

**REINSERÇÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DESSA DIRETRIZ NA
POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGAS**

**SOCIAL REINSERTION: A CRITICAL ANALYSIS OF THE GUIDELINES IN THE
ALCOHOL AND DRUGS POLICY**

Daniela Dias Medrado Rogério¹
Renata Bellenzani²

RESUMO

A garantia de direitos e o modelo de atenção territorial comunitário, não segregador, foi materializado na Lei 10.216/2001 abarcando 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-documental que permite acrescentar a dimensão histórica à compreensão do social relacionada às fases das políticas. Foram analisados oito atos normativos (decretos, portarias, leis e resoluções) identificando-se um total de 36 artigos com menção à reinserção social. 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-

¹ Mestranda em Psicologia (PPGPSI) – UFMS. Pós-graduada em MBA Executivo em Gestão de Pessoas e Recursos Humanos (2018). Servidora pública da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com o cargo de Psicóloga. Integra o corpo técnico-administrativo da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas.

² Doutorado em Saúde Coletiva (Departamento de Medicina Preventiva-USP-2014), com Bolsa CAPES. Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho (USP-2008), Residência em Saúde da Mulher (UNICAMP-2003), Graduação em Psicologia (UFSCar-2002). Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná na Graduação em Medicina e no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (linha de pesquisa: Políticas e Serviços de Saúde). Credenciada como docente no Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSICO/UFMS - Linha de pesquisa: Processos Psicológicos e suas Dimensões Socioculturais), e ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC/UFSCar).

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.

ABSTRACT

The guarantee of rights and the model of community territorial care, non-segregating, was materialized in Law 10.216/2001, covering people who abuse and depend on substances, understanding that psychic suffering can be the basis of these behaviors, as well as occur in the course of damage to health, relational and social consequences of this abuse. The study aimed to analyze the social reinsertion guideline, legally established in health/mental health care for people in psychological distress and with problems arising from alcohol and other drug abuse, rescuing the history of this guideline, seeking to identify and analyze its definitions and conceptualizations. The research is of the theoretical-documentary type that allows adding the historical dimension to the understanding of the social related to the phases of the policies. Eight normative acts (decrees, ordinances, laws and resolutions) were analyzed, identifying a total of 36 articles mentioning social reintegration. A critical discussion is woven about this guideline, based on formulations and theoretical categories of Marxist orientation, such as: industrial reserve army, in the capitalist mode of production, understanding substance consumption as part of the process of individual and social reproduction, the social issue /pauperism, the inclusion-exclusion paradigm and the social determination of the health-disease process. The dynamics of capital, which make up the dynamics of capitalism, lead to precarious employment and unemployment and, consequently, to a class of workers without work, said to be excluded. This “social world of the excluded” is not created or chosen by them, but a

condition in which they are pushed by circumstances beyond their control and beyond drug consumption.

Keywords: mental health, alcohol and drugs, social reintegration, social exclusion, capitalism.

1 INTRODUÇÃO

A questão do abuso de álcool e demais drogas ilícitas emerge nas sociedades capitalistas modernas como um dos principais problemas de saúde pública, em geral segundo um enfoque médico que obscurece a visibilidade de sua relação com a vida social. As drogas, consumidas há milênios na história humana, segundo diferentes concepções e funções socioculturais conforme o tempo histórico, hoje é produzida e distribuída segundo a lógica mercadoria, passando a atender entre outras, as necessidades advindas da exploração do trabalho sob condições de alienação e assalariamento, e da precarização da vida decorrente desta. Dessa maneira, seu consumo passou a ser objeto de intervenção do Estado no Brasil por políticas públicas nas áreas da segurança pública, educação, assistência social e saúde, sem, contudo, uma abordagem suficientemente conjunta, integrada e verdadeiramente comprometida, de tais políticas, com a proteção da saúde e da vida da classe trabalhadora. Predominam na abordagem do problema: a) a medicalização social do abuso de substâncias, cuja compreensão geral oscila entre um tipo de transtorno psiquiátrico e um indicativo de desvio moral; b) uma perspectiva epidemiológica explicativa multicausal da Saúde Pública tradicional, esvaziada histórica e epistemologicamente, que entende o processo saúde-doença como resultante de múltiplos fatores que, em verdade são artifícios da ciência positivista que reduzem processos sociais complexos e acumulativo aos seus elementos parciais mais imediatos (BREILH, 2006); c) políticas proibicionistas focadas em incentivar a abstinência total e criminalizar o consumo de várias substâncias psicoativas (MORAES, 2018), embora não do álcool e tabaco que figuram entre as mais consumidas.

