a

estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. O período caracterizou-se por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, por outro, a fiscalização e redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos.

Em linhas gerais, os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. Com base no Ministério da Saúde (2019), dentro das diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implementação de uma rede de serviços que seja pluralizada, com diferentes níveis de complexidade e que promovam atendimento integral a diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

O SUS regula e organiza em todo território nacional as ações e serviços de saúde, incluindo os de saúde mental, de forma regionalizada e hierarquizada, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal e gratuito, integralidade das ações, em um conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade, a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, descentralização político-administrativa e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras.

Os CAPS apresentam-se como um ponto estratégico da RAPS em acordo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pela sua capacidade de articulação territorial na rede de saúde mental. Como um dos objetivos centrais, da atuação dos CAPS está a promoção da autonomia das pessoas atendidas, estabelecendo relações entre os serviços de saúde e outras redes sociais, como educacionais e jurídicas. A construção de uma rede de cuidados de base comunitária foi, e continua sendo, fundamental para consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois a articulação em rede dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos é crucial para a constituição de um conjunto vivo e conectado de referências capazes de acolher e tratar a pessoa em sofrimento mental. Essa articulação permite a construção de um espaço comunitário da rede de atenção mental do SUS e é fundamental para um movimento permanente e direcionado para outros espaços da cidade, em busca da maior autonomia e inserção social das pessoas com sofrimento psíquico, permitindo que a desinstitucionalização se efetive. Esta consiste, portanto, no processo de substituir as práticas manicomiais e produzir novos entendimentos e ações que visem beneficiar a liberdade e a autonomia do indivíduo, o exercício de sua cidadania, buscando

o desenvolvimento de possibilidades de novos espaços de assistência extra-hospitalar para o cuidado. A luta pela desinstitucionalização está ligada diretamente a práticas de desconstrução do aspecto antiterapêutico do modelo asilar, assim como a intenção de transformar o cotidiano do usuário orientando as ações no sentido de uma reabilitação e **reinserção social** (MORAES, 2019).

Desenvolve-se o entendimento de que a organização do cuidado em rede é a melhor alternativa face à complexidade das demandas de reabilitação e inserção das pessoas. A rede e não mais um equipamento ou serviço único e centralizado pode dar conta de possibilitar a resolutividade das ações, promoção de autonomia e cidadania. A tarefa de promover a **reinserção social** exige, portanto, uma articulação ampla, desenhada com variados componentes e recursos de assistência, para promoção da vida e da autonomia dos usuários dos serviços.

A lógica de cuidado nos CAPS depende da organização de serviços em rede além de prestar atendimento em regime de atenção diária, pois objetiva evitar as internações em hospitais, promover a **inserção social** das pessoas através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à rede de atenção básica. Surgiram para serem substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos, acolhendo às pessoas com questões relacionadas à saúde mental, procurando mantê-las em seu território, fortalecendo os laços sociais de apoio. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros (BRASIL, 2005)

Atualmente existem cinco tipos de CAPS para atendimento psicossocial, além dos seus subtipos, cada um apresenta suas características e as suas particularidades na atenção aos vários tipos de usuários. A Portaria MS 336/02, estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS-i II e o CAPS-AD II. Dentro de diversas particularidades de cada tipo de CAPS, existem algumas que são bem relevantes (BRASIL, 2003).

O CAPS I é um serviço de atendimento psicossocial localizado em cidades de pequeno porte, 20.000 a 70.000 habitantes e devem dar cobertura para todo tipo de clientela com transtornos mentais e tem seu funcionamento durante o dia. O CAPS II é um tipo de instituição que se localizada em cidades de médio porte, 70.000 a 200.000 habitantes e deve funcionar durante o dia com a clientela adulta, o CAPS III, por sua vez, são localizados em grandes cidades, população acima de 200.000 habitantes e atendem a clientela adulta durante 24h (BRASIL, 2003). O CAPS II é um serviço de atendimento destinado ao tratamento de transtornos mentais de crianças e adolescentes, estão localizados em cidades de médio porte e funcionam durante o dia (SOUSA, 2020).

O CAPS-AD II é direcionado para a população que tem problemas com álcool e com drogas, funcionam primordialmente durante o dia e estão localizadas em cidades de médio porte. O CAPS-AD é um serviço voltado totalmente para o atendimento de paciente que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. Devido ao grande número de atendidos pelos CAPS-AD em todo o Brasil, em 23 de dezembro de 2011, foi instituída a portaria 3.088 do Ministério da Saúde que teve como intuito a instituição de uma rede de atenção psicossocial direcionada para pessoa com transtorno mental, que sofrem ou passam necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, que estejam sendo assistidas pelo SUS (BRASIL, 2011).

Esta portaria tem como objetivo principal a ampliação do acesso por parte da população a atenção psicossocial, a promoção do acesso de usuário de crack, álcool e outras drogas, além de seus familiares no serviço de saúde, como também garantir qualidade no acolhimento, acompanhamento e atenção em casos de urgências por meio de articulações e integração da rede de atenção à saúde mental. Esse serviço de reabilitação e **reinserção social** atende todo e qualquer usuário de drogas e álcool, de ambos os sexos e maiores de 18 anos por meio de um ambiente acolhedor, para garantir a redução dos danos no usuário e a ligação dos laços familiares e sociais (SOUSA, 2020).

Um CAPS- AD tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a **reinserção social** dos usuários, utilizando para tantos recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo. A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV (BRASIL, 2003).

O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente adequados às necessidades de cada usuário dos

serviços. Os CAPS-AD também podem ter a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber:

1. Quando são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação;
2. Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas;
3. Devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território;
4. Devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2003).

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPS- AD deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental e o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e **reinserção social** dos mesmos. A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (BRASIL, 2003). Também vale a pena ressaltar que, se existem processos críticos mais próprios a certos indivíduos, grupos ou ambientes de trabalho e convívio social, ou seja, que se ligam às necessidades que se relacionam ao uso abusivo de álcool e drogas - também existem processos protetivos. Processos destrutivos e protetivos podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência socioambiental, estando interligados de forma consistente.

Finalizando este tópico, a necessidade da contextualização feita até aqui se justifica pelo compromisso com a historicidade na abordagem do tema central deste estudo – a **reinserção social** como diretriz da atenção em saúde/saúde mental às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A desinstitucionalização proposta no processo de luta pela Reforma Psiquiátrica busca desmontar a “solução” da reclusão institucional para os loucos e dependentes químicos. Pontuamos, aqui, que usar o verbo no tempo presente consiste em reconhecer que por mais que tenhamos avançado na Reforma Psiquiátrica com importantes vitórias no desmonte do modelo manicomial, ele ainda está presente em formatos atualizados e repaginados, na rede de atenção psicossocial. Estudos que recuperem e avancem nas formulações e propostas em torno da

temática de **reinserção social** são particularmente relevantes no cenário atual das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, em que está latente um movimento regressivo, de (re)manicomialização do modelo assistencial, contraditório ao próprio ao conceito de **reinserção**, em seu âmago, tais como as Comunidades Terapêuticas (CT) que têm ganhado cada vez mais centralidade no âmbito do SUS e nas RAPS, incluindo o redirecionamento de recursos à essas instituições em detrimento do desfinanciamento da estrutura de saúde mental. O movimento da reforma psiquiátrica logrou-se exitoso, desde 1980, no relativo desmonte do modelo manicomial, objetivando a desinstitucionalização como um trabalho voltado a desmontar a “solução” historicamente construída da reclusão institucional para os loucos e dependentes químicos. Por mais que o país tenha avançado em profundas mudanças nas concepções e práticas em saúde mental, desde 1990, com a estruturação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante a própria implantação do SUS no país, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo a modalidade dos CAPS-ad (específico para pessoas com problemas relacionados ao abuso de álcool e drogas) conquistados pelas pressões do movimento antimanicomial, tem, atualmente, uma forte adversária. Absorvendo os financiamentos da RAPS e, portanto, dos CAPS, as Comunidades Terapêuticas são aparatos manicomiais atualizados e repaginados que têm disputado institucionalidade no âmbito do SUS, mesmo sob forte resistência e denúncia da militância antimanicomial, de conselhos profissionais como da Psicologia e OAB, e das instituições acadêmico-científicas como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). A configuração das Comunidades Terapêuticas como locais de isolamento é verificada em um conjunto de práticas e características que, individual e conjuntamente, oferecem restrições à livre circulação das pessoas e aos contatos com o mundo exterior. O isolamento é um dos princípios que orientam o tratamento ali oferecido, restringindo a saída dos indivíduos, fazendo a retenção de documentos e pertences, controle de acesso aos meios de comunicação e instalação em locais de difícil acesso, com vários artifícios que cerceiam a movimentação, como muros, grades e portões. Portanto, as CTs são uma afronta às políticas brasileiras de saúde mental pautadas na defesa dos direitos humanos, na diretriz da **reinserção social**, e um retrocesso nas conquistas do movimento de reforma psiquiátrica. Elas carecem de bases técnica, teórica ou científica como por exemplo, adotando a denominada laborterapia, a imposição de disciplina e punição por meio do trabalho (CFP, 2018).

Tomando a pergunta feita por Rotelli (2001), a reflexão seria: “O que é, portanto, nesse sentido “ a instituição” nessa nova concepção? ” (p. 30). A instituição seria somente o aparato físico, de onde as pessoas deveriam ser desinstitucionalizadas? Para o autor, não, pois a mudança central na superação da instituição manicomial seria desenvolver um conjunto “novo”

de aparatos científicos, administrativos, de códigos de referência e de relações que se estruturariam em torno não mais da doença, enquanto objeto de atuação, mas sobre a sua relação com o corpo social. Em síntese, o processo de desinstitucionalização, tal como na Reforma Psiquiátrica Italiana, que inspira a reforma brasileira, é caracterizado por três aspectos que vão tomando corpo conforme há um desmonte da estrutura manicomial que são:

a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados; b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos "doentes", sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais; c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados. (ROTELLI, 2001, p.36)

O projeto de desinstitucionalização buscou a reconstrução do objeto (enquanto sujeito histórico) que o modelo tradicional reduziu e simplificou (causalidade linear doença/cura – problema/solução). Mas para alcançar este objetivo, fez-se necessário que as novas instituições estivessem à altura do objeto que está em constante reconstrução na sua existência, o sofrimento. Os projetos de atendimento surgidos nos últimos anos têm de saída a recusa do modelo sintomático em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente. Nestes novos espaços, as ações antes centradas no controle ou supressão de sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da loucura, passam a ter outro enfoque, que é o de falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, de reabilitação e **reinserção social** e, sobretudo, de projetos de vida (HIRDES, 2009).

Tendo em vista todas as propostas para um novo modo de atuação em saúde mental, buscou-se mostrar que o paradigma psicossocial é uma alternativa construída em contraposição ao modelo asilar. O modelo fundado deste paradigma busca se efetivar como substituto ao anterior, mas é preciso perguntar: dadas as condições objetivas atuais, forjadas no atual estágio do capitalismo mundial e nas particularidades nacionais, condições revestidas de profundas contradições, como tal modelo se efetiva nos cotidianos municipais, estaduais? Utilizando a análise de Costa-Rosa (2000) e a perspectiva dialética, proposta como metodologia neste trabalho, essa pergunta será refletida considerando a contradição implícita no próprio movimento histórico. Deste modo, só é possível afirmar que um modelo é alternativo a outro, se este lhe é contraditório, sendo este um termo relacionado ao sentido marxista da lei de unidade e luta de contrários. E dois modelos só são contraditórios se a essência de suas práticas

e seus parâmetros de base caminham em sentidos opostos. Quanto a isso, Costa- Rosa (2000) exemplifica que:

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano, democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo 'hospitalocêntrico' e 'médicocentrado' é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de 'depositário' que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Para ser considerado alternativo ao modelo asilar, a prática proposta deve superá-lo no discurso ideológico articulado em um conjunto de práticas e saberes, que cristaliza as visões e interesses presentes num dado momento histórico e contexto social em que se origina essa instituição. As instituições de saúde mental mantêm relação direta com as instituições de saúde em geral, e “isso faz com que as contradições dominantes no contexto mais amplo sempre acabem produzindo ressonâncias que interferem diretamente, em maior ou menor grau, em cada instituição” (COSTA-ROSA, 2000, p. 145). As instituições de saúde, então, tornam-se palco de luta social devido a interesses sociais divergentes e isso se reflete nas políticas instituídas, no delineamento dessas instituições e no campo de atuação.

Costa-Rosa (2000) considera as instituições de saúde como intermediárias da relação dos trabalhadores de saúde mental e demais atores sociais com os usuários. O autor pondera que o acesso de camadas significativas da massa de trabalhadores ao consumo de serviços desse tipo só foi possível por meio da criação de instituições públicas (ou privadas com financiamento do governo) para a prestação desses serviços. A presença desse intermediário tem sido percebida ao longo das tentativas de transformação dos referenciais de intervenção, e as inovações alcançadas em algumas das experiências de reformas psiquiátricas nos países indicam justamente a tentativa de “modelar as formas desse intermediário, mesmo sem terem conseguido relacioná-las com outras características fundamentais dos meios de trabalho nesse campo” (p. 149). Acrescenta ainda que,

[...] qualquer que seja o programa terapêutico que se crie em termos ideológicos e teórico-técnicos, ele será profundamente sensível aos modos estruturais e conjunturais de organização do dispositivo institucional em que/ou por meio da qual é executado. Ou seja, a prática particular de um trabalhador ou um subconjunto deles e seus clientes estará sempre permeada pela presença desse intermediário - presença, aliás, que se manifesta desde as

formas mais brutas e de imediato perceptíveis, até formas mais sutis, cuja presença só mesmo um recurso ao deciframento pode detectar (COSTA-ROSA, 2000, p. 149).

Em resumo, considerar as instituições de saúde como “intermediários necessários” decorre de sua definição geral como congruente à estrutura social em que estão inseridas, nos permitindo analisar uma série de efeitos que as variações estruturais implicam na relação dos usuários com o serviço. Dessa maneira, não é possível analisar uma instituição de saúde mental deslocada do contexto social e histórico em que se estrutura. Baseados nisso, para entender a rede de atenção psicossocial no Brasil, tal qual a conhecemos hoje, precisamos considerar os processos sociais históricos do país e do mundo, evitando uma abordagem endógena, nos limites da área sanitária e psiquiátrica.

Portanto, pensando segundo o paradigma psicossocial, nas práticas voltadas para as pessoas com sofrimentos em que a questão do abuso de álcool e drogas é um componente importante, é necessário o rompimento da individualização e do enfoque psiquiátrico organicista, buscando a compreensão das vidas dessas pessoas, situando-as na totalidade histórico-social, buscando alcançar processos mais gerais que estão na gênese da produção do abuso de substâncias como problema da coletividade, processos estes que não estão apartados da reprodução da vida e da sociedade como tal, neste momento histórico. Isso ajuda a captar as contradições, entender os motivos pelos quais, negando, se opondo a todos os avanços da reforma psiquiátrica, as políticas de saúde ora avançam na direção da reforma, ora retrocedem.

Isso se expressa: na forte presença de meios repressivos e violadores de direitos junto aos usuários de substâncias, nas ações de cunho higienista e eugenista, no repasse de recursos financeiros a instituições claramente não condizentes com a luta antimanicomial, a não implementação de medidas e de políticas que realizem de fato as diretrizes oficiais assumidas pelo Estado, como a diretriz da **reinserção social** pela educação, moradia e trabalho dignos, entre outras. Refletindo especificamente sobre a **reinserção social**, por exemplo, ao mesmo tempo que o Estado a assume como diretriz oficial, financia as Comunidades Terapêuticas que em sua essência são modelos de reclusão. Partindo, assim, do reconhecimento da contradição do real (unidade de contrários), é possível retomar a dialética inclusão-exclusão, já mencionada no capítulo anterior, e que será aprofundada como parte constituinte do sistema capitalista, que inclui para excluir e exclui para incluir, em uma dialética constante, na visão de alguns autores. Essas formulações até aqui são importantes para a discussão da temática de **reinserção social especificamente no que tange às pessoas em abuso e dependência de substâncias** e na quase total desconsideração (ideológica) do consumo/abuso de substâncias com os modos de trabalhar e viver das pessoas, pessoas trabalhadoras em uma dado momento e formação histórico-social, regida pela lógica mercadoria. Pondera-se que possíveis transposições e aplicações

“automáticas” da diretriz da **reinserção social**, e das suas estratégias, pensadas para o processo de desospitalização e desinstitucionalização das pessoas abandonadas por décadas nos manicômios – central na reforma psiquiátrica brasileira – não se mostram necessariamente apropriadas quando o problema é abordado sobre o prisma atual: há uma indignidade crescente que assola cada vez mais estratos da classe trabalhadora da qual o abuso de álcool e drogas por parte das pessoas, sob determinadas situações e circunstâncias, é um de seus elementos. Essa é a discussão tecida logo mais à diante no trabalho.

2.4 A política de atenção integral à saúde de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas e o conceito de reinserção social

As políticas públicas brasileiras direcionadas aos usuários de substâncias surgem no início do século XX, por influência direta das convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU): Convenção de Entorpecentes (1961), Convenção de substância Psicotrópicas (1971) e, Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988). Na década de 70 surgiram pequenos avanços nas medidas de prevenção recuperação e **reinserção** dos usuários de drogas, no entanto, essas medidas tiveram um impacto sutil nas políticas públicas de saúde. Foi apenas a partir da década de 90 que as primeiras mudanças significativas puderam ser notadas com o fortalecimento dos valores orientadores da Reforma Psiquiátrica, protagonismo dos usuários e trabalhadores da saúde mental e apoio da comunidade.

Os serviços e ações direcionadas ao cuidado em saúde de usuários em consumo abusivo de substâncias se consolidaram no início dos anos 2000, mais precisamente em 2003, a partir da publicação do Ministério da Saúde da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Essa política expôs suas diretrizes consoantes com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, o Sistema único de Saúde (SUS), em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e os pressupostos da OMS. Anteriormente, as políticas de Estado relacionadas às drogas por muito tempo estiveram confinadas aos estreitos e violentos espaços policiais, carcerários e manicomial. A abordagem aos usuários, quando ocorria, era feita pela lógica do controle e da punição.

O movimento da reforma psiquiátrica, no entanto, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas e da urgência do desenvolvimento e a consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo. A reforma psiquiátrica brasileira, dessa forma, entrou com atraso no debate sobre as políticas psicossociais voltadas para o uso e abuso de álcool e outras drogas (CREPOP, 2013).

Nesse âmbito, houve uma difusão rápida das autodenominadas Comunidades Terapêuticas, que articulam ações de medicina privada com a assistência religiosa e também pela forte presença no imaginário social e na atenção a usuários e familiares, do Programa Dos Doze Passos, desenvolvido pelos grupos de mútua-ajuda Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). Muitas vezes, tais propostas são adaptadas de modo acrítico para a realidade dos serviços da rede de saúde mental, onde tais práticas integram o leque de ações voltadas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. As duas iniciativas são fortemente guiadas pela lógica proibicionista e por protocolos rígidos de comportamento, marcados por uma alta exigência. As práticas de cuidado na saúde mental ainda hoje trazem um forte componente que se articula com o paradigma da abstinência. Nas CT, as lógicas da abstinência e da medicalização são hegemônicas e estão integradas às estratégias motivacionais e terapêuticas, que muitas vezes carecem de embasamento teórico no campo de conhecimento clínico, ético e político produzido pela Psicologia (CREPOP, 2013).

Em 2003, houve a adoção da diretriz de Redução de Danos¹¹ (RD) nas políticas de saúde e socioassistenciais, que impulsionou, naquele contexto, o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas, alinhadas ao sistema público elaborado sob o campo da saúde coletiva (BRASIL, 2003). As diretrizes passaram a ser compreendidas segundo o paradigma psicossocial, sendo um importante pilar para a contraposição ao modelo biomédico-psiquiátrico e moral, criando a possibilidade de um novo direcionamento baseado em um conceito ampliado de saúde. Vale destacar que, durante o governo Bolsonaro e com a implementação da chamada Nova Política Nacional de Drogas, a RD deixou de se apresentar como estratégia norteadora das políticas sociais no Brasil, dando espaço para a abstinência como foco.

Em 27 de Outubro de 2005 o Ministério da Saúde pública a Resolução nº 3 do CONAD (Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas) sobre um realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Refere-se à política como um marco de uma nova etapa na atuação do governo federal com relação a assuntos de oferta e demanda de drogas. Tal realinhamento é propagado como um avanço na PNAD, pois era o que se havia de mais atual na área em termos mundiais. Para esse realinhamento, foi adotada uma interação entre governo e sociedade, através de vários eventos - seminários e fóruns com o intuito de facilitar a atuação popular e

¹¹ Implementada pela Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas a Redução de Danos (RD) aparece como uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focadas na defesa de sua vida (BRASIL, 2003).

então, atualizar a PNAD (BRASIL, 2010). Nesta resolução ficam definidos os objetivos da Política em grandes cinco eixos: 1 - Prevenção; 2 - Tratamento, Recuperação e **Reinserção social**; 3 - Redução dos Danos Sociais e à Saúde; 4 - Redução da Oferta e 5 - Estudos Pesquisas e Avaliações (BRASIL, 2010).

No entanto, as políticas voltadas aos usuários de drogas funcionam dentro dos moldes das políticas sociais localizadas dentro do estado burguês e, para tanto, não alcançam a totalidade do problema que advém da contradição capital versus trabalho. Concernente a isto, Castro (2018) pontua que:

Ainda que esteja previsto nos documentos oficiais que as políticas voltadas aos usuários de drogas atuem em rede com outras políticas nas áreas de assistência social e educação, o cenário brasileiro demonstra a ineficácia dessa garantia legal. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de construção de um modelo de saúde voltado ao atendimento de usuários de drogas que apreenda o fenômeno das drogas em sua totalidade, considerando as múltiplas determinações que o compõem (CASTRO, 2018, p. 75).

A pobreza como um processo crítico/destrutivo, por exemplo, deve ser considerada quando analisamos políticas sobre álcool e drogas, tendo em vista que é historicamente marcada não somente por questões econômicas, mas, sobretudo, por questões relativas ao tipo de sociedade de classes em que o capitalismo se organiza. Se tomamos a análise mais geral da pobreza no âmbito das políticas sociais, podemos verificar que em sua grande maioria são políticas assistencialistas que não visam questionar a estrutura de desigualdade que gera a pobreza, mas sim, uma perspectiva individualizante do fenômeno. Rego, Oliveira, Lima e Holanda (2017), em seu artigo fazem a correlação entre a pobreza e as políticas de drogas, afirmando que:

Não por acaso, a interface da discussão sobre a pobreza será com as políticas públicas relacionadas às drogas, uma vez que, orientadas pelo paradigma neoliberal, nas suas diferentes variações e explicações, essas políticas têm sido reduzidas às ações residuais ou marginais, compensatórias, tendo em vista apenas certa minimização ou regulação da situação de pobreza, já que esta é necessária para a manutenção do sistema de produção capitalista (...) É típico de nossa história, cujas políticas sociais sempre foram fortemente marcadas pelo autoritarismo, pelo clientelismo e pela fragmentação institucional, configurando-se de forma paradoxal sobre o cenário brasileiro, na medida em que favorecem uma baixa capacidade de alcançar maiores transformações sociais. Embora, evidentemente, inovações políticas e organizacionais tenham desenvolvido a expansão, por exemplo, dos direitos sociais, o país enfrenta níveis inaceitáveis de pobreza e exclusão social. No caso das Políticas sobre Drogas, no Brasil, essas contradições se tornam ainda mais explícitas (...) regida pelo espectro internacional antidrogas, toda uma subcultura se desenvolveu no Brasil, unindo uma gama de ações aparentemente contraditórias, mas no fundo dependentes umas das outras, que transformaram as drogas no ponto central de sua racionalidade. Nessa subcultura podemos incluir uma série de acontecimentos, como o tráfico de armas, a

criminalização da pobreza, a produção de insegurança, a obsessão por segurança. Ou seja, de um lado as políticas sobre drogas, articuladas diretamente com a justiça, reiteram a lógica da ilegalidade, fazendo com que, assim, uma grande parcela da população que consome determinadas substâncias se torne passível de punição (...) a condenação moral "fornece a legitimidade necessária para que o Estado se aproprie da função repressora a um problema que, todavia, não se extingue com esse esforço da perseguição". Assim, os sujeitos, sobretudo aqueles dos setores estigmatizados, pobres e marginalizados, ficam à mercê da capacidade governamental de classificação, perseguição, punição, tratamento e encarceramento (REGO et al, 2017, p. 76).

Se, a política sobre drogas no Brasil originou-se de um alinhamento com o paradigma proibicionista, concentrando esforço na redução de oferta e demanda de drogas e utilizando para isto a repressão e criminalização da produção, tráfico e consumo, ela encontra validação no discurso biomédico e hegemônico que, novamente, centraliza o problema das drogas no indivíduo, patologizando-o. Deste modo, a assistência à saúde voltada ao consumo de drogas estabelece que não deve haver padrão algum de uso (ou seja, “zero uso”) para que este sujeito possa ser reinserido, tendo como objetivo do tratamento, a abstinência. Isso reitera a necessidade de um movimento de extinção, que foi o que ocorreu, no movimento de Redução de Danos, pois este impunha uma contradição à Política de Drogas, ao se posicionar de forma ética em defesa da vida e propondo uma nova forma de cuidado que considerasse as necessidades do usuário. Dito isto, reiteramos que as políticas públicas, sejam elas em saúde ou não, não se constroem em um grande vazio ideológico, pelo contrário, os marcos históricos e a dinâmica social pela qual são construídas implicam em como essas ações serão construídas e legitimadas na prática. Não há política pública desconexa do tempo histórico em que é construída.

Mesmo com todas as contradições imbricadas nos modos de propor uma atenção à saúde, a proposta psicossocial desponta em sua contraposição ao paradigma dominante, e colocando no circuito de análise e enfrentamento do adoecimento, as condições de produção e reprodução da vida das populações, os vínculos estabelecidos sob estas condições e a singularidade dos sujeitos. Propõe-se uma valorização da dimensão subjetiva e das potencialidades de usuários e profissionais, com novas perspectivas de reflexão e ação, ao compreender que não só as ações institucionais incidem sobre a saúde dos sujeitos e grupos, mas também que as ações desses sujeitos podem e devem incidir sobre a saúde e a construção das práticas de cuidado.

Conceito que unifica a importância da subjetividade e protagonismo dos sujeitos é o de construção de autonomia. A construção de autonomia busca que os sujeitos sejam reconhecidos enquanto detentores de valor social, não sendo menos responsáveis devido a seu sofrimento e diagnóstico, sendo necessário respeitar sua vontade nas práticas de cuidado. Além disso, destina-se a possibilitar sua participação na construção de um novo lugar social aos

estigmatizados. Amarante (1998), enfatiza que a principal maneira de avaliar os serviços provenientes da reforma psiquiátrica, como os atuais serviços no campo das drogas, deve ser o grau de autonomia construído entre usuários, profissionais e sociedade, e que deve sempre ocorrer um estranhamento das ações e locais de cuidado, para evitar que a transformação da lógica de cuidado não se torne meramente uma reorganização tecnocrática e institucional. Logo, o cuidado pressupondo a busca e respeito pela autonomia é objetivo dos processos terapêuticos nos serviços de atenção em saúde a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. E os arcabouços que compõem a nova política de cuidado trouxeram inúmeras ações e concepções que desenvolvem a noção de construção de autonomia. Não há, entretanto, estudo que congregue essas diferentes ações práticas executadas em diferentes realidades. Ainda, o embate com a política de guerra às drogas tem sido intenso, o que pode fazer com que o desenvolvimento do fundamento de construção de autonomia, ocorrido nos anos de concretização do paradigma psicossocial, possa ser perdido (MARTINS, BUCHELE, BOLSINI, 2021, p. 2).

A Política para Álcool e Drogas tornou-se um ponto de discussão polêmico no âmbito social, estando em constante processo de disputas ideológicas na sociedade. As políticas sobre álcool e outras drogas englobam diversos setores da política pública, seja na área da segurança pública, seja na saúde, assistência social e educação. O grande desafio dessa integração é atuar na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica que trata a questão das drogas pelo viés exclusivo da doença e do crime. Esta lógica reducionista criminaliza e patologiza os usuários, que passam a ser objeto de discriminação, preconceito, exclusão, recolhimento e internação compulsória.

Prova dessa disputa política e ideológica no campo da Saúde Mental foram as mudanças propostas para a Nova Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT no 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017) que colocam em risco as conquistas da Reforma Psiquiátrica. As políticas públicas de saúde mental estão numa encruzilhada histórica, onde os seus quase quarenta anos de construção estão sob forte ameaça com o retorno assombrado da indústria de leitos, baseada na mercantilização do sofrimento e terapias com aparelhos de eletrochoque. Em Nota Técnica N. 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), o Ministério da Saúde presta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A Nota Técnica tem como mote principal a inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial, com ajuste do valor das Autorizações de Internações Hospitalares no SUS (AIHs). Para sustentar essa decisão, afirma-se que “não há mais por que se falar em ‘rede substitutiva’, já que nenhum serviço substitui outro”. Somado a essas justificativas, o Ministério da Saúde afirma que está atento à questão da escassez dos leitos em hospitais psiquiátricos e

por esse motivo passa a expandir os leitos qualificados em Hospitais Gerais, dentro de Unidades Psiquiátricas Especializadas. A Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que autorizou formalmente o retorno dos hospitais psiquiátricos em médio e longo prazo, também extingue a Redução de Danos como diretriz principal no tratamento aos usuários e retorna a lógica da abstinência na direção do tratamento. Ao mesmo tempo, a condução da política nacional de álcool e drogas foi transferida do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania, que tem se orientado pela lógica proibicionista e manicomial. Essas medidas são ainda acompanhadas pelo esvaziamento das instâncias de participação e controle social, a exemplo do Conad, que, por meio do Decreto n. 9.926/2019, teve a participação de representantes da sociedade civil extinta, sob a alegação de acabar com o “viés ideológico” existente no conselho (PEREIRA, 2020).

Em 11 de abril de 2019 o presidente da república assina o decreto 9.791/2019 sobre uma Nova Política Nacional sobre Drogas, revogando o decreto 4.345 de 2002, até então, Política Nacional Antidrogas. A partir desse momento, há uma mescla de serviços designados a realizar a atenção psicossocial, contendo mais ênfase e foco na abstinência do que na Redução de Danos, como já mencionado. Deste modo, a estratégia de tratamento passa a ter a abstinência do usuário como foco, como expõe o artigo 5.2.2, ao que diz “Nesse processo, será considerada a multifatorialidade das causas do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas e com vistas à promoção e à manutenção da abstinência (BRASIL, 2019).” Neste documento, também há o fortalecimento, através de maior incentivo social e financeiro do governo, das Comunidades Terapêuticas, o que pode explicar o aumento das comunidades terapêuticas no Brasil nos últimos anos.

O desmonte dos avanços construídos pela política de saúde mental, álcool e outras drogas na primeira década do século XXI é aprofundado no auge da pandemia por Covid-19 no país, com o reforço a ações repressivas no trato da questão e a condução de ações que legitimam a desresponsabilização do cuidado pelo Estado, reforçando o lugar da sociedade civil neste campo. Cabe atenção aqui à instituição, por meio da Portaria nº 437/2020 (BRASIL, 2020), dos Centros de Referência em Dependência Química (Ceredeq), apresentados como espaços da sociedade civil aptos a serem um braço das universidades para o trabalho junto a “dependentes químicos” na realização da **reinserção social**, oferta de cuidado e estudos/pesquisa no campo da droga. Nota-se aqui que a própria expressão “dependentes químicos” demarca retrocessos na concepção dos usuários de álcool e outras drogas como sujeitos de direitos, além de fortalecer as Comunidades Terapêuticas conferindo-lhes o estatuto de centros de referência a serem financiados com recursos públicos. Embora, após quatro anos de um governo federal com projeto político ultraconservador, estejamos atualmente em um governo popular

progressista, ainda verificamos com intensa clareza que o desmonte operado no Sistema Único de Saúde e outras políticas sociais ainda não foi interrompido. No cenário bolsonarista, houve um retorno ao cenário nacional de políticas centralizadas e impostas de cima para baixo, sem participação social ou construção coletiva, o que não foi rapidamente corrigido pelo novo governo.

