

**GERAÇÃO DE RENDA EM ECONOMIA SOLIDÁRIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA OFICINA COM
USUÁRIOS DE CAPS-AD II**

Gabriela Zanim, enfermeira mestranda em Enfermagem Psiquiátrica (EERP-USP)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo; Patrícia
Tosta Soares, graduada em Terapia Ocupacional (CAPS AD II de Ribeirão Preto);
PHD Regina Celia Fiorati (FMRP-USP) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -
Universidade de São Paulo.

zanimgabriela@usp.br / patriciatsoares@yahoo.com.br /
reginacf@fmrp.usp.br

Financiamento próprio GT7 – Saúde mental, inclusão
pelo trabalho e cooperativismo social

Trata-se de um relato de experiência sobre um grupo de geração de renda em Economia Solidária, com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial II Álcool e outras Drogas - CAPS-ad II da cidade de Ribeirão Preto – SP. Este grupo foi criado através do trabalho de incubação da CoLabora ITES - Incubadora Tecnológica de Empreendimentos Solidários que iniciou suas atividades no município em 2014. A CoLabora ITES é uma incubadora universitária da Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto e que desde 2014 vem incubando empreendimentos de Economia Solidária na cidade. O grupo de geração de renda do CAPS-ad II é uma oficina de saponaria cuja marca denominada “Lotus” vem sendo comercializada em feiras de Economia Solidária da cidade. Atualmente este grupo foi inserido na Associação Pólvora que reúne empreendimentos de Economia Solidária desenvolvidos no campo da Saúde Mental e assistência social do município. O objetivo deste trabalho é relatar o processo histórico de implementação e desenvolvimento deste grupo de geração de renda em Economia Solidária.

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas, segundo a história registrada, perpassa toda a antiguidade e chega aos tempos modernos com forças e conotações distintas. Durante muito tempo, o consumo esteve ligado à prática de rituais religiosos e a possibilidade de contato com entidades divinas. Também foram usadas com fins terapêuticos, recreativos e até sacramentais. Com o uso sendo popularizado, se percebeu significativo aumento da população consumidora, fato associado ao estigma social que tal prática proporcionava, à curiosidade em relação aos efeitos proporcionados e, mais importante, as diferentes interpretações acerca das substâncias (religiosas, medicamentosas, científicas). Além disso, a popularização das drogas e sua constante transformação, seja pela motivação de seu uso ou a transformação dos modos de produção/apresentação, corroborou para a consolidação da prática na sociedade, assumindo, no entanto, facetas diversas (NUNES; JOLLUSKIN, 2007).

Contudo, deve-se ponderar a questão do uso abusivo - que acarreta danos *versus* o uso “não abusivo” - que não acarreta danos significativos para uma intervenção clínica. Sabe-se que em relação ao álcool, por exemplo, houve uma transformação no conceito “alcooolismo”. Magnus Huss, em 1849, entendia o alcooolismo como um quadro de intoxicação crônica pelo álcool, descrição esta baseada exclusivamente nas consequências do uso do mesmo nos diferentes órgãos e sistemas do indivíduo. Em 1931, o Royal College of Physicians, de Londres, promoveu uma inovação ao enquadrar o alcooolismo no grupo das Doenças Mentais, classificação aceita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1950 (SOUZA; GARNELO, 2006).

Na segunda metade do século XX, Jellinek, com seu clássico trabalho “The Disease Concept of Alcoholism”, exerceu grande influência na evolução do conceito de alcooolismo, considerando-o doença apenas quando o usuário apresenta tolerância, abstinência e perda do controle. Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram uma nova classificação, a Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), considerada um transtorno que se constitui ao longo da vida, sendo dependente da interação de fatores biológicos e culturais. Neste processo, um dos fenômenos mais significativos é o surgimento da abstinência, quando a pessoa passa a ingerir a bebida para aliviar seus sintomas. (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Em relação ao uso de outras drogas, encontra-se um panorama similar. Assim, a CID (Classificação Internacional de Doenças) utiliza-se do termo “uso nocivo” como causador de danos físicos e mentais, como capacidade de julgamento comprometida, disfunção comportamental, e o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) engloba no termo “abuso” também danos sociais, como a dificuldade em cumprir obrigações importantes, problemas legais ligados ao consumo, problema nos relacionamentos interpessoais (SENAD, 2011).