Críticos destas perspectivas no campo da nascente Saúde Coletiva e da reforma psiquiátrica, desde os anos 80, incorporam a questão álcool e drogas (AD) às reflexões sobre a saúde integral e, também, sobre sua relação com o sofrimento psíquico. Defendem-se abordagens que respeitem aos direitos humanos, mudanças do modelo de atenção em saúde,

esta como integrante, ou seja, não isolada, de outras políticas, segundo a intersectorialidade. A garantia de direitos e o modelo de atenção territorial comunitário, não segregador, foi materializado na Lei 10.216/2001 abarcando 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. A referida Lei afirma a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, com a devida participação da sociedade e da família; determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e determina que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

Destaca-se a relevância da contextualização feita até aqui para que o tema central deste estudo seja delimitado – 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. A pesquisa objetivou resgatar o histórico desta diretriz, buscando identificar e analisar suas definições e conceituações. Foram buscadas as menções à reinserção social em um conjunto de atos normativos das políticas de saúde do SUS e suas articulações às propostas de cuidado em saúde mental. Recorreu-se, também, à literatura acadêmica atinente ao tema bem como a aportes da teoria social de Marx. É tecida uma discussão crítica sobre a temática, apoiando-se em formulações e categorias teóricas tais como: exército industrial de reserva, no modo de produção capitalista, entendendo os usos e abusos de substâncias como parte do processo de reprodução individual e social (MARX, 2011); a questão social/pauperismo (NETTO, 2012); o paradigma inclusão-exclusão (SAWAIA, 2014); a determinação social do processo saúde-doença (LAURELL; NORIEGA, 1989; MORAES, 2018). O consumo de drogas, o adoecimento e morte dos trabalhadores tornam-se questões a serem resolvidas pelo capital e seu Estado, que ao utilizar como aliados, os conhecimentos, as práticas médico-sanitárias e as políticas, propõem uma resposta ofensiva dos trabalhadores e com vistas a garantir o projeto burguês de sociedade (MORAES, 2018). O recorte ora apresentado integra um estudo que dá base a uma dissertação de mestrado em fase final de elaboração, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia. A pesquisa realizada foi do tipo teórica-documental que nos permite acrescentar a dimensão histórica à compreensão do social relacionada às fases das políticas (CELLARD, 2010).

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, têm, 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).

Assim, o processo de construção de novos espaços de atendimento em saúde mental, álcool e drogas, iniciado no Brasil há pouco mais de trinta anos, não vem se dando sem contradições e retrocessos. Além da conquista de espaço e recursos públicos pelas CTs, alguns atos normativos governamentais afetaram diretamente as bases da política de saúde sobre drogas do país, dentre elas, a implementação da Resolução 01/2018 que passou a orientar a abstinência compulsória ao invés da estratégia de Redução de Danos como diretriz do tratamento. Essa mudança reorienta a direção do cuidado, pautando-o não mais na diminuição dos riscos sociais e de saúde, mas sim na proibição e nas internações em CTs, coadunando com a continuidade das ações de privação de liberdade, e contenção dos corpos, dificultando a reinserção social. Fica nítido o direcionamento dado à “Nova” Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas no Brasil para o incentivo às internações psiquiátricas, resgatando técnicas de eletroconvulsoterapia (ECT), por exemplo, desemparelhando as estruturas públicas de atenção em AD, inclusive, financeiramente, ao desviar o dinheiro público para as CTs (CRUZ, GONÇALVES, DELGADO, 2020).