2.4.1 A diretriz da reinserção social nos atos normativos das políticas de saúde mental e AD no SUS

Considerando as constantes alterações e revogações nas normativas, adotou-se como filtro a sistematização do Observatório Nacional sobre Drogas (OBID)¹². Pelo Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019, este torna-se responsável pela manutenção, integração, atualização e divulgação de informações sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas. O sistema do OBID relaciona as legislações vigentes da “Nova” Política Nacional de Saúde Mental e da Política Nacional de Drogas. Por isso, extraíram-se desta as normativas analisadas, tendo como objetivo verificar como a diretriz da **reinserção social** é descrita, definida ou conceituada, o que resulta no Quadro 1. As diretrizes que não apresentam o termo em seu conteúdo não foram incluídas. Considerando que a **reinserção social** é uma diretriz bastante anterior a 2019, conforme resgatado no tópico anterior, avaliou-se a pertinência de um segundo agrupamento, com as normativas anteriores mais relevantes (Quadro 2). Conforme citado anteriormente, com base nesse recorte, foi realizada a análise de oito atos normativos (decretos, leis, portarias e resoluções), sendo seis vinculados à Política Nacional de Drogas e dois atos no âmbito das normatizações em saúde mental. Obtivemos 36 (trinta e seis) menções ao termo “**reinserção**”.

Destaca-se que na plataforma há uma aba correspondente à “tratamento e **reinserção social**” e, dentro dela, novas três correspondências aparecem: Estratégia; Comunidades Terapêuticas; **Reinserção social** e Econômica. Nesta última, a referência se dá ao Plano Progredir, coordenado pelo Ministério da Cidadania, em que se propõe oferecer aos inscritos no Cadastro Único serviços voltados para qualificação profissional, apoio ao empreendedorismo e encaminhamento ao mercado de trabalho.

Quadro 1- Observatório Nacional sobre Drogas e as legislações correspondentes.

¹² Criado em 26 de agosto de 2002, através do decreto nº 4.345. Suas ações eram geridas pelo Ministério da Justiça, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Por meio do decreto nº 9.662 de 01 de janeiro de 2019, a incumbência sobre o OBID é transferida para a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), sendo esta pertencente à Secretaria Especial de Desenvolvimento Social do Ministério da Cidadania. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/obid/observatorio-brasileiro-de-informacoes-sobre-drogas>

Normativa	Temática abordada	Trechos das normativas em que consta o termo “reinserção social”
Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019	Aprova a Política Nacional sobre Drogas.	<p>Art. 2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção¹³ social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas se mantenham abstinentes em relação ao uso de drogas.</p> <p>2.18. Reconhecer que a assistência, a prevenção, o cuidado, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social e outros serviços e ações na área do uso, do uso indevido e da dependência de drogas lícitas e ilícitas precisam alcançar a população brasileira, especialmente sua parcela mais vulnerável.</p> <p>3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade.</p> <p>3.4. Buscar equilíbrio entre as diversas frentes que compõem de forma intersistêmica a Pnad, nas esferas da federação, classificadas, de forma não exaustiva, em políticas públicas de redução da demanda (prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, reinserção social) e redução de oferta (ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos, inclusive por meio da recuperação de ativos que financiem atividades do Poder Público nas frentes de redução de oferta e redução de demanda).</p> <p>5.1.1. O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade, incluídos os usuários, os dependentes, os familiares e as populações específicas, possa assumir com responsabilidade ética o tratamento, ao acolhimento, a recuperação, o apoio, a mútua ajuda e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente pelos órgãos da administração pública na abordagem do uso indevido e da dependência do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas</p>

¹³ Inserimos em negrito o conceito de **reinserção** para que seja mais fácil a localização no quadro.

		<p>5.2.4. Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social dos dependentes do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, inclusive seus familiares, às características específicas dos diferentes grupos, incluídos crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, homens, população LGBTI, gestantes, idosos, moradores de rua, pessoas em situação de risco social, portadores de comorbidades, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio de recursos técnicos e financeiros.</p> <p>5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada.</p> <p>5.2.7. Estimular o trabalho de instituições residenciais de apoio provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda.</p>
Portaria N° 564 de 19 de março de 2019	Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades terapêuticas	<p>Art. 4º A Certificação é voluntária e poderá ser requerida por instituições que apresentem os seguintes requisitos:</p> <p>i) formulação de estratégias de reinserção social.</p>
Lei n° 11343, de 23 de agosto de 2006 e alterada pela Lei n° 13840, de 05 junho de 2019.	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá	<p>Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.</p> <p>Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:</p> <p>I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;</p> <p>Art. 4º São princípios do Sisnad:</p> <p>VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;</p> <p>IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e</p>

	<p>outras providências.</p>	<p>dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;</p> <p>X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;</p> <p>Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos: III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;</p> <p>Art. 8º-A. Compete à União: XII - sistematizar e divulgar os dados estatísticos nacionais de prevenção, tratamento, acolhimento, reinserção social e econômica e repressão ao tráfico ilícito de drogas;</p> <p>Art. 8º-D. São objetivos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, dentre outros: I - promover a interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades e projetos dos órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer, visando à prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social dos usuários ou dependentes de drogas;</p> <p>Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.</p> <p>Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes: II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais; VIII - efetivação de políticas de reinserção social voltadas à educação continuada e ao trabalho;</p> <p>Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:</p>
--	-----------------------------	--

		<p>III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado;</p> <p>Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:</p> <p>II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;</p>
Resolução nº 1, de 9 de março de 2018	Não há definição de temática	<p>Art. 1. §2º - A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos para orientação das parcerias com a União.</p>
Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017	Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.	<p>Art. 77. Parágrafo Único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) moradias inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais crônicos com necessidade de cuidados de longa permanência, prioritariamente egressos de internações psiquiátricas e de hospitais de custódia, que não possuam suporte financeiro, social e/ou laços familiares que permitam outra forma de reinserção."</p> <p>Anexo: Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares.</p> <p>Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com internação de longa permanência que não possuem vínculos familiares e sociais. A lógica fundamental deste serviço é a criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social.</p>
Portaria Interministerial nº2 de 21 de dezembro de 2017.	Não há definição de temática	<p>Art. 2º O Comitê Gestor Interministerial tem como objetivos:</p> <p>I - implementar programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social no âmbito da política nacional sobre</p>

		<p>álcool e da política nacional sobre drogas, custeados com recursos oriundos dos orçamentos da União;</p> <p>II - fortalecer a capacidade institucional dos partícipes, visando à implementação, ao acompanhamento e à avaliação das ações de prevenção, formação, cuidado e reinserção social de acordo com a política nacional sobre álcool e com a política nacional sobre drogas; e</p> <p>III - promover melhorias nos processos de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, em regime residencial transitório, visando à reinserção social, mediante oferta de capacitação, formação e promoção da aprendizagem.</p> <p>Art. 5º Ao Comitê Gestor Interministerial caberá: I - desenvolver ações conjuntas de mútuo interesse, nas áreas social e da saúde, voltadas à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de acordo com a política nacional sobre álcool e política nacional sobre drogas;</p> <p>VII - fomentar a inserção ou reinserção de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa no mercado de trabalho, por meio de parcerias com entidades privadas;</p> <p>Art. 6º Sem prejuízo das ações voltadas à prevenção, formação e pesquisa no âmbito da política nacional sobre álcool e da política nacional sobre drogas, o Comitê priorizará as ações de cuidado e reinserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas.</p>
--	--	---

Fonte: A AUTORA, 2022.

O quadro 1 consiste em um recorte das legislações vigentes no que tange à Nova Política Nacional de Saúde Mental e Nova Política Nacional de Drogas, no entanto, considerando que o termo **reinserção social** aparece anterior a isso, conforme relacionamos anteriormente neste trabalho, cabe aqui a inserção do segundo quadro com as normativas centrais sobre o tema.

Quadro 2- Principais normativas vigentes no âmbito da saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica, em que constam o termo **reinserção** em seu conteúdo

Normativa	Temática abordada	Trechos da normativas em que consta o termo “reinserção social”
Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo	Art. 4. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

	assistencial em saúde mental.	§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial: IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços: § 3ºII - o Centro de Atenção Psicossocial, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como pela participação de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

Fonte: A AUTORA, 2023

Com esses dois quadros, algumas discussões despontam. Aos resgatarmos as normas que estruturam a Rede de Atenção Psicossocial, conforme Quadro 2, nota-se que as menções à **reinserção** aparecem atreladas ao conjunto de propostas de atenção às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Isso remete a um primeiro questionamento já introduzido sobre uma transposição “automática” que não se mostra integralmente apropriada, das propostas de **reinserção** do contexto de desmonte do aparato manicomial ao contexto do cuidado em AD, uma vez que a grande maioria das pessoas em uso abusivo de substâncias atualmente, não está vivendo tutelada nestas instituições.

Nas normativas vigentes, conforme o OBID, podemos identificar a descrição de conceito de **reinserção** remetendo a um conjunto de ações agrupadas como “redução de demanda¹⁴”, sendo elas: prevenção, promoção e manutenção da abstinência, promoção à saúde, cuidado, tratamento, acolhimento, apoio, mútua ajuda, suporte social e redução dos riscos e danos sociais e à saúde, **reinserção social**. A **reinserção** em todo conjunto de atos normativos é apontada como processo de buscar acesso ao trabalho, renda e moradia, ou como objetivo final das ações de tratamento dos pacientes em situação de consumo abusivo de álcool e drogas, sendo inclusive, citada como uma das garantias sob responsabilidade do Estado. E, no contexto

¹⁴ Não há explícita nas políticas e documentos oficiais a especificação do que seria a redução de demanda, no entanto, conforme a leitura e contextualização, entendemos que possa ser entendida possivelmente como a demanda social pelo uso da droga, por isso a correlação do termo sempre atrelado a ações de prevenção, cuidados e **reinserção social**.

de cooperação com este, a exemplo das Comunidades Terapêuticas, algumas instituições passam a assumir, contraditoriamente ao modelo que representam, a responsabilidade de “criar estratégias de **reinserção social**”, sendo apregoadas como locais para efetuarem uma etapa transitória da reabilitação, cuja etapa final seria a **reinserção** tanto social quanto econômica dos dependentes químicos. Entretanto, como designar às CT o papel de **reinserção** (vide artigo 26 da Lei nº 11.343/2019) quando a prática principal de “tratamento” é a própria internação na CTs? Internações que restringem ainda mais o convívio familiar e social dos usuários, enfraquecendo, os já fragilizados vínculos que reconstituídos, ou criados novos, poderiam ser promotores de saúde.

A Lei nº 11343, de 23 de agosto de 2006¹⁵ traz o que seria o mais próximo de uma definição sobre **reinserção**, ainda que deficitária, imprecisa e sem direcionamentos efetivos de implementação. Em seu art. 21 cita que “constituem atividades de **reinserção social** do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais”. Ademais, no art. 22 aborda a necessidade de considerar as peculiaridades socioculturais na adoção de estratégias e que estas devem ser efetivadas em políticas voltadas à educação continuada e trabalho.

Ao realizar um resgate histórico do termo **reinserção** aplicado mais particularmente à questão álcool e drogas, ele aparece no mesmo contexto em que o CAPS-AD é instituído pela Portaria nº 336/20002, como um dos serviços fundamentais no que tange o cuidado ao usuário de álcool e drogas. Este tem como finalidade o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, a partir da perspectiva da Redução de Danos - RD, com foco na prevenção, tratamento e **reinserção social**, com “atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2002). Posteriormente, novas políticas e portarias foram criadas para orientar o trabalho de profissionais da rede de atenção e nesses documentos mencionam-se ações como reabilitação psicossocial e **reinserção social** como estratégias direcionadas à retomada dos vínculos sociais na comunidade. Junto com essa dupla, agrega-se a expressão inclusão social, ora relacionada às atividades no território (BRASIL, 2015), ora relacionada com a atividade do trabalho (BRASIL, 2012).

Esses documentos trazem a reabilitação e **reinserção** como momentos diferentes e complementares, porém sem diferenciação no que tange às práticas. Mesmo com ênfase expressa nas ações de prevenção, tratamento e **reinserção social**, os atos normativos não apresentam claramente onde e como buscar as alternativas existentes para **reinserção social**, por parte dos profissionais, dos usuários ou da família, tais como programas ou políticas

¹⁵ Alterada pela Lei nº 13.840 de 05 junho de 2019

públicas específicas para tal, nos devidos setores além da saúde pública, numa real e efetiva intersectorialidade. O termo inclusão aparece, por exemplo, no Guia Estratégico para Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Uso de Álcool e Outras Drogas (Guia AD) (Brasil, 2015), indicando que esta prática visa a promoção da autonomia e o exercício da cidadania. A utilização de vários termos para se referir uma meta, objetivo, geral, no trabalho com pessoas usuárias de álcool e outras drogas, revelam a imprecisão conceitual, e prática. Essa ausência de unidade interna para explicar um fenômeno se constitui como uma fragmentação teórica, mas, para além disso, uma fragilização no entendimento da realidade.

O Guia AD visa orientar os profissionais dos serviços da RAPS de modo a potencializar as práticas e intervenções com usuários de drogas, reafirmando que as estratégias de RD devem ter como foco a **reinserção social** dos usuários de drogas, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, buscando um equilíbrio entre as diversas esferas de sua vida e visando à coesão social. A inserção é relacionada ao mercado de trabalho e aos espaços de convivência na comunidade, e a inclusão social aparece no Guia AD enquanto atividade no território. Tendo em vista a extinção da RD e descrição alguma, na Nova Política Nacional de Drogas, de práticas e diretrizes direcionadas ao objetivo da **reinserção**, há um grande risco de que essa imprecisão conceitual não seja somente no âmbito teórico, mas que também englobe o desenvolvimento de estratégias descontextualizadas e ineficientes junto aos usuários desses serviços. Embora não inseridos nos quadros acima, cabe ressaltar que nas mais variadas normativas aparecem termos correlatos à **reinserção social**, ou até mesmo utilizados como sinônimos deste, tais como reabilitação social, inclusão social e inserção social. A utilização de vários termos sem o devido critério demonstra a imprecisão conceitual e prática já citada. A ausência de menções sobre as causas da suposta exclusão das pessoas com problemas decorrentes do abuso de AD, para então propor ações de **reinserção**, constitui uma fragilidade teórico-metodológica. Mas, para além disso, revela um viés simplista e a falta de materialidade, como se óbvios e disponíveis fossem os “postos” para reinserir pessoas em tratamento, bastando que estejam aptas a procurá-los e façam jus a ocupá-los.

Cabe aqui um adendo importante que se refere ao que foi citado anteriormente, que é a existência, na plataforma OBID, de um destaque referente às CT, ao passo que, ao clicarmos na aba referente a elas somos redirecionados ao site da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) que possui em seu destaque o posicionamento frente ao referente ao Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas feito pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Este manifesto cita que:

Fica também evidenciado no relatório de inspeção, a interpretação e a teorização da política de saúde mental, em cima de falas isoladas, manifestações das pessoas acolhidas, que em função da fase que as mesmas

estão no acolhimento, e a partir do direcionamento das perguntas, também há uma generalização negativa quanto às atividades terapêuticas desenvolvidas pelas entidades. É notório no transcorrer do Relatório e também nas manifestações da militância contra as entidades, a grande negação da modalidade de CTs, focando em ações de desconstrução. Estas interpretações, focadas em questões ideológicas, se fragilizam ao máximo, visto que não são frutos de uma pesquisa por amostra de cunho científico do segmento. Destaca-se, visto que o CFP lidera o movimento ideológico contra as comunidades terapêuticas, não considera os profissionais da psicologia que atuam nas entidades, não dando voz a estes, que nas conferências, seminários e fóruns, compartilham que não se sentem representados pelo conselho federal e pelos conselhos estaduais (regionais) (CONFENACT, 2018, p. 3).

Notamos que há um posicionamento de autodefesa por parte das CTs e um ataque ao movimento de luta antimanicomial que, ao utilizar métodos de inspeção para demonstrar a violação de direitos humanos, condições insalubres de vida, cerceamento de liberdade e exploração de mão-de-obra sem o propósito específico de criação de autonomia e renda, é taxado como um movimento ideológico, que nega a existência dessas instituições e visa a destruição delas. Neste mesmo manifesto há uma referência ao conceito de **reinserção**, afirmando que:

A inserção na família, no trabalho e na comunidade é justamente uma das principais e a primeira característica das CTs, conforme preveem os incisos I e II do art.2º da Resolução 01/2015, do CONAD, a saber: I adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a **reinserção** sócio-familiar e econômica do acolhido; II ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos (CONFENACT, 2018, p. 4).

Desta maneira, ao incluir em uma plataforma de governo o acesso direto a uma organização estruturada com a finalidade de defesa às CT, há um posicionamento estatal de concordância com as mesmas. Claramente, as CT possuem conotação manicomial e carregam em si um pensamento ideológico, muito atrelado ao movimento conservador de direita, por vincular questões sociais à tratamentos espiritualizados. Então, a discussão sobre **reinserção social** fica ainda mais latente, considerando que o movimento visto na política vigente é de um processo de (re)manicomialização, sendo contraditória ao próprio âmago da diretriz de **reinserção**. Como designar às CT o papel de **reinserção**, vide artigo 26 da Lei nº 11.343/2019, quando a prática principal de “tratamento” é a internação, retirando o usuário do convívio familiar, social e enfraquecendo os vínculos que poderiam ser protetores à sua saúde?

Identificou-se que certa definição de **reinserção social** direcionada aos usuários de álcool e drogas – um processo de reconstrução de perdas e capacitação para o exercício da cidadania – constava no OBID antes de sua atualização, ocorrida após o lançamento da “Nova” Políticas Nacional de Drogas. A **reinserção social** era descrita remetendo-se à noção de exclusão social – um processo imposto ao indivíduo, de não acesso aos sistemas sociais básicos,

como moradia, trabalho, saúde e família. Assim, o tratamento seria proposto com foco nas ações de estabelecimento ou resgate da rede de relações tanto no âmbito familiar como profissional, social, educacional, dentre outros. Considera-se por meio dessa definição, que o processo da **reinserção** abarca todo o tratamento, iniciando-se no acolhimento do sujeito por meio do reconhecimento de suas redes sociais significativas comprometidas pelo uso ou abuso de substâncias.

No primeiro ano do desenvolvimento desta dissertação, o sistema do OBID permaneceu fora de serviço e quando retornou, toda página havia sido atualizada. A conceituação antes citada não consta mais e nem há uma nova que a substitua, deixando uma lacuna ainda maior a respeito da diretriz objeto do presente estudo.

A etimologia do termo **reinserção**, conforme o Dicionário Priberam, significa “o ato ou efeito de **reinsere**”, “inserir de novo”, e inserir, por sua vez, significa “penetrar, implantar, introduzir, incluir em um grupo, integrar, intercalar, estar colocado ou implantado, ser parte de (um contexto)”. Essa noção dá a ideia de alguém que, devido a um isolamento institucional, foi privado de estar no lugar social de onde veio e agora necessita retornar fisicamente e concretamente a esse lugar. Frazatto e Sawaia (2016) criticam o entendimento da **reinserção social** enquanto cuidado “fora” de instituições asilares, como aquele que acontece na vida comunitária, considerando-o contraditório. A primeira contradição é que, se a proposta se refere ao cuidado sem isolamento, quando os pacientes não deixam suas casas e comunidades, logo, eles não estariam “excluídos” de espaço algum, não havendo necessidade de serem reinseridos. O tratamento preconizado nos documentos normativos e realizado no âmbito dos CAPS-ad teria como foco as ações junto da família e redes sociais e, dessa forma, não haveria necessidade de visar a **reinserção** como finalidade pois ela está intrínseca às diversas ações do serviço. A imprecisão do termo se origina desde sua base, pois ao se supor que há uma desvinculação social da pessoa em função de seu uso de drogas, supõe-se que excluídos são os adictos e alcoolistas e que as pessoas “normais”, não padecentes de tal patologia, estariam todas “bem incluídas”. Não é preciso muito esforço para identificar essa ideia como uma distorção da realidade. Problematizar em que condições de vida e trabalho a grande maioria da população está submetida nas formações sociais capitalistas periféricas se faz necessário, na medida em que o consumo de substâncias desponta como uma conduta social correspondente a um mecanismo de adaptação¹⁶ dos/as trabalhadores/as ao vivenciarem intensos desgastes, pressões e estresses, sejam estes quando estão nas relações de assalariamento ou quando impossibilitados

¹⁶ Alguns autores conceituam a adaptação como a capacidade de o corpo responder com plasticidade diante de suas condições específicas de desenvolvimento. Contrariamente à concepção fisiológica de normalização, neste contexto a adaptação aparece não apenas como a sobrevivência em condições corporais precárias, mas também como seu contrário, em destruidora da integridade corporal (LAURELL, 1989).

de participarem destas (emprego-desemprego). Sena et al. (2017) afirmam que, apesar de parecer que a política de saúde mental estimula a criação de vínculos e a inclusão social, percebemos que ela reforça, na verdade, a exclusão social, pois opera segundo a lógica de que os consumidores de drogas precisam estar aptos para depois serem reinseridos, podendo entender assim, que uma pessoa na condição de consumidor habitual de drogas não pode fazer parte do corpo social (SENA, et al., 2017).

A outra contradição se encontra no prefixo “re” que faz supor que houve uma inserção precedente perdida pelo isolamento (Frazatto & Sawaia, 2016). A **reinserção**, sob essa ótica, pode preconizar o retorno a uma situação de vulnerabilidade sem problematização de como esses modos de produção e reprodução da vida podem ser determinantes sociais do consumo abusivo, individualizando e buscando a adaptação do indivíduo para o retorno à comunidade. Com efeito, a **reinserção social** pode ser entendida então não como um direito do indivíduo, mas como uma forma de manter a ordem social. Uma das reflexões que esse trabalho propõe é justamente na direção de reconhecer que se o usuário de substâncias nunca esteve ausente da estrutura social e política, então, é preciso indagar que relações sociais ele estabelece. E desvelar como tais relações sociais implicam modos de andar a vida em que o consumo abusivo de substâncias, lícitas ou ilícitas, se apresenta como atenuador do sofrimento e expressão subjetiva das contradições da realidade social em que ele se insere segundo estas determinantes relações.

A exclusão pensada como interdição do acesso, e usufruto, a determinados bens e relações que atendem necessidades humanas complexas, se trata de um processo histórico, complexo e multifacetado, que existe como parte constitutiva da inclusão e só existe em sua relação dialética com ela. Nesse sentido, Sawaia (2014a, p. 8) afirma que “a sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas”. Pensar na relação sujeito-sociedade e nos processos de manutenção da ordem social contribui para quebrar a conexão entre adaptação e culpabilização individual na relação com inclusão social. Retomando o conceito de **reinserção**, não se deve desatrelá-lo dos processos de exclusão/inclusão intrínsecos ao modo de produção em que nossa sociedade está organizada, o capitalismo. Ora, essa “**reinserção social**” ou esta perspectiva de “**reinserção social**” lida na Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, mostrava-se como uma espécie de Olimpo: o sujeito alcançou sua “alforria” no tratamento, “libertou-se das drogas”, “curou sua dependência química” e, portanto, estaria apto, merecedor, a retornar ao mercado de trabalho, ou à vida familiar e cívica de uma forma geral.

O acesso a trabalho e renda, citado nas normativas como uma das estratégias de **reinserção**, é onde essencialmente a luta de classe se processa. Os indivíduos são balizados enquanto colaboradores, constituintes da sociedade, incluídos socialmente, desde que inseridos no mundo do trabalho. Tendo em vista que na sociedade capitalista há um conjunto de trabalhadores em algum grau impossibilitados do acesso a um conjunto de bens e experiências que a humanidade produz, neste sentido, tal formação social “o exclui”. Dando prosseguimento a esse trabalho, aprofunda-se as análises sobre como se estrutura este modo de produção e suas formas de acesso/não acesso a condições básicas de vida e direitos, não perdendo de vista uma questão importante que é a dialética inclusão/exclusão. O abuso de substâncias gera a “exclusão” dos que o praticam ou é a exclusão que fomenta o abuso? Nesse contexto, podemos delimitar o questionamento relativo ao gerador dessa dita exclusão, na hipótese de realmente a mesma se estabelecer como tal. As normativas no âmbito da rede de atenção psicossocial trazidas até esse momento, fazem uma delimitação muito clara de que as políticas públicas de inclusão são pautadas em uma ótica individualizada de tratamento, prevenção e **reinserção**. Tem-se a ideia de que a exclusão decorre dos problemas ligados às drogas e ao álcool, o que não podemos desconsiderar, mas também não podemos cometer o equívoco de reduzi-la somente a isso, ou principalmente a isso, quando o consumo é somente um de seus aspectos intensificadores.

As normativas parecem focar em uma política higienista para uma classe social pobre que ao estarem em condições de abuso de álcool e drogas acentuam problemas sociais que exigem respostas do Estado, como aumento da população de rua, tráfico de drogas, diminuição de contingente produtivo, inchaço no sistema prisional, violência, dentre outros “efeitos colaterais”. Tendo em vista essa questão, indaga-se em que medida a política de saúde AD seria então, essencialmente orientada para conter esses problemas no plano individual, ficando obscurecida a realidade mais problemática da própria estrutura social em que essas diretrizes são criadas ou, dentro de suas possibilidades, oferece algum tipo de intervenção que permite algum grau de proteção social desses sujeitos.

Acreditamos que é limitada a luta pela reforma psiquiátrica calcada na perspectiva da **reinserção social**, busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana. Notamos, pois, que a perspectiva de reforma psiquiátrica ancorada no paradigma da reabilitação psicossocial permanece refém do exercício de uma consciência cidadã, perspectiva limitante do que vem a ser a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros (DIMENSTEIN, 2006, p. 302).

Embora a autora acima aponte os limites da reforma psiquiátrica, se bem entendido, calcada nos ideais da sociedade burguesa, ela não deixa claro com o que se deveria romper, ou sugere que seriam aspectos do plano simbólico relacionado a uma consciência cidadã. Nesta ótica, sugere que nos marcos culturais da sociedade burguesa, o isolamento guarda relação com a culpabilização do indivíduo, que é colocado à margem pela sua inadequação social, sendo necessário um tratamento que vise adaptá-lo às condições sociais, incluindo, inclusive, a condição que o marginalizou. Entende-se ser impossível pensar uma política que busque a emancipação, mas que desconsidere o âmago dos processos de exclusão que são as relações de produção marcadas pelo conflito entre capital e trabalho, capital e bem-estar dos trabalhadores.

As condições inerentes de alienação, exploração, dão base à exclusão, expressas nas condições deteriorantes em que se dá a produção/reprodução da vida. A alienação dificulta inclusive o reconhecimento de si como sujeito de direitos, mesmo que nos limites da cidadania burguesa.

Os modelos de atenção em saúde, como elementos das políticas sociais do Estado burguês, são expressões particulares da disputa de interesses, no centro da qual se atualizam as disputas por projetos políticos e terapêuticos. As diretrizes e os conceitos que lhes dão base precisam vir atrelados a dimensões mais estruturantes do processo de trabalho, que expressam as disputas inerentes ao próprio sistema capitalista, que ao reforçar a medicalização e a mercantilização dos serviços, impõe um novo movimento de sobreposição do capital ao indivíduo, reduzindo-o a uma força de trabalho a ser restabelecida e de objeto-alvo de serviços de “tratamento” que atuam, por vezes, como cortina de fumaça, ao individualizar um problema que possui origem social. A pessoa adocece ao sentir sobre si o mal-estar de estar em uma sociedade que empobrece suas condições de humanização, vivenciando processos de obstrução da vida. Dessa forma, faz-se necessário para avançarmos nesse trabalho, o entendimento do adoecimento por meio da determinação social do processo saúde-doença, que ajudará a localizar os processos críticos que atuam na produção do sofrimento mental, mais precisamente, relacionado ao abuso de AD, que em geral não são processos levados em consideração nas (im)possibilidades da **reinserção social** vivenciadas pelos usuários e trabalhadores do SUS no dia-a-dia do trabalho na RAPS.

3. REFLETINDO SOBRE O ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PELO PRISMA DE SUA DETERMINAÇÃO SOCIAL E AS LIMITAÇÕES DA UNICAUSALIDADE E MULTICAUSALIDADE

Há doenças piores que as doenças. Há dores que não doem, nem na alma, mas que são dolorosas mais que as outras. Há angústias sonhadas mais reais. Que as que a vida nos traz, há sensações sentidas só com imaginá-las, que são mais nossas do que a própria vida. Há tanta coisa que, sem existir. Existe, existe demoradamente, e demoradamente é nossa e nós, por sobre o verde turvo do amplo rio, os circunflexos brancos das gaivotas.... Por sobre a alma o adejar inútil do que não foi, nem pôde ser, e é tudo. Dá-me mais vinho, porque a vida é nada.

Fernando Pessoa (Cancioneiro)

Como em um movimento dialético, faz-se um retorno aos capítulos trabalhados anteriormente, visando a proposição de uma nova análise sobre o adoecimento, mais precisamente representado na dependência química de álcool e outras drogas.

O capítulo 1 assentou-se socialmente na discussão sobre a sociedade capitalista, fato este que redireciona o olhar a um entendimento sobre a produção e reprodução da vida sob esse molde, em que se insere a dialética inclusão-exclusão, importante para a nossa análise sobre o conceito de **reinserção**. Ademais, o entendimento sobre como o capitalismo se estrutura e o impacto disso nas relações sociais e na construção do campo do saber, incluído o saber médico, permite questionar as próprias políticas públicas enquanto práticas e normativas. Estas, embora sejam construídas e conquistadas em lutas sociais que pressionam o Estado para um olhar sobre as questões sociais, apresentam em si marcas da lógica hegemônica e contradições do processo histórico em que são propostas e do modo de produção capitalista, em que participam de sua reprodução histórica. Assim como afirma Moraes (2018), o consumo de álcool e drogas, o adoecimento e morte dos trabalhadores torna-se uma questão a ser resolvida pelo capital e seu Estado, como resposta ofensiva dos trabalhadores e com vistas a garantir o projeto burguês de sociedade, que utiliza como aliado conhecimentos e práticas médico-sanitárias.

Reforçando essa ideia, no segundo capítulo o recorte feito no âmbito médico-psiquiátrico sobre o consumo de drogas e, também, as ações de “enfrentamento” na tríade (prevenção-tratamento-**reinserção**) presente nas políticas de atenção à saúde de pessoas em uso abusivo de álcool e drogas. Esse modo de se pensar, está atrelado ao que trataremos neste capítulo que é a proposição oficial de governos de agências como a OMS, do modelo explicativo multicausal (biopsicossocial) na abordagem do consumo de drogas. Através da proposição da histórica natural da dependência, onde as causas biológicas (interação do corpo com a droga) são consideradas como ponto de partida para conhecer essa ‘patologia’, as explicações passam por análise de predisposição genética e neurobiológicas, padrões de uso,

sintomatologia e probabilidade. Embora essas proposições, em certa medida, tentam retomar o social como “fator” capaz de “desequilibrar” a tríade (pessoa, ambiente, agentes patológicos) da processo saúde-doença (biopsicossocial), este se encontra subjugado a um segundo plano, quando comparado à concepção biológica e natural, destituído de seu caráter histórico e das contradições dos processos sociais. O social é mais tomado como conjunto de fatores sociais do que em sua historicidade.

Em função do conceito de **reinserção**, este capítulo pretende discorrer sobre as explicações em disputa sobre a gênese, etiologia do adoecimento, tendo em vista que às formas pelas quais os sofrimentos e adoecimentos são entendidos, correspondem certas formas de tratamento, prevenção, controle e normatização dos mesmos. Há uma correlação intrínseca entre o modelo de Estado, as Políticas Públicas e a formação social do capitalismo e suas propostas políticas. Apesar de o capítulo anterior ter descrito alguns dos avanços que a Reforma Psiquiátrica permitiu no campo da saúde mental, sobretudo, na questão álcool e drogas, com a proposição de um modelo de atenção psicossocial que estivesse alinhado com a desinstitucionalização, não institucionalização, e cuidado baseado nos direitos humanos, há algumas contradições que necessitam serem visualizadas. Ainda que a Política de Drogas tenha adotado um viés menos punitivista, expandindo o tratamento da questão do contexto moral e jurídico, incluindo-a, também, no campo da saúde pública, se intensifica na atualidade a medicalização do problema do consumo abusivo de substâncias, a individualização das explicações causais e das propostas de cuidado ao sofrimento, dificultando a visibilidade dos processos de determinação histórico-coletivos.