De acordo com o último levantamento do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), realizado em 2010, no VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, com uma amostra populacional de 50.890 estudantes, sendo a maioria da rede pública de ensino, 25,5% dos estudantes relataram uso na vida de alguma droga (exceto álcool e tabaco), 10,6% relatou uso no último ano e 5,5% uso no mês. O levantamento aponta ainda que as drogas mais consumidas pelos estudantes foram as bebidas alcoólicas, com 42,4% de consumo no ano e o tabaco, com 9,6% ao ano. (CEBRID, 2010). Assim, ainda que esses estudos mostrem apenas uma amostra da população, eles fornecem um panorama geral da situação. Dessa forma, se reconhece o uso de álcool e outras drogas como uma problemática atual. No entanto, é fundamental discutir, paralelamente, as situações favoráveis que corroboraram para esse cenário.

Pesquisas apontam que, embora a prática do consumo tenha se estruturado nas civilizações mais antigas, ela sempre esteve sob algum tipo de regulação social, a partir dos contextos socioculturais específicos. Concomitantemente, houve enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo e da emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde a ele associado, culminando na evidente e necessária intervenção reguladora do Estado, a qual tem sido concretizada mediante a formulação de políticas públicas (ALVES, 2009).

Pode-se perceber, com o início de criação de leis nessa temática, o caráter proibicionista ao qual se encarava tal problemática. No Brasil, em 1890, no Código Penal Republicano, houve o primeiro diploma penal brasileiro, proibindo algumas substâncias tidas como “venenosas”. Em 1924, foi incluído no Código Penal Brasileiro, o decreto 4.294, que propôs a pena de prisão para aqueles que vendessem ópio e seus derivados e cocaína. A partir de 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), foi o responsável pela

formulação de políticas públicas para o enfrentamento das drogas. Em 1998, o COFEN foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD – Órgão normativo e deliberativo da secretaria nacional antidrogas – SENAD). Em 2005, o CONAD aprovou a Política Nacional sobre Drogas, que incluía a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública, e admitia a necessidade do tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2012). Em 2008, a Lei 11.754, alterou o nome do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), como também, alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). O OBID (Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas), trouxe que em 2011, o Governo Federal transferiu a SENAD do Gabinete de Segurança institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, a fim de antepor o enfrentamento ao tráfico de drogas ilícitas. E, em 2018, o CONAD aprova a resolução que prevê a realização de estudos para realinhamento da Política Nacional sobre Drogas (OBID, 2018).

Com a criação de leis e a discussão crescente acerca do consumo de substâncias, duas visões começam a se delinear no que diz respeito ao enfrentamento dessa questão: o proibicionismo e a redução de danos. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), durante muito tempo a ideia do proibicionismo prevaleceu, seguindo uma lógica que deteve o problema do álcool e outras drogas em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento e, portanto, de “tratamento”, baseava-se na associação drogas-comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, com um único objetivo a ser alcançado: a abstinência. No entanto, um novo olhar à problemática é proposto, como a política da redução de danos, que promove um olhar singular ao sujeito e acolhimento ao mesmo, ao passo que traça com ele estratégias voltadas não para a abstinência, e sim para a “defesa” de sua vida. (BRASIL, 2003).

Pode-se dizer, então, que há uma discussão a favor de políticas que priorizem a reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas como objetivo final da reabilitação. A reinserção deve ser considerada em seu carácter abrangente e transversal na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas (PNCDT, 2012).

Assim, o trabalho é conceituado como importante alicerce da reabilitação da população usuária de álcool e outras drogas. Estudo realizado com esta população e pacientes da saúde mental nos mostra que ele é interpretado como um recurso importante de proteção às recaídas e às crises, possível através da ocupação significativa para a vida (RODRIGUES;

MARINHO; AMORIM, 2010).