2 A HISTÓRIA DA DESOSPITALIZAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL: LIMITES DA APLICABILIDADE INTEGRAL ÀS PARTICULARIDADES DAS PESSOAS COM SOFRIMENTOS RELACIONADOS AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

As primeiras menções à reinserção social emergem nos debates sobre as diretrizes e práticas em saúde mental atreladas às propostas de desospitalização das pessoas moradoras dos manicômios e instituições congêneres. Assim, os pacientes que estavam reclusos durante as décadas de 50 a 90 do século XX nos manicômios e clínicas para dependentes químicos (algumas destas sem registro legal), estavam em grande medida, com vínculos sociais rompidos ou fragilizados, com pouca ou nenhuma interação com os pares e com espaços da sociedade. Era necessário um trabalho de reabilitação e reinserção social para que esses indivíduos pudessem viver “extramuros”. A proposta de desinstitucionalização, então, passou a significar na época, o processo de substituir as práticas manicomial e produzir novos entendimentos e ações que visassem beneficiar a autonomia do indivíduo, o exercício da cidadania, buscando o desenvolvimento de novos espaços de assistência extra-hospitalar para o cuidado e moradia, que não mais tais instituições excludentes. A luta pela desinstitucionalização está ligada

diretamente a práticas de desconstrução do aparato anti-terapêutico do modelo asilar, assim como a intenção de transformar o cotidiano das pessoas atendidas por meio de ações capazes de efetivar sua reabilitação e reinserção social (MORAES, 2019).

Dentro de uma proposição mais geral no âmbito das políticas de saúde mental, houve a necessidade de especificação das normatizações referentes à questão AD. Tendo em vista que essa era abordada principalmente pelos âmbitos jurídico, médico e psiquiátrico, fazia-se necessário seu deslocamento para um campo que levasse em consideração todas as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas. Um dos serviços substitutivos fundamentais no que tange ao cuidado ao usuário de drogas é o CAPS-ad, que tem como finalidade o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, com foco na prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas (Brasil, 2004). O CAPS-ad foi instituído pela Portaria 336, de 2002, estabelecendo, entre outras atribuições, atendimento grupal, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e “atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social” (Brasil, 2002a). Após a criação dos CAPS-ad, diversas outras políticas e portarias ministeriais foram criadas de modo a orientar o trabalho de profissionais da rede de atenção aos usuários de AD. Nestes documentos normativos, conforme veremos no Quadro 1 e 2, as várias menções à reinserção social dos usuários de drogas articulam-na a estratégias direcionadas à retomada dos vínculos sociais na comunidade e ao trabalho (BRASIL, 2005; 2006; 2007; 2015).

As formulações até aqui sobre a reinserção social na relação com os processos de desospitalização, nos servem para um primeiro questionamento importante: se as transposições e aplicações “automáticas” da diretriz da reinserção social pensada originalmente para o processo de desospitalização das pessoas abandonadas por décadas nos manicômios – então central à reforma psiquiátrica brasileira – mostram-se integralmente apropriadas para o campo das políticas de saúde em AD na atualidade. Avalia-se que não, porque, há outro problema invisibilizado no debate sobre AD: a indignidade crescente que assola cada vez mais estratos da classe trabalhadora, cujo abuso de substâncias lícitas e ilícitas é um dos elementos que integram os modos de vida sob tais condições e circunstâncias violadoras do desenvolvimento e da dignidade humana. Essa é a discussão que teceremos logo mais à frente neste trabalho, articulando com as formulações teóricas e categorias conceituais elencadas para o debate. É preciso aclarar 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.

3 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). 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, analisamos 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 “reinsereção”.

Quadro 1- A Reinsereção Social nas políticas de saúde em AD

Normativa	Temática abordada	Trechos da normativas em que consta o termo “reinsereção social”
Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019	Aprova a Política Nacional sobre Drogas.	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 reinsereção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas se mantenham

		<p>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</p>
--	--	--

		<p>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> <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</p>
--	--	--

		<p>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 Nº 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 nº 11343, de 23 de agosto de 2006 e alterada pela Lei nº 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	<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</p>

	<p>de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.</p>	<p>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 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:</p> <p>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:</p> <p>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:</p> <p>I - promover a interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades e projetos dos órgãos e entidades</p>
--	--	--

		<p>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:</p> <p>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;</p> <p>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</p>
--	--	--

		<p>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:</p> <p>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</p>

		<p>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>
<p>Portaria Interministerial nº2 de 21 de dezembro de 2017.</p>	<p>Não há definição de temática</p>	<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 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</p>

		<p>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.

Quadro 2- Principais normativas vigentes no âmbito da saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica, que incluem o termo reinserção social.