Cada trabalhador expressa as contradições do processo histórico, entre outras formas, nos modos pelos quais os sofrimentos se revelam. Tais contradições se revelam também nas políticas ditas de enfrentamento dos problemas. Dessa forma, olha-se para essa historicidade a fim de compreender como a sociedade respondia e compreendia o adoecimento, retomando as noções uni e multicausais e a proposição de uma nova possibilidade que articula o adoecimento enquanto determinado pelas condições sociais, intrínsecas ao capitalismo, por meio da determinação social do processo saúde-doença. Com base no entendimento do sofrimento psíquico como uma especificidade do processo saúde-doença em geral, este capítulo propõe-se a discutir as principais concepções a respeito da saúde-doença e apresentar a teoria na qual nos amparamos – a da determinação social do processo saúde-doença.

3.1 Explicações da saúde-doença: Unicausalidade e Multicausalidade

Ao final do século XVIII e início do século XIX, houveram mudanças significativas na organização da sociedade devido à consolidação do modo de produção capitalista, ao passo que,

essas mudanças deram forma aos primeiros contornos da medicina moderna. Nesse formato, o contexto social ocupava lugar de predominância, pois as bases morfológicas e fisiológicas do modelo biomédico ainda não estavam estabelecidas e eram necessárias políticas que garantissem a higienização das cidades, restabelecimento dos trabalhadores como força de trabalho, normatização e disciplina dos corpos.

A modernidade, conforme uma análise marxista, aparece como resultado de amplas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais impulsionadas pela burguesia em sua tentativa de se consolidar enquanto classe. A indústria, o mercado e a generalização da riqueza sob a forma de capital e mercadoria, marcam a modernidade e, sob o ponto de vista de classe, o desenvolvimento do capitalismo resultou em uma concentração dos meios de produção nas mãos de uma classe proprietária e, em outro pólo, uma classe que é proprietária de um bem único, sua força de trabalho. Dessa forma, a modernidade implica a construção de novas formas de pensamento em relação a dominação de classe, gerando transformações no plano da cultura, do pensamento, dos valores que têm suas raízes no desenvolvimento das forças produtivas dirigidas pela burguesia. (CARVALHO; PIZA, 2016)

Com a dissolução do feudalismo e emergência do capitalismo, a medicina tem seu papel social alterado, conforme explicita Donnangelo (1979):

A redefinição da medicina como prática social aparece já marcadamente no século XVIII, através de sua extensão institucionalizada para o âmbito de toda a sociedade, permeando o processo político e econômico de forma peculiar. Não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização da população e de suas condições gerais de vida. (DONNANGELO, 1979, p. 47)

A medicina aparece vinculada às exigências da acumulação de capital e da centralização de poder, respondendo às necessidades de enquadramento da população ao modo produtivo, assim, doenças ou a mortalidade passam a ser um problema diretamente relacionado ao processo econômico. A transição do modo produtivo exigia um reordenamento do trabalho e dos modos de vida da população, de modo que para controlar as doenças transmissíveis, diminuir a mortalidade infantil e aumentar a população, para fornecer força de trabalho suficiente para o crescimento econômico, foram adotadas medidas sanitárias e de ação médica centradas no controle do nível de saúde da população. Com o avanço da revolução industrial, surge um acelerado e grande contingente populacional nas áreas urbanas, aumentando também, as doenças e mortalidade relacionadas aos modos de vida em condições insalubres, miseráveis. Neste contexto, por onerar as forças produtivas, o consumo de drogas também se tornou uma preocupação do Estado que, como poder centralizado da burguesia, incidiu nas demandas do

processo de produção capitalista, pelo uso de legislações e políticas estatais em diversas áreas (MORAES, 2018). A questão das drogas era considerada como “problema social” e, para tanto, eram necessárias políticas que fizessem a interface entre saúde e ações jurídico-morais, o que notamos que ainda ocorre hoje no Brasil, por exemplo, com a Nova Política de Drogas, ao instituir a “integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e **reinserção social** de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito” (Lei nº 11.343/2006).

O estado capitalista passa a ter a tarefa prioritária da reprodução da força de trabalho, tanto em relação à capital humano como aspecto físico, quanto em seu aspecto ideológico e disciplinador, lidar com a interface entre condições sociais e problemas de saúde, processo em geral denominada *medicalização social*. A medicalização social seria a interferência médica estatal na dinâmica de sociedade, sua organização e condições de vida, e na definição de saúde, conjugando, de forma geral, problemas sociais em biológicos e normatizando a vida dentro de limites de padrão de normalidade de comportamento e corpo (GOMES, 2010; MORAES, 2018).

Uma das expressões da medicalização social é a intensidade com que o modelo biomédico tem se tornado imperante no debate em saúde mental, quando se tende a enquadrar várias experiências/manifestações psicológicas/comportamentais, conforme os requisitos do DSM, em alguma categoria nosográfica patológica. Em sua maioria, é elencado algum aspecto anátomo-fisiológico como principal causa dessa experiência/ manifestação, de forma que a explicação acaba restrita ao nível orgânico. E, se a causa é orgânica, o meio social nem é considerado (BELLENZANI, SOUZA, 2021 p. 259).

Gomes (2010), aponta que para lidar com o processo de reprodução da força de trabalho, houve a exigência de duas abordagens diferentes, “uma mais voltada à manutenção e outra mais voltada à restauração/reparação da força de trabalho, sendo que essas duas exigirão políticas e processos de trabalho também diversos” (p.167). As ações de estado priorizaram atender a necessidade de manutenção da força de trabalho, tendo as ações sanitárias no âmbito coletivo como sua maior frente de atuação, como foi o caso da chamada Polícia Médica. Considerando a necessidade de que a população advinda do campo, expropriada dos meios de produção, se submetesse ao trabalho assalariado, iniciou-se, no ocidente, uma sistematização de saber normativo que orientava as ações do Estado sobre a população, com um enfoque coletivo ou de dimensão social e aplicada com um sentido normatizador (BREILH, 1991). De acordo com Donnangelo (1979), a Polícia Médica era regida pelo princípio de que “o Estado deve zelar pela saúde da população; os médicos são responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas pelo controle e manutenção da saúde da população; esse controle deve atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos” (DONNANGELO, 1979, p.50). Em relação à necessidade de

reparação/restauração da capacidade de trabalho dos corpos, a medicina de assistência individual teve sua prevalência (GOMES, 2010).

Vertentes submetidas à mesma lógica de intervenção do Estado nas condições de vida e saúde, no ordenamento do espaço urbano e controle de epidemias, surgem em meados do século XIX, como é o exemplo da vertente alemã, representada pelas proposições de Rudolf Virchow e Salomon Neumann. Estas consideravam a ciência médica como essencialmente social. Esse movimento será nomeado como “medicina social” e trará as marcas das contradições sociais e maior envolvimento com o nascente movimento operário. Esses representantes citados, “encabeçaram um movimento fundamentado em dois princípios: a) que a saúde do povo é um assunto que concerna à sociedade como um todo; b) que as condições econômicas e sociais têm um importante efeito sobre a saúde e a doença, sustentando que essas relações devem submeter-se à investigação científica” (BREILH, 1991, p. 89). A Medicina Social expressará não mais uma subordinação ao Estado com a função de promover a acumulação de riqueza, mas uma tentativa, com Virchow, de subordinar o Estado ao projeto médico de reorganização geral da sociedade. Nesse movimento, há um engajamento da medicina na tarefa política de “correção dos males sociais” (DONNANGELO, 1979).

Ainda que muito pontualmente, o objeto da medicina ganhava um prisma social e dicotomizado do saber que se desenvolvia somente no âmbito individual. Com a derrota do movimento de 1848¹⁷, a burguesia se hegemoniza e as proposições da Medicina Social se enfraquecem. A prática hegemônica da epidemiologia passa a integrar o movimento de reprodução social e a amplitude de normatização do social exercido pela medicina. A coletividade vai sendo codificada por um método positivista que toma o corpo como objeto anatomofisiológico em sua relação com o social, focando nas dimensões biológicas e negando dimensões mais gerais e particulares do adoecimento. No plano concreto, portanto, “o coletivo (social ou não) se verá fragmentado e dessubstancializado” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 79). O social, visto como influência sobre a biologia humana, indicaria, naquele contexto, um caminho na clínica e na epidemiologia que aponta para modificações não no âmbito social, mas em seus efeitos sobre os indivíduos, diferindo da Medicina Social que o entendia enquanto política.

Breilh (1991) aponta que no final do século XIX, início do capitalismo monopolista, o modelo científico-hospitalar se consolidou, sendo um instrumento de conciliação entre o modo

¹⁷ O ano de 1848 marcou o continente europeu com movimentos revolucionários que, a partir de Paris, tiveram rápida propagação nos grandes centros urbanos. A consolidação do poder político da burguesia e o surgimento do proletariado industrial enquanto força política foram os reflexos mais importantes daquele ano, que também foi marcado pela publicação do “Manifesto Comunista” de Marx e Engels.

de produção capitalista (extração da mais-valia) e as demandas dos operários que clamavam por melhores condições de saúde.

A imposição de formas deteriorantes de trabalho e condições gerais de reprodução social desumanas converteu a força de trabalho em alvo fácil dos processos destrutivos que também surgiram no mundo natural como consequência da exploração irracional da natureza e a deterioração do espaço de consumo de vastos setores populacionais. As severas limitações que de modo sistemático se antepuseram ao exercício pleno da ânsia imperialista assinalaram a investigação das chamadas entidades infecciosas tropicais como uma das soluções mais baratas e adequadas ao interesse capitalista. E assim decidiu formar, com respaldo técnico e financeiro dos grandes monopólios, as escolas e institutos de investigações microbacteriológicas. (BREILH, 1991, p. 81)

As concepções normatizadoras da polícia médica não se apresentavam mais como necessárias às demandas do capital, bem como, não era pertinente uma tese social sobre a origem das doenças, como a de Virchow, que pudesse desvelar problemas intrínsecos ao modo de produção vigente. Ao considerar a doença como natural, desvincula-se a responsabilidade e implicação do social em sua relação direta com ela (BREILH, 1991). O modelo unicausal, dessa forma, surge como uma resposta explicativa hegemônica do processo saúde-doença, ao propor o combate do agente etiológico (biológico, físico ou químico), conforme sintetiza Breilh (1991),

A conformação da teoria microbiana constitui a chave mestra da redução total do marco de conhecimento epidemiológico às causas unilaterais. A bactéria, o parasita e, mais tarde, o vírus tomaram o lugar, de acordo com a nova concepção hegemônica, do complexo de condições sociais como objeto das investigações (BREILH, 1991, p. 96).

Consonante a isso, Almeida (2018) acrescenta que,

Ainda que tenha representado avanços importantes no conhecimento científico, pela descoberta dos micro-organismos e sua ação sobre o corpo humano, essa concepção acabou cumprindo uma função ideológica, posto que naturalizava as condições sociais de adoecimento e as reduzia a aspectos biológicos [...]. (ALMEIDA, 2018, p. 71)

Uma vez que as explicações biologicistas atendem ao projeto de desenvolvimento econômico burguês,

O capitalismo logrou assim mistificar a saúde-doença, escondeu debaixo do tapete da unicausalidade a mais ampla epidemiologia virchowiana, deu maior impulso e elevou ao primeiro plano a oferta de serviços clínicos como dócil mercadoria de fácil e eficiente circulação e reduziu a epidemiologia ao papel secundário de recopiladora de estatísticas coletivas, sob o enfoque naturalista [...]. (BREILH, 1991, p. 94)

Os profissionais de saúde passaram a ocupar o lugar de normatizadores, objetivando em suas práticas a transformação dos desviantes em sujeitos normalizados para alcançar uma sociedade “sadia”, localizando nos corpos individuais a sede das doenças e das intervenções (individuais e coletivas). Ao individualizar o normal e o patológico e reduzi-los ao âmbito biológico, físico e químico do corpo, as práticas de saúde se transformaram em práticas quase exclusivamente sobre a doença, excluindo outras práticas que poderiam ter efeitos mais diretos e imediatos sobre as condições de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Calcadas nos pressupostos de naturalização das relações humanas e dando cabo à sua visão sobre a causalidade das doenças, o Estado implementou políticas de controle sanitário visando a higienização e auxiliando a classe dominante a manter seu poder, ao passo que justificava as mazelas sociais vividas pela população trabalhadora como infortúnios orgânicos e de ordem moral. A noção de higiene pública condicionou a higiene também aos corpos dos trabalhadores, cujo objetivo era disciplinar o trabalhador, pois a burguesia visava o controle sobre força de trabalho, disciplinando-o para melhor se adaptar ao sistema produtivo (FOUCAULT, 2013). Nesse sentido, a sociedade capitalista lançou mão de artifícios ideológicos para condenar práticas que destoavam e atrapalhavam o trabalho, dentre elas, o consumo de drogas, tratado como danoso e alvo de controle e repressão do Estado. Tal desordem não era considerada como advinda do processo de industrialização, mas como consequência de uma suposta índole desordeira primitiva e incivilizada dos trabalhadores, que deveria ser combatida e reprimida para que a sociedade pudesse se desenvolver (MORAES, 2018).

Com base nessa norma social, o abuso de drogas foi considerado como desvio moral e mental, denotando um desvio de caráter, objeto da medicalização social. A medicalização do consumo, se expressa inicialmente na criação e popularização da noção de vício como falta de controle e compulsão, pincelada com tons da visão jurídico-moral. O entrelaçamento da visão médica e jurídica-moral, refletiu diretamente nas políticas de Estado, conjugando as ações de saúde e de segurança pública a práticas proibicionistas, de controle sobre a comercialização e consumo, que guardam muitas semelhanças com o que vimos atualmente nas políticas na área de drogas.

As formulações acerca do consumo de drogas, entre o vício e a doença, sob fundamentação médico-científica, podem ser consideradas ideológicas na medida em que contribuíram para a focalização dos problemas advindos do consumo de drogas no sujeito, desconsiderando o contexto do uso, as condições de vida e trabalho. A adoção da tese de causas biológicas, hereditárias, mesmo com uma transição conceitual, com certa evolução da apropriação do conhecimento médico sobre o fenômeno, não realizou uma ruptura na compreensão hegemônica; o doente, assim como o desviante, foi o

foco da intervenção das práticas medicalizantes nas intervenções estatais em saúde (MORAES, 2018, p. 72)

A moralização do consumo de drogas pode ser vista na própria concepção das políticas, tendo em vista que em vários momentos em que se elencam práticas de intervenção (redução de demanda) há uma interligação com as práticas com enfoque na droga e sua criminalização, como “ações de segurança pública, de defesa, de inteligência, de regulação de substâncias precursoras, de substâncias controladas e de drogas lícitas, além de repressão da produção não autorizada, de combate ao tráfico de drogas, à lavagem de dinheiro e crimes conexos” (Decreto 9761/2019; Lei 11343/2006). O foco no produto pode ser relacionado à um enfoque unicausal, até se considerarmos que, ao ter como diretriz de tratamento a abstinência, tem-se o sujeito nesse circuito, o foco continua sendo a presença ou não da droga e na focalização dos problemas advindos do consumo, endossando novamente a nossa afirmação de que as políticas de saúde, de um modo geral, possuem em sua estrutura conceitos e procedimentos que remetem a uma abordagem uni e/ou multicausal e respondem a uma ordem ideológica que, assim como afirma Moraes (2018), naturaliza as relações de dominação.

A ideia de uma predisposição de causas biológicas e hereditárias contribuiu no início do século XX para a observação de famílias e grupos populacionais que foram considerados com tendência ao vício: os trabalhadores e demais populações marginalizadas pelo racismo, como negros e latinos. Direcionou-se assim, ações do Estado para “evitar” o contato das populações consideradas mais “predispostas”; foi intensificada a repressão da circulação das drogas e a proibição por lei de diversas substâncias, tentando cumprir esse objetivo (MORAES, 2010, p. 73)

Nessa citação, é possível notar essas relações de dominação, tendo em vista que os grupos considerados mais “propensos ao vício”, são justamente grupos que já estão marginalizados e excluídos por questões da própria estrutura inerente da formação social capitalista. Já haveria processo excludente amplo e contínuo, mesmo antes da droga entrar no circuito de vida e dinâmica social desses indivíduos.

O sofrimento em geral passa a ser compreendido e ter significado nos limites corpóreos da individualidade e, para tanto, é preciso que as práticas, legitimadas por um conjunto de saberes hegemônicos, definam os padrões de normalidade e patologia associados à materialidade do corpo. Dessa forma, fica claro o limite da teoria da unicausalidade em compreender a complexidade que atravessa o processo saúde-doença, principalmente das condições de adoecimento e a epidemiologia (SCHÜHLI, 2020).

Diante dessa limitação e, considerando o contexto histórico da Crise da Bolsa de Valores de Nova Iorque em 1960, criando uma crise que intensificou a preocupação de planificação da saúde devido às demandas sociais que foram expostas pela realidade econômica, houve a

necessidade de se reorganizar as ações de intervenção estatal em saúde, consolidando a teoria da multicausalidade. Iniciada por Brian MacMahon, passa a incorporar o social ao considerar que a causa de determinada doença poderia ser obtida por meio da investigação de uma cadeia de eventos, externos ao corpo, associados ao seu aparecimento. Posteriormente, Leavell e Clark propuseram o modelo ecológico funcionalista de História Natural da Doença em que a causa da doença seria um desequilíbrio na trilogia ‘homem-agente-meio’, e, portanto, as ações preventivas deveriam atuar nesses componentes (LAURELL, 1982). Diferente do que sua denominação sugere, tal formulação recai em uma concepção a-histórica da saúde-doença, supondo um curso natural em que o social aparece como um fator.

Breilh (1991) destaca que tal concepção é uma expressão apurada da deformação ideológica das técnicas da medicina visto que sustenta a busca do Estado em reduzir ao mínimo os investimentos destinados à saúde. O que temos nesse modelo é apenas uma citação do social como partícipe, não está assumida a perspectiva de que no social estaria a base da explicação causal, sendo o social transformado em mito, produzindo alienação e despolitização, conforme pontua Laurell (1982)

Sem dúvida, o modelo multicausal tampouco consegue dar uma resposta satisfatória aos problemas colocados. As razões deste fracasso são de ordem distinta. A mais profunda, talvez, é dada por sua conceituação declaradamente agnóstica, que coloca um paradoxo: pretender explicar partindo da suposição da impossibilidade de conhecer a essência das coisas. A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a “fatores de risco”, que atuam de maneira igual (LAURELL, 1982, p.14)

A autora acrescenta que essa concepção carregada de ideologias se encaixa perfeitamente nos interesses capitalistas, visto que, o “ambiente” e os “agentes” estabelecem conexões externas com o homem, sendo possível uma atuação que não necessite modificar a organização social, as determinações estruturais de cada processo de adoecimento. As práticas estariam voltadas à educação em saúde normativa e punitiva. “Essa concepção, de cunho ecológico ou sistêmico, predomina nas várias formulações acadêmicas e institucionais do conceito de saúde desde meados do século passado até os dias atuais” (GOMES, 2020, p. 153). A exemplo disso, podemos considerar o desdobramento dessa concepção na formulação do conceito oficial disseminado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define a saúde “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente um estado de ausência de doenças”, ou seja, a saúde decorrente da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, a saúde biopsicossocial. Embora haja uma tentativa positiva de

compreender a saúde (saúde como estado de bem-estar), o conceito da OMS é amplamente criticado por propor um estado de saúde inalcançável e por contribuir “para a compreensão do social, do biológico e do psicológico como fatores cindidos, sem explicar as devidas determinações entre eles” (SCHÜHLI, 2020, p. 144).

A compreensão multicausal passa a ser incorporada ao sistema oficial de classificação médica e se expressa nos manuais médicos de classificação internacional: Classificação Internacional das Doenças, em sua décima versão (CID-10) e o Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais- 5ª revisão (DSM-V). Nesse modelo, consolida-se o conceito de dependência química segundo uma concepção multicausal inserindo na definição fatores biológicos, psicológicos e sociais. Não entraremos novamente na descrição do consumo de drogas sob a ótica desses manuais, considerando que isso já foi abordado no capítulo 2 deste trabalho. No entanto, pontuamos que o modelo explicativo multicausal (que dá base ao que mais contemporaneamente é designado como modelo biopsicossocial) se propôs a abordar o consumo de drogas através da proposição da histórica natural da dependência, onde as causas biológicas (interação do corpo com a droga) são consideradas como ponto de partida para conhecer essa ‘patologia’. As explicações passam por análise de predisposição genética e neurobiológicas, padrões de uso, sintomatologia e probabilidade.

A abordagem multicausal pela justaposição de fatores, termo utilizado neste contexto tal qual indicado pela teoria da multicausalidade, aponta para uma impossibilidade de conhecer a determinação do processo saúde-doença, resumindo-se à descrição de quadros de adoecimento e derivando práticas de controle de fatores de risco. Nesta impossibilidade de conhecer todos os processos envolvidos prioriza conhecer aqueles fatores que legitimam a psiquiatria como ciência, os marcadores biológicos e, neste sentido, os elencados fatores psicológicos e sociais entram como acessórios na somatória do que invocam na constituição da dependência (MORAES, 2018, p. 84). Sobre isso, Arouca (1975) afirma que:

Em último lugar, devemos referir ao conceito de história envolvido neste paradigma. Já nos referimos a sua naturalização, trata-se agora de identificar os demais níveis. Assim, o homem é colocado com seus atributos em um ponto, não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transforma em fatores de morbidade. As técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade. Assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente fazer desaparecer a história do seu objeto, ao tornar-se mito o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as

geometrizações deste espaço contraditório da saúde e da doença. (AROUCA, 1975, p. 126)

A doença, enquanto alteração do funcionamento normal, expressa a ideia de função ligada com a finalidade. Desta maneira, o funcionamento do corpo, dentro da normalidade, é determinado por algo externo a ele, ou seja, sua inserção social nas relações de produção. O corpo que possui um funcionamento adequado é um corpo que cumpre seu papel produtivo. “Como sabemos, em sociedades capitalistas, o papel destinado à imensa maioria dos sujeitos é o de trabalhadores. É esse o principal critério definidor da adequação e eficiência do corpo” (GOMES, 2020, p. 152).

No caso a psiquiatria atua para sua recuperação, mesmo que no limite mínimo necessário, para que, quem trabalhou hoje, esteja também, amanhã, em condições de trabalhar. Ou, ainda, agindo sobre os que não trabalham para que possam vir a ocupar os postos abertos por aqueles que se incapacitam permanentemente, morrerem ou se aposentarem. O modelo biomédico psiquiátrico que impera na abordagem da psicopatologia, possibilita – com diagnóstico, prescrição dos psicofármacos, atestados para afastamentos do trabalho e internações em clínicas ou hospitais –, algum alívio e amenização dos sofrimentos, mesmo que temporariamente, para que se dê a recuperação da condição psíquica mínima de retorno ao trabalho. (BELLENZANI, SOUZA, 2021, p.296).

A questão de retorno ao trabalho, ou sua busca inicial, aparece associada à diretriz da **reinserção social** nos atos normativos analisados no capítulo 2, referentes à atuação da rede de saúde junto às pessoas em sofrimento psíquico e tratamento por abuso/dependência de álcool ou outras drogas. Neste corpo, na sua organicidade, não há voz para vociferar sobre as condições de trabalho e vida que o insere no circuito das drogas, atendendo necessidades orgânicas e psicossociais, entre elas a de atenuar a vivência desagradável da realidade. Há apenas um corpo que, como parte de um todo social, precisa produzir, mesmo que adoecido. Diante disto, há possibilidades desse corpo ser reinserido em outras condições que não sejam adoecedoras, excludentes e marginalizantes? É possível viver incólume ao capitalismo e seus desdobramentos, sem a necessidade de artifícios para entorpecer-se nesta realidade?

É necessário avançar no entendimento do processo saúde-doença para uma direção que supere a fatalidade do corpo “natural”, do corpo geneticamente predisposto à compulsão e ao vício. De modo, entende-se o processo saúde-doença de maneira mais ampla e também, para esperar sobre uma prática que permita caminhar no sentido de uma transformação da realidade social, toma-se a determinação social do processo saúde-doença, marco teórico em que este trabalho se assenta e pelo qual estamos nos propondo a pensar a diretriz estatal da **reinserção social** e a defesa do direito à vida plena das pessoas atendidas pelo SUS, em alguma medida excluídas de determinadas relações, instituições e do gozo de um conjunto de direitos.

3.2 A teoria da determinação social do processo saúde-doença

A noção de saúde-doença em sua determinação social se construiu juntamente com os processos de luta da classe trabalhadora europeia, e latino-americana, fundamentada em reflexões que se construíram ao longo da história e foram sendo incorporadas, modificadas ou superadas, dentre elas a Polícia Médica (século XVII) e Medicina Social e Higienista (séculos XVIII e XIX) e as próprias formulações em torno da Saúde Pública e da Saúde Coletiva no Brasil. O termo Saúde Pública surgiu como uma alternativa para superar o modelo centrado na medicina, almejando um saber multidisciplinar focado na saúde e sobretudo vinculada à atividade/responsabilidade governamental, no entanto, a proposta tendeu a restringir-se ao *o que fazer* estatal, deixando de lado as possibilidades de um *que fazer* contra-hegemônico a partir da organização popular (BREILH, 1991).

Como proposta de superação Breilh (1991) destaca que

A saúde coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação. [...] Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualidade da causalidade etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção dos estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empírico-analítico (estrutural-funcionalista), popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista-dialético. Enquanto a saúde pública centra a sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso da luta popular e da crítica-renovação estratégica do que fazer estatal. Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhoras localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical. (BREILH, 1979/1991, p. 128-129)

As formulações sobre a determinação social da Saúde Coletiva em países da América-Latina se desenvolvem processando críticas aos modelos unicausal e multicausal (biopsicossocial).

Na verdade, enfrentamos uma “caixa negra”, na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença. Este problema não está resolvido. A reflexão sobre o caráter do processo da saúde-doença, porém, abre alguns caminhos para serem explorados. O fato de se haver definido que o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado, permite-nos afirmar que o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos [...] Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença e, por outro lado, opõe-se à concepção de que o social unicamente desencadeia processos biológicos imutáveis e a-históricos e

permite explicar o caráter social do próprio processo biológico. Esta conceituação nos faz compreender como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e sugere um modo concreto de desenvolver a investigação a este respeito. [...] Em primeiro lugar, é claro que o próprio padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. É neste contexto que se deverá recuperar a não-especificidade etiológica do social e, inclusive, do padrão de desgaste e reprodução biológica relativo à doença, pois não se expressam em entidades patológicas específicas, mas no que chamamos o perfil patológico, que é uma gama ampla de padecimentos específicos mais ou menos bem definidos. Fora da relação entre o padrão de desgaste-reprodução e a doença na qual a determinação social se manifesta claramente, parece necessário buscar outros mecanismos de transformação do social em biológico. [...] Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Em nossa opinião, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e aprofundar e enriquecer a compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, são a classe social... (LAURELL, 1982, p. 15-16)

A ideia da determinação social da saúde-doença assenta-se na orientação marxista. Segundo Marx e Engels (2007),

O modo pelo qual os homens produzem seus meios de vida depende, antes de tudo, da própria constituição dos meios de vida já encontrados e que eles têm de reproduzir. Esse modo de produção não deve ser considerado meramente sob o aspecto de ser a reprodução da existência física dos indivíduos. Ele é, muito mais, uma forma determinada de sua atividade, uma forma determinada de exteriorizar sua vida, um determinado modo de vida desses indivíduos. Tal como os indivíduos exteriorizam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, pois, com sua produção, tanto com o que produzem como também com o modo como produzem. O que os indivíduos são, portanto, depende das condições materiais de sua produção (MARX; ENGELS, 2007, p. 87)

Dessa forma, existe um caráter duplo (social e biológico) na relação saúde-doença, ao considerarmos que a própria normalidade biológica humana é social, sendo determinada pelo caráter histórico de uma sociedade, a forma como se produz e reproduz a vida. A causalidade, antes individualizada, agora passa a ser correlacionada com o modo de produção da vida (universal) que transpassa as manifestações particulares e singulares de vida e adoecimento. Os processos universais/gerais determinam as dimensões singulares de existência dos indivíduos.

O nível de acesso e qualidade de condições de vida, condicionam esses sujeitos a diferentes formas de ampliação, destruição e recomposição de suas capacidades vitais, delimitando assim, o caráter de desigualdade social do processo saúde-doença.

O indivíduo é o ser social. Sua manifestação de vida – mesmo que ela também não apareça na forma imediata de uma manifestação comunitária de vida, realizada simultaneamente com os outros – é, por isso, uma externalização e confirmação da vida social. A vida individual e a vida genérica do homem não

são diversas, por mais que também – e isto necessariamente – o modo de existência da vida individual seja um modo mais particular ou mais universal da vida genérica, ou quanto mais a vida genérica seja uma vida individual mais particular ou universal (MARX, 2004, p. 107).

Para tanto,

[...] o processo saúde-doença do grupo adquire historicidade porque está socialmente determinado. Isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social. Mas o caráter social do processo saúde-doença não se esgota em sua determinação social, já que o próprio processo biológico humano é social. É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico. Isso se expressa, por exemplo, no fato de que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza (LAURELL, 1982, p. 12).

Donnangelo (1979), em sua construção teórica sobre a relação entre medicina e estrutura social chama a atenção para a importância de se considerar o caráter político do campo de conhecimento e prática da Saúde Coletiva, não ocultando desse campo a cientificidade das ciências sociais e sua compreensão sobre o “objeto coletivo”. Ela afirma que os estudos epidemiológicos devem incorporar o social como um campo social estruturado e não apenas como uma variável a mais no elenco de fatores causais da doença. Ademais, a autora localiza a incorporação da categoria trabalho no campo da Saúde Coletiva, ao citar que esta categoria aparece como uma condensação, a nível conceitual e histórico, dos espaços individual (corpo) e social. Recupera em Foucault (2004) que o capitalismo “ em fins do século XVIII [...] socializou um primeiro objeto, que foi o corpo enquanto força de trabalho” (p.80). Na sua análise, “o investimento do capitalismo foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política” (p.80), sendo consequentemente a medicina uma estratégia bio-política.

Pode-se dizer que se trata da preservação, manutenção e conservação da “força de trabalho”. Mas, sem dúvida, o problema é mais amplo: diz respeito aos efeitos econômico-políticos da acumulação dos homens. O grande crescimento demográfico do Ocidente europeu durante o século XVIII, a necessidade de coordená-lo e integrá-lo ao desenvolvimento do aparelho de produção, a urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem aparecer a “população” [...] esboça-se o projeto de uma tecnologia da população [...] nesse conjunto de problemas, “o corpo” – corpo dos indivíduos, corpo das populações – surge como portador de novas variáveis: não mais simplesmente raros e ou numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, rigorosos ou fracos e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos susceptíveis de investimentos rentáveis, tendo maior ou menor chance de sobrevivência, de morte ou doença, sendo mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz (FOUCAULT, 2004, p. 198)

Toda questão pertinente ao entendimento da relação saúde-doença é essencialmente social e, compreendendo que a política tem um papel central no ordenamento social, logo, toda questão pertinente à determinação social da saúde é também uma questão política. Tem-se aí a importância de desvelar conceitos imbricados em normativas políticas, como fazemos em torno da **reinserção social** neste trabalho, que regem e controlam os corpos sociais e produtivos. A forma de organização do trabalho, distribuição de riqueza, acesso à bens públicos e distribuição de poder são temas políticos importantes, portanto, determinantes sociais de grande relevância no entendimento da saúde-doença.

A reflexão teórica com relação ao caráter histórico, político e social do processo saúde-doença, coloca a temática trabalho/saúde como central onde a problematização da “questão saúde” perpassa o processo de produção que organiza toda a vida social da sociedade capitalista, acessando a realidade concreta da lógica de acumulação de capital – o processo de trabalho - como um modo específico de trabalhar-desgastar-se e como enfrentamento de classe em termos de estratégias de exploração e de resistência, que por sua vez, determinam padrões específicos de reprodução. Essa combinação entre processos de desgaste e reprodução origina o “nexo biopsíquico humano, historicamente específico”, não havendo “separação entre o social e o biopsíquico mas, antes de tudo, um vínculo de mediação externo pois o processo de trabalho é ao mesmo tempo social e biopsíquico” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 36).