Diante de tais considerações, ações de economia solidária voltadas à inclusão social dessa população vêm ganhando destaque. O marco da Economia Solidária, como movimento de luta contra a exclusão social e econômica, surge como parceiro natural para a discussão da exclusão das pessoas com transtornos mentais do mercado de trabalho. Este início é marcado, no Brasil, no ano de 2004, tendo como desafio a reinserção social de egressos de manicômios por meio da construção de empreendimentos solidários e auto gerenciários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A economia solidária surge como modo de produção alternativo ao capitalismo. Sua unidade típica é a cooperativa de produção, cujos princípios organizativos são: posse coletiva dos meios de produção; gestão democrática da empresa ou por participação direta ou por representação; repartição da receita líquida e destinação do excedente anual entre os cooperados. A solidariedade na economia só pode se realizar se sua organização for igualitária. Assim, nas cooperativas de produção, todos os sócios têm a mesma parcela do capital e os mesmos direitos de voto em todas as decisões. Os princípios básicos são: propriedade coletiva ou associada do capital e o direito à liberdade individual. Outra forte característica é a autogestão, organizada pela participação democrática de todos os membros nas decisões e discussões acerca do empreendimento (SINGER, 2000, 2002).

No campo da saúde mental e de usuários de álcool e outras drogas, em 2005, foi instituído o Grupo de Trabalho de Saúde Mental e Economia Solidária, formado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego, e por duas representações (titular e suplente) dos gestores de saúde mental e de economia solidária, das experiências de geração de renda e trabalho em saúde mental, do Fórum Brasileiro de Economia Solidária, e dos usuários de saúde mental inseridos em experiências de geração de renda e trabalho. Tais iniciativas compreendem as possibilidades de atividade e geração de rendas solidárias, que permitam o processo de emancipação dos usuários através de empreendimentos que promovam espaços reais de trabalho, nos quais estejam implicadas as atividades de cooperativismo, a participação democrática e a autogestão, o fortalecimento do coletivo, a validação dos saberes e dos recursos das pessoas e dos contextos locais, a inserção no mercado e a possibilidade de ganho econômico real (BRASÍLIA, 2006).

Além disso, ações de economia solidária neste contexto favorecem a conquista de cidadania dessa população, possibilitando que esses sujeitos se (re) transformem em trabalhadores, conseguindo apoio não apenas para suas incursões no mundo social e

comunitário, como também, para suas participações nas decisões e na gestão de suas próprias vidas (SILVA; OLIVEIRA; BERTANI, 2007).

Concomitante ao movimento da economia solidária pode-se perceber alguns movimentos em reação à exclusão dos trabalhadores. Assim, se iniciou o programa de Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (ITCP) (SOUZA; CUNHA; DAKUZAKU, 2003). As incubadoras tecnológicas passaram a ser incorporadas por diversas universidades e, em 1999, a Rede Universitária de ITCP foi criada, com objetivo de desenvolver e disseminar conhecimentos sobre cooperativismo e auto-gestão, contribuindo para o desenvolvimento da Economia Solidária (REDES DE ITCP, 2014).

O presente trabalho se desenvolveu a partir do relato de experiência da coordenadora de um grupo incubado pela Co-Labora - Incubadora Tecnológica de Empreendimentos Solidários, que foi criada a partir de um projeto interdisciplinar, reunindo docentes, graduandos e pós-graduados dos cursos de Terapia Ocupacional – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FMRPUSP), Faculdade de Economia e Administração (FEA-RP) e a Faculdade de Direito (USP-RP). O projeto aprovado em edital do CNPq (CHAMADA MCTI/SECIS/MTE/SENAES/CNPq N° 89/2013), da Secretaria Nacional de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego em 2013, incuba, atualmente, três grupos de geração de renda e uma Associação, na filosofia da economia solidária. Dentre os empreendimentos acompanhados, está o grupo de usuários do Centro de Atenção Psicossocial II para pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas de Ribeirão Preto (CAPS-ad II), a partir do qual se desenvolveu, diretamente, este trabalho. Dessa forma, o desenvolvimento do mesmo consistiu em analisar o relato de experiência sobre o processo de implementação e desenvolvimento do grupo de geração de renda incubado pela Co-Labora no CAPS-ad II.