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 assistencial em saúde mental.	Art. 4. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

<p>Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011</p>	<p>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)</p>	<p>Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:</p> <p>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;</p> <p>Art. 9º São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:</p> <p>§ 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.</p>
---	---	--

Fonte: A AUTORA, 2023

Aos resgatarmos as normas que estruturaram a Rede de Atenção Psicossocial, conforme Quadro 2, notamos 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 reinserção remetendo a um conjunto de ações agrupadas como “redução de demanda”, 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. 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 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 2006 traz o que parece ser o mais próximo de uma definição sobre reinserção social, ainda que deficitária, imprecisa e sem direcionamentos efetivos sobre como implementá-la. 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, o art. 22 aborda a necessidade de considerar as peculiaridades socioculturais na adoção de estratégias de reinserção e que estas devem ser efetivadas por políticas voltadas à educação continuada e trabalho.

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 públicas específicas para tal, nos devidos setores além da saúde pública, numa real e efetiva intersetorialidade.

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 certa imprecisão conceitual e prática. 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, se 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.

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.

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 adaptação dos/as trabalhadores/as ao vivenciarem intensos desgastes, pressões e estresses, sejam estes quando estão nas relações de assalariamento ou quando impossibilitados de participarem destas (emprego-desemprego).

4 A QUESTÃO AD EM SEUS NEXOS COM O CAPITALISMO E A DIALÉTICA INCLUSÃO-EXCLUSÃO: APONTAMENTOS PARA UMA RELEITURA DA REINSERÇÃO SOCIAL

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 mercadorias, produtos essenciais para seu funcionamento, pois a riqueza de cada indivíduo é incorporada ao capital global, aumentando continuamente o valor produzido. Este aumento dá-se por meio da extração da mais-valia, representada pela disparidade entre o salário pago e o valor produzido pelo trabalho. Essa diferença mostra-se pela ampliação das forças produtivas e aumento do valor agregado ao capital que Marx chama de processo 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. 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. 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 exército industrial de reserva (EIR), um produto necessário da acumulação de capital, alavanca para a acumulação e até mesmo a “condição de existência do modo de produção capitalista (p. 858) ”.

A formação do exército industrial de reserva garante a existência de um grande contingente de trabalhadores excluídos das relações sociais assalariadas de produção (desempregados) 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 a força de trabalho ocupada (empregados) e 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 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.

Quanto mais o 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 exército industrial de reserva, 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).

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

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 acusa-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, a bebida 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 e tornando a condição de desemprego um novo intensificador da precarização e pobreza. 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 a temática de álcool, 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 consciência e das emoções ligadas à realidade, as consequências da pobreza e miséria têm o poder destrutivo sobre as condições psíquicas e físicas dos indivíduos, ao inseri-los em situações deterioradas em que somente busca-se sobreviver e não viver.

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 a exclusão social, somente no seu aspecto político, destituídas da base material que os geram, não se revelam suficientes para a apreensão do problema.

A reflexão teórica com relação ao caráter histórico, político e social do processo saúde-doença, coloca a relação entre trabalho e saúde-doença como central, onde a segunda é parte do processo de produção que organiza toda a vida social sob o capitalismo. Na realidade concreta da lógica de acumulação de capital, o processo de trabalho e seus modos desgastar o/a trabalhador/a determinam padrões específicos de reprodução da classe trabalhadora. Essa dialética de desgaste e reprodução da força de trabalho 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).

Ao se analisar o consumo de drogas como fenômeno a ser buscado nessa relação, significa percorrer o caminho de resgatar suas manifestações, decorrentes do modo como se organiza a produção e 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 sujeito. Significa analisar a dinâmica dialética e contraditória da sociedade e suas diferentes formas de proteção/desgaste à saúde. Para tanto, as formulações teóricas da Teoria da Determinação Social do processo saúde-doença que, ao inserir categorias úteis para a presente discussão, como o desgaste e a recomposição da força de trabalho, propõe um entendimento do adoecimento como processo relacionado às condições de produção e reprodução da vida vigentes no capitalismo.