A produção do conhecimento nesse campo, exigiria um recorte do objeto a partir do materialismo histórico-dialético, considerando, conforme explicita Soares (2007),

1) a materialidade da vida social – a produção da vida material condiciona o processo geral da vida social, política e intelectual, ou seja, as mudanças na fundação econômica conduzem à transformação da superestrutura, sendo que para estudar tais transformações é necessário distinguir entre a transformação material das condições econômicas da produção e a transformação do aparato jurídico, político e ideológico; 2) a historicidade da vida social – “em todos os estádios, se encontra um resultado material, uma soma de forças de produção, uma relação historicamente criada com a natureza e dos indivíduos uns com os outros que a cada geração é transmitida pela sua predecessora, uma massa de forças produtivas, capitais e circunstâncias que, por um lado, é de fato modificada pela nova geração, mas que, por outro lado, também lhe prescreve as suas próprias condições de vida e lhe dá um determinado desenvolvimento, um carácter especial, mostra, portanto, que as circunstâncias fazem os homens tanto como os homens fazem as circunstâncias”; e 3) método dialético, fundado no conhecimento de que o universo não é uma mistura acidental de fenômenos isolados um do outro, mas um todo integral; portanto, todas as coisas são interdependentes e estão interconectadas numa totalidade que acolhe contradições internas, que constituem a causa primária do movimento, da mudança e do desenvolvimento do universo (SOARES, 2007, p. 41).

Dessa maneira, o sofrimento psíquico em sua acepção mais geral e, também, expresso de algumas formas mais específicas como consumir demasiadamente substâncias psicoativas a fim de atender determinadas necessidades biopsíquicas, pelos trabalhadores, emergentes da dialética de desgaste-recuperação, deve ser tomado como uma particularidade do processo saúde-doença em geral, tendo sua determinação também nos modos de produção material de existência dos indivíduos. Os devires que determinam a saúde-doença se desenrolam na dinâmica contraditória de reprodução individual e social das condições de vida e saúde, em que Breilh (1991), sintetizou como um modelo teórico das diferentes dimensões dialéticas dos processos que podem proteger ou deteriorar a saúde. Essas dimensões se dão nas instâncias estruturais do trabalho e do consumo, na consciência ideológica e na organização social dos grupos e, também, no geno-fenótipo com suas vulnerabilidades e capacidades de manifestação na individualidade do corpo. De igual modo, ao trazermos o consumo de drogas como fenômeno a ser buscado nessa relação, significa percorrer o caminho de resgatar as manifestações decorrentes do modo como tem se organizado a produção e a distribuição da riqueza no capitalismo. Significa compreender a dimensão de determinação que se refere à totalidade da vida social e se manifesta na singularidade de cada pessoa, cada trabalhador. Significa analisar a dinâmica dialética e contraditória da sociedade e suas diferentes formas de proteção/desgaste à saúde.

Assim sendo, a saúde-doença deve ser encarada como um processo de determinantes históricos e sociais que estruturam a vida social nos diferentes arranjos sociais, dando contornos ao objeto saúde no reconhecimento das formas de reprodução social presentes, identificando as possibilidades de inserção no trabalho e na vida que a realidade material delimita e associando a isso os diferentes potenciais de desgaste e fortalecimento, como veremos a seguir.

Para tanto, para romper com a explicação advinda da medicina tradicional e seu saber hegemônico, que impunha uma continuidade das práticas positivistas que reduzem a doença ao plano individual e fenomênico, é importante uma vigilância epistemológica na construção de uma medicina social/saúde coletiva, visando um pensamento científico emancipador e integral sobre o homem, que corrobore com a ideia de que “as diferentes formações sociais apresentam perfis patológicos que, a nível geral, distinguem-se conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção” (LAURELL, 1982, p. 9).

A Epidemiologia, em sua forma tradicional, ligada à uma concepção biologicista, faz o uso de um raciocínio predominantemente indutivo em que, após análise da ocorrência de determinadas patologias na população, faz inferências aplicáveis a outras populações expostas às mesmas condições. Na clínica, os modelos explicativos se apresentam de formas mais

restritivas onde “ter saúde significa a ausência de doenças, organizando os serviços de saúde de forma a oferecer ações preventivas e curativo-reabilitadoras” (ROCHA, DAVID, 2015, p. 130), conforme trazemos anteriormente quando citamos o entendimento da OMS sobre saúde.

A velha epidemiologia, termo utilizado por Breilh (2006), (infelizmente não superada ainda, vide sua atualização na proposta oficial da OMS de determinantes sociais, que retomaremos adiante), por sua visão positivista, entende a saúde como resultado da operação de fatores causais, onde seu correlato interpretativo é o paradigma do risco, ou teoria dos fatores de risco. Os fenômenos da realidade teriam contato somente por vínculos externos, sendo que “levando adiante essa lógica, diríamos que, se os fenômenos da realidade se desenvolvem em isolamento e só se tocam ou se conjugam por vínculos externos, fica excluída a ideia de transformação, pois o que interessa são as partes movendo-se como partículas, e não o todo desenvolvendo-se de uma certa maneira (p. 85).

O paradigma de risco, como toda formalização positivista, tem algumas características que são: - esvaziamento do conteúdo; reificação de ‘fatores’; - ausência de explicação de processos generativos, ou reducionismo probabilístico; - nivelamento ontológico, metodológico e praxiológico, no plano empírico, de fatores associáveis e manipuláveis; - ambiguidade interpretativa. [...] A causa suficiente seria aquela que acarreta um mecanismo causal completo, isto é, aquela que reúne um conjunto mínimo de condições para desencadear a doença. O conceito de ‘risco’ centraliza etimologicamente a ideia de contingência dos eventos causais considerados essencialmente ‘prováveis’. Mas a rigidez da ideia de contingência não permite distinguir que, na geração das condições de saúde, alguns processos atuam de forma estrutural ou permanente, outros atuam de modo diário, embora não permanente, e outros, ainda, são de caráter eventual. (...) todos os processos a que se alude a designação de risco seriam apenas ‘provavelmente’ destrutivos; sua nocividade seria apenas contingente. E com isso se acaba por admitir que, numa sociedade como a nossa, na qual a desigualdade se reproduz estruturalmente, e na qual existe uma subjugação do humano ao produtivo e ao mercantil, haveria margem para a plena reprodução da saúde- ou, pelo menos, para se ter esperança dessa possibilidade- já que os riscos nela atuantes seriam apenas prováveis, ou seja, seriam variáveis que poderíamos dominar¹⁸ com o simples controle da variação de cada uma delas em níveis toleráveis. (BREILH, 2006, p. 199-200)

Ao fragmentar a realidade, o corpo e a própria noção de saúde, em partes, e submetê-las a uma ideia de risco, como objeto, contingencia-se causa-efeito e, por meio disto, seria possível designar uma causa, ou fator específico, na origem da doença, ficando de fora todo modo social de vida em que esses sujeitos estão inseridos, retirando o sistema social de toda determinação no processo saúde-doença. É importante, com base nos apontamentos

¹⁸ Nessa lógica de entendimento se insere a abstinência como prática necessária de tratamento, segundo as políticas vigentes de saúde, visando a não ‘exposição’ do sujeito ao produto que gerou o vício e, ademais, corrobora também com a implementação e incentivo de Comunidades terapêuticas como medida de retirada desses usuários dos ambientes onde a droga estaria disponível.

apresentados, abordarmos um conceito que guarda uma estreita relação com a concepção fatorada do social, que dá base à epidemiologia do risco, segundo a noção de exposição¹⁹, o conceito de determinantes sociais da saúde (DSS). Em tal conceito, se assentam as bases das orientações da OMS e de boa parte das Políticas de Atenção à Saúde, que em uma perspectiva biopsicossocial busca identificar relações estatisticamente significativas entre cada determinante e determinada doença, entendendo que assim se evidenciaria sua causalidade.

Em 2005, a OMS criou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, convocando os países para a necessidade de uma decisão coletiva para combate às desigualdades em saúde, incluindo o Brasil²⁰. O modelo proposto inicialmente era constituído por uma ideia de camadas sobrepostas de determinantes sociais da saúde, expresso por características individuais (base) até macro-determinações (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais). Em 2010, estabelece um novo modelo em que,

(...) os determinantes estruturais operam por meio de um conjunto de determinantes intermediários para moldar os efeitos na saúde. A ‘estrutura’ expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas de acordo com a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores. Essas posições socioeconômicas, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais. Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, os autores destacam: 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade; 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral; 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação; 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade. Os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). Nesse marco conceitual, o sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso.

¹⁹ Breilh (2006) denuncia o viés ideológico da noção de que a doença advém da “exposição a fatores de risco”. Para ele, o adoecimento não é resultado da exposição eventual a fatores cuja nocividade seria apenas contingente, mas que a classe trabalhadora está submetida a processos destrutivos de sua saúde em caráter estrutural e permanente, o que corrobora com práticas normativas adoecedoras impostas aos indivíduos.

²⁰ Em 2006, cria-se no Brasil, por Decreto Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Tal comissão define os DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Em geral, considera-se que os DSS são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde. (ROCHA; DAVID, 2015)

A coesão social e o capital social atravessam as dimensões estrutural e intermediária (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p.67).

Os determinantes sociais da saúde, nesse contexto, são abordados sob o ponto de vista de fatores e são considerados fatores externamente conectados, expandindo a visão para as chamadas ‘causas das causas’. Dessa forma, repete-se o *modus operandi* da causalidade, uma vez que, mesmo reconhecendo determinantes estruturais e intermediários, não estabelece nexo histórico entre as dimensões da vida e traz uma ideia vaga sobre o social, carente de uma teoria sociológica. Este assume a posição de um fator a mais e não como categoria que engloba as dimensões biológicas e da saúde humana. A saúde perde sua essência social, desvelando a concepção hegemônica implícita nessa proposta, que obscurece os papéis da estrutura social e das condições de vida na relação saúde-doença (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

A proposta não considera a historicidade, impondo uma ordenação linear aos determinantes e ocultando categorias importantes de análise, como a produção e reprodução social, dificultando assim, uma análise crítica sobre o modo de produção capitalista e o impacto dele nos modos de vida, possíveis de emergirem dentro das dinâmicas sociais dominantes: exploração da vida humana e reprodução ampliada de desigualdades sociais com efeitos diretos no campo da saúde e preservação da vida. De igual modo, essa proposta reducionista produz impactos nas ações governamentais, inclusive na área de saúde, pois respalda uma lógica funcionalista, limitando a possibilidade de superação das desigualdades sociais por meio da melhoria das condições gerais de vida, não reconhecendo o quanto a acumulação capitalista é incompatível com modos de vida saudáveis. O enfoque em determinantes sociais da saúde, reforça a reprodução da perspectiva positivista direcionadora da epidemiologia tradicional, em que há uma polarização entre biológico e social. Como proposta de superação, é necessária a associação direta entre o processo saúde-doença e a dinâmica de produção capitalista, trazendo à tona a problematização sobre a estrutura social e as inequidades em saúde (RIBEIRO, BENETTI, SILVA, 2021).

O conceito de equidade, e inequidade, em saúde remete a um dos princípios doutrinários do SUS e, segundo Breilh (2006), deve aludir aos processos protetivos da vida e saúde (equidade) e aos processos destrutivos (inequidade). O termo “equidade” - dentro do campo da saúde - aparece como uma das metas da Organização Mundial da Saúde, considerando o conceito como o “reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes, para atingir direitos iguais” (RIBEIRO, BENETTI, SILVA, 2021, p.2). Por conseguinte, a equidade se refere ao nivelamento, em que políticas públicas são realizadas para sanar as carências na saúde de parcelas da população mais necessitadas para que se alcance o direito da

saúde a todos. O conceito de equidade torna-se ainda mais relevante quando se analisa o processo saúde-doença através da sua determinação social considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Breilh (2006) propõe três conceitos distintos e complementares para tratar das diversidades existentes em uma população. O conceito de diferença se aplicaria às variações observadas na distribuição das doenças em populações; o conceito de distinção remeteria às práticas sociais cotidianas constitutivas das identidades individuais e, finalmente, o conceito de desigualdades significaria as diferenças produzidas no processo social em decorrência das diferentes posições de posse e poder dos grupos sociais em uma dada formação histórica. “A inequidade é uma categoria analítica que dá conta da essência do problema, ao passo que a desigualdade é uma evidência empírica que se torna ostensiva nos conjuntos estatísticos e, para cuja compreensão adequada é preciso desvendar a inequidade que a produz. A desigualdade é uma injustiça ou iniquidade no acesso, uma exclusão produzida com respeito à fruição, uma disparidade na qualidade de vida, ao passo que a inequidade é a falta de equidade, ou seja, é a característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum e instaura a inviabilidade de uma distribuição humana que outorgue a cada um conforme sua necessidade, e lhe permita contribuir plenamente conforme sua capacidade” (BREILH, 2006, p. 210).

Portanto, as desigualdades sociais em saúde são aquelas diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, através de procedimentos que visem à promoção, à prevenção, à manutenção e à recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade (RIBEIRO, BENETTI, SILVA, 2021). Compreender a questão das desigualdades em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas que se baseiam no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos e, a partir desta consideração, elaborem estratégias compensatórias. Tais estratégias, para serem coerentes, devem considerar que as necessidades são diferentes e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua satisfação. Dessa maneira, é importante pensar que a equidade em saúde está inserida em um contexto de desigualdade social em saúde no Brasil, que envolve questões tanto de injustiça social quanto de desrespeito aos direitos humanos.

Almeida-Filho (2010) retoma a distinção entre inequidade e iniquidade proposta por Breilh, afirmando que é de grande interesse, tendo em vista que “a distribuição desigual de bens

numa sociedade não teria apenas uma raiz política diretamente referida à justiça social (iniquidade), mas seria sobredeterminada estruturalmente (inequidade)” (p. 27). Para o autor, os elementos estrutural e jurídico-político que circunscrevem as desigualdades, não dão conta da complexidade de questões ligadas à superação das alienações sociais, sendo necessário considerar os elementos simbólicos que se referem à ética política e moral social que, coletivamente organizadas, podem se tornar potencialmente motor para os processos de transformação das sociedades rumo à equidade.

Como vimos acima, no que concerne a teorias sociais de determinação da saúde, impressiona a persistência de lacunas, omissões e desinteresses no discurso dominante sobre o tema desigualdades em saúde. Nesse sentido, entre as questões teóricas pertinentes, ressaltam: quais são as fontes de desigualdade, inequidade e iniquidade em saúde? Como a opressão e a injustiça operam na promoção e persistência das iniquidades em saúde? No atual debate conceitual sobre determinantes em saúde, no Brasil e no mundo, a quase unanimidade retórica em prol da equidade impede averiguar a sinceridade política dos que formulam discursos politicamente referenciados e que, ao mesmo tempo, até com a desculpa do interesse científico, muitas vezes apenas contemplam a persistência das iniquidades sociais no mundo (ALMEIDA-FILHO, 2010, p. 31)

O autor encerra afirmando ser necessária a vigilância para não se cair na retórica em prol da equidade, despolitizando a questão da saúde mediante a mera constatação distanciada da existência, quase naturalizada, de disparidades na ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde.

Abre-se aqui um parênteses importante referente às recentes discussões sobre o uso do termo “determinação social” no campo da Saúde Coletiva. Minayo (2021) em seu texto “Determinação social, não! Por quê?” Argumenta que esse conceito é incapaz de representar a complexidade de “todas as questões que envolvem o campo da saúde coletiva, frente ao contexto das profundas mudanças da sociedade pós-industrial” (MINAYO, 2021, p.1). Acrescenta que o termo está calcado no positivismo e, para tanto, deve ser eliminado do vocabulário da Saúde Coletiva pois, ao aceitar que as coisas são determinadas socialmente, há uma desconsideração da criatividade, autonomia e poder de cada pessoa. Como uma contra argumentação Almeida- Filho (2021), tendo sido por Minayo no mencionado texto, rebate a conclusão da colega de que o termo deve ser extirpado. Por meio do artigo “Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!”, afirma as argumentações dela configuram um “catálogo de falácias”. O pesquisador teoriza em direção a um avanço na teorização sobre a determinação social, reafirmando as bases filosóficas e políticas desta perspectiva, conforme trecho a seguir:

A categoria epistemológica da determinação tem sido potencialmente útil para modelar sucessões causais e processos de produção de efeitos, em muitos

campos de conhecimento científico. Entretanto, limites heurísticos contraindicam sua aplicação generalizada a objetos complexos e singulares, passíveis de uma compreensão fundada na complexidade. Essa problemática teórica, no marco referencial do materialismo-histórico, tem sido tratada, e bem tratada, recorrendo à categoria “sobredeterminação”. (...) Podemos falar de sobredeterminação enfim como uma categoria geral cujas modalidades seriam formas particulares de “sínteses de muitas determinações”. (...). Porém, será mais interessante pensar numa aplicação específica para o campo da saúde, cobrindo vetores e fatores que podem ser referenciados por categorias particulares de processos determinantes. Assim, as modalidades da sobredeterminação em saúde seriam: causação nos planos biológicos e clínicos; determinação da situação e das condições de vida; construção de políticas e instituições de saúde; produção de práticas e modos de saúde; invenção dos sentidos e narrativas da saúde. O diferencial semântico sugerido entre os termos “determinação social”, “produção cultural”, “construção política” e “invenção simbólica” corresponderia, numa perspectiva epistemológica igualmente consistente, a diferentes planos da realidade e seus respectivos e distintos efeitos. No caso, do biológico-clínico ao ideológico-simbólico, passando pelo plano social, político-institucional e sociocultural.” (ALMEIDA-FILHO, 2021, p. 3-4)

O autor encerra sua argumentação reiterando que há uma posição honesta do campo em tentar compreender, para além de explicar, as raízes, determinações e contingências dos processos saúde-enfermidade-cuidado, em uma abordagem plural, de forma livre e criativa e, radicalmente crítica. Isso permite “propor que, no hipercapitalismo globalizado, o campo da saúde pode ser melhor pensado considerando uma sobredeterminação complexa de desigualdades estruturais e sistêmicas que, no cotidiano das sociedades contemporâneas, constituem fonte permanente de injustiça e iniquidades.” (ALMEIDA-FILHO, 2021, p.4). Fecha-se os parênteses, reiterando a necessidade de compreensão das formas de determinação, dentre elas, a social, para avançar no sentido de uma perspectiva cada vez mais ampla e totalizante da sobredeterminação.

A transposição da interpretação pelo enfoque da ‘causação’ para o enfoque da ‘determinação’ do processo saúde-doença redefiniu a problemática da relação entre o processo social e o processo biológico. Conforme a epidemiologia crítica, tecida por Breilh,

A unidade coerente é a concepção da realidade como um processo que se desenrola como um movimento organizado em torno dos “modos de vida” ou “reprodução social”, com suas contradições e relações; é a concepção dialética de que esses são modos de devir ou determinações das condições de vida e dos confrontos que vem finalmente a ocorrer em nossos genótipos e fenótipos; e é a projeção da ação na saúde como uma ruptura com os processos que destroem nossa saúde e nos impedem de nos emanciparmos (prevenção), e uma ruptura a favor dos processos que nos protegem e aperfeiçoam, tanto coletiva quanto individualmente (promoção) (BREILH, 2006, p. 83).

O autor acrescenta que,

A teoria epidemiológica moderna reconhece tanto a relação dialética que ocorre entre as forças determinantes mais amplas como a possibilidade de que

existam fenômenos singulares nos indivíduos; ou seja, reconhece a necessidade de observar as leis históricas da produção e organização da sociedade para explicar as causas mais profundas da doença, mas também reconhece que o único caminho para compreender o especificamente epidemiológico é saber como é que os processos da reprodução individual cotidiana e os processos biológicos atuam e se transformam no seio desse movimento mais amplo, para originar os fenômenos epidemiológicos (BREILH, 1991, p. 203).

Laurel (1983), aponta para uma concepção da natureza da doença que passa a ser reformulada e compreendida na coletividade, onde o processo biológico é analisado a partir do viés do social. O termo ‘processo’ substitui o ‘fator’, alterando não somente um conceito, mas toda uma forma de entendimento da relação saúde-doença, que sai da associação de categorias causais estáticas e passa a integrar uma dimensão mais geral da vida social. A dimensão causal se complexifica mediante a incorporação do estudo das leis históricas de produção e da organização da sociedade, numa perspectiva de superar as expressões fenomênicas, como simples sucessão de imagens em vários tempos, e chegar à essência dos fenômenos sociais.

Em uma perspectiva marxista, as relações de produção e reprodução social expressas no capitalismo, trazem contradições e essas resultam em desigualdades nos modos de vida, adoecimento e morte. A análise dessa realidade exige um enfoque epidemiológico que dê conta de abarcar os fenômenos para além do aparente, imediato, de abstrações desconexas, dando-lhe um contorno histórico. O desafio da epidemiologia, pelas palavras de Breilh (2006, p. 2002), seria de “tornar-se um instrumento do desenvolvimento humano e desarticular o molde empirista”. Olhar a saúde em sua integralidade e processualidade, visando superar a visão unidimensional e fragmentada da velha epidemiologia.

O afastamento da ideia de ‘fator’ em prol da ideia de ‘processo’, leva à ruptura com o princípio da identidade e à incorporação do princípio do movimento, recaindo essa mudança, em larga medida, no reconhecimento da natureza contraditória dos fenômenos da realidade. As formas de devir que determinam a saúde desenvolvem-se mediante um conjunto de ‘processos’. Tais processos adquirem uma projeção distinta na saúde conforme os condicionamentos sociais de cada espaço e tempo, ou seja, de acordo com as relações sociais em que se desenrolam- condições que podem ser de construção da equidade, manutenção e aperfeiçoamento, ou que ao contrário, podem tornar-se elementos de inequidade, privação e deterioramento. Portanto, os processos em que se desenvolvem a sociedade e os modos de vida grupais adquirem propriedade protetora/benéficas (saudáveis) ou destrutivas/deteriorantes (insalubres). Quando um processo se torna benéfico, ele se converte em um favorecedor das defesas e suportes e estimula uma direcionalidade favorável à vida humana, individual e coletiva, e, nesse caso, nós o chamamos de ‘processo protetor’ ou benéfico, ao passo que, quando se torna um elemento destrutivo e provoca privação ou deteriorização da vida humana, individual ou coletiva, nós chamamos de ‘processo destrutivo’. Entende-se que um processo pode corresponder a diferentes dimensões e campos da reprodução social e pode, além disso, tornar-se protetor ou destrutivo, conforme as

condições históricas em que se desenvolve a coletividade correspondente. (BREILH, 2006, p. 203)

O trabalho, por exemplo, é um processo que possui facetas destrutivas e protetivas. Ao passo que, por sua dimensão exploratória, causa mudanças negativas na saúde, mas também, esse mesmo trabalho desencadeia consequências protetoras significativas, como a manutenção da vida. Isso nos permite afirmar que um mesmo processo pode desencadear eventos das duas naturezas, simultaneamente. Podemos citar, também, o consumo de drogas nesse mesmo plano de contrariedade. O sujeito que utiliza a droga, em grande medida, objetiva o entorpecimento de sensações, pensamentos e emoções produzidas em sua relação com as condições que lhe são potencialmente capazes de lhe fazer sofrer e adoecer, mas ao mesmo tempo, a mesma substância que lhe proporcionou alívio (atendeu a uma necessidade psíquica), em uso continuado e crescente, tenderá a lhe colocar em situações conseqüentes do abuso, que implicam perdas relacionais, sociais e em sua saúde integral. As drogas entram nesse circuito como uma forma de aplacar a experiência da existência que está sendo vivida como sofrimento. Dessa maneira, pensar na doutrina da abstinência e na **reinserção social** tendo como objetivo a normatização e normalização desses sujeitos, pouco ou nada muda a realidade objetiva a que estão submetidos. Ver-se-á mais especificada os processos críticos relacionados ao consumo, no tópico que se segue neste trabalho. Ainda nesse contexto de uma dupla faceta para um mesmo processo, citamos a **reinserção social** enquanto prática de saúde. Ao se buscar reinserir em dadas relações um sujeito que estava em adoecimento não originado pelo consumo de drogas, mas sim por este agravado, tem-se como objetivo retirá-lo de uma dita exclusão, propondo a retomada ou fortalecimento de seus vínculos familiares, de trabalho e convivência comunitária. No entanto, em uma perspectiva histórico-social dessas condições, o retorno às relações anteriores, sem a transformação delas, também faz parte do processo destrutivo que anteriormente incitou o consumo/abuso/dependência, resultando um ciclo de exclusão-inclusão-exclusão, consumo-abstinência-consumo.

Os processos destrutivos ou protetivos não podem ser analisados separadamente e descontextualizados daquilo que a Breilh (1991) tomou como categoria abstrata, que concentra toda contradição do processo epidemiológico, que é a “produção”, pois a análise das contradições vinculadas ao conhecimento da saúde-doença, em seu maior nível de abstração, deve se estabelecer primariamente nas contradições que aparecem na sociedade de classes e de mercado. Assim sendo,

[...] a categoria “reprodução social” é o que permite analisar o processo produtivo em seu movimento, estudar a oposição dialética entre produção (forma de autoconsumo do indivíduo, que inclui o processo de trabalho no sentido restrito, mas não se reduz a ele) e consumo individual (forma de produção do indivíduo produtor e de seus dependentes) e permite ainda

compreender a oposição dialética entre reprodução natural-animal e a realização histórica de um sujeito consciente. O processo de síntese ou caminho de volta, a partir destas categorias, permite chegar à contradição final saúde-doença e ao resultado geral do método de ascensão que foi sintetizado na categoria perfil epidemiológico, um concreto-racional que unifica um perfil de reprodução social com suas contradições, e um perfil de saúde-doença com suas contradições (BREILH, 1991, p. 196).

Categorias intermediárias como *mercadoria*, *valor*, *trabalho*, *mercadoria-força de trabalho*, *classe*, permitem explicar a oposição dialética em uma sociedade de classes, que atomiza o sujeito social e cuja produção e reprodução da vida é mediada pela lógica da exploração e da mercadoria. Para esse autor, a epidemiologia crítica busca identificar as determinações que operam na vida social, estudando, os processos estruturais da sociedade que se encontram na base explicativa das condições particulares de vida, os perfis de reprodução social (produção e consumo) e seus processos destrutivos e protetivos à saúde e sobrevivência e, os fenômenos biológicos que configuram padrões típicos de saúde-doença em grupos e indivíduos. A categoria da reprodução social corresponde à análise do movimento da vida social em um período histórico concreto, em nível geral (enquanto sociedade capitalista que tem a acumulação de capital como um de seus princípios), particular (reprodução social dos grupos sociais) e singular (reprodução individual). Dito de outra forma, os movimentos e contradições existentes nos processos de produção e consumo configuram as particularidades da reprodução social de um determinado grupo social. Pensemos por exemplo estratos da classe trabalhadora, homens adultos jovens (sexo biológico e ordenamentos sociais de conduta para o gênero masculino), que não estudam e nem trabalham. Sem atividade e sem meios de obter recursos para manutenção diária de sua vida e de seus filhos, construindo sobre si, com base nos significados sociais vigentes, descrições e emoções coadunadas com desvalor, incapacidade, incompetência, fracasso, indagamos como essas particularidades condicionam certas práticas e modos de vida, e nestes, o fluxo de determinados processos biopsíquicos? Forja-se, assim, um determinado perfil epidemiológico. É preciso saber como se integram em tal perfil mais geral as práticas envolvendo uso de álcool e de demais substâncias circulantes e ofertadas como mercadorias na sociedade em geral e em particular nos modos de vida dos grupos, conforme o perfil.

Os processos de saúde-doença, então, estão constituídos como integrantes de um todo unitário em movimento e transformação constantes, juntamente com diversos outros processos individuais e sociais complexos. A essência desses processos deve ser considerada em suas dimensões singular-particular-universal.

Na relação dialética entre o geral, o particular e o individual, ou, dito de outro modo, entre o todo e a parte, as leis do todo ou da dimensão mais ampla determinam os limites dentro dos quais pode atuar o poder determinante da

parte ou indivíduo, mas estes também intermediam a determinação, especificando-a. O movimento geral determina os limites do cotidiano e do biológico; estes também participam da determinação, da especificação do movimento. O social, as leis da reprodução social, o sistema de contradições da reprodução social determinam as condições dentro das quais sucede a história pessoal e o movimento biológico subsumido; mas também as condições naturais do ambiente, os fenômenos do dia-a-dia e da biologia humana participam na determinação da saúde-doença, seja através da experiência biológica acumulada que define as normas de reação do genótipo dos indivíduos, seja através dos processos fisiológicos que são possíveis num fenótipo em circunstâncias históricas específicas [...] (BREILH, 1991, p. 207).

Embora as leis econômicas, políticas e culturais se encontrem no cerne do movimento epidemiológico, não significa que a individualidade não participe da constituição dos processos sociais gerais, visto que os processos biológicos se entrelaçam com o social, participando como determinantes da vida e das condições significativas das expressões epidemiológicas. Quanto a isso, Laurell e Noriega (1989) pontuam sobre os processos de adaptação dos indivíduos, considerando sua plasticidade na resposta a condições específicas de desenvolvimento e produzindo expressões biológicas características. As circunstâncias que produzem esses processos adaptativos, o ‘ambiente’, são um produto social, ou o chamado “modos de andar a vida”²¹. Estruturam-se, assim, os “estereótipos de adaptação”, que caracterizam os nexos biopsíquicos historicamente construídos nos grupos, compreendidos como forma histórica particular dos processos biológicos e psíquicos de um determinado grupo social. A inserção social de cada grupo delimita seus modos de andar a vida, e, desse modo, é na coletividade constituída nessa inserção que se materializa o nexo biopsíquico histórico. Isso significa dizer que a saúde-doença se manifesta como/na individualidade (unidade biopsíquica de determinada pessoa) e simultaneamente como processo social, pois a expressão coletiva da reprodução social é que cria as condições para determinadas formas de saúde-doenças, ou de *perfis epidemiológicos*.

A adaptação, tal como citada pelos autores, não é utilizado *ipsis litteris* à tradicional acepção da biologia, em que o indivíduo se adequa ao meio, mas sim sob a forma de trabalho, em que o ser humano modifica o meio e, em uma relação dialética, também sofre transformações ao nível da unidade biopsíquica, no interim de buscar meios e modos de satisfazer suas necessidades. É nessa relação entre o humano e natureza que surgem as condições ambientais da coletividade humana, através e diante das quais se constituem os modos de andar a vida. Dessa forma, as formas sociais específicas inserem determinados meios de produção e relação particular entre os homens, entre o homem e os meios de produção e

²¹ A expressão ‘modos de andar a vida’ aparece em muitas publicações da área da saúde coletiva no Brasil atribuída a Georges Canguilhem. Entretanto, Ayres (2016) elucida que ela não aparece na edição em português de ‘O normal e o patológico’, mas que foi uma tradução livre de ‘modos de andar de la vida’, da edição argentina, por Anamaria Tambellini Arouca e Sergio Arouca, na década de 1970. (ALMEIDA; BELLENZANI, SCH6UHLLI, 2020, p. 236)

entre o homem e o produto; e essas “condições ambientais são a síntese dessas formas sociais e não as condições naturais e a-históricas” (LAURELL, 1989, p. 104). Há uma subsunção do biológico ao social, produzindo processos de adaptação distintos entre os sujeitos. Pelo fato de que as condições em que se dá a reprodução social humana serem socialmente construídas, há de se pensar a história humana em sua produção de condições que até “podem se converter em seu contrário, ou seja, destruidoras da integridade corporal” (LAURELL, 1989, p. 104).

Portanto, os processos biopsíquicos humanos não são estáticos, mas sim históricos e variáveis, dialéticos na relação entre produção e consumo de classes, grupos e indivíduos. Laurell (1989) propõe os conceitos de desgaste e reprodução para abarcar as perdas, consumo e reposição das forças vitais desprendidas pelos sujeitos na reprodução social da vida. “O desgaste pode ser definido, então, como a perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica. Ou seja, não se refere a algum processo particular isolado, mas sim ao conjunto dos processos biopsíquicos” (LAURELL, 1989, p. 115). A reprodução é utilizada pela autora no sentido da reposição em nível individual das forças vitais.

Finalmente, haveria que reforçar que os processos de desgaste caracterizam as coletividades e não primariamente os indivíduos. Ou seja, se bem seja certo que o padrão de desgaste se expressa através dos indivíduos que integram a coletividade, não é senão nela que adquire pleno significado e visibilidade. Assim é porque não depende das características individuais biopsíquicas de cada um, mas das condições específicas através e ante as quais a coletividade se constitui como tal (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 117).