Com esse estudo, o que se propõe é a compreensão dos processos de inclusão social pelo trabalho da população em uso problemático de álcool e outras drogas com base na experiência mencionada. Sabe-se que, atualmente, as políticas públicas que asseguram os direitos desses sujeitos têm objetivos claros de inclusão social. No entanto, o que se observa nos serviços de saúde é que ainda há grande dificuldade no que diz respeito a recuperação de direitos, em especial o direito ao trabalho. Ainda se tem grande ênfase no trabalho “terapêutico”, não resultando, efetivamente, em retorno às formas de trabalho “formais”. Assim, a importância deste estudo está em poder conhecer e registrar uma experiência inovadora no campo da atenção psicossocial com pessoas em uso problemático

de álcool e outras drogas, indicada pela Política Nacional de Álcool e Drogas assim como pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Acredita-se que estratégias de geração de renda, na concepção da Economia Solidária, podem favorecer a inclusão social pelo trabalho de populações vulneráveis, tal como a população em uso problemático de álcool e outras drogas. Portanto, este estudo justifica-se por permitir conhecer e registrar uma experiência inovadora no campo da atenção psicossocial com esta população.

Marco teórico:

A reabilitação psicossocial é o marco teórico utilizado neste estudo, visto que um de seus principais pressupostos diz respeito à inclusão social pelo trabalho. A reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de saúde mental (PITTA, 1996).

Fiorati (2010) traz uma reflexão a respeito do conceito de reabilitação atrelado à ideias de habilitação de condutas que visam atender a padrões de comportamento e capacidades normativos que sugerem um ideal de independência produtiva. Quando pensa-se em re-capacitar um sujeito que, por algum motivo, perdeu a capacidade frente a requisitos sociais necessários à reprodução material da vida ou, simplesmente, frente a requisitos de sobrevivência, isso inclui, implícita ou explicitamente, uma intervenção que trace um caminho para que o sujeito reproduza o padrão das condutas socialmente dadas, sejam físicas ou mentais. Frente a indivíduos com problemas sociais, é comum que os profissionais sigam o caminho que inclui os sistemas de normas como referencial e alvo a serem alcançados, baseando-se nas arcaicas noções de reabilitação.

Segundo Soares (2007), uma nova sucessão de eventos sociais mundiais foi responsável pela cientificização das práticas profissionais reabilitativas e por sua inscrição em especialidades amparadas em abordagens médicas, distanciando-se das arcaicas bases de fundamento humanístico, como a criação, na primeira metade do século XX, da Organização das Nações Unidas (ONU), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização para a Educação e Cultura (UNESCO), o que favoreceu a criação do Movimento Internacional de Reabilitação responsável pela emergência das profissões de Fisiatria, Medicina Física e de Reabilitação, a expansão dos cursos de Terapia Ocupacional dos Estados Unidos para diversos países,

inclusive o Brasil, e, ainda, permitiu a criação institucional de vários centros de reabilitação para pessoas acidentadas e incapacitadas para o trabalho.

Para que as primeiras práticas de reabilitação fossem criadas no Brasil, foi necessário que o Movimento Internacional de Reabilitação exercesse uma pressão política, a partir do final da primeira década do século XX, em uma sociedade marcada pelo advento dos movimentos sociais trabalhistas responsáveis por iniciar uma política governamental distributivista e pela ascensão de organizações de cunho assistencial, entidades beneficentes que se responsabilizaram pela reabilitação de sujeitos com deficiências físicas e mentais (SOARES, 2007).

O autor afirma ainda que, ao final da década de 70, do século XX, ocorreu um crescimento das instituições destinadas a trabalhar com uma população reconhecida, através da concepção ideológica-política dominante, como marginal ao funcionamento social hegemônico, ou pertencentes a camadas sociais denominadas vulneráveis a condição de marginalidade.

Segundo Fiorati (2010), as propostas do movimento da reforma psiquiátrica levaram à mudanças na forma de atenção na saúde mental. Possibilitaram novas formas de prestação de cuidados que favoreçam os espaços comunitários, a criação de vínculos afetivos e sociais e a produção de trocas e intercâmbios.

A criação de serviços extra-hospitalares, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico de tratamento, é fruto das iniciativas de se romper com o modelo manicomial de tratamento dos transtornos mentais. Essas iniciativas, permitiram também, pensar em novos territórios, nos quais a loucura poderia se desvincular do pensamento de enfermidade, e enquanto manifestação existencial humana, ser olhada através de novas relações inscritas em novos espaços instituídos, que explorassem novos modos de subjetivação (FIORATI, 2010).