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, das relações de exploração do capital sobre o trabalho. O Estado não estabelece uma política de assistência à pobreza somente pelos efeitos colaterais, mas como resposta às reivindicações dos trabalhadores. Essa dialética “conquista-concessão” produz os direitos sociais, que acabam sendo, também, em parte paliativos diante da magnitude das péssimas condições de vida de grande parte dos trabalhadores ocupados ou desocupados (Exército Industrial de Reserva) – tais como assistência social, saúde, 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. 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).

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).

Dessa maneira, 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 próprias aos diferentes estratos da classe trabalhadora. A competitividade na dinâmica do capital 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.

A criação do exército industrial de reserva, assim como a formação da própria classe trabalhadora apareceram como 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, a 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, na medida em que uma grande massa de indivíduos não se vê inserida no mercado de trabalho, levando à formação de um contingente significativo de excluídos, suscetíveis às condições mais pauperizadas de vida e suas conseqüências incluído aquelas ligadas à manutenção da saúde e da vida.

Dessa forma, a classe detentora do poder econômico na estrutura social, não se preocupa em incluir, de fato, os que estão excluídos. Ao contrário, ao apregoar ideologicamente a necessidade de “medidas estatais” de inclusão ou reinserção social, aprofunda a ocultação dos mecanismos generativos reais das formas de exclusão, pois tal classe se perpetua como detentora de tal poder, alimentando-se das desigualdades oriundas da exploração do trabalho como mercadoria. O que se encontra na essência das políticas públicas paliativas de cunho

“inclusivo” são formas de contenção de tensões entre as classes que abalem a ordem social, não são ações efetivas que visam modificar as causas profundas da 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, negando as necessidades básicas do ser humano e tolhendo, assim, sua humanidade. Aí reside o caráter em parte ilusório das propostas de inclusão e suas derivações. O que se tem, portanto, é a dialética exclusão/inclusão, formulação enraizada na concepção marxista sobre o papel da miséria e da servidão, fundamentais para a sobrevivência do sistema capitalista que aliena e exclui o/a trabalhador/a do acesso a um desenvolvimento humano pleno. 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, 2011b).

Quando buscamos analisar criticamente a reinserção social enquanto diretriz de tratamento para a problemática AD, e a relacionamos com as condições precarizadas sobre o capitalismo, propomos o deslocamento da ênfase do debate sobre a esfera do cuidado em saúde, sempre mais efetivo quando singularizado, para a ênfase da análise dos processos generativos das condições sócio-históricas em que o abuso de substâncias desponta como prática social generalizada nos modos de vida pelos membros, exigindo uma atuação estatal não setorializada, com intervenções restritas ao campo da saúde e, menos ainda, da saúde mental, e sim capazes de atuar em tais processos generativos. Buscar apreender aspectos mais universais das condições humanas no capitalismo não invalida, não substitui, a compreensão das expressões singulares do sofrimento humano e da relevância dos cuidados ofertados hoje no SUS e na RAPS, conquistas impulsionadas pelos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, que pautam reinserção social. A implementação de novas formas de cuidado pautadas no respeito à dignidade e que visam ao desenvolvimento dos indivíduos, é uma conquista da classe trabalhadora e da militância.

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.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou 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.

Identificou-se uma fragilidade teórico-metodológica em torno do uso do conceito de reinserção social, com rasas descrições ou definições, um uso genérico indicando principalmente sua associação com o processo de desinstitucionalização do cuidado.

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.

Como proposição original para o debate do tema, na tentativa de lançar luzes sobre tais condições buscaram-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. As condutas de uso e abuso de substâncias passam a atender necessidades criadas ou a amparar, precariamente, os indivíduos em situações de necessidades não atendidas, servindo como 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 ela poderá incentivar o retorno aos mesmos “postos” de trabalhos, a outros locais ou relações de pertença, à realização de tarefas, papéis e obrigações que, em verdade, vem adoecendo as pessoas.

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, tampouco 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. 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 reflexão, no tópico anterior: que os modos de viver e trabalhar exigidos das

peças, 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 “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.

Note-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, que alça as comunidades terapêuticas a uma inserção no SUS nunca antes vista, conforme discutido na justificativa 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, 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 exército industrial de reserva, 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.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Política Nacional Sobre drogas**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei nº 11.343, de 24 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2007.

_____. 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.

CELLARD A. **A Análise Documental**. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA- CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.



Vol. 22, nº 2, (2023). Pág. 59 - 90

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020.

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

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

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

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

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.