De qualquer forma, somente tendo consciência da maneira como o capitalismo se constitui como fonte de sofrimento e adoecimento, é possível formular estratégias de cuidado, prevenção e promoção à saúde e entender as necessidades de intervenção do Estado, articulado ao conjunto de políticas sociais, visando a melhoria das condições de trabalho, diminuição da miséria, ampliação de direitos e acesso a bens necessários à reprodução individual. Diante disso, destacam-se as lutas sociais das classes subalternizadas e suas exigências por ações públicas de um Estado social, que se apresenta cada vez mais articulado com as demandas neoliberais. Ao inserir a noção de determinação social é necessária uma postura crítica diante da naturalização da pobreza e manutenção de padrões mínimos de bem-estar e justiça social, considerando “a diversidade²² dos atributos humanos, naturais e sociais dos diferentes grupos de uma sociedade” (BREILH, 2006, p. 210).

²² Essa diversidade é expressa naquilo que chamamos de *interseccionalidade*, onde (...) “a interseccionalidade permite observar a maneira como ideologias e culturas hegemônicas, bem como questões estruturais e interpessoais, moldam identidades e se interrelacionam com as categorias sociais, produzindo a sociedade. Assim como os eixos de marginalização que, ao se cruzarem, assumem formas historicamente específicas e passíveis de mudança mediante a ação social, a própria dominação é um processo mutável e relacional que persiste, de formas distintas em determinados contextos históricos e entre grupos sociais. Modificar a análise para investigar como a matriz de dominação está estruturada ao longo de alguns eixos revela que diferentes sistemas de opressão

O poder econômico expressa-se numa estrutura de classes. Ainda que para ser construída, a etapa classista na história tenha precisado passar por fenômenos de gênero, como a divisão sexual do trabalho, ou pela dominação étnica, através da guerra, a verdade é que o que permitiu sua consolidação efetiva foram a economia privada e a apropriação econômica por parte dos grupos que passaram a constituir as classes dominantes. Essa estrutura reproduz-se diretamente através da institucionalização de um sistema de propriedade, mas, para ser legitimada, precisa de condições de gênero e de dominação cultural propícias. O poder patriarcal (de gênero) reproduz-se mediante a tradução de um poder econômico e político em poder simbólico, e o mesmo acontece com o poder étnico. Não pode haver poder de gênero ou poder étnico que se apoie exclusivamente em elementos simbólicos ou relações culturais, mas tem de haver, de permeio, a concentração econômica e a dominação política (BREILH, 2006, p. 215).

A epidemiológica crítica, enquanto emancipatória, deve estar alicerçada na construção de uma práxis que permita a reestruturação do saber sobre o processo saúde-doença, promovendo uma nova análise sobre o cuidado e percorrendo o caminho de mostrar a pertinência dos valores sociais como mediadores na compreensão do adoecimento. Isso significa demonstrar que a reprodução social e os processos críticos (destrutivos ou protetivos) advindos dela, são base fundamental para entender a totalidade do objeto a ser estudado. Considerando isso, delimitaremos a seguir o consumo de drogas nessa dinâmica de sociedade, desvelando alguns dos processos mais relevantes envolvidos nele.

3.3 Os processos críticos e a determinação do consumo de drogas, com suas particularidades, no capitalismo

Considerando o exposto até aqui, em especial as formas pelas quais o abuso e a dependência de drogas são limitadamente abordados pelos paradigmas médico-psiquiátrico e da epidemiologia hegemônica, é importante frisar que, a depender de como esse objeto é “recortado” em meios aos processos da totalidade social, tem-se diferentes proposições no âmbito das práticas assistenciais em saúde. E, sobretudo, tendências dominantes nos modos como são tratadas as pessoas que, como unidades biopsíquicas singulares, expressam na forma de “uma doença”, como por exemplo no transtorno por uso de substâncias, as contradições próprias da formação social em que determinadas condutas passam a ser concebidas como doença ou transtorno.

Considerando, também, a contextualização histórica apresentada no capítulo 1, trazendo as bases do modo de produção capitalista em que se estruturam as relações entre os homens e suas formas de produção e reprodução da vida e, também, a relação entre saúde, trabalho, modos

dependem de mecanismos estruturais e interpessoais de dominação variados” (OLIVEIRA; BASTOS; MORETTI-PIRES, 2021, p. 2)

de vida e Estado, as perguntas que nos mobilizam, ainda, são: quais as relações sociais e circunstâncias coletivas neste momento histórico e em nosso país que engendram o crescente consumo de substâncias como álcool e demais drogas, lícitas e ilícitas na população como um todo, mas em particular em determinados grupos sociais de trabalhadores? Deve-se considerar que seus modos de vida engendram tendências coletivas de determinadas necessidades à unidade biopsíquica, que buscam ser supridas pelos trabalhadores e trabalhadoras pela busca e consumo crescentes de diferentes substâncias. Estas, por sua vez, são amplamente disponibilizadas, cuja produção e circulação sob a lógica mercadoria incitam seu consumo e, num movimento complexo, criam novas necessidades biopsíquicas e sociais. Quais os processos críticos que configuram o consumo de drogas entre as pessoas em determinados padrões e com determinadas finalidades, que se tornam parte dos modos de vida de um contingente significativo de trabalhadores? Como se produz tal “problema de saúde pública”, processos de sofrimento e adoecimento que se apresentam segundo particularidades por grupos e, simultaneamente, de modo singular, compondo trajetórias pessoais de vida, expressando-se em alterações biopsíquicas, conectando-se com fatos, vivências e necessidades de cada pessoa? A busca por respostas a essas perguntas, mesmo que não alcançando em sua total profundidade, objetiva avançar da aparência do problema a um nível mais essencial. E qual sua faceta aparente? Os sintomas clínicos e suas causas imediatas referidas ao indivíduo, fruto da aplicação das correlações estatísticas encontradas entre determinados fatores de risco e tais sintomas ou transtornos, tipicamente, segundo os prismas uni e multicausal. Investiga-se o objeto em suas múltiplas determinações, a partir de sua historicidade, inserção na totalidade e, somente depois, retornar a sua apresentação mais imediata e fenomênica. Esse momento permite avançar, posteriormente, para o vislumbre das intrínsecas relações entre a produção social do crescente consumo de drogas e as estratégias políticas, sobretudo na área da saúde e saúde mental, para lidar com o problema, sendo a **reinserção social** uma das categorias-chave, ora sendo meio, ora sendo a meta, destas políticas.

Como visto, a determinação social do processo saúde-doença aponta-nos para um caminho de compreensão que, para desvelar a singularidade do consumo de drogas, devemos compreender sua determinação advinda dos processos críticos (processos protetores ou destrutivos) constituídos na reprodução social da vida sob o capital, e mais especificamente àqueles relacionados à produção-distribuição-consumo dos bens necessários à reprodução individual e social, inclusive das diferentes substâncias consumidas como lícitas ou como drogas, fazendo alusão à ilicitude, no senso comum. Breilh (2006) aponta que os processos críticos podem ser expressos em cinco dimensões: “processo laboral [de trabalho], processos da vida de consumo e familiar, da vida cultural e organizacional/ política e das relações

ecológicas” (BREILH, 2006, p. 294). Com base nas formulações, o autor propõe uma *matriz de processos críticos* que objetiva elaborar e sistematizar quais são os processos críticos existentes, e suas articulações dialéticas, na reprodução social da vida (nas cinco dimensões citadas) e seus três domínios de determinação (geral/universal, particular e singular).

A universalidade estaria expressa nas leis gerais da reprodução social da vida, na articulação entre produção-distribuição-consumo (BREILH, 1991). A particularidade, por sua vez, representa a mediação que expressa as formas pelas quais a universalidade se traduz na singularidade. A dimensão particular reside nos padrões de desgaste e reprodução da classe social e grupos sociais dos quais os indivíduos singulares participam, produzidos pelos processos críticos. (MORAES, 2018; ALMEIDA, BELLENZANI, SCHÜLI, 2020). Por fim, a singularidade só é possível a partir da sua relação com o que é mais geral, universal, e expressa nas determinações particulares, produtos do desenvolvimento histórico-social. A ‘dimensão singular’ “se refere às definibilidades exteriores irrepetíveis do fenômeno em sua manifestação imediata, acessível à contemplação viva” (Pasqualini; Martins, 2015, p. 364 apud ALMEIDA, BELLENZANI, SCHÜLI, 2020, p.259).

A partir daqui, recupera-se alguns achados e discussões das pesquisas atuais sobre o tema do consumo e abuso de álcool e outras drogas na saúde coletiva, segundo uma leitura de sua determinação social, valorizando os processos críticos de sobredeterminação e sua relação com modos de vida e perfis epidemiológicos - esses que condensam as características dos modos de vida dentro dos limites da sobredeterminação, e fazem surgir os perfis epidemiológicos na relação com as condições gerais de classes, e particulares aos estratos de classe.

Costa, Silva e Oliveira (2013) apontam algumas situações específicas de trabalho que favorecem o consumo de álcool, dentre elas, a instabilidade financeira, tensão, estresse e sensação de insegurança, volume de trabalho, desvalorização do trabalhador; pressão quanto a horários e metas; isolamento social; trabalho noturno. Os autores analisam também que há ocupações em que esse índice apresenta certa prevalência, como é o caso de trabalhadores do setor de construção, transporte industrial, manutenção, carpinteiros, jardineiros, trabalhadores rurais, pessoal de limpeza e mecânicos. Categorias, estas, que executam trabalhos fisicamente exaustivos, ou que exigem um nível intelectual elevado (neste caso, há uma prevalência de consumo de drogas que causam o efeito estimulante), ou ainda que exigem muitas horas de trabalho e pouco tempo de descanso. O desenvolvimento do alcoolismo ocorre na relação dos trabalhadores com as atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil), grande densidade de atividade mental (repartições públicas, comerciais), de trabalho monótono, que

gera tédio, trabalhos em que o indivíduo fica isolado do convívio humano (vigias), e situações de trabalho que envolve afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração). A especificidade de cada tipo de trabalho determina as condições pelas quais este trabalhador estará submetido. Ao passo que o sistema produtivo apresenta condições que favorecem o consumo de álcool e outras drogas, o consumo tendente ao abuso e dependência também traz consequências negativas, expressando-se nos ambientes de trabalho em absentismo, atraso, aumento dos índices de acidentes de trabalho e conflitos entre os trabalhadores.

As particularidades tanto do trabalho, quanto das condições de vida de diferentes grupos das populações, se apresentam como importantes aspectos do nível particular, que nos permitem transpor para a realidade aquilo que temos defendido desde o início deste trabalho: que há condições preexistentes que interdita e excluem os sujeitos, mesmo antes do álcool e drogas emergirem como recurso adaptativo e de enfrentamento nos modos de vida. A exemplo disto, Macedo et al. (2016) abordam o tema do consumo de álcool nos assentamentos rurais, destacando aspectos histórico-sociais na base dos processos críticos, como as fragilidades e entraves da política de reforma agrária em curso no país, questões ambientais, modos de produção e trabalho no campo, aumento do desemprego, pobreza e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, educação e proteção social.

Nos assentamentos visitados, encontramos uma realidade: não há acesso à educação de qualidade e atendimento em saúde, precárias condições de moradia, de renda, sem coleta pública de lixo e acesso à água encanada, produzindo impactos na realização dessas expectativas de melhoria de vida. Nesse sentido, por não terem acesso à escolaridade, muitos jovens e adultos se veem limitados em projetos de vida e oportunidades de trabalho. Se não optam pela agricultura familiar, o que é ofertado são trabalhos muito desgastantes física e psiquicamente, com baixa remuneração e sem garantia de direitos, ou terminam migrando para outras regiões, o que traz como consequência a descaracterização dos modos de vida do campo e seu esvaziamento. Isso leva a uma relação de dependência dos programas de assistência do governo federal. A falta de investimento sistemático na agricultura familiar, a sobrecarga do trabalho agrícola e a não garantia de direitos trabalhistas, nas situações que existem outros vínculos de trabalho, são elementos de risco para consumo problemático de álcool, pois a bebida versa como alternativa de alívio e relaxamento diante das precárias condições do cotidiano (MACEDO et. al, 2016, p. 561).

Ainda, na tentativa de evocar dados sobre as particularidades de grupos, estratos de classe, no entendimento situado do consumo de substâncias, Nascimento e Justo (2000) estudam o fenômeno da errância e a relação com o alcoolismo. Os autores denominam os sujeitos como “trecheiros”, sendo aqueles que sobrevivem do trabalho volante e temporário ou da mendicância, transitando de uma cidade para outra, caminhando a pé pelas estradas ou por

viagens concedidas por meio de entidades assistenciais. “São sujeitos colocados fora das disposições estruturais de um dado sistema social, ou que voluntariamente se afastam dos padrões de comportamento dos membros que têm status e função dentro daquele sistema” (p. 531).

Um dos motivos marcantes em toda a trajetória de vida desses indivíduos para se iniciarem no trecho foi o desemprego e a exigência de qualificação de mão-de-obra exigida atualmente pelo mercado. Impossibilitados de concorrer num mercado de trabalho cada vez mais competitivo, gradativamente, são impulsionados para a marginalização social. (...) No trecho, os motivos para o uso do álcool são atribuídos pelos próprios sujeitos à necessidade de esquecer problemas e adquirir um maior encorajamento diante das condições precárias em que vivem. Ou seja, o passado promissor que a maioria dos sujeitos tiveram parece ser um peso insuportável a carregar no presente. O consumo de bebidas alcoólicas atuaria como um mecanismo de defesa e fuga frente às frustrações da realidade com a qual não conseguem lidar satisfatoriamente (NASCIMENTO; JUSTO, 2000, p. 537).

Através desses exemplos, pode-se ver como a noção de processos críticos e a teoria da determinação social favorecem à uma visão ampliada do fenômeno do consumo de AD, pois determinadas condições remetem às macroestruturas do capitalismo, como também, à como estas se particularizam nos diferentes setores e atividades econômico-laborais em que estão divididos/organizados o trabalho e os trabalhadores.

As condições precárias de vida comprometem as capacidades biopsíquicas e sociais desses indivíduos, que podem encontrar nas drogas um alento, um anestesiamento dessas condições. Disso, apreendemos que “a acumulação capitalista determina socialmente, o consumo de drogas e, depois, com seus mecanismos ideológicos, inscreve o consumo de drogas, aquele que se torna potencialmente prejudicial ao capital, como um problema a ser combatido” (MORAES, 2018, p. 127).

3.3.1 Acumulação flexível e intensificação da alienação: da sobrecarga ao esvaziamento do trabalhador

Para avançar das proposições seminais da teoria da determinação social do processo saúde doença, do conceito de processos críticos, apoiando-nos em alguns achados e discussões das pesquisas com determinados grupos de trabalhadores, com suas particularidades, expostos anteriormente, faz-se necessário recuperar um tema que, a essa altura do trabalho, podemos formular como a conjuntura de sobredeterminação do problema do consumo abusivo de substâncias: o denominado regime de acumulação flexível do capital, já descrito de modo mais geral no capítulo um, apontando-o explicitamente como o processo crítico mais destrutivo, que se generaliza para toda classe trabalhadora e setores do trabalho, mesmo com particularidades.

As transformações econômicas e sociais ocorridas nos anos 70 - mudança do padrão de acumulação fordista-taylorista para o regime de acumulação flexível -, associadas ao acirramento da concorrência mundial no mundo capitalista e ao emprego de novas tecnologias (a chamada Terceira Revolução Industrial), contribuíram para afirmar e moldar um novo processo de acumulação de tipo flexível, também chamado de reestruturação produtiva.

Tentando reter seus traços constitutivos mais gerais, é possível dizer que o padrão de acumulação flexível articula um conjunto de elementos de continuidade e de descontinuidade que acabam por conformar algo relativamente distinto do padrão taylorista/fordista de acumulação. Ele se fundamenta num padrão produtivo organizacional e tecnologicamente avançado, resultado da introdução de técnicas de gestão da força de trabalho próprias da fase informacional, bem como a introdução ampliada dos computadores no processo produtivo e de serviços. Desenvolve-se em uma estrutura produtiva mais flexível, recorrendo frequentemente à desconcentração produtiva, às empresas terceirizadas, etc. Utiliza-se de novas técnicas de gestão de força de trabalho, do trabalho em equipe, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos semiautônomos, além de requerer, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores, em verdade uma participação manipuladora e que preserva, na essência, as condições de trabalho alienado e estranhado (ANTUNES, 2009, p.54).

Esse novo modo implicou em transformar diversas esferas da vida, antes não tidas como fontes de mais-valia, em atividades comercializáveis no mercado (SCHÜHLI, 2020), gerando uma tendência à maximização da alienação.

A reprodução social no capitalismo se caracteriza, desde sua gênese, pela divisão da sociedade em classes antagônicas e pela exploração do trabalho assalariado em uma relação de alienação. Tem-se a desigualdade social como efeito do movimento da reprodução ampliada do capital, com a acumulação da riqueza de um lado e o aumento da miséria de outro, tendo em vista, que é característica do capitalismo não somente a alienação, mas também a maximização da tendência à alienação. O aumento na produção de riquezas e acumulação de capital por uma classe em detrimento de outra, ocasiona a distribuição e acesso limitado e desigual, aprofundando a desigualdade social e criando abismos sociais entre os indivíduos. Dessa forma, as capacidades humanas, também fragmentadas e limitadas, ficam subordinadas às demandas do capital (MARX, 1983/2011). Já em sua fase atual, a essência do capitalismo não mudou, e em geral se intensificou e se expandiu para outras esferas da vida.

A relação de trabalho flexível instaura uma nova condição salarial caracterizada pela mudança da relação tempo de vida/tempo de trabalho, a chamada jornada de trabalho flexível. O capitalismo globalizado implica, conforme denominado por Alves (2011), “a precarização do homem que trabalha”, em um processo de conformação do sujeito humano, com quebra de coletivos de trabalho, captura da subjetividade do trabalhador e redução do trabalho vivo à força

de trabalho como mercadoria. O neoliberalismo no contexto da economia, política e cultura altera o desenvolvimento da consciência e luta de classe, acentuando o processo de dessubjetivação dos sujeitos, ao desmontar os coletivos de trabalho, agravando a alienação e individualização dos trabalhadores.

A acumulação flexível do capital e o agravamento da alienação em todas as esferas da vida: produtiva, de consumo e cotidianidade, política, ideológica e com as condições naturais, constituem processos críticos subjacentes em nível geral à conformação do processo saúde-doença em nossa sociedade, e desta forma estão relacionados ao consumo de drogas (MORAES, 2018, p. 121)

A alienação seria um produto da acumulação de capital ao despojar os trabalhadores (ativos ou do EIR) da consciência de suas necessidades enquanto indivíduo e do reconhecimento de si no processo de produção. O capital invade a vida privada, absorvendo os demais espaços da vida do trabalhador - vínculos familiares, momentos de lazer, participação popular, círculos de amigos e momentos de ócio - e, conseqüentemente, fragmentando sua subjetividade. O trabalhador por medo do desemprego, e tensionado pela superpopulação relativa, consente com um nível cada vez maior de exploração e esvaziamento, abrindo mão, inclusive de direitos sociais e trabalhistas.

As conseqüências para a saúde dos trabalhadores são o aumento da exploração da força de trabalho, a submissão dos trabalhadores a condições de trabalho desgastantes, o aumento da exposição aos processos destrutivos presentes no trabalho e a restrição ao acesso a serviços de saúde e de previdência social que poderiam recuperar as capacidades biopsíquicas desgastadas. Além de obstaculizar sua união na reivindicação por seus direitos e melhores condições de trabalho, a fragmentação da classe aprofunda ainda mais a alienação do homem em relação ao gênero humano. Os indivíduos deixam de se ver como pertencentes a um grupo, seja em seu local de trabalho, em sua categoria profissional, ou em relação à humanidade como um todo (VIAPIANA, 2017, p. 138)

O consumo de drogas, nesse sentido, se apresentada como uma possibilidade de preencher o esvaziamento das relações da vida de uma forma geral ao passo que, também auxilia no ocultamento das determinações do sociais do uso/abuso, quando compreendido e reiteradamente veiculado, segundo o paradigma médico-psiquiátrico dominante, individualiza as experiências de uso/abuso e suas conseqüências, como se a origem destas experiências se restringisse a história singular e tal história não tivesse conexão com a história social.

O processo de “captura” da subjetividade do trabalho, um processo coletivo e não pessoal, “tende a dilacerar (e estressar) não apenas a dimensão física da corporalidade viva da força de trabalho, mas sua dimensão psíquica e espiritual, que se manifesta por sintomas psicossomáticos” (p.42).

Enquanto modo de controle estranhado baseado na propriedade privada dos meios de produção da vida e na divisão hierárquica do trabalho, o capital aparece como a “coisa” ou objetos/objetivações, isto é, instituições sociais estranhadas ou valores-fetiches, que tendem a “reduzir”, por exemplo, o homem-que-trabalha ou o trabalho vivo à mera força de trabalho para a reiteração do sistema. A “vida reduzida” é, portanto, resultado de um modo de controle do metabolismo social. Institui-se, deste modo, um sistema social que não contribui para a explicitação (ou formação) de uma interioridade humana, no sentido de um ser genérico capaz de ir além do objeto dado, capaz de transcender as condições degradantes da sua hominidade humana (ALVES, 2011, p.50).

Esse estranhamento, no sentido marxista, diz respeito à existência de barreiras sociais que se opõem ao desenvolvimento da individualidade em direção à omnilateralidade humana. As principais barreiras sociais seriam, então, a brutal exclusão social, explosivas taxas de desemprego estrutural e a eliminação de inúmeras profissões (VIZZACCARO-AMARAL, 2011).

3.4 O sofrimento ético-político como experiência singular da exclusão

Os temas do trabalho, do esvaziamento subjetivo e perda de saúde dos/das trabalhadores/as, e da formação da força de trabalho reserva/exército de reserva²³ são temas centrais e indissociáveis da discussão sobre exclusão social, na relação com o tema da **reinserção social**, em sua particular acepção como diretriz das políticas de saúde em álcool e drogas. É inegável que o conjunto de transformações no sistema capitalista, como a reestruturação produtiva/acumulação flexível, desregulamentação e flexibilização do trabalho, trouxe não apenas novas formas de superexploração, com precarização do trabalho, como também a ampliação de vários processos e problemas sociais agrupados sob o conceito de exclusão social, inclusive alguns ligados à subjetividade humana, ao sentir, ao sofrer, para além da categoria sofrimento psíquico. Podemos evocar o “tipo” de sofrimento que Sawaia (2014b) denomina como sofrimento ético-político, sendo a dimensão subjetiva dos processos de inclusão-exclusão. Com essa categoria a autora busca apreender o sofrimento vivido como parte da exclusão, em sua experiência singular, de cada sujeito, e entender as significações associadas.

Em síntese, o sofrimento ético-político abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que

²³ Ambas categorias foram analisadas no capítulo 1 deste trabalho.

surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar afeto e desejo (...) a emoção vivida não diz respeito aos eu individual, mas ao sofrimento do excluído, portanto, aos fundamentos da coesão social e da legitimidade social. Ela revela o sofrimento pela consciência de como a lógica excludente (a qualidade das formas de produção e reprodução da riqueza e dos direitos humanos) opera no plano do sujeito e é amparada pela subjetividade assim constituída (SAWAIA, 2014b, p. 106-107).

Na perspectiva de análise pela psicologia social de base marxista, a que Bader Sawaia se filia, a lógica dialética inverte a ideia de inclusão social, desvinculando-a das noções de adaptação e de normatização e da culpabilização individual, ligando-as aos mecanismos psicológicos de coação social. A dialética exclusão/inclusão gesta subjetividades específicas que não são explicadas unicamente pela determinação econômica direta, pois se produzem por mediações complexas. Tais subjetividades determinam e são determinadas por formas diferenciadas de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência (SAWAIA, 2014a). A dimensão dialética da exclusão apresentada por Sawaia (2014a) não retira a discussão conceitual que a envolve, mas, ao assumir sua natureza ambivalente dos processos de exclusão e da sua conceituação, entende que as insuficiências e privações nas quais se inserem os sujeitos em situação de exclusão se desdobram para além do campo econômico, não se restringindo somente a ele. Assim, para a autora,

a exclusão é processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. É processo sutil e dialético, pois só existe em relação à inclusão como parte constitutiva dela. Não é uma coisa ou um estado, é um processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não tem uma única forma e não é uma falha do sistema, devendo ser combatida como algo que perturba a ordem social, ao contrário, ele é produto do funcionamento do sistema (SAWAIA 2014a, p. 9).

Portanto, a proposta de uma abordagem da exclusão deve superar a visão dualista de incluídos versus excluídos, exclusão versus inclusão, inserção, **reinserção**. De igual modo, ao ter em pensamento uma abordagem no plano da Psicologia, ela deve ser uma proposta que além de alcançar as determinações mais gerais do adoecimento e da exclusão, não apontando para um apagamento/ uma homogeneização de quem sofre, ou do como se sofre (por exemplo, só se sofre ensimesmando-se), embora a determinação em seu plano mais geral/universal seja amplamente comum. Nesse sentido, Sawaia (2014b) afirma:

a exclusão vista como sofrimento de diferentes qualidades recupera o indivíduo perdido nas análises econômicas e políticas sem perder o coletivo.

Dá força ao sujeito, sem tirar a responsabilidade do Estado. É no sujeito que se objetivam as várias formas de exclusão, a qual é vivida como motivação, carência, emoção e necessidade do eu. Mas ele não é uma mônada responsável por sua situação social e capaz de, por si mesmo, superá-la. É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividade delineada socialmente (p. 101).

Dessa maneira, refletir sobre esse sofrimento, é adentrar na relação singularidade-universalidade, mediada pelo particular. Podemos pensar, por exemplo, que a conduta regular de abusar de substâncias - seja por alguém, em uma fase ou em certas circunstâncias de sua vida, seja tomado como uma conduta que se tornou parte do modo de vida de um certo coletivo -, está revelando uma qualidade possível do sofrer humano, no sentido de uma das formas, qualificações, dentre várias outras, que o sofrer pode se apresentar em conteúdo e forma, em um determinado momento histórico e circunstâncias sociais. É também necessário que muitas vezes o sofrimento se apresenta quando tudo parece certo, normal, na sua mais perfeita ordem, com a pessoa “integrada à sociedade”, ou seja, assim vista quando está trabalhando e produzindo riqueza cujo acesso lhe é significativamente vetado. Portanto, é preciso desvelar as formas sutis de espoliação humana por detrás da ideia da integração social (inserção e **reinserção**) e, portanto, “entender a exclusão e a inclusão como duas faces modernas de velhos e dramáticos problemas - a desigualdade social, a injustiça e a exploração” (p.107). Marx (1983; 2011) já sinalizava o papel da miséria e da exploração no sistema capitalista, na alienação do trabalhador, portanto, a inclusão se daria de maneira alienada, sem cessar as desigualdades através da mercantilização das coisas e dos corpos, sendo a exclusão de uma certa “cota” de indivíduos, uma estratégia de manutenção da ordem e da reprodução social.

A análise da exclusão contemplando também desvelar a singularidade do sofrimento dirige-se a captar as vivências pessoais e de certos coletivos, expressas pelos mais variados tipos de doença, ou ditos transtornos, incluído nisto todo o rol dos transtornos criados pela psiquiatria ao tentar categorizar as condutas e consequências do consumo abusivo de diferentes substâncias. Cabe destacar que a dimensão singular proposta não deve ser analisada de forma descolada do todo, como acontece na proposta hegemônica de adoecimento em que há uma visão predominantemente orgânica/ biológica, ou psicológica solipsista, em que o social, se este atua de alguma forma, é um social “de cada um”, fica reduzido à variável do tipo social pesquisada, e cuja associação estatística com os sintomas, lhe dá status de causa. A proposta a que defendemos é que a individualidade humana é sempre social, através das apropriações e objetivações que acontecem ao longo do desenvolvimento histórico humano. A singularidade não se dá pela genética, mas, antes de tudo, pelo processo social, concreto e histórico que coloca cada homem e cada mulher em uma relação dinâmica e dialética com o gênero humano, com

sua humanização. Corroborando com essa afirmativa, citamos Sawaia (2014b) que agrega outros autores à discussão, sinalizando que

Robert Farr (1991) discute com acuidade o que ele chama de “individualismo como representação coletiva”, baseando-se em resultados de diversos trabalhos e pesquisas, Ele chega à conclusão de que a representação traz como consequência, entre muitas coisas, a atribuição de sucesso e do fracasso exclusivamente a pessoas particulares, esquecendo-se completamente de causalidades históricas e sociais. Há uma individualização do social e um endeusamento do individual. Questiona a moralidade de tais práticas, que são assim legitimizadas por determinadas teorias sociais (SAWAIA, 2014, p. 152).

Essa visão individualista, seja pelo paradigma unicausal ou multicausal, não dá conta de compreender o fenômeno como um todo, com seus atravessamentos e particularidades. Ou seja, um enfoque psicossocial que legitime e reproduza essa ideia, reproduz também a exclusão. Na legitimação da exclusão, encontra-se um ‘bode expiatório’ para a marginalização, sendo a vítima o próprio excluído.

Na relação gerada entre o capitalismo geral e suas expressões no encontro com as particularidades grupais/situacionais e singularidades, esse sistema social vigente, produz por mediações diversas seus reflexos na saúde física e mental das pessoas, o que deve ser considerado na análise desses fenômenos (FRAZATTO; SAWAIA, 2021).

O homem se apropria dos resultados produzidos pelo trabalho, como atividade social, tomando parte também, da produção da humanidade, tornando-o complexo. O conjunto de mediações entre o singular e o universal, é a particularidade, sintetizada na sociedade capitalista e na luta de classes. Nessa perspectiva, se faz importante, como já colocado nos momentos anteriores desse trabalho, se pensar um planejamento em saúde na área de álcool e drogas (no geral, da saúde considerada pública) recorrendo à análises que incorporem as dimensões da particularidade e da singularidade, entendendo que a primeira conecta a singularidade expressa no indivíduo e em seu sofrimento, com o geral/universal da sociedade capitalista. Assim, a análise da **reinserção social**, portanto, sem considerar essa mediação, simplifica e reduz a proposta, inserindo nela as sutilezas ideológicas de fragmentação do sujeito, individualização dos problemas e culpabilização pelo adoecimento.

O fato de existir uma menor visibilidade social da explicação segundo o prisma da determinação social e uma disputa em que sobressaem as explicações uni e multicausais, aponta para uma construção política marcada por práticas hegemônicas que reforçam o pensamento burguês. Mas pode-se questionar então: toda proposta de política social, sobretudo a que estamos tratando que versa sobre a questão álcool e drogas, ao se curvar ou se alinhar aos interesses dominantes, nada teria a acrescentar de benéfico aos trabalhadores ou na transformação da realidade objetiva? Ao entendermos a política estatal segundo a dialética

conquista-concessão como já mencionado, ao responder que nada haveria, perde-se a dialeticidade, invalidando, portanto, a luta social com a justificativa que nada vale a luta se o direito será delimitado pelo querer ou não das classes dominantes.

A pergunta mais adequada a ser feita é: dentro da proposta de **reinserção social**, conforme trazida ao longo desse texto, assentada sobre o capitalismo e com marcas do saber médico-psiquiátrico, quais as possibilidades de luta na direção de aumentar as possibilidades reais de que cada indivíduo atendido na RAPS seja reinserido socialmente, em outras condições que não àquelas que o adoeceram por meio de uma inclusão excludente, que já o faziam sofrer, o sofrimento ético-político?

4. A EXCLUSÃO SOCIAL COMO DIALÉTICA NA ANÁLISE DA REINserÇÃO SOCIAL: POSSIBILIDADES DE ANÁLISE E PROPOSTAS PELA SAÚDE COLETIVA NA QUESTÃO ALCOOL E DROGAS.

*“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como
coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão
organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”
(Bertolt Brecht).*

A **reinservação social** é um conceito amplamente promovido como uma prática nas políticas públicas de saúde, no que tange à sua delimitação teórica. No entanto, como vimos no capítulo 2 deste trabalho, este conceito é impreciso, ou tem sido assimilado de modo ideologizado por alguns grupos, o que compromete sua prática como diretriz da RAPS e do SUS na direção da cidadania dos usuários e da consolidação da reforma psiquiátrica.