Após a luta antimanicomial, torna-se necessário desconstruir o manicômio, de construir alternativas de serviços que se colocarão como substitutos do hospital psiquiátrico, com o propósito de oferecer tratamento ao portador de sofrimento mental. A reabilitação psicossocial é pensada como modo de solucionar, provisoriamente, a dicotomia entre sujeito e contexto e entre especialistas e tratamentos, com possibilidade de organizar os serviços de saúde mental, que elaborem estratégias de tratamento que considerem a complexidade do problema e que sejam efetivos na inclusão total do sujeito portador de transtornos mentais em suas dimensões social, política e civil (SARACENO, 1999).

Para o autor, a reabilitação deve ser entendida como um processo no qual haja abertura de

espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica de negociação é contínua e não pode ser codificada, já que os autores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes. Dentre os eixos que sustentam a ideia de aumento de capacidade contratual dos sujeitos, encontram-se: habitat, rede social e trabalho com valor social. O trabalho não deve ser entendido apenas como um simples desenvolver de determinadas tarefas, mas sim como “inserção laborativa”, promovendo um processo de articulação do campo dos interesses, necessidades e desejos. Deve-se ser cauteloso ao tratar do trabalho reabilitativo, para não confundi-lo com o trabalho terapêutico e alienado reproduzido durante tanto tempo pelas instituições. Neste sentido, a reabilitação psicossocial propõe o oposto, ou seja, que a desinstitucionalização dê possibilidade de restituição da subjetividade, do indivíduo na sua relação com a instituição, à recuperação da contratualidade e, por fim, da posse de recursos para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social. O desenvolvimento lógico do trabalho anti-institucional foi a criação de cooperativas, funcionando como espaços de serviço (tratamento) e lugares de produção (mercado) (SARACENO, 1999).

Para Bertolote (1996), o verdadeiro sujeito da reabilitação psicossocial é aquele em desvantagem social. O autor defende a ideia da reabilitação como um processo de “remoção de barreiras”, as quais impedem a integração social de um sujeito, em desvantagem social, à comunidade a qual pertence e concretize sua possibilidade ao exercício pleno de seus direitos e cidadania.

Já para Fiorati e Saeki (2011), a reabilitação psicossocial deixa de ser compreendida como procedimento e passa a ser entendida como conceito, segundo o qual o ato de reabilitar e o ato de tratar são duas ações que não se desassociam, porém, o ato de tratar extrapola a dimensão da mera remissão dos sintomas para compreender o processo de saúde dos sujeitos como um percurso que abarca a reflexão e a construção de um projeto.

A reabilitação psicossocial possui um caráter interdisciplinar, uma vez que reúne vários campos do conhecimento interligados e comprometidos com a inclusão social, que envolve desde profissionais de saúde a profissionais da área de administração, jurídica, legislativa, entre outras. Portanto, estratégias de reabilitação psicossocial devem acontecer em um campo intersetorial, interinstitucional e intersubjetivo (FIORATI, 2010).

A Portaria do Ministério da Saúde Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Vale ressaltar

que a Economia Solidária, economia de estudo desta pesquisa, na política da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) está prevista dentro da reabilitação psicossocial.

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Objetivo geral

- Relatar o processo histórico de implementação e desenvolvimento do grupo de geração de renda, baseado na perspectiva da Economia Solidária, do CAPS-ad II de Ribeirão Preto.

Objetivos específicos

- Analisar as dificuldades na implementação e desenvolvimento do grupo de geração de renda, baseado na perspectiva da Economia Solidária.

- Analisar as potencialidades na implementação e desenvolvimento do grupo de geração de renda, baseado na perspectiva da Economia Solidária.

Percurso metodológico

O cenário da pesquisa foi o grupo de geração de renda, baseado na perspectiva da Economia Solidária, do Centro de Atenção Psicossocial, CAPS-ad II, localizado no município de Ribeirão Preto. O CAPS-ad II, cumpre papel central da rede de atendimento aos usuários problemáticos de álcool e outras drogas no município e oferece atendimento integrado a uma rede de serviços em saúde mental (CAPS-AD II, 2015).

O objetivo do CAPS-ad II é oferecer atendimento, em regime ambulatorial ou de semi-internação, ao usuário problemático de álcool e outras drogas que tenha, por esse uso, comprometido sua saúde física e/ou mental, relações familiares, sociais e/ou profissionais, bem como aqueles que já tenham experimentado outras formas de tratamento, porém sem sucesso, ou que tenham apresentado recaídas (CAPS-AD II, 2015).

O serviço oferece diversas atividades que compõem o Programa Terapêutico de Semi-Internação, dirigidas por uma equipe multiprofissional, entre as atividades, destacam-se as oficinas de Economia Solidária (CAPS-AD II, 2015).

As oficinas de Economia Solidária do CAPS-ad II de Ribeirão Preto são oficinas de geração de renda que visam a inserção social pelo trabalho de seus usuários através de uma

parceria com a Co-Labora - ITES que objetiva a incubação de empreendimentos econômicos na perspectiva da Economia Solidária prevista na política pública de saúde mental, por promover condições humanas igualitárias e justas de trabalho respeitando-se as limitações de cada sujeito envolvido no projeto. O grupo visa não somente a produção de materiais para comercialização em seu processo de trabalho mas também, o desenvolvimento ou a requalificação de habilidades, relacionamento interpessoal, autogestão de grupo, manejo das diferenças e frustrações, desenvolvimento de criatividade, planejamento, pensamento estratégico e reflexivo, desenvolvimento de habilidades para comercialização de produtos e controle do dinheiro. As oficinas de Economia Solidária do CAPS-ad II integram duas atividades distintas: cultivo de horta e produção de sabonetes (CAPS-AD II, 2015). O foco desta pesquisa se deu com esta última oficina, a qual é coordenada por uma profissional do serviço, terapeuta ocupacional, que aceitou participar de uma entrevista a fim de narrar todo o processo de implementação e desenvolvimento de tal oficina de geração de renda no Caps-ad II, uma vez que esta profissional participou de todo este processo histórico e mantém suas atividades no grupo atualmente.

Em dia e horário agendado pela coordenadora da oficina, foi utilizado gravador para o registro de sua narrativa sobre: o processo de implementação e desenvolvimento do grupo de geração de renda, baseado na perspectiva da Economia Solidária, do CAPS-ad II. Após a narrativa, a entrevista foi transcrita e analisada pela pesquisadora.

A oficina de geração de renda em Economia Solidária: o processo de implementação, desenvolvimento e potencialidades

O projeto da oficina de geração de renda em Economia Solidária do CAPS-ad II teve seu início no ano de 2014, através das atividades de incubação da Co-Labora - ITES. A incubadora é formada por membros ligados à Universidade de São Paulo, campus Ribeirão Preto, que iniciaram suas atividades de incubação através de reuniões com os usuários e alguns profissionais do serviço. Esses encontros, que tinham por objetivo iniciar o processo de implementação da oficina de geração de renda em Economia Solidária no CAPS-ad II, permitia exposição dos princípios teóricos da Economia Solidária pelos membros da Co-Labora - ITES, além de realizar a primeira sensibilização sobre a temática.

Com o passar do tempo, os membros da incubadora avaliaram a importância em se manter um profissional específico do serviço, ligado à oficina, para que a implementação tivesse seguimento, uma vez que confiar essas atividades à estagiários universitários poderia ser

frustrante, já que os mesmos possuem uma característica desfavorável à estes grupos, que é a rotatividade por conta de suas reduzidas cargas horárias de trabalho.

Assim, uma profissional com proximidade com a temática, que já apoiava a inserção de populações vulneráveis ao mercado de trabalho, foi selecionada para dar continuidade à implementação desta inovadora atividade no CAPS-ad II, conjuntamente com os próprios usuários da oficina. As vivências e as práticas do grupo foram valorizadas e assim, em conjunto, o grupo foi constituído e elaborado o regulamento interno.

A elaboração do regulamento interno teve sua importância para a organização do grupo de trabalho e conferir a ele uma característica mais profissional. Foi constituído através das práticas dos usuários no seu dia a dia e através das necessidades que o próprio grupo apresentava: a necessidade em se limitar o número de usuários, evitar a rotatividade, estabelecimento de horários de entrada, saída e intervalos, a criação das comissões de organização inicial, organização final de sala, criaram-se regras para o controle do número de faltas a fim de constituir o comprometimento do grupo.