Aporta-se para o debate formulações críticas da Saúde Coletiva Latino-Americana sobre os entendimentos fragmentados da ciência e da prática hegemônica representadas pelo paradigma multicausal / dos determinantes sociais, na abordagem do tema, e dominante nas políticas de saúde, conforme o capítulo 3. Contextualiza-se a estrutura de sociedade em que estão assentadas essas proposições, a capitalista, consonante ao que foi abordado no capítulo 1 e retomado no final do capítulo 3, permitindo que ao longo do trabalho fossem tecidas contraposições sobre o conceito, e a diretriz, de **reinservação social**. A esse ponto, reafirma-se todo o movimento histórico-social de transformações do capitalismo desde o século XVIII até sua fase atual, pois percorrê-lo nos possibilita argumentar que a dita exclusão social, se é que operemos com tal conceito, não é uma questão individual. Não se tratam de pessoas, cada uma excluída a seu modo, fora de diversas relações, atividades e espaços da sociedade, e muito menos tal exclusão é consequência de sua doença alcoolismo ou drogadição, devendo, então, serem todas, uma a uma, (re)inseridas socialmente. A exclusão é uma condição sistêmica que resulta de questões econômicas e políticas - sociais e históricas - constituídas previamente ao início do problema individual de abuso e dependência na trajetória singular de uma mulher, homem, jovem ou velho desta sociedade de classes em curso.

Engels (2010) em seu livro “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra” já descrevia como se dava o trabalho nas indústrias daquela época e em que condições viviam esses trabalhadores, em meados do século XIX. Asseverava:

[...] esses operários nada possuem e vivem de seu salário, que, na maioria dos casos, garante apenas a sobrevivência cotidiana. A sociedade, inteiramente

atomizada, não se preocupa com eles, atribuindo-lhes o encargo de prover suas necessidades e as de suas famílias, mas não lhes oferece os meios para que o façam de modo eficaz e permanente. Qualquer operário, mesmo o melhor, está constantemente exposto ao perigo do desemprego, que equivale a morrer de fome e são muitos os que sucumbem. Por regra geral, as casas dos operários estão mal localizadas, são mal construídas, mal conservadas, mal arejadas, úmidas e insalubres; seus habitantes são confinados num espaço mínimo e, na maior parte dos casos, num único cômodo vive uma família inteira; o interior das casas é miserável: chega-se mesmo à ausência total dos móveis mais indispensáveis. O vestuário dos operários também é, por regra geral, muitíssimo pobre e, para uma grande maioria, as peças estão esfarrapadas. A comida é frequentemente ruim, muitas vezes imprópria, em muitos casos – pelo menos em certos períodos – insuficiente e, no limite, há mortes por fome. A classe operária das grandes cidades oferece-nos, assim, uma escala de diferentes condições de vida: no melhor dos casos, uma existência momentaneamente suportável – para um trabalho duro, um salário razoável, uma habitação decente e uma alimentação passável (do ponto de vista do operário, é evidente, isso é bom e tolerável); no pior dos casos, a miséria extrema – que pode ir da falta de teto à morte pela fome; mas a média está muito mais próxima do pior que do melhor dos casos (ENGELS, 2010, p. 115-116).

O capitalismo, em sua forma mais primitiva, já era gestado segundo a deterioração das condições de trabalho, moradia, saúde, segurança nutricional e laboral, para grande parte da população. A acumulação capitalista gerou também, índices ampliados de desemprego, pois a exploração intensificada da mais-valia daqueles que estão ativamente trabalhando, manejando os meios de produção e as tecnologias incrementadas por meio das máquinas, gera um aumento no EIR - desemprego este que produzia mais e novas necessidades não atendidas, dinâmica esta favorecedora do consumo de álcool e outras substâncias.

Um passo adiante, nesse trajeto, é analisar a emergência da mercadoria droga, ou da lógica mercadoria da produção, circulação e consumo das substâncias psicoativas, sejam estas lícitas ou ilícitas a depender do momento histórico geral e por nações, bem como as respostas do Estado em geral (tópicos que serão mais pontuados do que propriamente desenvolvidos) e, em específico, na forma das políticas de saúde e saúde mental, cujas diretrizes entre outras, desponta como central a da **reinserção social**.

4.1 Mercantilização das substâncias psicoativas e a conversão de algumas ao status de droga: o consumo fetichizado e a criminalização como exercício de validação do poder hegemônico.

Desde o início da acumulação capitalista as drogas já se apresentavam como uma importante **mercadoria**²⁴ que impôs um conflito que permanece até hoje: a droga enquanto *valor de uso*, com propriedades psicoativas que atendem à necessidade humanas, sempre em criação, e como *valor de troca*, gerando lucro a um setor do capital que obtém acumulação de capital com esses produtos.

A relação entre o consumo de drogas e a exploração do trabalho assalariado, já desponta desde o século XVIII conforme a descrição de Engels (2010) sobre a situação da classe trabalhadora inglesa, que vivia em **condições deletérias de vida** (precárias condições de higiene, alimentação, moradia, e destituídos dos demais elementos necessários a uma vida minimamente saudável). O consumo satisfazia as necessidades de entorpecimento das dores ocasionadas **pela intensificação do trabalho, precarização dos vínculos trabalhistas e mudança na composição orgânica do capital**, e proporcionava algum prazer, considerando que o trabalhador agora não mais se reconhecia em seu trabalho e vivia uma **situação de estranhamento (alienação)**, não somente no trabalho, mas nas demais áreas de sua vida, subsumidas pelos interesses da classe dominante. Os danos causados pelo consumo crescente de álcool e as drogas (**aumento da superpopulação relativa e intensificação das condições de precarização da vida**) confrontavam a ordem burguesa que, para lidar com as contradições impostas pelo consumo e o impacto direto na produtividade diminuída, ou nos custos com a deterioração da saúde dos trabalhadores, instituiu intervenções que foram dando origem às políticas de Estado. Operando em forte medida segundo a medicalização social, visa restabelecer os corpos e, se para tal for necessário, estabelecer a abstinência como “dever” do trabalhador. Isso se desdobrou em **políticas proibicionistas e de repressão** que organizavam a economia política das drogas (SOARES, 2007).

O projeto da modernidade – concretizado com a Revolução Industrial e o advento do capitalismo – estimulava a urbanização, a internacionalização do comércio, impondo a adaptação das pessoas às necessidades do crescimento e da modernização; determinou a realocação e o reposicionamento de um enorme contingente populacional, trazendo como consequência a transição desequilibrada do rural-agrícola ao urbano-industrial. Dessa forma, se generalizaram as situações de submissão, desproteção, alienação, aculturação, degradação social. Já o projeto da “pós-modernidade” se incumbiu de tornar a situação ainda mais perversa marcando, com persistência e amplitude jamais vistas, a primazia da mercadoria e conseqüentemente a ampliação das desigualdades. Explicar o consumo de drogas inserido na dinâmica social – na sua dimensão estrutural – requer, portanto, em primeiro lugar, situar a condição histórica que inscreve a droga como uma mercadoria, ora lícita – proveniente de uma indústria com lucros aviltantes, ora ilícita – produzida e distribuída pelo narcotráfico. Em segundo lugar, é necessário compreender o

²⁴ Inserimos em negrito alguns itens que se seguem para destacar que estes compõem o que chamamos de processos críticos. Não entraremos em detalhes em cada um deles, mas consideramos importante acentuar que estes compõem os processos que se relacionamos ao objeto deste trabalho.

processo contemporâneo de produção e distribuição da mercadoria droga como consequência das formas atuais de acumulação capitalista (SOARES, 2007, p. 55)

A compreensão da droga como mercadoria é fundamental ao entendimento de seu consumo no modo de produção capitalista, tendo em vista que seus “efeitos-fetiche” vão além de suas propriedades psicoativas de alteração dos estados de consciência. Em relação ao conceito de fetiche da mercadoria, termo formulado por Marx, temos:

A mercadoria é misteriosa simplesmente por encobrir as características sociais do próprio trabalho dos homens, apresentando-as como características materiais e propriedades sociais inerentes aos produtos do trabalho; por ocultar, portanto, a relação social entre os trabalhos individuais dos produtores e o trabalho social total, ao refleti-la como relação social existente, à margem deles, entre os produtos do seu próprio trabalho (MARX, 2011, p.81).

Nesse sentido, o produto perde relação com quem o produziu e ganha uma existência própria dentro das relações do capital, compreendido como algo alheio ao trabalhador, ficando este, alienado em relação ao seu produto. Dentro do sistema capitalista, a mercadoria oculta as relações sociais de exploração do trabalho, denotando seu caráter fetichizado.

Uma relação social definida, estabelecida entre os homens, assume a forma fantasmagórica de uma relação entre coisas. Para encontrar um símile, temos que recorrer à região nebulosa da crença. Aí, os produtos do cérebro humano parecem dotados de vida própria, figuras autônomas que mantêm relações entre si e com os seres humanos. É o que ocorre com os produtos da mão humana, no mundo das mercadorias. Chamo isto de fetichismo [...] (MARX, 2011, p.81).

Nas relações sociais notamos imediatamente o valor de uso da mercadoria (sua função, utilidade), enquanto o valor de troca se expressa por meio da forma-mercadoria ou forma-dinheiro. Seu valor real, ou seja, o valor humano agregado a essa mercadoria, capitalizado e alienado, não é notado, mas transformado novamente em capital. “Por meio desta representação, na aparência, as mercadorias servem unicamente à satisfação das nossas necessidades, no entanto, na realidade, são as nossas necessidades (subjetivas, sociais), que servem à forma-mercadoria, que permitem essa mudança da forma valor” (MORAES, 2017, p. 122).

As necessidades que motivam o consumo de drogas se apresentam em relação intrínseca às demandas pelo processo de trabalho no capitalismo em seu padrão atual de acumulação flexível. A droga mobiliza-se como uma mercadoria potente para fuga, atuando como um recurso para minimizar as pressões que intensificam o desgaste da superexploração, intensificam os desgastes advindos do estresse e as carências do desemprego, da desregulamentação e flexibilização do trabalho, da desproteção social e do enfraquecimento dos vínculos pelo individualismo e a competitividade inerentes a esse modo de produção e que

se tornam inerentes aos modos de vida. Ademais, a vida alienada, destituída de realizações e prazeres nas esferas constitutivas ao ser humano – o trabalho digno e capaz de gerar desenvolvimento, o lazer e o descanso, a convivência familiar e comunitária com suas trocas afetivas, a fruição de bens culturais, o desenvolvimento educacional e intelectual, entre outras – pode ter, momentaneamente, seus prejuízos aplacados pelos efeitos das drogas, que não apenas entorpecem, mas também ocultam (fetichizam) as condições sociais que produziram tais sofrimentos (SANTOS; SOARES, 2013).

A satisfação das necessidades por meio das substâncias psicoativas tem na aparência a experiência puramente sensorial e de percepção alterando a condição física e psíquica, como uma relação natural e não como uma relação social que reforça o efeito de fetiche e alienação. Esse ocultamento da determinação social desse consumo produz, pela ideologia, a crença de que as drogas são as causadoras dos problemas sociais na vida de quem as consome e na sociedade como um todo, produz a crença de que as drogas são as geradoras dos processos de exclusão social. É importante frisar que com todos os avanços conquistados pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, os modelos de atenção não são plenamente desenvolvidos como os militantes trabalhadores e usuários organizados defendem e reivindicam. Seu enfoque nos indivíduos ao invés do enfoque nos processos críticos destrutivos e protetivos para o que são demandadas políticas (e respectivos financiamentos) estruturantes, transversais e intersetoriais, não chegam a tocar nem na superfície, nem na redução dos danos gerados. Prioriza-se a resposta individual, mesmo com padrões coletivos, à demanda de acumulação capitalista, marcada pelas políticas proibicionistas e de medicalização social (respostas ideológicas geradas pelo próprio capital). Quanto a isso, movimentos sociais contra-hegemônicos de luta por direito à saúde, e antimanicomial, com suas agendas de reformas, ainda não conseguiram reverter ou combater. Os “danos” causados pelas drogas, segundo a perspectiva mais ampla frente aos danos gerados, devem ser compreendidos, primariamente, pela forma de produção-distribuição-consumo em nossa sociedade (SANTOS; SOARES, 2013).

Soares (2007) cita Baratta (1993) ao explicar que a mercantilização das drogas tem relação direta com a mercantilização geral de tudo que se produz no capitalismo, resultado de um sistema de relações de produção em que prevalece a lógica da reprodução do sistema em detrimento do provimento das necessidades reais e particulares de os homens, mulheres, crianças, jovens e idosos. Ou seja, ao mercado de drogas interessa a venda de seus produtos, independente dos danos e consequências causadas por isso.

A droga é assimilada no imaginário social, desde sua eleição como um mal a ser combatido, no início do século XX, até seu acirramento com a guerra contra as drogas, à maneira das “crenças mágico-religiosas” que atribuem

poderes mágicos à substância. Se o fetiche significa a atribuição de poder a um objeto feito mercadoria, a droga como tal assume poderes enigmáticos nas subjetividades dos sujeitos no contexto atual. É inegável, tanto pela experiência histórica do homem como por algumas evidências da psicofarmacologia, que o consumo de uma substância psicoativa produz efeitos concretos de alteração da psicoatividade. Mas o poder de aprisionamento no objeto não se resume a essa experiência sensorial e sim ao efeito fetiche que mistura componentes “místicos” (e não é à toa que várias frentes que lançam enunciados contra as drogas têm vertente religiosa) ao seu estatuto de mercadoria com o concomitante temor da perda da razão e da liberdade, ficando o sujeito à mercê do impulso e da experiência emocional, como se fossem incontroláveis. Se a constituição de um fenômeno na história humana marca somente o seu caráter maligno, como é o caso das drogas (em especial as ilícitas), certamente esse aspecto vai ser preponderante como uma marca simbólica nas subjetividades, socialmente constituídas. O fato curioso que realça o seu valor fetiche capitalista é que a produção de drogas, seja no âmbito lícito ou ilícito, se manteve em ascensão como qualquer outra mercadoria, pois esta é a finalidade do sistema: produzir cada vez mais mercadorias já que a razão de ser é a ampliação e multiplicação do capital mesmo que signifique a exploração, a opressão e a perda de valores essenciais para manutenção da vida (SANTOS; SOARES, 2013, p. 46)

Os consumidores são capturados pelas necessidades objetivas e subjetivas, parte delas marcadamente ideologizadas, produzidas pelos próprios modos de vida no capitalismo, que os aliena e desgasta, produzindo necessidades que de alguma forma a droga atende. Neste sentido, o “poder exercido” pela substância não estaria restrito às necessidades de alteração neuropsíquicas, mas em primeira instância ao seu poder enquanto mercadoria, fetiche. Dentro da compreensão da saúde coletiva, essa e compreensão aparece como hipótese mais provável para “o crescimento do consumo tanto para o conjunto de substâncias lícitas como para as ilícitas e ela corrobora para compreender o fracasso das políticas proibicionistas e repressivas no enfrentamento dos problemas sociais relacionados” (SANTOS; SOARES, 2013, p. 46).

Nesse contexto, em âmbito global e como resposta social frente aos dados sobre o consumo de substâncias psicoativas, conforme citado no capítulo dois deste trabalho, a vertente principal que orienta as ações passa a ser jurídico-moral ou de guerra às drogas, organizadas em torno de políticas de proibição, criminalização e repressão do comércio, produção e consumo, focando na droga e no usuário individual como alvos.

Embora Foucault (2013) não tenha escrito especificamente sobre o consumo de drogas e sua criminalização, é possível extrairmos algumas ideias de sua obra que nos permitem relacioná-las. Em sua análise, o autor argumenta que o poder é uma força que permeia as relações sociais, dessa maneira, o poder punitivo aplicado na sociedade moderna também é uma forma de manutenção e validação de poder, que se baseia na criação de categorias de comportamentos desviantes, para os quais são atribuídas sanções penais para impor uma norma social específica em relação ao que é considerado aceitável ou não, disciplinando os corpos.

Mas podemos sem dúvida ressaltar esse tema geral de que, em nossas sociedades, os sistemas punitivos devem ser recolocados em uma certa “economia política” do corpo: ainda que não recorram a castigos violentos ou sangrentos, mesmo quando utilizam métodos “suaves” de trancar ou corrigir, é sempre do corpo que se trata – do corpo e de suas forças, da utilidade e da docilidade delas, de sua repartição e de sua submissão (FOUCAULT, 2013, p. 29)

Isto posto, a criminalização das drogas seria uma forma de punir os usuários a fim de normatizar e controlar os indivíduos que não se enquadram no modelo de cidadão obediente e produtivo, e de fortalecer o poder do Estado e da classe pela qual ele atua. No entanto, Foucault (2013) não deixa de pontuar que as práticas punitivas da sociedade não são necessariamente eficazes em termos de prevenção ou redução do crime uma vez que elas podem reforçar a marginalização e a exclusão social de grupos específicos e perpetuar ciclos de violência e criminalidade. Quanto a essa postura punitiva e o modo de produção capitalista, o autor acrescenta que:

(...) para dizer as coisas de outra maneira: a economia dos ilegalismos se reestruturou com o desenvolvimento da sociedade capitalista. Os ilegalismos de bens foram separados dos ilegalismos de direitos. Divisão que corresponde a uma oposição de classes, pois, de um lado, o ilegalismo mais acessível às classes populares será a dos bens – transferência violenta de propriedades; que de outro à burguesia, então, se reservará o ilegalismo dos direitos. (...) E essa grande redistribuição dos ilegalismos se traduzirá até por uma especialização dos circuitos judiciários: para os ilegalismos de bens – para o roubo – os tribunais ordinários e os castigos; para os ilegalismos de direitos – fraudes, evasões fiscais, operações comerciais irregulares – jurisdições especiais com transações, acomodações, multas atenuadas etc. A burguesia se reservou o campo fecundo dos ilegalismos de direitos (FOUCAULT, 2013, p. 80).

O poder é exercido não apenas através da legislação e da aplicação dela, mas também através dos ilegalismos de direitos, ou seja, da negação ou restrição dos direitos que são formalmente reconhecidos pela sociedade. E isso se dá de diferentes maneiras, incluindo a imputação de crime (reclusão e conseqüente exclusão social - uma dupla exclusão, ou exclusão secundária, que se sobrepõe à primária) ligado aos desdobramentos do consumo crescente de drogas, quando este está correlacionado a uma população considerada já destituída do acesso e da fruição a um conjunto de bens materiais e simbólicos, marginalizada em função das conseqüências desses interditos. E, e que no caso das formações capitalistas dos povos latino-americanos colonizados, serão os mais como pobres, as mulheres, os e pretos e as minorias étnicas, conforme a história de cada nação, os subgrupos da classe trabalhadora, os mais interditados, logo os mais excluídos, se usarmos tal noção. Portanto,

(...) essas concepções corroboram com o fundamento de que o problema central está na droga e/ou no sujeito (devido a sua “vulnerabilidade ligada a predisposição genética”). Portanto, o que se assimila no âmbito do imaginário social é que as políticas deveriam se voltar para eliminar as drogas da sociedade e tratar os “sujeitos vulneráveis” através de respostas punitivas e de encarceramento e quando muito a proposição de penas alternativas, ou ainda, no setor da saúde, através do tratamento tendo como foco à abstinência do uso de qualquer substância. No entanto, balizar as explicações pelos excessos, abusos e problemas relacionados ao consumo no contexto contemporâneo a partir dessas considerações torna a análise restrita ao âmbito das experiências e consequências individuais e desconectadas da realidade social, menosprezando-se o caráter histórico-social do fenômeno e as relações com a totalidade da vida social. Essas relações implicariam na constituição de novas formas de valorização dos produtos criados, em que a droga assume valor de mercadoria, tem função e base econômica que servem ao propósito de transmissão de valores atinentes a tal lógica capitalista (SANTOS; SOARES, 2013, p. 45).

Apoiando-se em trabalhos informados pela teoria social de Marx, e complementarmente, naquelas assentadas nas formulações foucaultianas, afirma-se que a criminalização das drogas deve ser repensada para dar lugar a uma solução que envolva a compreensão das condições sociais e psicológicas que levam as pessoas a recorrerem às drogas, onde a repressão e a criminalização das drogas só servem para agravar os problemas de saúde pública, sempre sociais, associados ao uso de drogas.

4.2 As Políticas de Saúde sob o capitalismo no Brasil: implicações disto para as políticas de saúde mental relacionados ao abuso de substâncias

Yazbek (2008) aponta que as políticas sociais, particularmente na periferia capitalista, são estruturalmente condicionadas pelas características políticas e econômicas do Estado. De um modo mais geral, essas políticas não são dissociadas da forma como se constitui a sociedade capitalista, os conflitos e contradições decorrentes dela em seu processo de acumulação, com uma classe minoritária ditando as formas que se organizam respostas para enfrentar questões sociais, econômicas, culturais e políticas, subordinadas aos seus interesses. As políticas sociais, incluindo as políticas em saúde, seriam intervenções do Estado para responder às demandas resultantes da desigualdade estrutural do capitalismo.

O papel do Estado só pode ser objeto de análise se referido a uma sociedade concreta e à dinâmica contraditória das relações entre as classes sociais nessa sociedade. É nesse sentido que o Estado é concebido como uma relação de forças, como uma arena de conflitos. Relação assimétrica e desigual que interfere tanto na viabilização da acumulação, como na reprodução social das classes subalternas. Na sociedade capitalista o Estado é perpassado pelas contradições do sistema e assim sendo objetivado em instituições, com suas políticas, programas e projetos, apoia e organiza a reprodução das relações sociais, assumindo o papel de regulador e fiador dessas relações. A forma de

organização desse Estado e suas características terão, pois, um papel determinante na emergência e expansão da provisão estatal face aos interesses dos membros de uma sociedade. Desse modo, as políticas sociais públicas só podem ser pensadas politicamente, sempre referidas a relações sociais concretas e como parte das respostas que o Estado oferece às expressões da “questão social”, situando-se no confronto de interesses de grupos e classes sociais. (p.4)

Sobre o papel do Estado nas políticas sociais, Brettas (2017) acrescenta ainda que este está marcado por relações de poder que limitam o exercício de sua soberania frente a outras formações econômico-sociais a que está submetido, funcionando como ferramenta a serviço do interesse das classes dominantes, sendo uma de suas expressões o caráter autoritário. A reprodução do capital está baseada na superexploração da força de trabalho, logo há uma necessidade de coerção dos trabalhadores, mesmo que em regime formalmente democrático. Isto porque as relações de troca e transferências de valor nesta dinâmica de acumulação interna, são respondidas com salários abaixo do mínimo para subsistência, intensificação de trabalho e extensão da jornada, ampliando o trabalho excedente e deteriorando as condições de vida da população. Dessa forma, a concentração desigual de riqueza potencializa os enfrentamentos entre as classes sociais que tendem a “ser respondidos com a criminalização das resistências populares” (BRETTAS, 2017, p. 56). Portanto, o Estado é compreendido como um produto da luta de classes, que representa primordialmente os interesses da classe dominante. Porém, incorpora as demandas da classe trabalhadora, explicitadas na luta de classes, mesmo que por meio de concessões que não ameacem o *status quo*, onde são permitidas políticas que visem melhorar as condições, mas dentro dos limites do aceitável ao capital.

O capitalismo atende a um mínimo das demandas crescentes da classe trabalhadora, mantendo concomitantemente seus lucros, sendo que a intervenção do Estado é necessária para que o ônus não fique com o capital privado. Assim, conforme Netto (2011), o Estado é capturado pelo sistema capitalista e transformado em seu Estado (Estado do capital), reconhecendo os interesses dele como os seus próprios. O Estado burguês nasceu justamente da vinculação à sociedade capitalista, desempenhando um papel importante nas intervenções econômicas e nas relações entre capital e trabalho. Dessa forma, o Estado ficou encarregado pela reprodução e manutenção da força de trabalho, engendrado com o capitalismo e desempenhando o papel de regulador da vida social, devendo assegurar, por meio de políticas sociais pensadas a partir do capitalismo, as condições materiais para a conservação da classe trabalhadora.

Nesse sentido, as políticas sociais são produto da luta dos trabalhadores pelo atendimento de suas necessidades, validadas pelo reconhecimento do Estado. Apesar da classe burguesa deter da hegemonia e domínio, os trabalhadores encontram um espaço de luta para conquistar direitos dentro do capitalismo, buscando melhores condições de vida e colocando-

se em contraposição à ordem social vigente. Dessa forma, quaisquer que sejam as políticas sociais que visem incorporar as necessidades dos trabalhadores à pauta de governo, se torna um jogo de disputas entre classes e negociações com a ordem burguesa. Quando pensamos nas políticas sociais como concessões do Estado e/ou da classe burguesa, a partir do real, não desconsideramos a luta e conquista de uma classe ao tensionar as condições vigentes, mas inserimos na discussão o pano de fundo sobre o qual essas disputas ocorrem, o capitalismo. E, dentro do capitalismo, qualquer conquista se torna uma concessão daqueles que detêm o controle da ordem.

Marx (2010) sinaliza a impossibilidade do Estado em resolver problemas sociais tendo em vista que isso implica na contradição entre a vontade política e sua função como ordenador da sociedade e mantenedor dos interesses das classes dominantes, atuando como um instrumento de controle social. Dessa maneira,

(...) o Estado jamais encontrará no ‘Estado e na organização da sociedade’ o fundamento dos males sociais [...]. O Estado é o ordenamento da sociedade. Quando o Estado admite a existência de problemas sociais, procura-os ou em leis da natureza, que nenhuma forma humana pode comandar, ou na vida privada, que é independente dele, ou na ineficiência da administração, que depende dele (MARX, 2010, p.58- 59).

Os ganhos parciais da classe trabalhadora (conquista) em detrimento do capital (concessão) estão relacionados diretamente com a configuração do Estado, pautado na lógica do capitalismo, que assegura as condições materiais para conservação da classe trabalhadora por meio de políticas sociais. Então, “através da política social, o estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica” (NETTO, 2011, p. 30). Neste mesmo sentido, Netto (2011) atribui à teoria marxiana da “lei geral de acumulação capitalista” a “anatomia” da “questão social”, concluindo que “o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a ‘questão social’” (p.157). Nos capítulos anteriores já abordamos sobre a questão social com mais profundidade, mas cabe aqui retomar que a questão social é inerente ao desenvolvimento do capitalismo em seu processo de expansão e acumulação e tem no “pauperismo” a primeira expressão explícita dela. Designou-se por “pauperismo” a nova forma de pobreza que atingia a classe operária a partir do final do séc. XVIII, que acumulava péssimas condições de moradia e de nutrição, fome e miséria generalizada, baixa expectativa de vida, mortalidade infantil, proliferação de doenças, alcoolismo, entre outros aspectos. Esta pobreza não estava associada à escassez ou ao baixo desenvolvimento das forças produtivas. Pelo contrário, estava associada proporcionalmente à elevação da capacidade produtiva nos moldes capitalistas sob a apropriação privada dos meios de produção e da riqueza social produzida pelo trabalho alheio (PIMENTEL, 2012; NETTO, 2011).

A questão social ultrapassa a dimensão socioeconômica, atinge a dimensão política e como descrevemos acima, atinge a subjetividade, produzindo o sofrimento ético-político, produzindo-se as lutas operárias em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Sobre isso Iamamoto (2001) afirma que as lutas sociais rompem com a dimensão privada, restrita, das relações entre capital e trabalho e traz a questão social para uma dimensão pública, exigindo a interferência estatal para o reconhecimento das exigências e necessidades e para a legalização de direitos dos sujeitos sociais envolvidos. O Estado é redimensionado para operar novos mecanismos que passam a articular funções políticas e econômicas, buscando assegurar de modo mais efetivo a realização dos objetivos de acumulação do capital, tratam-se de “mecanismos de intervenção extra-econômicos” nas expressões da questão social, dentre os quais situam-se as políticas sociais (NETTO, 2011, p.24). Disso observamos as contradições inerentes às políticas sociais, ora atende as necessidades de reprodução da classe trabalhadora – como resultado de conquistas históricas desta classe nos limites da sociabilidade capitalista; ora, como mecanismo do Estado na garantia das condições necessárias ao processo de reprodução do sistema do capital, enquanto “financiamento público de parte do capital variável” (NETTO, 2011).

O neoliberalismo apontou para uma reordenação do papel do Estado que, embora limitado em alguns poderes relativos ao controle de mobilidade do capital e política fiscal, sua ação de intervenção foi expandida para atender aos interesses do capital sob os desígnios do neoliberalismo, penetrando ainda mais fortemente nos aspectos da vida político-econômica, em substituição ao modelo de atuação estatal com ênfase no Estado de Bem-Estar Social (EBES), vigente desde o pós Segunda Guerra na Europa.

No contexto de expansão da política social na sociedade moderna, representativa da dialética conquista-concessão, cabe destacar que o Estado de Bem-Estar Social, Welfare State dos países europeus, configurou-se como um modo de enfrentamento do Estado à desigualdade, constitutiva do capitalismo e suas contradições. De um modo geral, o EBES constitui-se pela pressuposição da responsabilidade do Estado pelo bem-estar de seus membros, defendendo um padrão mínimo de vida para todos, como questão de direito social, através de um conjunto de serviços provisionados pelo Estado. O EBES surgiu no final do século XIX e início do XX como uma resposta às desigualdades geradas pela Revolução Industrial. O modelo consolidou-se no continente europeu, após a 2ª Guerra Mundial, e teve o Plano Beveridge na Inglaterra como base para o sistema de proteção social britânico e vários países europeus. A referência conceitual desse sistema foi a noção de Seguridade Social, e tinha como princípios: “a) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos por meio de ações em três direções: elevado nível de emprego, prestação de serviços sociais universais como

saúde, educação, segurança social, habitação e um conjunto de serviços pessoais; b) universalidade dos serviços sociais, c) implantação de uma rede de segurança de serviços de assistência social” (YASZEK, 2008, p. 8).

Para Netto (1995), o Estado de Bem-Estar social foi o “único ordenamento sócio-político que, na ordem do capital, visou expressamente compatibilizar a dinâmica da acumulação e da valorização capitalista com a garantia de direitos políticos e sociais mínimos (p.68)”. No entanto, esse modelo entrou em crise nos anos 70, sendo questionado porque, enquanto modelo econômico, fez aumentar o déficit público, desestimulou o trabalho e a competitividade e aumentou a inflação, segundo a ótica econômica neoliberal. A crise acentuou-se, principalmente, pela diminuição da produção e aumento das despesas sociais, adquirindo uma imagem de má administrador da economia e empecilho do progresso econômico. A crise do Estado de bem-estar social, de acordo com Netto (1995) “evidencia que a dinâmica crítica desta ordem se alçou a um nível no interior do qual a sua reprodução tende a requisitar, progressivamente, a eliminação das garantias sociais e dos controles mínimos a que o capital foi obrigado naquele arranjo” (p.70).

O capital não conseguiu compatibilizar seu desenvolvimento com as necessidades das massas, apontando para uma validação do modelo neoliberal como solução para o avanço econômico, e para o desmonte dos Estados Sociais e para a reestruturação produtiva. O neoliberalismo aponta o Estado Social como o principal responsável pela crise do capitalismo da década de 70. Para enfrentá-la a estratégia pautou-se em quatro pontos centrais, segundo Silva (2006), sendo elas: combate ao déficit fiscal do Estado para gerar maior liberação para a iniciativa privada; substituição das políticas voltadas ao aumento da vagas de emprego para políticas que permitam a comercialização da força de trabalho como qualquer outra mercadoria; eliminação ou redução exponencial das políticas de proteção social que aumentam o consumo de massa; não intervenção do Estado na regulação de capital e comércio, permitindo a livre movimentação e distribuição de recursos financeiros. No entanto, isso não significa que a ação intervencionista do Estado tenha sido reduzida. Pelo contrário, ela é redirecionada pelo capital, conforme suas necessidades de acumulação e expansão, penetrando mais intensamente em certos segmentos da vida e tornando-se mais intervencionista que antes. A autora cita Harvey (2004), que afirma que a condição essencial para as atividades capitalistas é um Estado burguês como entidade política capaz de orquestrar arranjos institucionais e manipular as forças de acumulação do capital para preservar o padrão desigual de interesse dos capitalistas dominantes.