Quando há vaga em aberto para novos cooperados na oficina em Economia Solidária, o grupo realiza uma seleção dos novos candidatos interessados do CAPS-ad II. O perfil do candidato é definido e as perguntas das entrevistas são contruídas coletivamente. Juntos, o grupo analisa e seleciona os novos cooperados.

Para que os princípios da Economia Solidária e regulamento interno fossem frizados frequentemente, o grupo decidiu realizar um revezamento entre seus próprios membros para que isto fosse exposto a cada novo cooperado que, por ventura, iniciasse sua participação na oficina.

Com o intuito de incentivar a iniciação da produção, autonomia e autogestão, o Ministério da Saúde disponibilizou uma verba destinada às atividades de Economia Solidária. Então, o grupo teve a possibilidade de adquirir os primeiros materiais e insumos e dar seus primeiros passos como grupo independente de recursos do CAPS-ad II, uma vez que nenhum recurso do serviço foi utilizado para esta oficina.

O produto de comercialização

Construído os princípios teóricos, o grupo iniciou suas primeiras discussões a respeito de qual produto seria elaborado para geração de renda. Depois de uma chuva de ideias sobre qual produto o grupo teriam interesse em produzir, os mesmos decidiram pela produção de

um jornal. Muitos usuários tinham experiências pessoais com panfletagem, vendas nas ruas, então, o jornal foi uma opção encontrada por este grupo. Esta primeira produção levou quatro meses para se concretizar. Uma vez produzidos estes jornais, o grupo iniciou suas discussões sobre a precificação. Porém, o produto não teve aceitação no mercado e o grupo de geração de renda do CAPS-ad II necessitou realizar uma distribuição desses jornais.

Diante do insucesso com a produção de jornais, o grupo realizou novo levantamento sobre qual produto tinha interesse em produzir. Concomitante a este momento, alguns usuários tiveram uma experiência de produção de sabonetes artesanais em uma outra oficina do CAPS-ad II. Então, a ideia foi lançada e iniciaram-se as primeiras produções de sabonetes artesanais como geração de renda em Economia Solidária.

Para a comercialização de seus produtos, o grupo participa de bazares semanais no próprio serviço e, há seis meses, o grupo tem participado efetivamente das feiras de Economia Solidária em praças públicas do município, levando seus produtos para fora do CAPS ad-II e se inserindo na sociedade como cidadãos dotados de direitos e deveres.

As dificuldades do empreendimento

A princípio, o grupo de geração de renda era aberto, ou seja, existia certa rotatividade de usuários, o que dificultava a constituição e fortalecimento do mesmo. Para tal, o grupo criou o regulamento interno que o limitou em 12 usuários. Tempos mais tarde, o grupo verificou que 12 ainda era um número considerado alto de usuários, levando-se em consideração a escassez de materiais para a produção, a pequena infraestrutura do local e a rotatividade que ainda permanecia. Diante disso, o grupo decidiu em reduzir o número de usuários para, no máximo, 8 participantes.

A forma de dividir o rateio das sobras trouxe algumas dificuldades no início da consolidação do grupo. Primeiramente, o grupo havia decidido pela divisão igualitária entre os cooperados, porém, foi levantada a necessidade de realizar a divisão levando-se em consideração as suas relações com o trabalho, por exemplo, a participação de cada um. Sendo assim, a divisão das sobras atualmente se dá em relação com a participação e número de faltas de cada cooperado.

As feiras de Economia Solidária foi uma conquista ímpar para o município e uma forma extraordinária de levar estes usuários a além CAPS. No entanto, tratando-se deste grupo

em questão, há ainda uma dificuldade na disponibilidade de alguns membros em estarem ativos nestes eventos. Fazendo com que a presença nestas feiras esteja garantida sempre pelos mesmos cooperados em específico e não pelo grupo, dificultando-se assim, a construção da autonomia coletiva.

Através das vivências da coordenadora, é possível notar a contaminação das formas de trabalho capitalistas. Formas de enxergar o trabalho de maneira limitada, não acolhedora e competitiva ainda pode ser notado no comportamento de muito cooperados.