Essas mudanças vêm sendo implementadas por meio de uma reversão política conservadora, assentada no ideário neoliberal que erodiu as bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado no âmbito da

produção e distribuição da riqueza social. Na intervenção do Estado observa-se a prevalência de políticas de inserção focalizadas e seletivas para as populações mais pobres (os invalidados pela conjuntura), em detrimento de políticas universalizadas para todos os cidadãos. O que se constata é que há um denominador comum na maior parte das análises sobre as mudanças no Estado de Bem Estar Social: o “paradigma da exclusão” passou a prevalecer sobre o da luta de classes e das desigualdades constitutivas do capitalismo; a nova realidade é definida como pós-industrial, pós-trabalho, pós-moderna, etc (YAZBEC, 2008, p. 9).

Sob o neoliberalismo, há um apagamento da visão dos processos gerais/universais pela população, para uma visão individualizada dos problemas e necessidades, visando o enfraquecimento das lutas de classes, dos arranjos sindicais, partidários e de movimentos sociais, o que favorece o balizamento e fragmentação das políticas sociais. Esse pensamento pode ser estendido, por exemplo, ao que trazemos anteriormente sobre a lógica hegemônica da apreensão da saúde-doença, onde há a fragmentação do sujeito, afirmando uma causação estritamente biológica e, portanto, a atuação visaria uma adaptação e restabelecimento desse corpo sem questionar a materialidade social vigente.

Podemos problematizar se as ditas “políticas de álcool e drogas” com foco assistencial individual sobre os “doentes”, e poucas medidas que alcancem os processos críticos destrutivos, não representam justamente essa fragmentação? De igual modo, aos ditos excluídos - alcoolistas e dependentes químicos em geral que se encontram desocupados, portanto, sem renda própria, sem suporte familiar suficiente que lhe dê provimento mínimo para a reprodução individual - tendem a ser vistos pelas políticas como se sua condição fosse individual? O próprio consumo abusivo de drogas ou suas consequências, por exemplo, passam a vigorar como únicos ou principais elementos de causação da exclusão, sendo, portanto, o consumidor que deve ser “tratado” em seus problemas individuais, sem correlação com a totalidade social.

As necessidades básicas para a reprodução da vida, seriam então, satisfeitas pelo mercado, enquanto troca por mercadoria, e não pelo Estado como articulador de condições básicas de direito para todos os indivíduos. No âmbito da saúde, o cenário se assemelha à lógica mercadológica também, considerando que há um intenso tensionamento de ações visando a privatização, fomento à saúde suplementar, financiamento de comunidades terapêuticas, que transformam a lógica do cuidado em mercadoria.

No Brasil, não houve a implementação de um EBES e o mais próximo do que se pensou para a incorporação de diretrizes para uma política social, foi a Constituição de 1988. Essa legislação aponta para a garantia dos direitos sociais por meio de uma política de Estado pautada em princípios como a universalidade e isonomia e se expressou como uma demanda da classe trabalhadora organizada por meio de mobilizações sociais (BRETTAS, 2017). No entanto, o

texto constitucional por si só não é capaz de estruturar uma rede de proteção social, pois sua implementação pressupõe a reestruturação das condições históricas e materiais.

(...) uma retomada analítica das políticas sociais brasileiras no final do milênio, apesar da Constituição de 1988, revela sua direção compensatória e seletiva, centrada em situações limites em termos de sobrevivência e seu direcionamento aos mais pobres dos pobres, incapazes de competir no mercado. Nesse sentido as políticas acabam sendo o lugar dos não direitos e da não cidadania, lugar a que o indivíduo tem acesso, não por sua condição de cidadania, mas pela prova de que dela está excluído”. Cabe lembrar, neste contexto, o grande crescimento do Terceiro Setor, recolocando em cena práticas filantrópicas e de benemerência como expressão da transferência à sociedade de respostas às sequelas da questão social (YAZBEK, 2008, p. 13).

A ofensiva neoliberal no Brasil, datada a partir de 1990, orienta os serviços públicos destinados à proteção social a uma vertente mercadológica, tornando-os cada vez mais escassos em detrimento dos serviços privados voltados ao lucro, priorizando planos privados de saúde e previdência e transferindo a responsabilidade para a sociedade civil sob a justificativa do voluntariado, solidariedade e cooperação. As políticas sociais são transformadas em ações pontuais e compensatórias, direcionadas pelo ideário neoliberal, à privatização, focalização e descentralização, marcadas pela ineficiência e insuficiência dos programas sociais (SOARES, 2020).

O SUS, hoje a maior política social do país, foi instituído como uma forma de consolidar as políticas de saúde, avançando-as significativamente, operacionalizando a previsão constitucional da saúde como direito social básico universal. No entanto, a própria Constituição não exclui a possibilidade de que, para garantir uma rede de serviços própria, haja participação de entidades privadas. Para além de uma rede cooperativa entre serviços público-privados, estabeleceu-se também no cenário social e assistencial uma rede de serviços privados sem vínculos com o serviço público, os chamados serviços suplementares. Podemos notar que, mesmo sendo, a priori, uma tentativa de garantir proteção social, a própria Constituição versa sobre possibilidades voltadas ao capital, resultando em uma mercantilização do SUS e das políticas sociais (FERREIRA, 2018).

A análise do direito à saúde na relação com as contradições da sociedade capitalista nos leva a refletir que, há uma incompatibilidade entre os interesses e estratégias capitalistas (mobilizadas também pelo aparato estatal, como no caso das políticas sociais) e a plena efetivação dos direitos sociais que se assentam justamente nesse processo contraditório. Embora signifiquem conquistas importantes para prover as condições necessárias para a sobrevivência da classe trabalhadora, são construídos nas perspectivas de atenuar os conflitos e conceder minimamente alguns recursos que possibilitem a reprodução da força de trabalho

necessária à continuidade do capital, evidenciando as implicações das relações sociais capitalistas nas condições de saúde-doença. Boito Jr. (2007) ressalta que,

No modo de produção capitalista, a igualdade de direitos civis, políticos e sociais coexiste com a desigualdade de classes. Por isso, essa igualdade é, na verdade, formal. A desigualdade de classes nega a igualdade proclamada no plano dos direitos, bloqueia e contamina o igualitarismo jurídico, e, ademais, esse igualitarismo, isto é, a cidadania, pode ocultar dos trabalhadores a exploração e a dominação de classes que os vitimam (BOITO JR., 2007, p. 257).

A composição fragmentada de uma sociedade em duas principais classes, entre aqueles que possuem os meios de produção e aqueles que detêm somente sua força de trabalho e necessitam vendê-la como forma de garantir sua sobrevivência, gera a concentração de riqueza para os primeiros e, por conseguinte, a desigualdade social. E isso implica na negação de condições de vida dignas e saudáveis para a parcela da população expropriada. Dessa maneira, as condições de inserção (ou não) dos trabalhadores no mundo do trabalho, determinam o quão desgastante pode ser seu trabalho, bem como as possibilidades de acesso aos bens e serviços produzidos e necessários para sua reprodução. Referente a isso, Albuquerque e Silva (2014) acentuam,

Finalmente, em uma sociedade de classes, em um mesmo momento histórico, o modo de viver, adoecer e morrer das diferentes classes e estratos de classe é bastante diverso. Em uma sociedade como a brasileira, por exemplo, já se sabe do que mais adoecem e morrem os médicos, os bancários, os banqueiros, os pedreiros, os engenheiros, os estivadores, os trabalhadores de telemarketing, os desempregados, entre outros. Têm uma expectativa de vida bastante diversa e adoecem e morrem por causas bastante distintas devido ao modo como se inserem no mundo da produção e no consumo. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 961-962).

E ainda,

A vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. Compreender a determinação social da saúde, portanto, não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano, e o acesso aos produtos necessários para tal, dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 962).

É inegável que a constituição do SUS representa uma conquista importante para a classe trabalhadora, na medida em que se persegue concretizar a universalidade de acesso aos meios e recursos para recuperar a saúde ou mantê-la, contudo nas condições macroeconômicas e políticas engendradas pelo capital e pelo neoliberalismo, a ruptura da lógica seletiva e excludente não se dá por completo.

Assim como citado anteriormente por Albuquerque e Silva (2014) em referência à desigualdade e igualdade coexistirem no mesmo plano, podemos utilizar essa mesma lógica ao considerarmos a coexistência da exclusão e da inclusão, mesmo em políticas ditas universais e isonômicas. Expropriada dos meios de produção, encontram-se aquém do sistema produtivo, tornando-se uma mercadoria, um meio de mais acumulação de capital. As condições deletérias de reprodução da vida podem ser encontradas tanto em indivíduos que não estão inseridos ativamente no sistema produtivo (contraditoriamente, também dentro, mesmo que seja como EIR), como nos que estão dentro, mas na informalidade, em condições insalubres de trabalho ou ainda, com salários incompatíveis com as necessidades básicas de sobrevivência.

A ênfase na ‘**reinserção social**’ dos excluídos dependentes químicos ou em padrão de uso abusivo, seja como objetivo final ou método das políticas de atenção em álcool e drogas, sem a devida atuação do Estado por meios de políticas que ajam sobre os processos geradores, sobre as condições estruturais existentes, apresenta-se como um problema sério. Parece estar subjacente que a exclusão é decorrente do abuso e, mesmo que leve em consideração os ‘grupos de risco’, não se propõe a deslocar o entendimento de que esses grupos são marginalizados por questões sociais e históricas. Há uma desconsideração (ideológica) do consumo de substâncias na relação com os modos de trabalho e vida das pessoas, regidas pela lógica do capital. As diretrizes de **reinserção social** não parecem ser capazes de dar conta da realidade objetiva excludente e da situação de indignidade que vive uma parcela crescente de pessoas.

Esses entendimentos são necessários, pois, como o próprio Marx (2011) pontua, não é possível pensar numa transformação qualitativa da sociedade se não efetivarmos uma mudança estrutural no trabalho e sua organização para além dos da expansão do capital.

O binômio inclusão-exclusão se constitui como os dois lados da mesma moeda: a lógica de exploração e dominação do capital. Subjaz à inclusão, pressão sob os trabalhadores pela adaptação passiva da ideologia e das exigências objetivas do capital, como a alta produtividade, a abdicação de outras esferas da vida, por exemplo. Então indagamos, estar “bem incluído” seria, então, estar resignado na ordem social vigente, excludente em sua natureza?

Administrar a desigualdade significa “incluir perversamente e tratar apenas de seus efeitos superficiais, deixando de lado as causas mais profundas da exclusão, reproduzindo novas formas de sofrimento ético-político” (SAWAIA, 2014, p. 57). Pressupõe a reprodução incessante de um fenômeno e a incessante reprodução (ilusória) de sua solução.

Dessa forma, a estrutura social não se preocupa em incluir, de fato, os que estão excluídos. Ao contrário, ao apregoar a necessidade de estratégias de inclusão, e implementar muito limitadamente políticas efetivas de redução das desigualdades, por exemplo, algumas políticas acabam por concretizar formas de exclusão, pois o capital se alimenta da desigualdade

para existir. O que se encontra nas políticas públicas de cunho “inclusivo”, em geral são formas de adaptação à ordem social, de “reduzir os danos”, não ações efetivas que visam a atingir as causas profundas de diferentes processos de exclusão. Isso é o que Sawaia (2014a, 2014b) define de inclusão perversa. Ao incluir perversamente, a ordem social legítima e desenvolve o sofrimento ético-político tolhendo a humanidade e negando as necessidades básicas do ser humano. Aí reside o caráter ilusório da inclusão. O que se tem, portanto, é a “dialética exclusão/inclusão”. A explicação para a expressão dialética exclusão/inclusão tem suas raízes na concepção marxista sobre o papel da miséria e da servidão, fundamentais para a sobrevivência do sistema capitalista. Fixa-se especialmente na ideia de que a sociedade exclui o trabalhador, alienando-o. De acordo com essa concepção, desvela-se o tom ingênuo e falsamente humanitário de algumas propostas que se apregoam “combatendo” a exclusão, inserindo-se nas estratégias históricas de manutenção social. Isso quer dizer que a exclusão faz parte do movimento de reconstituição constante de formas de desigualdade, assim como o processo de concentração de riquezas e mercantilização das coisas e dos homens, que se expressam de formas diversas através da segregação, apartheid, guerras, miséria, violência legitimada (SAWAIA, 2014b).

Em relação aos ‘excluídos’, podemos resumir os dois traços principais que circulam na literatura sobre exclusão social: o primeiro é a impossibilidade de serem absorvidos pelos novos processos produtivos, em razão do seu crescimento numérico e da ausência das habilidades requeridas; e o segundo relaciona-se ao estigma que sobre eles se abate e que pode ter como consequência sua expulsão da ‘órbita da humanidade’ (FONSECA, 2014, p. 237).

Esse aspecto do estigma é particularmente relevante com relação às pessoas com problemas envolvendo abuso de substâncias, pois a elas se associam atributos como: viciadas, instáveis, loucas, pouco dignas de confiança, sem disciplina e compromisso com responsabilidades na esfera da família e do trabalho. Tais estigmas se somam aos processos da sobredeterminação, interditando mais ainda novas trajetórias possíveis de vida. A diminuição dos trabalhadores à condição de ‘descartáveis’ e com riscos iminentes de eliminação (até mesmo física), amplia a força destrutiva e autodestrutiva do capital, pois o impulso para eliminação do trabalho é componente fundamental de suas contradições internas, visto que sua existência depende da existência do trabalho, constituindo sua dinâmica e metabolismo de sobrevivência. “Nesse intervalo, a única direção que prevalece é sua cega necessidade de expansão, acumulação e controle de toda reprodução social – um movimento destrutivo e autodestrutivo que, portanto, produz incessantemente suas próprias contradições e crises” (FONSECA, 2014, p.238).

A perspectiva dialética proposta por Sawaia, fundamenta-se epistemologicamente na dialética marxista que aponta a inclusão social como um processo de disciplinarização dos excluídos, servindo a um processo de controle social e manutenção da desigualdade social, motivo pela qual se insere na luta pelo poder. A inclusão assume formas perversas de manutenção das práticas de exclusão, produzindo formas de incluir e reproduzir a miséria, quer seja rejeitando sua visibilidade, quer seja acolhida, incorporando-a à paisagem como algo exótico ou pelo retorno do “lirismo ou da retórica econômica do papel turístico”. As políticas sociais priorizam a inclusão social, equivocadamente, como forma de atingir os excluídos que estão no limite das privações através de programas focalizados que sustentam rótulos de inclusão social (SAWAIA, 2014b).

Por uma questão didática, cabe ressaltar aqui que, conforme trazido no capítulo 1, o recorte feito por esse trabalho toma como “excluídos”, àqueles que estão fora das condições de assalariamento ou, se incluídos, estão de forma precarizada e, dessa maneira, são aqueles que ficam impossibilitados ou possuem dificuldades de se autosuprir, de se reproduzirem socialmente. Dessa maneira, apontamos para uma exclusão estrutural delineada pelos moldes de produção capitalista. Dito isto, nossos apontamentos durante todo esse trabalho versam sobre a superação da abordagem da **reinserção** em um plano microssocial, ou dito de outra forma, em um plano individual, na direção de uma abordagem macrossocial, pressupondo a dialética singular-particular-universal dos fenômenos em curso.

Busca-se a **reinserção social**, enquanto diretriz de tratamento para a problemática de álcool e drogas, relacionada com as condições precarizadas sobre o capitalismo, propomos o deslocamento do ponto de vista singular do tratamento e cuidado para uma análise dos processos gerativos da condição em que este indivíduo está. Não estamos dizendo que o fortalecimento de vínculos interpessoais, inclusão no processo produtivo, por meio do trabalho, como forma de obter meios para manutenção da vida e demais ações tomadas como reabilitadoras no âmbito do cuidado individual, devem ser desconsideradas ou banalizadas. Pelo contrário. Ascender a um plano universal das condições humanas no capitalismo, não invalida o sofrimento em sua singularidade, dessa forma, as conquistas da Reforma Psiquiátrica na implementação de uma nova forma de cuidado, é uma conquista da classe trabalhadora. A **reinserção**, mesmo com todas suas limitações teórico-práticas, inscreve um importante avanço na superação do modelo de manicomização (mesmo com constantes retrocessos, como no caso do avanço das comunidades terapêuticas), ao pressupor que há possibilidade de os usuários retomarem suas vidas, enquanto sujeitos de sua história e que disso depende o fortalecimento de vínculos comunitários

No entanto, por mais engajados que estejam os profissionais de saúde e toda rede de atenção com a ‘superação’ da exclusão dada pelo consumo de drogas, as ações só alcançam o plano dos microprocessos e lidar com essa parcela recortada da realidade sem alcançar as determinações sociais gerativas das condições que levam à exclusão e inserem as drogas como possibilidade de entorpecimento e alienação, é uma missão quase utópica para esses serviços. Não é possível ‘resolver’ a exclusão com “estratégias de inserção social” pensadas dentro de cada serviço ou mesmo em rede como preconizado, no curso do cuidado individual, por mais qualificado que seja esse cuidado. Por isso, as políticas de saúde mental, dentre elas a de atenção em álcool e drogas, devem compor uma agenda de macropolíticas, articulada com outras políticas que venham a regular as relações econômicas, trabalhistas, de educação e de bem-estar na direção da proteção da vida e não dos interesses da classe dominante.

Embora haja um campo de atuação que seja na singularidade do sofrimento, lidar apenas com essa parte, produz um apagamento da raiz central do problema que é a desigualdade e a pobreza inerentes ao sistema capitalista. Saúde mental também é garantia social e não existe tratamento de saúde mental sem combate à desigualdade social.

A sociedade exclui para incluir e essa metamorfose é condição para a desigualdade, implicando em um caráter ilusório de inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da sociedade inserida através da insuficiência, desdobrando em reflexos para além do sistema econômico. A ideia de **reinserção** aponta para a adaptação a uma sociedade que exclui, para assim ser incluído, a inclusão perversa.

Com isso, o conceito de **reinserção social** ao mesmo tempo em que volta o seu olhar para o ser singular (foco de sua intervenção), não deixa de se preocupar com a saúde da sociedade, isto é, com a harmonia social. Por esta via, a **reinserção social** pode se constituir em um conceito que prende o indivíduo a uma sociedade abstrata e harmônica, ou seja, que não traz consigo a crítica à particularidade na qual a pessoa em sofrimento psíquico se encontra, e ainda defende que ela deva retornar a esse particular, sem problematizá-lo. Ou seja, além de não conseguir ascender à universalidade e manter como máximo de possibilidades o retorno à sociedade, esta é considerada apenas em sua aparência e não é vista como um empecilho para se atingir a universalidade (FRAZATTO; SAWAIA, 2021, p. 214).

A dicotomia inclusão/exclusão é um falso problema no capitalismo, já que este almeja a inclusão de todos em seu funcionamento dentro de sua lógica de subordinação do trabalho ao trabalho abstrato. Como exemplo, tem-se os vários cursos técnicos profissionalizantes que defendem o “empreendedorismo” e a “inserção rápida e eficaz no mercado de trabalho”, isto é, utiliza-se a educação como meio para “qualificação de mão-de-obra” perante as necessidades do capital e não numa premissa de educação de cunho emancipador, crítico, atuante e que

permita a apropriação dos conhecimentos artísticos, filosóficos, científicos e culturais à classe trabalhadora. Mesmo os indivíduos que se encontram em níveis de miséria e pauperização absolutos também estão inseridos num movimento maior da dinâmica inerente ao próprio movimento do capital (ROSSI, 2017).

Considerando toda a exposição trazida até aqui, fundamenta-se hipótese inicial de que a exclusão é um processo prévio ao consumo de drogas, sendo este uma expressão singular do adoecimento gerado pelo sistema capitalista em que vivemos. Por mais que o consumo de drogas seja alvo de marginalização, criminalização e se encontre em uma lógica adaptacionista de saúde mental, há um processo protetivo implicado nesse consumo, mesmo que não seja visível em sua aparência. As drogas, em grande medida, surgem como uma possibilidade de entorpecimento das condições deletérias pelas quais indivíduos estão submetidos, ao passo que, isso implica também em aprofundamento da exclusão, pois insere esse indivíduo em processos de estigmatização e em condições ainda mais empobrecidas, em uma posição de demandar novas intervenções do Estado para disciplinarização desse corpo.

As políticas de atenção em álcool e drogas fazem uma transposição do conceito de **reinserção social**, anteriormente cunhado no contexto de desospitalização, para utilizá-lo como objetivo final do tratamento para pessoas em geral. O uso indiscriminado e descontextualizado retoma a ideia de retorno à condição de origem, sem questioná-la, colocando em suspenso as condições de vida, inerentes ao capitalismo, que corroboram com o adoecimento. Ao ser utilizado como um dos objetivos da reforma psiquiátrica, o conceito deveria estar impregnado de práticas emancipatórias e de geração de autonomia. No entanto, nas normativas que direcionam as práticas em álcool e drogas, já uma menção superficial de um termo que pouco traz de claramente efetivo.

Não há aqui a proposição de adotar uma posição destrutiva de todas as conquistas que a implementação dessas políticas representa à noção de cuidado. O objetivo foi de incluir um olhar sobre o conceito, sobre a produção do conhecimento atrelado a ele e sobre a legitimação da ciência em sua relação com a história, a hegemonia, o capital e a exploração e, ainda, a relação desses conceitos com o campo da psiquiatria, suas bases epistêmicas e suas relações com a noção de saúde-doença. Nesse sentido, a discussão contribui para a desconstrução de um paradigma psiquiátrico, inscrito nas políticas e, antes de mais nada, sendo expressão de um modo de produção que o utiliza para manutenção do *status quo*. A política social brasileira precisa avançar em vários aspectos, dentre eles, citamos os elencados por Yasbek (2012):

1. Avançar na perspectiva de universalização da política social (Saúde, Educação), buscando não restringir as políticas sociais à função de combate à pobreza, abandonando suas possibilidades na redução das desigualdades sociais. É preciso superar a perspectiva que, “atribui às políticas sociais um

caráter minimalista, focalizado em situações de extrema pobreza, o que as esvazia de seu potencial universalizante e equânime”. 2. Buscar construir e assegurar a perspectiva de seguridade social no sistema protetivo da sociedade brasileira. Não podemos esquecer do reconhecimento do valor do trabalho que se constitui a moderna seguridade social. Essa cobertura é social, não depende do custeio individual direto e objetiva oferecer um conjunto de condições de vida a todos os cidadãos. 3. Integrar as políticas de enfrentamento à pobreza com políticas universais: “conjugação adequada entre as chamadas políticas estruturais voltadas à redistribuição de renda, crescimento da produção, geração de empregos, reforma agrária, entre outros e as intervenções de ordem emergencial, muitas vezes chamadas de políticas compensatórias. Limitar-se a estas últimas quando as políticas estruturais seguem gerando desemprego, concentrando a renda e ampliando a pobreza... significa desperdiçar recursos, iludir a sociedade e perpetuar o problema”. Por outro lado, também não é admissível o contrário. Subordinar a luta contra a pobreza à conquista prévia de mudanças profundas nas políticas estruturais representaria a quebra da solidariedade que é dever imperativo de todos perante os milhões de cidadãos hoje condenados à exclusão social e à insuficiência alimentar (YAZBEK, 2012, p. 317)

É necessário, para além de uma agenda que se comprometa com o combate de situações de exploração e desigualdade, uma política capaz de se desvencilhar das determinações causalísticas e dos condicionamentos impostos pela sociedade em que estamos inseridos. Embora saibamos que escapa às políticas de saúde e sua abrangência, a capacidade de reverter por si só essas condições desiguais, sem a devida articulação e tensionamento das demais políticas (previdência, de assistência social), há sim nelas uma potência política de construção de direitos e de iniciativas de desconstrução de uma ordem desigual. Assim como Breilh (2014) pontua, propomos uma ruptura do modelo de pensamento positivista que reduz e simplifica para a abertura das potencialidades mais objetivas da complexidade e da diversidade. No entanto, essa ruptura deve se efetuar sem que ocorra uma desconstrução que substitua a ditadura da totalidade pela tirania da particularidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo recuperar a historicidade da diretriz da reinserção social nas políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, analisando suas definições e proposições em um conjunto de atos normativos, em diálogo com a literatura atinente. Uma das preocupações do estudo era compreender os fenômenos psicológicos envolvidos no abuso de substâncias, bem como a diretriz da reinserção social de usuários, nos serviços de saúde (CAPS AD), buscando desnaturalizar suas manifestações imediatas e superar o dualismo individual/social, na direção da dialética da realidade.

A hipótese preliminar proposta e que se sustentou com base nas argumentações aqui levantadas, foi de que a proposta de reinserção social presente nas políticas de saúde para a compreensão da questão álcool e drogas em sua relação com a saúde e a sociedade, guarda imprecisões conceituais, além de incompleto detalhamento teórico-metodológico. Para tanto, utilizou-se o seguinte percurso ao longo do texto.

No capítulo 1 discutiu-se sobre o capitalismo, enquanto estrutura produtiva e de organização da sociedade de classes. Como proposição original para o debate do tema, na tentativa de lançar luzes sobre tais condições apresentou-se aportes nas formulações da teoria social marxista sobre a formação do exército industrial de reserva na economia capitalista, baseada na exploração, produtora de alienação e precarização geral da vida de grande contingente de trabalhadores, expressando-se em modos de vida que implicam mais danos à saúde como o abuso de AD.

Considerando que, o modo de funcionamento do capitalismo, não é datado de agora, pelo contrário, desde sua origem implicou em diversos reflexos sociais inerentes dessa forma de organização social, resgatamos um texto importante de Engels (2010), “A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra” em que o autor descreve como se dava o trabalho nas indústrias daquela época e como viviam esses trabalhadores. O autor aponta jornadas de trabalho de dezesseis horas/dia, grávidas tendo filhos na fábrica, crianças com menos de sete anos impulsionando teares em troca de comida, fábricas sem janelas ou vasos sanitários e os trabalhadores fazendo suas refeições no chão. Os donos das fábricas e comerciantes, a classe burguesa, não se importavam com as condições dos seus empregados, visto que existia um vasto exército de reserva de força de trabalho desocupada, que ajudava a baratear o valor pago aos trabalhadores que vendiam sua força de trabalho.

A questão é que para a estrutura capitalista é mais fácil, rentável e eficiente a individualização de problemas cujas determinações não estão encerradas nos trabalhadores, o que tende a gerar sua culpabilização, um artifício eximindo do capital para se eximir das

responsabilidades dos adoecimentos entre outras mazelas geradas por essa forma de reprodução da vida. O desenvolvimento capitalista produz a questão social e a tendência capitalista é de que sequelas dessa questão sejam recortadas, na atuação do Estado e na percepção social, como problemas particulares a serem enfrentados em nível individual, como, desemprego, fome, falta de moradia, violência (BELLENZANI, SOUZA, 2021).

Após a contextualização sobre a sociedade em que estão assentadas as relações, as políticas e as ideologias neste modelo de sociedade, o capítulo 2 buscou lançar luzes às políticas de saúde mental, percorrendo-as até chegarmos àquilo que se encontra mais delimitado enquanto diretriz da reinserção social, no contexto das políticas de álcool e drogas.

Partiu-se de uma perspectiva de que saúde e doença não são estados estanques, isolados, de causação aleatória – não se está com saúde ou doença por acaso e que há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade, o que em geral ficou obscurecido na atuação, e história, da Saúde Pública. Embora a Saúde Pública se defina como responsável pela promoção da saúde, suas práticas historicamente se organizaram em torno de conceitos de doença. Outra questão é que suas práticas tendem a não levar em conta a distância entre conceito de doença - construção mental - e o adoecer - experiência da vida -, produzindo-se a 'substituição' de um pelo outro. O conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade (CZERESNIA, 2013, p.10).

Após esse debate, seguimos percorrendo a diretriz da reinserção social quando firmamos nosso entendimento de haver uma fragilidade teórico-metodológica em torno do uso desta noção, com rasas descrições e definições, um uso genérico, indicando principalmente sua associação com o processo de desinstitucionalização do cuidado, datado de determinado contexto histórico-social que remonta ao início da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Destacou-se uma transposição “automática” não totalmente apropriada da diretriz da reinserção social, do contexto da desinstitucionalização na reforma psiquiátrica nos anos 80 do século XX, para as políticas de saúde em AD da atualidade, nos principais atos normativos vigentes. Dentre as implicações disto, ficam obscurecidas as condições históricas e sociais que envolvem o consumo e o abuso de substâncias na sociedade atual por um crescente número de trabalhadores e trabalhadoras. Buscou-se discorrer sobre tais condições, a fim de desobscurecê-las.

No capítulo 3, foi proposta uma discussão sobre o processo saúde doença, retomando, primeiramente, as lógicas explicativas limitadas da doença das abordagens unicausal e multicausal, modelos ainda hegemônicos na proposição de ações e políticas em psiquiatria e saúde mental. A teoria da determinação social do processo saúde doença, aportada como marco

teórico-metodológico desse trabalho, possibilitou a integração conceitual entre as dimensões da saúde-doença e da reprodução social da vida, condição necessária para compreensão e intervenção eficaz sobre essas duas esferas. O processo saúde-doença deve ser compreendido em sua relação mais ampla com os modos de produção e reprodução social. Da mesma forma, foi possível compreender os processos produtivos para além dos meios de produção (matérias primas e instrumentos de trabalho), mas também como processos de consumo e desgaste da força de trabalho. A inserção dos indivíduos em suas formas concretas, ditam diferentes graus de desgaste das capacidades humanas, físicas e mentais, determinadas pelas cargas de trabalho predominantes em cada inserção produtiva. As diversas atividades requerem distintas quantidades e intensidades de trabalho, de atos, operações etc., com graus variáveis de exigência física, de disposição psíquica, de alienação, etc. (LAURELL, 1983). O entendimento do processo saúde-doença avança para uma direção cuja visão se posiciona contra a fatalidade do “natural”, não excluindo a participação do âmbito biológico, mas não a reduzindo segundo o prisma unicausal. O processo saúde-doença é social e biológico, simultaneamente, e não é contraditório esse caráter simultâneo. Essa afirmação é verdadeira se analisarmos que a própria normalidade biológica humana é social, pois não é possível explicar essa normalidade destoadada do processo histórico, segundo nos ensina Laurell.

A integridade psíquica dos indivíduos só é mantida quando há um processo de restabelecimento que corresponda ao desgaste gerado, caso contrário, desenvolvem-se múltiplas formas de deterioração das capacidades vitais, com obstruções na vida dos indivíduos. Essas obstruções, vivenciadas como sofrimento, podem ser apreendidas pela medicina e pelos serviços de saúde como patologias que devem ser medicalizadas (ALMEIDA, GOMES, 2014). Como exemplo disso, temos o consumo abusivo de substâncias, que vem sendo abordado cada vez mais nas redes de saúde como adoecimento individual, desconsiderando em grande parte, as determinações sociais.

Além do trabalho, mas por ele influenciadas, há outras dimensões da reprodução social das capacidades vitais dos indivíduos, como a dimensão do cotidiano e consumo, da relação com o ambiente, da vida política e ideológica, segundo nos ensina Breilh. Há dimensões gerais e particulares que determinam as condições concretas em que as existências singulares dos indivíduos se efetivam. São processos gerais e particulares predominantes nessas várias dimensões que criaram uma dialética de limites e possibilidades que determinarão as condições concretas do devir cotidiano da vida e da saúde. A depender das dinâmicas às quais estejam subordinados nessas dimensões, os sujeitos terão à disposição variados modos de acesso e qualidade de repouso, alimentação, moradia, lazer, direitos sociais, participação política, relações afetivas, entre outras. Aqui se manifesta a determinação da pauperização dos

trabalhadores e do aumento das desigualdades sociais sobre o processo saúde-doença. As múltiplas dimensões de produção e reprodução social atravessam os grupos sociais e sociedade, separando-os e juntando-os em diferentes arranjos, que no plano singular e particular disingirão os modos de andar a vida, estruturados em objetivação-apropriação e desgasteprodução, portanto, modo de (re)produzir a vida (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Em relação ao objeto ‘saúde’, Breilh (2006) reconhece a sua complexidade e multidimensionalidade, afirmando ser possível dimensioná-la como objeto (dimensão ontológica), como conceito (dimensão propriamente epistemológica) e como campo de ação (dimensão da práxis). Segundo o autor, “como processo, ela se realiza na dimensão geral na sociedade, na dimensão particular dos grupos sociais e na dimensão singular dos indivíduos e seu cotidiano” (BREILH, 2006, p.43). Dá-se o nome de processos críticos destrutivos os processos que acentuam o desgaste em detrimento da reprodução das capacidades vitais. Já os processos que impulsionam a reprodução da vida contra seu desgaste são denominados como processos críticos protetores da saúde (BREILH, 1991).