Conclusões

O modelo de economia solidária, voltado para populações vulneráveis, como a população em uso problemático de álcool e outras drogas é uma forma inovadora de promover a autonomia, autogestão e inserção social pelo trabalho destes sujeitos. É um novo modo de (re) significação da vida, um novo olhar para esta parcela da sociedade tantas vezes marginalizada por conceitos pré-conceituosos, engessados pelos modelos capitalistas de trabalhos, que valorizam a competitividade e lucratividade a todo custo.

Tratando-se do grupo em questão neste trabalho, observa-se que a maioria das dificuldades encontradas foram incentivadas a serem solucionadas pelo coletivo. Sendo que as demais, buscam a mesma forma de resolutibilidade.

Torna-se necessário um olhar mais atento das esferas políticas, nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal, a fim de valorizar e apoiar os projetos de Economia Solidária já existentes e expandir novos modelos. Bem como, um olhar mais atento dos profissionais da saúde, assistência social, administração e economia para que, projetos fundamentados na perspectiva da Economia Solidária, possa fazer parte do seu dia a dia de trabalho.

Assim, a formação de multiplicadores na temática, que lidam diretamente com os atores sociais envolvidos neste processo, possam difundir esta temática autogestionária, empreendedora, inovadora e que valoriza o sujeito em sua totalidade como cidadão capaz de produzir, criar e gerar renda.

Considerações éticas

Em obediência aos procedimentos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, o qual foi aprovado e, cuja aprovação, tem o número de

parecer: 2.696.715, CAAE: 70007617.7.0000.5393, de 06/06/2018 (ANEXO 3).

Referências

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11): 2309-2319, Nov., 2009.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. Cap. IV. p. 155-158.

BRASIL. 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**. Brasília, 2003.

BRASÍLIA. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Coordenação de Saúde Mental. Ministério do trabalho e emprego. Secretaria nacional de Economia Solidária. **Saúde mental e economia solidária**, 2006.

CAPS-AD II (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas II). **Plano de Ação**. Ribeirão Preto/SP, 2015.

CEBRID. Secretaria Nacional Antidrogas. **VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Estudo envolvendo 50.890 estudantes, 2010.

FIORATI, R. C. **A organização dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2010, 242 p.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. A inserção da reabilitação psicossocial nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: o conflito entre racionalidade instrumental e racionalidade prática. **Revista de Terapia Ocupacional**. Universidade de São Paulo, v. 22, n. 1, p. 76-84, jan/abr. 2011.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 26 (Supl. I): 11-13, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. Brasília, 2011.

NUNES, L. M.; JOLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**, 4, 230-237, 2007.

OBID. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Pessoas/sujeitos, drogas e sociedade**. Histórico da Política Nacional sobre Drogas, 2018.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. P. 19-26.

PNCDDT. *In*: **Instituto da droga e da toxicodependência**. Plano Nacional contra a droga e a toxicodependência. Lisboa, 2005-2012.

REDES DE ITPC. **Rede Universitária de Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares**, 2014. Disponível em: < http://www.itcp.coppe.ufrj.br/rede_itcp.php >. Acesso em: 16 Ago. 2016.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Supl. 1): 1615-1625, 2010.

SARACENO, B. **Libertando entidades**. Belo Horizonte – Rio de Janeiro: Tê Corá? Instituto Franco Baságlia, 1999. 176 p.

SANTOS, J. A.; OLIVEIRA, M. L. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Jornal of Nursing Health**. Pelotas – RS, 1 (2): 82-93, Jan/Jun. 2012.

SENAD. *In: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 4.ed. Brasília, 2011.

SILVA, E. P.; OLIVEIRA, T. M.; BERTANI, I. F. Saúde mental e economia solidária: uma relação em construção. *In: Anais do V Encontro Internacional de Economia Solidária: O Discurso e a Prática da Economia Solidária*. São Paulo: NESOL, 2007.

SINGER, P. Economia Solidária: um modo de produção e distribuição. *In: Singer; Souza. A economia solidária no Brasil: a autogestão como resposta ao desemprego*. São Paulo: Contexto, Coleção economia, 2000. p. 11.

SINGER, P. **Introdução à Economia Solidária**. 1.ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002. p. 7 – 23.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 2007. 217p.

SOUZA, A.R.; CUNHA, G.C.; DAKUZAKU, R.Y. **Uma outra economia é possível**. SP: Contexto, 2003.

SOUZA, M. L.; GARNELO, L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, Ano IX, n. 2, Jun., 2006.