Considerando essas pontuações, o processo saúde-doença deve ser visto ao mesmo tempo como resultado e componente dos modos de vida dos indivíduos e sociedade, pois os múltiplos processos sociais envolvidos nas relações, influenciam em maior ou menor grau, nas possibilidades de proteção da saúde que constituem, simultaneamente, a delimitação histórica da “margem de movimento” dos sujeitos diante da saúde-doença. Trata-se de investigar as formas de subordinação da vida e da reprodução das classes sociais, e suas frações e segmentos, à dinâmica atual da acumulação capitalista e suas implicações sobre: os processos produtivos, as formas de extração de mais valia absoluta – prolongamento de jornadas, intensificação do trabalho – e relativa – a automação e a ampliação da composição orgânica do capital e suas implicações sobre a produtividade, o valor das mercadorias, as atuais formas de expropriação das condições de reprodução da classe trabalhadora (a mercantilização dos serviços públicos), o papel do Estado, entre outros.

No capítulo também foi proposta a articulação da diretriz segundo a dialética inclusão-exclusão. Segundo Sawaia (2014), a exclusão é um processo complexo e multifacetado, configurado pelas dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas e que, só existe na relação com o seu par dialético, a inclusão. A sociedade, portanto, “exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão”. A inserção econômica, decente ou não, digna ou não, sempre se dá de algum modo” (p.8). A sociedade exclui para incluir e essa metamorfose é condição para a desigualdade, implicando em um caráter ilusório de inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da

sociedade inserida através da insuficiência, desdobrando em reflexos para além do sistema econômico. A ideia de reinserção aponta para a adaptação a uma sociedade que exclui, para assim ser incluído, a inclusão perversa.

Por fim, no capítulo 4 buscou-se retomar toda apropriação feita ao longo do texto e, a partir disso, discutir a exclusão, não buscando encerrar sua análise, tendo em vista que o conceito é muito mais amplo do que este trabalho daria conta de abarcar, mas o utilizando como aporte para discutir dialeticamente a reinserção social nas políticas de saúde e saúde mental voltadas às pessoas com problemas envolvendo o abuso de substâncias, nosso tema central - possibilitando uma releitura da diretriz e a necessidade de avançar na direção de uma reconfiguração da práxis na reinserção social (e para isto, da política de saúde mental de modo mais amplo), de modo a vir a ser efetivamente combatente dos processos críticos destrutivos à saúde da classe trabalhadora geral, com suas particularidades por estratos e subgrupos. A esse ponto, reafirmamos que o percurso realizado de retomada do movimento histórico-social de transformações do capitalismo desde o século XVIII até sua fase atual, possibilitou argumentar que a dita exclusão social, não é uma questão individual. Não se tratam de pessoas, cada uma excluída a seu modo, apartadas, fora, de diversas relações, atividades e espaços da sociedade, e muito menos tal exclusão é consequência de sua doença denominada alcoolismo ou drogadição, devendo, então, serem todas, uma a uma, e (re)inseridas socialmente. A exclusão é uma condição sistêmica que resulta de questões econômicas e políticas - sociais e históricas - constituídas previamente ao início do problema individual de abuso e dependência na trajetória singular de uma mulher, homem, jovem ou velho desta sociedade de classes em curso.

As condutas de uso e abuso de substâncias passam a atender necessidades criadas, ou a amparar, mesmo que precariamente (podemos nos perguntar se até de modo auto-enganoso), os indivíduos em situações de necessidades não atendidas. Tais condutas indicariam a busca de recursos adaptativos, de sobrevivência, nas condições deletérias (determinação social). Sem que se identifiquem as facetas destrutivas à vida e à saúde deste sistema, pode-se apregoar a reinserção social sem ter a dimensão de que na prática, em um determinado modelo de política e seus vieses ideológicos, suas propostas poderão redundar no retorno das pessoas atendidas aos mesmos “postos” de trabalhos, a locais ou relações de pertença, à realização de tarefas, papéis e obrigações que, em verdade, vêm adoecendo as pessoas.

A reinserção não pode ser abordada somente enquanto um conceito que fala por si, estático; é preciso tentar aprendê-la em suas facetas objetivas, expressando-se em práticas sociais no âmbito da atuação assistencial do Estado por meio de suas políticas de saúde/saúde mental, no processo de reprodução social geral e da força de trabalho em específico, do que participam direcionamentos ideológicos ou seja, direcionamentos da classe dominante. De certo

modo, as políticas de saúde em álcool e drogas atuam dessa forma, quando na prática a reinserção social se converte em melhorar as capacidades do indivíduo como força de trabalho, incentivando seu retorno ao trabalho e sua maior produtividade, mesmo que isso implique no retorno à condições deletérias que atuaram no movimento de “empurrá-lo” ao uso drogas como um mecanismo de adaptação e entorpecimento da realidade, conforme descrevemos anteriormente.

É importante frisar que no conjunto de atos normativos apresentados não há nenhuma menção às causas dos processos da (suposta) exclusão social das pessoas em abuso de substâncias, quando tidas como público-alvo das estratégias de reinserção ou inserção social. Também não há nenhuma designação de programas ou políticas sociais de outros setores, para viabilizar a reinserção de pessoas em sofrimento psíquico e abuso de AD, por meio da efetivação de moradia, trabalho, educação profissional, entre outros. O acesso a trabalho e renda, citado nas normativas como uma das estratégias de reinserção, é onde essencialmente a luta de classe se processa. Os indivíduos são balizados enquanto colaboradores, constituintes da sociedade, incluídos socialmente, desde que inseridos no mundo do trabalho. Tendo em vista que na sociedade capitalista há um conjunto de trabalhadores em algum grau impossibilitados do acesso a um conjunto de bens e experiências que a humanidade produz, neste sentido, tal formação social “o exclui”. Somente deste ponto de vista é passível o uso do termo exclusão, logo como uma exclusão secundária, adicional, não a primeira.

Portanto, a ausência de uma reflexão dos processos determinantes da exclusão, somada às fragilidades conceituais em torno da reinserção, colaboram com o pensamento simplista e medicalizante de atribuir tal exclusão à própria dependência química, à “patologia que alguém possui”. Como se diz, no senso comum, o vício acabou com a vida dele, referindo-se aos processos de perdas, incapacidades, marginalizações e desvinculações de relações e atividades sociais. A essas fragilidades apontadas sobre a diretriz da reinserção social se soma o próprio prefixo “re”, ao fazer supor que houve uma inserção social precedente (Frazatto & Sawaia, 2016) perdida pelo isolamento manicomial ou pela dependência química, ou em função de quaisquer condições psicossociais que comportem incapacidades ou improdutividade laboral. Oculta-se, assim, o que se buscou evidenciar na linha de argumentação e reflexão ao longo de todo o presente estudo: que os modos de viver e trabalhar exigidos das pessoas, para que elas estejam ativas e produtivas em um sistema de reprodução da vida e social explorador, podem ser justamente esses modos os elementos mais determinantes na construção social de um contexto amplo de “incitação”, “estimulação” do consumo abusivo de AD.

Nesse sentido é preciso, também, indagar sobre quais as práticas profissionais na RAPS têm sido mais frequentes, a partir da diretriz, mas sobretudo a partir das impossibilidades

concretas, da inserção social, entendida como vida plena na sociedade – dadas as próprias contradições do capitalismo, a falta de políticas estruturantes e intersetoriais que de fato viabilizem os direitos sociais básicos, ao setorialismo da Política de Saúde Mental no Ministério da Saúde. As normativas no âmbito da rede de atenção psicossocial trazidas até esse momento, fazem uma delimitação muito clara de que as políticas públicas de inclusão são pautadas em uma ótica individualizada de tratamento, prevenção e reinserção. Tem-se a ideia de que a exclusão decorre dos problemas ligados às drogas e ao álcool, o que não podemos desconsiderar, mas também não podemos cometer o equívoco de reduzi-la somente a isso, ou principalmente a isso, quando o consumo é somente um de seus aspectos intensificadores.

Nota-se, que as imprecisões conceituais em torno da reinserção social e as condições objetivas de vida e da administração pública que estão colocadas, facilitam o uso oportunista, ideológico, dessa e de outras diretrizes, como se vê na “Nova” Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas, do então governo de Jair Bolsonaro, que alçou as comunidades terapêuticas a uma inserção no SUS nunca antes vista, conforme discutido no capítulo 2 do presente estudo. Com isso, está se buscando a aceitação geral da ideia de que a tarefa de realizar “estratégias” de reinserção social de dependentes químicos pode ser tranquilamente desempenhada por instituições que adentram o SUS, mesmo atuando em oposição aos compromissos da reforma psiquiátrica.

Defender a reinserção social como diretriz assistencial pressupõe o combate a essa apropriação ideológica, bem como às relações sociais e condições de trabalho e vida nas quais as pessoas adoecem. Em geral, quando obscurecidas, ficam mais facilitadas as condições para que quaisquer “coisas” sejam vendidas como “estratégias” de reinserção, que acabam por vezes, em seu viés conservador, “forçando” as pessoas a se adaptarem às condições que vêm produzindo seu adoecimento e sua participação precária nas relações sociais de produção e trabalho. Uma apropriação reducionista, rasa, simplista, ou ideológica da noção de reinserção social tende a desvirtuar os propósitos de políticas sociais conquistadas por lutas sociais, como as políticas de saúde mental e álcool e drogas comprometidas com o respeito aos direitos humanos fundamentais, convertendo-as em instrumentos de adaptação e recolocação de capital humano ao ciclo produtivo. Com efeito, a reinserção social se revela, assim, na vida objetiva, não como o acesso e gozo a um conjunto de direitos que atendam necessidades para uma vida digna e plena, mas sim como a materialização de uma ideologia mantenedora da ordem social. Se dependentes químicos nunca estiveram fora da estrutura social e política, mesmo improdutivos, mas fundamentais como EIR, e por vezes são incorporados às atividades marginais ilícitas, porém produtoras de capital, então, é preciso ter uma visão mais profunda

para que lhes servem, ou servem à estrutura social, as substâncias lícitas ou ilícitas que consomem.

Embora organizações responsáveis pelas diretrizes de saúde mental ao redor do mundo, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sejam organismos internacionais sob forte influência do modelo capitalista e de intervenções de países dominantes, que exercem domínio sobre países subdesenvolvidos, há um movimento mais atual destas agências internacionais que aponta para direcionamentos relevantes, quanto à necessidade de articulação das políticas de saúde mental com outras políticas, demarcando um movimento de intersetorialidade, como visto, por exemplo, no guia “Orientações sobre serviços comunitários de saúde” da OPAS, de 2022. No entanto, entendemos que essa intersetorialidade está longo de ser alcançada no Brasil, nos âmbitos de planejamento, financiamento, implementação de medidas de uma amplitude considerável, nos setores da vida social e da gestão pública. Intersetorialidade restrita ao nível de trabalho das equipes, somente dos microprocessos de trabalho e em geral voltadas aos casos individualmente, embora seja um passo necessário, não é suficiente, pois não tem alcance sobre os processos críticos implicados na produção da vida de coletivos mais amplos, com suas particularidades.

Acentua-se aqui, aquilo que foi sinalizado durante o trabalho, a necessidade de que as políticas de saúde mental num perspectiva intersetorial, mais do que a colaboração necessária entre profissionais de diferentes setores das políticas sociais, sejam intersetoriais em sua capacidade de direcionarem e dirigirem reformas políticas e legislativas, planejamentos operacionais e de financiamento que prevejam transformações estruturais, capazes de reverter a medicalização social que o enfoque biomédico produz, ainda prevalente nas práticas de saúde mental. Os serviços de saúde mental por si só, não são suficientes para objetivarem a reinserção social, tendo em vista que as necessidades dos usuários estão vinculadas também a setores outros da proteção social como moradia, trabalho e educação. Somente com essa visão ampliada seria possível pensar em uma diretriz de reinserção que fosse minimamente efetiva no modelo capitalista em que estamos assentados.

Considerando a atuação da psicologia no âmbito das redes de saúde mental, acentua-se que, embora este trabalho não tenha se atido em pormenorizar as ações realizadas por este campo de conhecimento, reconhece-se o movimento de suas entidades superiores em direção à uma prática que aborde o contexto social como base importante para se reconhecer as formas de adoecimento e as diretrizes de atuação. Cita-se, por exemplo, um trecho da Referência Técnica para atuação de Psicólogos (os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) emitido

pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), em que é possível apreender a relevância da temática social no campo psicológico.

Logo, há de se ampliar o espectro do olhar da(o) profissional nesta nova via, abrindo-o para além do sujeito, em direção ao seu grupo familiar, deixando-se afetar por um campo social determinado, pelos novos territórios, pela cidade e por todas as possibilidades que os encontros ofereçam. O CAPS tem uma ação psicossocial porque o cuidado se dá no limite entre o individual e o coletivo (CREPOP, 2022, p.76).

Na temática de Álcool e Drogas, o entendimento é o mesmo, ao considerar que o cuidado psicológico visa uma prática emancipadora e esta só é possível quando se atua nas relações sociais, nas condições de vida do sujeito.

Uma prática alicerçada na superação da exclusão e do estigma que cercam o usuário de álcool e outras drogas e que geram sofrimento, a ser enfrentado por meio do fortalecimento de formas de cuidados que resgatem a dimensão subjetiva desse complexo fenômeno, partindo do social para compreender o sujeito, sem tirar deste seu caráter ativo e constituinte. Esse resgate passa pelo rompimento da dicotomia indivíduo/sociedade, a partir de uma concepção de subjetividade humana como resultado de um processo que se constitui ao longo da história individual e coletiva, pelas e nas interações sociais. Nesta concepção, o uso de drogas deve ser compreendido como um fenômeno centrado não apenas no usuário, mas inserido na complexa trama da sociedade contemporânea (CREPOP, 2019, p.66)

A compreensão de que a prática na Psicologia vai além da psicoterapia e do atendimento clínico, fortalecendo o compromisso social dela e sua contribuição para as políticas públicas.

Em síntese, o foco não pode ser somente em nível da micropolítica cotidiana do trabalho de equipes com usuários em seus projetos terapêuticos cotidianos, mas sim da macropolítica, tensiona e reverte certos padrões do capital que ditam a reprodução da vida sob condições precarizadas e alienantes que, por sua vez, ensejam o álcool e as drogas como artifícios disponíveis e incitados pela lógica mercadoria para atenuarem sofrimentos ou alterarem nexos biopsíquicos dos trabalhadores a favor do capital.

A proposta de política deve agir, então, sobre esses processos destrutivos e promover processos protetivos. Implementar políticas que ajam e regulem os processos de pauperização e desgaste sem possibilidades restaurativas, que intensifiquem adoecimentos. No caso AD, políticas próprias do governo, de uma introdução ao trabalho dentro do que essas pessoas conseguem fazer e não serem lançadas ao mercado de trabalho exigindo uma adaptação e incorrendo novamente em um grande potencial de retorno ao consumo abusivo de álcool e drogas diante da impossibilidade/dificuldade de se reinserir. Podemos citar, por exemplo,

CAPS Ad que articulem oficinas de geração de renda, instituições pensadas para uma forma de trabalho que atenda a necessidade das pessoas e não sob uma lógica de produtividade (lucro).

A reinserção, mesmo com todas suas limitações práticas, inscreve um importante avanço na superação do modelo de manicomização (mesmo com constantes retrocessos, como no caso do avanço das comunidades terapêuticas), ao pressupor que há possibilidade de os usuários desenvolverem maior autonomia e autodeterminação em suas vidas. No entanto, por mais engajados que estejam os profissionais de saúde do SUS em trabalhar na construção de projetos terapêuticos orientados à superação da exclusão (que no plano imediato (só) parecem decorrentes da conduta de abusiva de AD e de suas consequências psicossociais), as estratégias necessárias de escolarização, profissionalização, trabalho digno e seguridade social não podem ser alcançadas somente pelos microprocessos do trabalho assistencial cotidiano, do voluntarismo e engajamento profissional; tais estratégias, se é que podem ser assim chamadas, demandam políticas estruturantes, hoje inexistentes! Não é possível “resolver” a “exclusão” dos dependentes químicos por meio do cuidado individual na RAPS, pois não se trata de uma exclusão “pessoal”, “singular”, decorrente de uma patologia incapacitante ou de uma determinada história de vida marcada por escolhas pessoais equivocadas, passos em falso. Por isso, as políticas de saúde mental, dentre elas a de atenção em AD, devem deixar urgentemente de serem setoriais, passando a comporem a agenda da macropolítica, em que a proteção da saúde mental e a redução de risco e danos sejam princípios no direcionamento de medidas econômicas, trabalhistas, previdenciárias, de educação e de bem-estar. Embora haja um campo de atuação do cuidado em saúde/saúde mental centrado na singularidade dos processos da vida cotidiana e do sofrimento, lidar apenas com essa dimensão, produz uma prática alheia à raiz central do problema, que é a desigualdade, a pobreza, os custos sobre a saúde da exploração, inerentes ao sistema capitalista. Saúde mental também se constrói com direitos e garantias sociais e não existe produção de saúde mental sem combate à desigualdade social e em última instância sem combate ao sistema que a produz.

Após todos esses apontamentos - a caracterização da sociedade capitalista e sua implicação nos processos de exclusão e inclusão marginal, dadas as condições desiguais de produção; a análise da conceituação do consumo de drogas pela lógica hegemônica, predominante nas políticas de saúde; e ainda, a proposição de um novo modo de entender o processo saúde doença, por meio da determinação social - retomamos a pergunta título desse trabalho: excluídos pelo consumo ou consumidos pela exclusão?

Os aportes teóricos pautados no marxismo trouxeram, inicialmente, a argumentação lógica sobre o exército industrial de reserva, afirmando que ninguém está excluído do processo produtivo, pelo contrário, a condição de desempregado, pobre ou em trabalhos subalternizados

é algo imanente do capitalismo, em que a superpopulação relativa é necessária. No entanto, ao ser colocado no circuito argumentativo do pensamento dialético e da contradição, sobretudo, a dialética inclusão-exclusão, o uso do termo ‘exclusão’ passou a ser apropriado dentro de dois contextos específicos citados ao longo deste trabalho:

1. Retomando a ideia trazida pela Reforma Psiquiátrica, de exclusão relativa à privação de liberdade, dada pelas condições anteriores de manicomialização;

2. Como sinônimo para a condição de desempregado, pobre e/ou em condições de vida precárias no capitalismo, sendo, portanto, interditos de apropriação do que o gênero humano produziu.

Ao dialogar com o campo de estudos da dialética inclusão-exclusão, mais amplo que os estudos sobre a reinserção social ligados à luta antimanicomial, o termo passa a ser possível de ser articulado tendo em vista que as medidas de inclusão social, inserção ou reinserção social nas políticas de saúde/ saúde mental/AD são propostas que explicitam problemas e/ou dimensões associadas à exclusão, ou consequências dela.

Dizer que tal indivíduo está em situação de exclusão social, que necessita de estratégias de inclusão ou reinserção social, pode passar a vigorar como um rótulo que estigmatiza e impede reconhecer tal situação como estrutural, expressão das contradições do sistema capitalista. A sociedade exclui para incluir e essa transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. O recorte feito por esse trabalho toma como “excluídos”, àqueles que estão fora das condições de assalariamento ou, se incluídos, estão de forma precarizada e, dessa maneira, são aqueles que ficam impossibilitados ou possuem dificuldades de se auto suprirem, de se reproduzirem socialmente.

Ao compreender-se esses usos possíveis para o termo exclusão, encerra-se o presente trabalho, afirmando de que a exclusão ocorre antes, como processo histórico-social, do consumo abusivo de substâncias pois, os sujeitos são “consumidos pela exclusão”, no sentido do que Breilh (2006) e Laurell (1982) apresentam como o desgaste, consumo das energias psíquicas e físicas dos sujeitos. Dessa maneira, apontamos para uma exclusão estrutural delineada pelos moldes de produção capitalista. Dito isto, nossos argumentos durante todo esse trabalho versam sobre a superação da abordagem da reinserção em um plano microsocial, ou dito de outra forma, em um plano individual, na direção de uma abordagem macrosocial, pressupondo a dialética singular-particular-universal dos fenômenos em curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, N. **Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis**. Ciência e Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 865-84.

ALMEIDA-FILHO, N. **A problemática teórica da determinação social da saúde**. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.

ALMEIDA-FILHO, N. **Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim!** Cad. Saúde Pública 2021;

ALMEIDA, M.R., GOMES, R.M. **Medicalização Social e Educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença**. Nuances: estudos sobre Educação. 2014; 25(1): 155-175.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial** (online). 4ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

AQUINO, D. C. **A lei geral da acumulação capitalista e a teoria de crise baseada na escassez de força de trabalho**. Revista de Economia, v. 34, n. especial, p. 77-98. Editora UFPR. 2008.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 1975.

BASTOS, F. I. P. M. et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BASTOS, J. **Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde**, 2013.

BELLENZANI, R., SOUZA, L. S. **A hegemonia do modelo biomédico na psicopatologia e sua funcionalidade no capitalismo**. In: Psicologia histórico-cultural na universidade [recurso

eletrônico]: pesquisas implicadas /Organizadores: Renata Bellenzani, Bruno Peixoto Carvalho – Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2021.

ALMEIDA, M. R., BELLENZANI, R., SCHÜHLI, V.M. **A Dialética Singular-Particular-Universal do Sofrimento Psíquico: Articulações entre a Psicologia Histórico-Cultural e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.** In: Materialismo histórico-dialético e psicologia histórico-cultural: expressões da luta de classes no interior do capitalismo / Silvana Calvo Tuleski, Adriana de Fátima Franco, Tiago Morales Calve (Org.) Paranaíba: EduFatecie, 2020.

BIRMAN, J. & COSTA, J. F. **Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In: AMARANTE, P. (Org.) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1992.

BOITO JUNIOR, A.. **Estado, política e classes sociais: ensaios teóricos e históricos.** São Paulo: Unesp, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/02, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 23 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista: Fundação para o desenvolvimento da UNESP: HUCITEC, 1991.

BRETTAS, T. **Capitalismo dependente, neoliberalismo e financeirização das políticas sociais no Brasil**. *Temporalis* (DF), n.34, jul/dez 2017

CASTRO, L. **A Redução de Danos à luz do materialismo histórico**. Maringá, 2018 (dissertação)

CARVALHO, B. P.; PIZA, H. C. T. **A história da loucura numa perspectiva marxista**. *Dialektiké*. [S.I.], v. 1, p. 18-35, 2016.

CASTEL, R. **A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”**. *CADERNO CRH*, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan./dez. 1997.

Conselho Federal de Psicologia- **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013.

CORDEIRO, D. C. **Transtorno por uso de substâncias- conceituação e modelos teóricos**. ZANELATTO & LARANJEIRA (ORGS.) *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais: Um Guia para Terapeutas*. Texto-. Artmed; 2ª edição, 2018.

COSTA, G. **Serviço Social em debate: ser social, trabalho e ideologia**. Maceió: Ed. Edufal, 2011.

COSTA, M.I.S., IANNI, A.M.Z. **A dialética do conceito de exclusão/inclusão social**. In: *Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica* [online]. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. *Loucura & Civilização collection*, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7.

COSTA, A. B.; SILVA, J. S.; OLIVEIRA, T. M. S. **Condições de trabalho que favorecem o desenvolvimento do alcoolismo**. Pós-graduação lato sensu em enfermagem do trabalho. Salvador-Bahia 2013.

CZERESNIA D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: CZERESNIA D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: Conceito, Reflexões, Tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 9-53.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e estrutura social.** In: **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1979. p. 11-68.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.** São Paulo: Boitempo, 2010.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetória de exclusão social.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, D. M. **A mercantilização da política de saúde brasileira: análise do fundo público no período neoliberal.**

FIGUEIREDO, M. R. **A compreensão e enfrentamento do uso abusivo e tráfico de drogas na escola à luz da teoria histórico-cultural (dissertação).** Maringá, 2017.

FIOCRUZ. **Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil** / Carolina Coutinho, Lidiane Toledo, Francisco Inácio Bastos. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

FOUCAULT. **Microfísica do Poder.** Org e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 20a edição, 2004.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** [1975]. Petrópolis: Vozes, 2013

FRAZATTO, C. F.; SAWAIA, B. B. **Reinserção social: Um conceito necessário às práticas em saúde mental?** In: Pesquisa e intervenção em psicologia sócio-histórica: temas emergentes e práticas contemporâneas / Alvaro Marcel Palomo Alves, Ednéia José Martins Zaniani, Renata Heller de Moura (orgs). Paranaíba: EduFatecie, 2021.

GARBOIS, J. A., SODRÉ, F., DALBELLO-ARAUJO, M. **Da noção de determinação social à determinantes sociais da saúde.** *Saúde debate.* Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar 2017

GOMES, R. M. **Trabalho médico e alienação : as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde** Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

GOMES, R. M. **Determinação social do processo saúde-doença: alguns elementos conceituais.** In: Ser ou não ser na sociedade capitalista: o materialismo histórico-dialético como método da psicologia histórico-cultural e da teoria da determinação social dos processos de

saúde e doença. [recurso digital] / Adriana de Fátima Franco, Silvana Calvo Tuleski, Fernando Wolff Mendonça – Goiânia-GO: Editora Phillos, 2020.

HIRDES, A. 1. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):297-305, 2009

IAMAMOTO, M.V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **A questão social no capitalismo.** Temporalis, associação brasileira de ensino e pesquisa em serviço social. Brasília, 2001.

IAMAMOTO, M.V. CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 16 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

JORGE, M. A. S., CARVALHO, M. C. A., SILVA, P. R. F. orgs. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 296 p.

LAURELL, A. C. **A saúde-doença como processo social.** Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURENTI, C., LOPES, C. E., ARAUJO, S. F. **Pesquisa Teórica em Psicologia: aspectos filosóficos e metodológicos.** São Paulo: Hogrefe, 2016

LIMA, R. A. **A lei geral de acumulação capitalista e as crises cíclicas.** Leituras de Economia Política, Campinas, (16): 87-110, jun. 2010.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.; DANTAS, C. **Condições de vida, pobreza e consumo de álcool em assentamentos rurais: desafios para atuação e formação profissional.** Pesquisas e Práticas Psicossociais, 11(3), São João del-Rei, setembro a dezembro 2016

MANSANERA, A., SILVA, L. **A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da Psicologia no Brasil.** Maringá: Psicologia em Estudo 5, mar 2000.

MARX, K. O Capital [Livro I]: crítica da economia política. O processo de produção do capital Boitempo; Série Os Economistas, 2ª edição, 2011.

- _____. **Para a crítica da economia política. Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- _____. **Trabalho alienado.** In: FROMM, E. Conceito marxista do homem. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. pp. 89-102.
- _____. **Manuscritos econômico-filosóficos** . 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2004. 175 p. ISBN 975-85-7559-002-7.
- MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** [1845-1846]. São Paulo, Boitempo, 2007.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Porto Alegre: Artmed; 2014.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **Determinação social, não! Por quê?** Cad. Saúde Pública 2021.
- MORAES, S. C. **As permanências e rupturas da Reforma Psiquiátrica nas instituições de atenção à saúde mental em Goiânia (1966-2018)** [manuscrito], 2019.
- MORAES, R. J. S. **Determinação social do consumo de drogas: estudo de histórias de vida em uma perspectiva marxista.** (Tese). Botucatu, 2018.
- MOURA, R., BOARINI, M. **A saúde da família sob as lentes da higiene mental.** História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro: 2012.
- NASCIMENTO, E. C.; JUSTO, J. S. **Vidas Errantes e Alcoolismo: Uma Questão Social.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 2000, 13(3), pp.529-538
- NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx.** — 1.ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- _____. **Economia Política: uma introdução crítica.** São Paulo: cortez, 2006.
- _____. **Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”.** Revista Temporalis, Brasília: ABEPSS, n.3, 2001.

_____. **Capitalismo e barbárie contemporânea.** Argumentum, Vitória (ES) v. 4, n.1, p. 202-222, jan./jun. 2012.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OBERG, L. P., VILHENA, J. **Psicologia Comunitária: a clínica ampliada na localidade de Muzema.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 3, pp. 408-415, jul./set. 2011

OLIVEIRA, F., BASTOS, J. L., MORETTI-PIRES, R. O. **Interseccionalidade, discriminação e qualidade de vida na população adulta de Florianópolis, Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2021

Organização Mundial Da Saúde (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Washington D.C, Genebra: OMS, OPAS; 2001.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: Promoção de Abordagens Centradas na Pessoa e Baseadas em Direitos.** ISBN: 978-92-4-002570-7 (versão eletrônica), 2022.

PASQUALINI, J. C. **A teoria histórico-cultural da periodização do desenvolvimento psíquico como expressão do método materialista dialético.** In: MARTINS, L. M.; ABRANTES, A. A.; FACCI, M. G. D. (orgs.) **Periodização histórico-cultural do desenvolvimento psíquico: do nascimento à velhice.** Campinas, SP: Autores Associados, 2015.

PEREIRA, S. L. B. **A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa.** *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 26, n. 1, jan./abr. 2020.

PEREIRA, P. A. **Questão Social, Serviço Social e Direitos da Cidadania.** *Revista Temporalis*, Brasília: ABEPSS, n.º. 3, p.51-62, 2001.

PIMENTEL, E. **Uma “nova questão social”? Raízes materiais e humano-sociais do pauperismo de ontem e de hoje.** São Paulo; Instituto Lukács. 2012.

RAMOS, R. **O ideário higienista nas questões do álcool e outras drogas.** Maringá: Eduem, 2011.

REGO, N. G.; OLIVEIRA, P. R. S.; LIMA, A. F.; HOLANDA, R. B. **Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação.** *Rev. psicol. polít.* vol.17 no.38 São Paulo jan./abr. 2017

RIBEIRO, M. **Exclusão: problematização do conceito.** *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 35-49, jan./jun. 1999.

RIBEIRO, V. L. R., BENETTI, M.B., SILVA, S. P. **Considerações sobre o conceito de equidade no Sistema Único De Saúde.** Trabalho em anais do XXVIII Seminário de Iniciação Científica. 2021.

ROCHA, P. R., DAVID, H. M. S. **Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde.** Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(1):129-135

ROSSI, R. **Exclusão social: esboço de uma crítica ontológica marxiana.** Educação e Filosofia, Uberlândia, v. 31, n. 61, p. 321-343, jan./abr. 2017.

ROTELLI, F. **Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste.** In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.1992

ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via.** In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). *Desinstitucionalização.* 2ª ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2001. p. 17-51.

SALES, E. **Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX.** Ano VII No 7. 2010.

SANTOS, V. E., SOARES. **O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre os valores sociais e fetichismo.** Saúde e Transformação social. 4, 2, p. 38-54, 2013.

SAWAIA, B. **Exclusão ou Inclusão perversa?** In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social.* 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2014a. Introdução, p. 7-13.

_____. **O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão.** In: SAWAIA, B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social.* 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2014b.cap. 6, p. 99-120.

SENA, E.L.S.; SOARES, C.J.; RIBEIRO, B.S.; SANTOS, P.H.S.; CARMO, E.A.; CARVALHO, P.A.L.; **Reabilitação psicossocial segundo a perspectiva de consumidores de drogas.** Rev Fund Care Online, v. 9, n. 2, p. 520-525, 2017.

SILVA, M. L. L. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil. 1995-2005.** Dissertação. Brasília – DF. 2006

SILVA, F. G. **Alienação e o Processo de Sofrimento e Adoecimento do professor: Notas introdutórias.** Revista Labor, v. 1, n. 7, p. 49 - 64, 25 mar. 2017.

SCHÜHLI, V. M. **Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental : uma análise a partir de dois Centros de Atenção Psicossocial** . (TESE) - Botucatu, 2020.

SOARES, C. B. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da Saúde Coletiva** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

SOARES, E. A. A. A. **O fracasso do bem-estar social na democracia brasileira**. Revista Serviço Social em Perspectiva, Volume 4, Edição Especial, março de 2020. Anais do II Encontro Norte Mineiro de Serviço Social <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva> 915 Comunicação Oral Eixo Temático – Estado e Políticas Sociais

SOUSA, H. E. F. **A reforma psiquiátrica e a criação dos centros de atenção psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através história**. Ideias & Inovação | Aracaju, v. 5, n.3, p. 45-52, Junho 2020.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX**. Ciência e saúde coletiva vol.24 no.3 Rio de Janeiro mar. 2019

VIGOTSKI, L.S. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, Brasil, 1996.

VIAPIANA, V. N. **A depressão na sociedade contemporânea: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença** (dissertação). Curitiba, 2017.

YAZBEK, M. C. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012